

## **RELATÓRIO FINAL**

**Título do Projeto: A estrutura de mercado, o relacionamento com o mercado de trabalho e a regulação econômica em saúde suplementar**

**Pesquisa financiada pelo Edital MCT/CNPq/ANS -  
Nº 046/2006**

### **EQUIPE:**

**COORDENAÇÃO: MÔNICA VIEGAS ANDRADE**

### **PROFESSORES PESQUISADORES:**

ANA FLÁVIA MACHADO

RICARDO MACHADO RUIZ

### **ASSISTENTES DE PESQUISA:**

ANA CAROLINA MAIA

MARINA MOREIRA DA GAMA

### **BOLSISTAS DE INICIAÇÃO CIÊNTÍFICA:**

BERNARDO ANDRADE LYRIO MODENESI

DANIEL RIBEIRO MATOS TIBÚRCIO

## **Apresentação:**

Este documento apresenta o relatório final de atividades do projeto A estrutura de mercado, o relacionamento com o mercado de trabalho e a regulação econômica em saúde suplementar financiado através do edital 046/2006 CNPQ/ANS. O relatório final é composto de 03 documentos que contemplam os objetivos propostos com a pesquisa. O produto 1 analisa a relação a concentração no mercado de planos de saúde no Brasil. Para tanto, elaboramos uma proposta metodológica para definir mercado relevante para o setor de planos de saúde no Brasil. O produto 2 versa sobre a regulação econômica no setor de saúde suplementar. O terceiro produto analisa a relação entre inserção no mercado de trabalho e posse do plano de saúde.

## **PRODUTO 1**

# **ESTRUTURA DE MERCADO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR PROPOSTA METODOLÓGICA PARA ANÁLISE DE CONCENTRAÇÃO**

### **AUTORES:**

Mônica Viegas Andrade  
Marina Moreira da Gama  
Ricardo Machado Ruiz  
Ana Carolina Maia  
Bernardo Modenesi  
Daniel Matos Tiburcio

## 1. Introdução

Este relatório apresenta o produto 1 da pesquisa intitulada “A estrutura de mercado, o relacionamento com o mercado de trabalho e a regulação econômica em saúde suplementar” financiada pelo Edital MCT/CNPq/ANS - Nº 046/2006.

O objetivo desse relatório é investigar a estrutura de mercado do setor de planos e seguros de saúde no Brasil<sup>1</sup>. A análise da estrutura de mercado compreende a investigação do grau de concentração do mercado e da presença de barreiras à entrada. Nesse relatório abordamos a estrutura de mercado considerando apenas a dimensão relacionada à concentração de ofertantes.

Para analisar a concentração do mercado de planos de saúde, faz-se necessário delimitar o mercado relevante nas dimensões produto e geográfica. Em relação à dimensão geográfica, a abordagem mais usual define esses mercados com base na delimitação geopolítica (Garnick et al, 1987; AMA, 2005; Santos, 2008). No caso do Brasil, algumas análises do mercado de planos e seguros de saúde foram realizadas considerando ou a divisão territorial por Unidades da Federação ou a definição das áreas metropolitanas (ANS, 2008). A utilização da fronteira geopolítica como critério de definição da dimensão geográfica pode não ser adequada, principalmente no Brasil, haja vista a heterogeneidade geográfica e socioeconômica do país. Embora a definição de Região metropolitana apresente alguma associação com a oferta de serviços existente, essa definição em alguns casos abrange áreas relativamente grandes e muito densas, como é o caso, por exemplo, da Região Metropolitana de São Paulo, podendo coexistir operadoras de planos de saúde que não necessariamente são concorrentes.

Neste trabalho propomos uma metodologia para definição de mercado geográfico de planos de saúde no Brasil baseada nos modelos gravitacionais (Armington, 1969; Anderson, 1979). O método parte do pressuposto de que os serviços de saúde apresentam características locais tanto no consumo quanto na produção. Nesse sentido a área de mercado é definida através do fluxo de relações de troca (consumo) estabelecido. Esse fluxo de relações depende da oferta de serviços, da demanda potencial, e das variáveis de atrito que podem facilitar e ou dificultar esses fluxos. O modelo gravitacional já foi utilizado na saúde principalmente para predição do fluxo de pacientes

---

<sup>1</sup> Planos e seguros de saúde, doravante tratados apenas como planos de saúde.

aos hospitais. Esses modelos foram mais amplamente utilizados nos anos 70 e mais recentemente uma aplicação foi realizada por Lowe and Sen (1996) para analisar os impactos de reformas do sistema de saúde no fluxo e acesso aos serviços hospitalares. Em relação à definição de mercado geográfico de planos de saúde, a nosso conhecimento, essa é a primeira aplicação que utiliza os modelos gravitacionais.

A parametrização do modelo é realizada a partir das informações de utilização de serviços hospitalares na rede pública proveniente dos registros de autorização de internação hospitalar (AIH). Infelizmente não existem dados disponíveis sobre os registros de utilização de serviços de saúde na rede privada com local de residência e local de realização do serviço. Embora utilizemos os dados da rede pública, esta informação nos parece adequada uma vez que no Brasil a rede pública é constituída basicamente de hospitais privados contratados e, além disso, os hospitais públicos também podem atender seus pacientes através de convênios com as operadoras de planos de saúde. A aplicação empírica é realizada para o Brasil utilizando os dados de registros das operadoras de planos e seguros saúde disponibilizados pela ANS para o ano de 2007, mês junho. Uma vez definidos os mercados relevantes, são calculados os índices usuais de concentração para respectivos mercados.

Este relatório está organizado em 8 seções. A próxima seção apresenta o referencial teórico atinente à análise de concentração de mercado. A seção três enfatiza as particularidades do mercado de cuidado da saúde e os efeitos da estrutura competitiva sobre esse mercado. A seção quatro descreve o aparato regulatório do setor de planos e seguros de saúde no Brasil. A seção cinco apresenta os bancos de dados utilizados no trabalho. A seção 6 aborda a metodologia de definição do mercado relevante na dimensão produto e a seção 7 na dimensão geográfica. A seção 8 apresenta os resultados para a concentração segundo a metodologia proposta neste trabalho e por fim a seção nove tece considerações finais.

## **2. Concentração de mercado**

A definição da estrutura de um mercado de bens e ou serviços compreende a análise das características que envolvem a interação entre oferta e demanda de um conjunto de bens substitutos entre si em um determinado *locus* de concorrência. Essas características em geral se distinguem em três tipos pelo menos: 1) o grau de concentração dos ofertantes, 2) a diferenciação do produto, ou

conjunto de produtos substitutos entre si; e 3) a presença de barreiras à entrada. Neste trabalho estamos interessados em analisar a estrutura do mercado de planos e seguros saúde. Para tanto, nesse relatório abordamos o grau de concentração dos ofertantes de planos de saúde no Brasil, quais sejam as operadoras de planos e seguros de saúde.

Para definir o grau de concentração de um mercado faz-se necessário inicialmente delimitar o mercado relevante, isto é, o lócus de concorrência. O mercado relevante, conceito herdado da literatura antitruste, é definido como o menor espaço econômico, considerando a dimensão produto e a dimensão geográfica, no qual o poder de mercado é possível de ser exercido por uma firma atuando de forma isolada ou grupo de empresas agindo de forma coordenada, durante certo período de tempo (HOVENKAMP, 1994; SCHERER & ROSS, 1990; CARLTON & PERLOFF, 2000). A definição de mercado relevante envolve a análise da substituíbilidade do produto, tanto do ponto de vista do consumidor (demanda) quanto das empresas (oferta), em face de um aumento de preço pré-estabelecido.

A substituíbilidade da demanda considera a permuta entre produtos do ponto de vista do consumidor e pode ser teoricamente, mensurada pela elasticidade-preço e elasticidade preço-cruzada da demanda (dimensão produto); pelos custos e facilidade de acesso por partes dos concorrentes a uma determinada área geográfica (dimensão geográfica); e pelo lapso de tempo considerado (dimensão temporal).

Na dimensão produto interessa saber como o consumo de um produto se altera dadas mudanças no seu preço relativo. Para determinar a extensão do mercado relevante em termos de produto, três testes (métodos) têm sido utilizados (SCHERER & ROSS, 1990). O primeiro teste consiste em se estimar as elasticidades cruzadas da demanda, que medem o percentual de mudança na quantidade demandada de um bem em resposta ao aumento de um ponto percentual no preço de outro bem. Se o valor da elasticidade for superior à unidade, os bens “i” e “j” são substitutos (quanto maior o valor da elasticidade maior é a substituíbilidade dos produtos) e devem ser incluídos no mesmo mercado relevante. Caso contrário, quando o valor da elasticidade for inferior à unidade, os produtos não pertencem ao mesmo mercado (SCHERER & ROSS, 1990).

O segundo teste supõe que se dois produtos estão no mesmo mercado, então a variação de seus preços ao longo do tempo deve ocorrer na mesma direção e em percentuais próximos. Este teste é

denominado teste de correlação de preços ao longo do tempo (*Price Correlation Over Time*). Se o coeficiente de correlação entre os preços dos dois produtos for relativamente alto, presume-se que estes produtos estão no mesmo mercado<sup>2</sup>.

O terceiro teste é o Teste do Monopolista Hipotético (TMH) proposto pelo Guia de Fusões Horizontais Norte-Americano – *GUIDELINES* (1997)<sup>3</sup>. O TMH na dimensão produto consiste em se considerar, para um conjunto de produtos, começando com os bens produzidos e vendidos pelas empresas participantes da operação, qual seria o resultado final de um “pequeno, porém significativo e não transitório” aumento dos preços para um suposto monopolista destes bens. Se o resultado for tal que o suposto monopolista não considere o aumento de preços rentável, então as agências acrescentarão à definição original de mercado relevante o produto que for o mais próximo substituto do produto da empresa avaliada. Esse exercício deve ser repetido sucessivamente até que seja identificado um grupo de produtos para os quais seja economicamente interessante, para um suposto monopolista, impor o aumento de preços. Um suposto monopolista está em condições de impor um aumento de preço quando os consumidores não podem desviar uma parcela significativa da demanda para bens substitutos. A delimitação do mercado relevante através do TMH depende de quanto se supõe que deva aumentar o preço para configurar o suposto exercício como abusivo de poder de mercado. A definição do percentual de aumento de preços é do ponto de vista econômico, arbitrária, embora seja absolutamente imprescindível do ponto de vista jurídico para possibilitar a aplicação da lei.

A segunda dimensão da demanda a ser analisada na delimitação do mercado relevante é a geográfica. O TMH também pode ser utilizado na dimensão geográfica ao se considerar que o aumento de preços de uma região afeta substancialmente o preço em outra região. Neste caso, ambas regiões fazem parte do mercado. Esse processo deve ser repetido até que se conclua que os ofertantes da última área delimitada tomam suas decisões de política de preços sem se preocupar com os ofertantes da nova área proposta. O mercado relevante pode ser regional, nacional e até mesmo internacional.

---

<sup>2</sup> Correlações altas, no entanto, nem sempre indicam que dois produtos pertencem ao mesmo mercado. Por exemplo, produtos não similares, mas que utilizam os mesmos insumos, podem ter uma forte correlação entre seus preços sem, no entanto, serem substitutos. Em sentido inverso, podem ocorrer situações em que o preço de um determinado bem varie sem que, necessariamente, o mesmo ocorra com alguns de seus possíveis substitutos (CARLTON & PERLOFF, 2000).

<sup>3</sup> *Horizontal Merger Guidelines* (1997), do FTC – *Federal Trade Commission* e do DoJ – *Department of Justice*, EUA.

Em relação à dimensão geográfica, a abordagem mais usual define esses mercados com base na delimitação geopolítica (Garnick et al, 1987; AMA, 2005; Santos, 2008). A utilização da fronteira geopolítica como critério de definição da dimensão geográfica pode não ser adequada, haja vista a heterogeneidade geográfica e socioeconômica dos países. Embora a definição geopolítica possa apresentar alguma associação com a oferta de serviços existente, essa definição em alguns casos abrange áreas relativamente grandes e muito densas, podendo coexistir operadoras de planos de saúde que não necessariamente são concorrentes. A difusão da abordagem geopolítica se deve à facilidade de análise e comparabilidade. Além disso, a disponibilidade de informações socioeconômicas pode ser uma restrição definitiva na definição da dimensão geográfica do mercado relevante.

Além da fronteira geopolítica, outras duas abordagens são ainda frequentes na delimitação de mercados geográficos para serviços de saúde (Garnick et al, 1987). A primeira identifica a localização dos hospitais e fixa um raio de distância a partir deste para a definição do mercado. Do mesmo modo que a fronteira geopolítica, a definição de um raio de distância é um critério arbitrário com significados distintos, dada a heterogeneidade das configurações urbanas. Por fim, cabe ainda mencionar a abordagem da origem do paciente que utiliza as informações de código postal de residência dos pacientes atendidos em cada hospital. A área de atuação do hospital é definida a partir da região de residência de pelo menos 60% dos pacientes atendidos configurando-se o mercado de cada hospital. A restrição a essa abordagem é a disponibilidade de informações.

A definição de mercado relevante envolve também a análise da substituíbilidade de produto pelo lado da oferta – a elasticidade-preço da oferta, a qual permite identificar os participantes deste mercado. A partir da definição do mercado relevante, considerando as dimensões produto, geográfico e temporal da demanda, se faz a inclusão dos ofertantes potenciais desse produto. Os ofertantes potenciais são aqueles que podem ofertá-lo com relativa facilidade, isto é, a baixo custo adicional e prazo relativamente curto, por já disporem de capacidade produtiva instalada, que pode ser remanejada para a produção do produto em questão. São os chamados *uncommitted entrants*, na terminologia do *GUIDELINES* (1997), porque sua entrada no mercado não requer investimentos significativos em custos irrecuperáveis (*sunk costs*).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Segundo o GUIA (2001: 10): “Em casos específicos poderão ser considerados como participantes do mercado os produtores potenciais de curto prazo, isto é, empresas que não produzem atualmente, mas que podem passar a produzir em resposta a um ‘pequeno porém significativo e não transitório aumento’ dos preços, em um período não superior a



## 2.1 Índices de Concentração de Mercado

Para definir o grau de concentração de um mercado é costumeira a utilização de índices de concentração. Os índices utilizados para mensurar a concentração podem variar, sobretudo em função da disponibilidade de dados. A participação de mercado é calculada considerando todas as firmas que fazem parte do mercado relevante incluindo produtores atuais e potenciais, isto é, empresas que efetivamente produzem ou podem produzir no mercado relevante. As informações podem ser referentes à capacidade produtiva, ao volume ou ao valor das vendas, de acordo com o que seja mais adequado para indicar as condições de competição no mercado relevante.

Dois tipos de índices são mais comumente utilizados<sup>5</sup>: os índices de participação das maiores empresas do mercado, os “Ci”, e o índice de Herfindahl-Hirschman, o HHI. Os índices “Ci” medem a participação percentual das “i” maiores empresas no mercado relevante. A maior fragilidade deste índice é que este não considera toda a distribuição de produtores, utilizando apenas a informação em um ponto da distribuição.

O HHI corresponde ao somatório dos quadrados das participações de todas as empresas do mercado, apresentando uma distribuição de pesos que exalta os valores das grandes firmas sobre as pequenas. Essa característica permite que na ausência de informações sobre os *markets shares* das firmas menores o erro de medida seja pequeno. Além disso, diferente do Ci, o HHI incorpora as informações sobre toda a distribuição entre os ofertantes do mercado. O HHI varia de 0 a 10000. Em um mercado com um número muito grande de unidades produtivas, o valor das participações individuais de mercado é insignificante e o HHI tende a zero e no extremo oposto, sob regime de monopólio, o HHI correspondente é 10000 (VISCUSI *et al*, 1995). Por último vale mencionar que a construção do HHI está sustentada na teoria do oligopólio de Cournot na qual em equilíbrio, a participação de mercado das firmas é negativamente relacionada ao seu custo marginal<sup>6</sup>.

---

um ano e sem a necessidade de incorrer em custos significativos de entrada ou de saída.” O problema novamente recai na definição do lapso de tempo para que a substituição do produto seja feita. O guia brasileiro adota o período de um ano, enquanto o norte-americano o de dois anos. Não há um consenso sobre este lapso temporal.

<sup>5</sup> Existem outros índices para medir concentração de mercado. Ver KUPFER & HASENCLEVER (2002).

<sup>6</sup> Uma das características mais atrativas do HHI é a sua base na teoria do oligopólio (VISCUSI *et al*, 1995). Suponha firmas produzindo com diferentes funções de custo ci (custo marginal constante da firma i, no qual  $i = 1, \dots, n$ ), e que estão em uma competição de Cournot. A solução mostra que as participações de mercado das firmas estão

Os critérios para identificar se a concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta são diferentes entre os países. No caso do Brasil, existem duas diretrizes. O SBDC (Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência) considera que uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta de modo a viabilizar o exercício unilateral do poder de mercado quando resulta em participação igual ou superior a 20% do mercado relevante (art. 20, §2º, da Lei nº 8.884/94). A segunda diretriz definida no GUIA (2001) considera que uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta quando: i) a concentração torna a soma da participação de mercado das quatro maiores empresas (C4) igual ou superior a 75%, e ii) a participação da nova empresa formada for igual ou superior a 20% do mercado relevante.

Quanto ao HHI, o critério utilizado é o norte-americano (*GUIDELINES*, 1997), que divide o espectro de concentração de mercado em três faixas: na primeira, quando o HHI é inferior a 1000, o mercado apresenta baixa concentração, na segunda, HHI entre 1000 e 1800, o mercado apresenta moderada concentração e na terceira, HHI superior a 1800, o mercado é altamente concentrado.

No caso de uma avaliação antitruste, é observado tanto o nível do HHI após o ato ou conduta como a variação deste. Se o mercado após o ato ou conduta apresentar um HHI inferior a 1000 não deve haver, a princípio, preocupação. Quando o HHI estiver entre 1000 e 1800, após ato ou conduta, duas situações são possíveis: i) se a variação no HHI for inferior a 100, não há motivo para preocupação; ii) se a variação no HHI for igual ou superior a 100, deverá ser feita uma investigação mais detalhada. Por último, se após o ato ou conduta, o HHI for superior a 1800, duas situações são possíveis: i) se a variação no HHI for inferior a 50, não haverá provavelmente resultados restritivos para a concorrência; ii) se a variação do HHI for igual ou superior a 50, o caso deve ser analisado mais cuidadosamente (*VISCUSI et al*, 1995).

### 3. A concorrência no mercado de cuidado da saúde

---

negativamente relacionadas com seus custos marginais. Isto é, quanto mais baixo o custo marginal da firma  $i$ , maior é a quantidade produzida maximizadora de lucro e o seu *market share*. O índice HHI, então, é diretamente relacionado com a média ponderada das margens de lucro (preço menos custo) das firmas na solução de Cournot:

$$HHI / \eta = s_1 (p_c - c_1 / p_c) + \dots + s_i (p_c - c_i / p_c)$$
. No qual  $p_c$  é o preço de Cournot,  $s_i$  o *market share* da firma “ $i$ ”, e  $\eta$  é a elasticidade-preço da demanda do mercado.

O cuidado da saúde apresenta uma natureza distinta dos demais bens e serviços. Essas particularidades muitas vezes criam uma estrutura de concorrência diferente dos demais mercados alterando a relação direta entre concorrência e bem estar social observada na maioria dos mercados<sup>7</sup>. Uma primeira particularidade do cuidado da saúde se refere ao fato deste ser um produto diferenciado. O cuidado da saúde é um serviço e todos os serviços são inerentemente heterogêneos e *non-tradables*. Além disso, no caso do cuidado com a saúde, as preferências dos consumidores são heterogêneas. A combinação de um produto heterogêneo com preferências heterogêneas determina grande poder de mercado para os produtores. A literatura econômica aponta resultados ambíguos em termos de bem estar social da estrutura de concorrência em um ambiente de produto diferenciado no qual as firmas competem em preço e qualidade. Por um lado a concorrência pode determinar um equilíbrio com qualidade sub-ótima, e por outro pode determinar excesso de variabilidade de qualidade (Gaynor, 2006). Se o preço for fixado por regulação, a concorrência pode levar à excessiva diferenciação do produto. Especificamente, em relação ao mercado de cuidado da saúde, alguns autores argumentam que devido à presença de seguros, os hospitais não competem em preço, mas em qualidade. Essa conduta foi denominada na literatura de Medical Arms Race (Gaynor & Vogt, 1999). Esta ocorre quando os hospitais competem indiretamente por pacientes oferecendo aos médicos condições de trabalho com tecnologias mais avançadas. Esse tipo de estratégia pode resultar em uma excessiva oferta de serviços e tecnologia, especialmente em mercados com maior concentração de hospitais. No curto prazo quando as características do produto são fixas, a única dimensão que importa é a competição via preços e nesse caso a concorrência claramente gera resultados ótimos em termos de bem estar social. Os órgãos de defesa da concorrência, em geral dão prioridade aos resultados de curto prazo.

A segunda particularidade inerente ao mercado de cuidado da saúde é a presença de assimetria informacional entre os agentes que resulta em problemas de risco moral, seleção adversa e problemas de agência. O risco moral ocorre na presença de seguros na medida em que os consumidores tendem a sobreutilizar os serviços em situações em que o custo marginal do produto demandado é zero ou próximo de zero. Na ausência de mecanismos de divisão de custos, uma estrutura de mercado concentrada pode aumentar o bem estar social uma vez que reduziria a quantidade consumida. A seleção adversa ocorre no mercado de seguros quando a seguradora não

---

<sup>7</sup> Esta seção está baseada em Gaynor & Vogt (1999).

pode ajustar o prêmio ao risco individual, seja por falta de informação, seja por algum impedimento regulatório. Em um mercado onde a identidade do consumidor importa, ou seja, afeta os custos, a concorrência pode ter efeitos negativos. Embora, a livre alocação dos indivíduos entre diferentes planos incentive a provisão eficiente, na presença de seleção adversa, as firmas têm interesse em concorrer pelos indivíduos de baixo risco. Desse modo, os resultados da concorrência podem ser sub-ótimos. Em casos extremos, a seleção adversa pode resultar no desaparecimento de mercados para determinados tipos de risco (ROTHSCHILD & STIGLITZ, 1976; WILSON, 2003; CUTLER & ZECKHAUSER, 2001). A evidência empírica mostra que para evitar o problema de seleção adversa as firmas engajam na estratégia de selecionar indivíduos de risco favorável, o *cream-skimming*. Em relação aos problemas de agência, não existem evidências de que a estrutura de concorrência aumente a indução de demanda.

Do ponto de vista empírico, o que observamos nas duas últimas décadas tanto no mercado de cuidado da saúde como também no mercado de seguros de saúde, é um elevado grau de dinamismo em sua estrutura com tendência à consolidação horizontal e vertical dos provedores. Essa consolidação em parte se justifica pela presença de economias de escala e escopo (Given, 1996, Wholey, Feldman, Dhristianson, Engberg, 1996; Cuellar & Gertler, 2006.), Especificamente, para o mercado de seguros e planos de saúde, existem evidências robustas de economias de escala até 115000 beneficiários para as HMOs americanas (Gaynor & Vogt, 1999), mas alguns autores apontam retornos constantes para HMOs de tamanhos superiores justificando as fusões. O *Managed Care* determinou a introdução de um extenso sistema informacional para gerenciamento e monitoramento do cuidado o que acabou gerando uma estrutura com custos fixos ainda mais elevados. Além disso, firmas grandes podem se beneficiar de preços inferiores junto aos provedores se houverem economias de escala no cuidado com a saúde<sup>8</sup> e firmas pequenas apresentam um risco catastrófico maior. Em relação à integração vertical, esta reduz os custos de transação entre seguradoras e provedores. Alguns estudos apontam também a associação entre tamanho da HMO e qualidade do cuidado como uma explicação para as fusões. Existem evidências de que tanto os consumidores como os empregadores têm uma preferência por HMOs maiores.

Embora existam evidências empíricas que sugerem que a consolidação do mercado de seguros seja eficiente, em um ambiente de integração horizontal e vertical cabe sempre uma preocupação com o

---

<sup>8</sup> No caso do cuidado hospitalar existe evidências empíricas de retornos de escala crescentes para hospitais com até 200 (ALETRAS ET AL, 1997).

poder de monopólio e o *foreclosure*<sup>9</sup>. Seguradoras com alta participação no mercado têm elevado poder de barganha juntos aos médicos e hospitais, sobretudo na presença de barreiras a entrada.

#### 4. A regulação do setor de planos e seguros no Brasil<sup>10</sup>

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado como um sistema de saúde misto, onde os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde. A constituição de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos brasileiros, mas permite a coexistência, paralelamente ao sistema público de saúde, de um sistema de saúde suplementar. Em princípio, cabe ao setor público a cobertura de toda a população residente, embora se estime que, aproximadamente, vinte e cinco por cento da população possua algum tipo de plano de saúde privado<sup>11</sup>, caracterizando a assistência médica suplementar.

A participação do setor privado se dá de forma bastante generalizada no sistema de saúde brasileiro. Além de um sistema de saúde suplementar, parte dos serviços financiados pelo setor público é ofertada por instituições privadas (75% dos leitos, 83% das clínicas médico-ambulatoriais e 40% das unidades de complementação diagnóstica e terapêutica, VIACAVAL e BAHIA, 1996 citado por REIS, 2000). O sistema de saúde suplementar brasileiro cobre cerca de 25% da população. Neste grupo, aproximadamente um terço possui plano de saúde de instituição de assistência de servidor público. Os outros dois terços se dividem entre planos de adesão coletiva via empregador do setor privado e planos de adesão individual<sup>12</sup>. Apenas estes dois últimos são objeto da regulamentação do setor suplementar.

O setor de planos e seguros de saúde no Brasil foi regulamentado em 1998. O marco legal da regulação é constituído pela Lei 9656/98 e a Medida Provisória 1665. Esta MP foi republicada várias vezes e atualmente leva o número 2177-44. Além destas, também faz parte do marco legal do setor, a Lei 9961 que criou a Agência Nacional de Saúde e lhe deu as atribuições de regulação. Basicamente, a regulação brasileira estabelece critérios de entrada, funcionamento e saída das

---

<sup>9</sup> Robinson (2004) apresenta argumentos associando a consolidação do mercado de seguros americano à elevação observada nos prêmios. Embora o artigo proponha essa associação os dados utilizados não são suficientes para corroborar essa evidência. (KOPIT, 2004).

<sup>10</sup> Esta seção está baseada nas informações disponíveis em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

<sup>11</sup> Fonte: PNAD/98

<sup>12</sup> Fonte: PNAD 2003

operadoras de planos e seguros de saúde, discrimina os padrões de cobertura e assistência; define poderes ao executivo federal de regular a atividade econômica e de assistência prestada pelas operadoras, assim como poderes de fiscalização das normas vigentes no setor. Com a criação da Agência Nacional de Saúde, todos os contratos de planos e seguros de saúde passaram a ser obrigatoriamente registrados na Agência e estão em conformidade com as normas de assistência previstas na regulamentação.

Os planos de saúde regulamentados pela ANS podem ser categorizados segundo algumas dimensões que refletem as características do produto comercializado:

- Segmentação assistencial: a segmentação do plano decorre da combinação da cobertura assistencial do plano de saúde<sup>13</sup>. As operadoras podem oferecer os seguintes tipos de cobertura: ambulatorial hospitalar, obstetrícia e odontológico, sendo que, de acordo com a legislação, as operadoras de planos e seguros de saúde podem ofertar qualquer uma das segmentações, ou ainda combinações destas, mas é de oferta obrigatória o plano de referência que contém o modelo mínimo de cobertura a ser ofertado pelas prestadoras<sup>14</sup>.
- Época de contratação do plano: Planos novos, cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei 9656/98, devem ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação; e Planos antigos, cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei no 9656/98.
- Tipo de contratação do plano: Individual ou familiar e Coletivo com e sem patrocinador<sup>15</sup>.
- Abrangência geográfica: diz respeito à abrangência da cobertura, pode ser municipal, conjunto de municípios, estadual, conjunto de estados ou abrangência nacional.

---

<sup>13</sup> A cobertura assistencial é o conjunto de direitos-tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos adquirido pelo beneficiário a partir da contratação do plano.

<sup>14</sup> Cobertura ambulatorial compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Cobertura Hospitalar compreende a cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos. A cobertura odontológica abrange consultas e exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

<sup>15</sup> O plano individual ou familiar é contratado por pessoas físicas, onde a contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora. O plano coletivo é contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é total ou parcialmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora, dependendo se o plano é com ou sem patrocinador.

As diferenças nas características dos planos comercializados refletem, no caso da segmentação assistencial, em diferentes produtos quanto ao rol de procedimentos cobertos. A época de contratação do plano determina, em última instância o poder de regulamentação da Agência sobre esses planos. Algumas medidas da regulamentação foram estendidas aos planos antigos, entre elas a proibição do limite do número de consultas e de dias de internação. Aos consumidores foi facultada a adaptação ou não do contrato à Lei vigente, podendo permanecer no contrato anterior por prazo indeterminado. O tipo de contratação do plano pode resultar em produtos diferenciados na medida em que esses planos, em geral, têm diferentes sistemas de precificação do prêmio de risco.

A oferta de planos de saúde é feita através das operadoras, que são as empresas, autorizadas mediante cadastramento na ANS a ofertar planos ou seguros de saúde. Em fevereiro de 2006, segundo a ANS, excluindo-se a cooperativa odontológica e odontologia de grupo, 2088 operadoras estavam ativas no Brasil. As operadoras são organizadas conforme seu estatuto jurídico e se diferenciam na forma de acesso, sistema de pagamento e também nos benefícios ofertados. As modalidades são:

1) A Medicina de Grupo: constituídas por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias, com estrutura de atendimento baseada principalmente na utilização de serviços e uma rede credenciada.

2) As Cooperativas Médicas (ou odontológica): sociedade sem fins lucrativos, constituída conforme o disposto na Lei n 5764 de 1971. São instituições nas quais os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. A principal representante dessa modalidade é a Unimed.

3) Autogestão: entidades que operam o serviço de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Em geral, a autogestão combina a administração própria com outras modalidades, como, por exemplo, acesso a determinados serviços de rede credenciada. Na maior parte dos casos, o sistema de pagamento nessa modalidade consiste de tarifação segundo o risco da população coberta (*community rating*) e não como realizado usualmente, considerando as características próprias dos indivíduos (*experience rating*). Além disso, em alguns casos a participação em planos

básicos é compulsória e a parcela de contribuição dos empregados é progressiva, já que na maior parte das vezes é determinada como percentual dos salários.

4) Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em qualquer outro ramo ou modalidade. Esta modalidade segue as características usuais das seguradoras. A instituição provedora realiza a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos através da prática do reembolso para os serviços utilizados. A mudança recente na legislação brasileira permite às seguradoras, além de realizarem a intermediação financeira, de contratarem rede credenciada de serviços<sup>16</sup>.

5) Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

6) Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

## 5. Bases de Dados

Neste trabalho, utilizamos seis bases de dados distintas, oriundas de quatro fontes.

### Sistema de Informações Hospitalares – SIH

O SIH é um banco de dados administrativo disponibilizado pelo DATASUS, órgão responsável pelo gerenciamento das informações de saúde no sistema público, com periodicidade mensal e contém todos os registros de internações - Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) - realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As AIHs são imprescindíveis para o pagamento dos serviços médicos hospitalares prestados pelo SUS. Para cada AIH existem diversas informações, incluindo informações sobre o paciente, sobre o provedor e sobre a internação (gastos e diagnóstico). Nesse trabalho utilizamos as informações de município de residência do paciente e

---

<sup>16</sup> Circular número 05 da SUSEP de 1989.



município onde a internação foi realizada. Essas informações nos permitem calcular o fluxo de internações entre os municípios brasileiros.

### Pesquisa da Assistência Médico Sanitária – AMS

A AMS é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e investiga as características dos estabelecimentos de saúde no Brasil, como esfera administrativa, tipos de atendimento prestados, recursos humanos e volume de leitos. A pesquisa de campo foi substituída, recentemente, pelas informações constantes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

### Bases de dados disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A ANS mantém bases de dados de cadastro de todas as operadoras de plano de saúde do Brasil de acesso restrito, contendo informações individualizadas para cada operadora e cada plano de saúde ofertado. As informações estão organizadas nos seguintes arquivos.

- Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)

Coleta informações a respeito dos vínculos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde privadas. Estes dados são enviados mensalmente à ANS pelas operadoras.

- Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP)

Apresenta a caracterização das operadoras de planos de saúde em funcionamento no mercado privado de saúde brasileiro. É a base de dados de registro de todas as operadoras junto à ANS, contendo informações como CNPJ, modalidade, natureza e classificação da operadora.

- Sistema de Registro de Produtos (RPS)

É composto por dados a respeito de todos os planos privados registrados na ANS, inclusive dados de planos anteriores à lei 9.656. Entre outros, exhibe dados da rede credenciada de cada plano.

Para esse trabalho a ANS disponibilizou as informações referentes à competência do mês de junho de 2007. O apêndice referente ao tratamento do banco de dados detalha todos os procedimentos realizados para a construção do banco de dados final assim como apresenta as estatísticas descritivas básicas.

### Atlas do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O PNUD reuniu em 2002 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Ministério do Planejamento e Orçamento, a Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para elaborar o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A partir deste banco de dados, é possível caracterizar os municípios brasileiros nos mais diversos aspectos. Nesta monografia, extrairemos desta base os dados de população, renda *per capita* e as coordenadas de latitude e longitude dos municípios de Minas Gerais.

## **6. A definição de mercado relevante no setor de planos e seguros saúde no Brasil: a dimensão produto**

A definição de mercado relevante para planos e seguros de saúde é ainda incipiente na literatura, de economia da saúde sendo poucos os trabalhos existentes. O principal trabalho sobre a estrutura de mercados em saúde nos EUA é o relatório anual da AMA, Associação Médica Americana. No Brasil, o tema ganhou maior fôlego recentemente com a criação do Sistema de Defesa da Concorrência e os trabalhos de Duclos (2006) e Santos (2008)<sup>17</sup>.

A definição de mercado relevante na dimensão produto requer a análise da substituíbilidade da demanda e da oferta. No caso do mercado de planos e seguros de saúde, principalmente após a introdução do *Managed Care*, existe uma diversidade grande de tipos de contratos possíveis e não existem evidências empíricas robustas sobre a substituíbilidade desses contratos/seguros. Nos Estados Unidos, principal mercado privado de seguro, o provimento de planos de saúde é em grande medida realizado através da intermediação do empregador, o que representa uma dificuldade para abordagens empíricas sobre a substituíbilidade da demanda uma vez que não existem informações disponíveis sobre as alternativas de escolha para o empregador. No Brasil, cerca de 55% dos planos de saúde são caracterizados como de adesão coletiva, ou seja, são realizados através do empregador. Como esses dois contratos são adquiridos em ambientes distintos é razoável supor que não existe substituíbilidade entre os mesmos. No contrato individual a demanda do plano de saúde ocorre em um ambiente onde o indivíduo é quem define a seguradora e o contrato a ser adquirido. O espaço de escolha do consumidor, dependendo da sua restrição orçamentária, pode ser toda a oferta de planos e seguros de saúde de sua localidade. No contrato coletivo, a demanda está condicionada a uma decisão dos empregadores. Os empregadores decidem o espaço de escolha dos consumidores/empregados, uma vez que esse contrato em geral é definido em duas etapas. Na primeira etapa o empregador intermedia com as operadoras que lhe interessam

---

<sup>17</sup> Alguns comentários sobre a estrutura do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil já haviam sido feitos por (Derengowsky, 2004).

quais serão os contratos ofertados para os empregados e na segunda etapa os empregados, diante dos contratos ofertados pelos empregadores, realizam a sua escolha. No Brasil não existem informações disponíveis sobre as escolhas dos empregadores. As informações disponíveis só permitem identificar a demanda final realizada pelos consumidores/empregados.

Nesse contexto da realizada brasileira, o primeiro critério que propomos para definir a dimensão produto do mercado relevante é a separação dos mercados segundo o tipo de relação contratual, qual seja: planos realizados mediante adesão individual e ou familiar e planos coletivos (adesão via empregador)<sup>18</sup>. Essa desagregação também é proposta por Santos, 2008. Desse modo analisamos os planos individuais e coletivos em mercados separados. Nosso pressuposto é que os planos de saúde ofertados nessas duas modalidades de contrato são diferentes. Um indivíduo que decide comprar um plano não tem como uma alternativa de escolha os contratos que são ofertados para empresas. Em relação aos planos coletivos cabe enfatizar que foram excluídas todas as operadoras classificadas na modalidade de autogestão uma vez que esse plano em geral é ofertado apenas para os empregados da própria empresa ofertante do plano, ou seja, outro empregador não pode contratar esse contrato para seus empregados. Em 2007, as operadoras na modalidade de autogestão têm uma participação de 5,6% do mercado em termos de beneficiários incluindo todos os tipos de planos (médicos e odontológicos) (tabela 1).

**Tabela 1: Número de operadoras, planos e beneficiários segundo modalidade da operadora**

<b>Modalidade</b>	<b>Operadoras</b>	<b>(%)</b>	<b>Planos</b>	<b>(%)</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>(%)</b>
Autogestão	131	9.21	410	2.41	1811726	5.59
Cooperativa médica	339	23.82	7865	46.20	9422412	29.09
Cooperativa odontológica	140	9.84	701	4.12	1431092	4.42
Filantropia	92	6.47	883	5.19	872957	2.70
Medicina de grupo	453	31.83	5369	31.54	10986696	33.92
Odontologia de grupo	256	17.99	1105	6.49	4528821	13.98
Seguradora especializada	12	0.84	692	4.06	3332995	10.29
<b>Total</b>	<b>1423</b>	<b>100.00</b>	<b>17025</b>	<b>100.00</b>	<b>32386699</b>	<b>100.00</b>

Fonte: RPS/jun-2007

<sup>18</sup> O plano individual ou familiar é contratado por pessoas físicas, onde a contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora. O plano coletivo é contratado por pessoa jurídica. A contraprestação pecuniária é total ou parcialmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora, dependendo se o plano é com ou sem patrocinador.

Um segundo critério importante no caso brasileiro na definição da dimensão produto está relacionado ao escopo dos serviços ofertados (cobertura assistencial). No Brasil, após a regulamentação do setor, existem planos médicos, planos odontológicos e planos que oferecem um escopo mais amplo incluindo os dois tipos de cuidado. Esses dois tipos de cuidado (planos médicos e planos exclusivamente odontológicos) não apresentam substituíbilidade nem pela demanda nem pela oferta. Como afirma Santos (2008), além destes cuidados serem distintos em relação a fatores como menor complexidade de custos e menor sensibilidade de preço em relação ao perfil etário de beneficiários, eles podem ser ofertados por operadoras exclusivamente odontológicas, que não são obrigadas a oferecer os planos médicos na regulação. Nesse sentido, esses dois tipos de planos devem ser tratados separadamente. Nesse trabalho, analisamos somente o mercado de planos médicos. Segundo os dados da ANS, os planos odontológicos representam cerca de 12% do total de planos ofertados em 2007 e oferecem cobertura para 21% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil.

Tabela 2: Número de planos e beneficiários segundo tipo de plano

<b>Cobertura</b>	<b>Planos</b>	<b>(%)</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>(%)</b>
Assistência médica	14962	87.88	25609191	79.07
Exclusivamente odontológico	2063	12.12	6777508	20.93
Total	17025	100.00	32386699	100.00

Fonte: SIB (jun/2007) – RPS (jun/2007)

Por último, cabe ainda mencionar que coexistem no mercado brasileiro planos adquiridos após a regulamentação, denominados de planos novos e planos anteriores à regulamentação, denominados antigos. Os planos antigos não se adequaram às normas da regulamentação e, portanto, são mais heterogêneos tanto em relação ao escopo dos serviços ofertados como em relação às regras de reajuste de preços. Embora todas as operadoras de planos e seguros saúde tenham a obrigação de realizar registro do plano na Agência Nacional de Saúde, independente do plano estar vigente antes ou após a implementação da lei 9656, as informações sobre os planos novos são mais fidedignas uma vez que os registros da ANS estão organizados de acordo com os parâmetros estabelecidos na regulamentação. Nesse trabalho consideramos apenas os contratos de planos e seguros de saúde realizados após a implementação da lei 9656. Esses planos representam 66% do mercado em termos de beneficiários em junho de 2007 segundo dados da ANS obtidos pelo programa Tabnet (Tabela 3).

**Tabela 3: Número de beneficiários segundo data do contrato do plano – Brasil, 2004**

Época	Médico	(%)	Odonto	(%)
Anterior à Lei 9.656/98	12177234	33.9465	1115897	10.0665
Posterior à Lei 9.656/98	23694651	66.0535	9969304	89.9335
Total	35871885	100.00	11085201	100.00

Por fim, a substituíbilidade da oferta de planos de saúde depende de alguns pontos legais e estruturais para ocorrer. A possibilidade de uma operadora ofertar um plano diferente na sua área de atuação depende de aprovação da ANS, que verificará, segundo as prerrogativas legais, as suas condições técnicas e financeiras. Sem objeções, esta oferta ocorre em um tempo antitruste hábil. Por outro lado, a possibilidade de uma operadora ofertar um plano, já existente ou não, em área diferente da que atua, depende da criação de uma rede credenciada, o que sem dúvida é uma barreira à entrada nesse mercado<sup>19</sup>. A tabela 4 mostra a distribuição das operadoras no Brasil segundo o número de estados de atuação<sup>20</sup>.

**Tabela 4: Número de operadoras segundo número de estados de atuação por tipo de modalidade - Brasil, 2007**

Estados	Individual	(%)	Coletivo	(%)	Total	(%)
1	150	34.09	148	31.62	206	36.98
2	57	12.95	63	13.46	71	12.75
3	43	9.77	47	10.04	55	9.87
4	36	8.18	36	7.69	42	7.54
5	32	7.27	33	7.05	36	6.46
6	25	5.68	28	5.98	28	5.03
7	18	4.09	18	3.85	20	3.59
8	9	2.05	13	2.78	13	2.33
9	12	2.73	11	2.35	12	2.15
10	6	1.36	5	1.07	6	1.08
11	7	1.59	10	2.14	11	1.97
12	8	1.82	9	1.92	9	1.62
13	4	0.91	5	1.07	5	0.90
14	3	0.68	4	0.85	4	0.72
15	4	0.91	4	0.85	4	0.72
16	3	0.68	3	0.64	3	0.54

<sup>19</sup> Segundo Santos (2008), o acesso aos prestadores de serviços de saúde dependerá das características do futuro local de atuação (sobretudo da sua densidade populacional e da sua renda *per-capta*), e das características da operadora (pequeno ou grande porte). O grau de dificuldade de acesso pode ser diferente dependendo da relação prévia entre operadora e os prestadores de serviços na nova região de atuação, aumentando se esta relação for pequena. Segundo o autor, relatando uma entrevista com as operadoras, o tempo médio de contratação de novos prestadores pode variar de 30 a 365 dias, embora não se possa estimar o custo de credenciamento de uma rede sem a definição da região de atuação e o prévio conhecimento da inexistência de unimilitância (acordo de exclusividade) entre operadora incumbente e médicos locais.

<sup>20</sup> No apêndice referente ao banco de dados apresentamos todos os procedimentos realizados para construção do banco de dados. O universo de análise dos planos de saúde médicos compreende 23 milhões de indivíduos e 14193 planos ofertados. Esses planos são ofertados por 440 operadoras no mercado de planos individuais e 468 no mercado de planos coletivos.

17	2	0.45	1	0.21	2	0.36
18	1	0.23	2	0.43	2	0.36
19	3	0.68	3	0.64	3	0.54
20	1	0.23	1	0.21	1	0.18
21	0	0.00	1	0.21	1	0.18
22	1	0.23	2	0.43	2	0.36
23	1	0.23	1	0.21	1	0.18
24	3	0.68	3	0.64	3	0.54
25	2	0.45	3	0.64	3	0.54
26	3	0.68	4	0.85	4	0.72
27	6	1.36	10	2.14	10	1.80
<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>100.00</b>	<b>468</b>	<b>100.00</b>	<b>557</b>	<b>100.00</b>

### 7. A dimensão geográfica do mercado relevante de planos e seguros de saúde no Brasil

O mercado relevante na dimensão geográfica no mercado de cuidado da saúde é definido como a área onde os serviços de saúde são ofertados e, portanto, onde são consumidos pelos beneficiários dos planos e seguros (AMA, 2005), isto é, a área na qual se encontra a rede credenciada pelas operadoras acessíveis aos consumidores. É pacífico na literatura que este mercado é local. Os indivíduos utilizam os serviços básicos de saúde oferecidos pelos seus planos ou seguros, seja ele público ou privado, nas proximidades de seu local de trabalho e/ou de sua residência. Segundo o relatório da AMA, com algumas poucas exceções (tais como transplante de órgãos, tratamentos experimentais ou tratamento de doenças raras), os consumidores obtêm cuidados médicos o mais próximo possível de sua residência (AMA, 2005, pp. 01).

A metodologia para delimitação de mercado relevante para a dimensão geográfica de planos e seguros de saúde não é trivial. Diferentemente da delimitação de mercados relevantes geográficos de hospitais, que foram amplamente discutidos em trabalhos teóricos e empíricos<sup>21</sup>, inclusive em aplicação do notório teste de Elzinga-Hogart<sup>22</sup>, o mercado de planos e seguros de saúde padece de consenso. Afora a necessidade de delimitação local, poucos trabalhos explicitam como fazê-la.

Na literatura nacional, o trabalho de Santos (2008) enuncia quatro conjuntos de variáveis que afetam a delimitação do mercado relevante, na medida em que contribuem para a propensão do

<sup>21</sup> Ver Duclos (2006).

<sup>22</sup> O teste E-H foi originalmente desenvolvido para analisar o movimento de commodities, mas proposto pelos dois economistas para definir mercado relevante geográfico, e hoje é utilizado pelas agências estadunidenses para setores de serviços, inclusive de saúde. No caso dos hospitais, utiliza-se o fluxo de entrada e saída de pacientes entre os hospitais de duas localidades para determinar sua substituíbilidade.

consumidor em procurar serviço médico em outra localidade: i) busca de serviços de alta complexidade; ii) busca de outros serviços iii) tempo; e iv) urgência. Ademais, o poder aquisitivo e a densidade demográfica tendem a interferir na determinação do “raio de atuação” das instituições prestadoras de serviços de saúde. Segundo Santos (2008) os beneficiários de planos de saúde estão dispostos a se deslocar, de 30 a 40 minutos o que representa um deslocamento de, aproximadamente, 20 a 30 km.

Esse trabalho propõe uma metodologia para a delimitação do mercado relevante na dimensão geográfica baseada nos modelos gravitacionais. Optamos por não utilizar a fronteira geopolítica pois esta seria uma imposição exógena de mercado que não necessariamente reflete o local onde a competição esta ocorrendo, já que representa uma delimitação legal, mas não física de uma área geográfica.

Para o Brasil, a ANS, para o cálculo das concentrações de mercado para a saúde suplementar adotou como critério da definição de mercado relevante considerando a divisão geopolítica que considera as unidades da federação (ANS, 2008). A AMA estadunidense, além da divisão estadual, divide o mercado relevante nas 294 áreas metropolitanas oficiais, definidas pelo Censo Americano. (AMA, 2005).

Neste trabalho propomos uma metodologia para definição do mercado geográfico de planos e seguros de saúde no Brasil baseada nos modelos gravitacionais. Como já mencionado, o uso dos modelos gravitacionais em saúde não é recente. Diversos trabalhos utilizam os modelos gravitacionais na área de planejamento em saúde, sobretudo para analisar o fluxo de pacientes entre hospitais ou regiões (McGuirk and Porell, 1984; Garnick, Luft, Robinson, Tetreault, 1987; Werden, 1989; Dranove and Shanley, 1990; Garnick et al., 1990; Burns and Wholey, 1992; Lowe & Sem, 1995; Fabbri and Fiorentini, 1996; Ugolini and Fabbri, 1998; Fabbri, 1999; Congdon, 2001; Abraham, Gaynor, Vogt, 2003).

Os modelos gravitacionais importados da Física pelos economistas são certamente uma referência básica para todo modelo de polarização. Esses modelos se baseiam na Teoria da Gravitação Universal de Isaac Newton (1643-1727) que afirma que a força de atração entre dois pontos ( $F_{ij}$ ) é diretamente proporcional ao produto de suas massas ( $M_i$  e  $M_j$ ) e em uma proporção inversa ao quadrado da distância que os separa ( $D_{ij}^2$ ), dada uma constante universal ( $G$ ).

$$F_{ij} = \frac{G_i (M_i M_j)}{(D_{ij})^2}$$

Esse modelo gravitacional inspirou inúmeros estudos regionais e urbanos durante décadas, sendo os mais populares os modelos de Von Thunen (1826) e de Alonso (1964); uma versão mais complexa e recente dessa família de modelos seria o modelo centro-periferia de Fujita, Krugman & Venables (1999). Uma das vantagens do modelo gravitacional é que este permite mimetizar fluxos de bens, pessoas, tecnologias, ativos financeiros, renda e riquezas em geral prescindindo de um grande volume de informações. Para captar essas várias dimensões da organização do território seria necessária uma imensa massa de informações, muitas delas ausentes nas bases de dados oficiais, tais como os fluxos de mercadorias e serviços intermunicipais. .

O método parte do pressuposto de que os serviços de saúde apresentam características locais tanto no consumo quanto na produção e busca captar o grau de integração entre as regiões o qual é mensurado pelo fluxo de bens e serviços entre as mesmas. Se duas regiões possuem grande fluxo de bens e serviços, elas são altamente integradas e, portanto, estão no mesmo mercado relevante. A definição das áreas de mercado segue o fluxo de relações de troca observado, o qual depende da oferta de serviços, da demanda potencial, e das variáveis de atrito que podem facilitar ou dificultar esses fluxos.

Os fluxos são captados por meio de ‘equações de gravidade’ que visam explicar o comércio através de variáveis como a proximidade geográfica, o tamanho econômico, ou os níveis de renda dos países. No caso dos serviços médicos, o fluxo está relacionado à possibilidade dos pacientes efetivos ou potenciais se deslocarem em busca da prestação deste serviço. A hipótese central desse tipo de modelagem é que todos os pontos de oferta de serviços estão abertos e que o fluxo de serviços entre eles é proporcional ao estoque de oferta e de demanda. Assim, a proximidade entre as massas de oferta e demanda de serviços médico-hospitalares tende a amplificar a interdependência regional e local, formando redes de serviços urbanas ou regionais integradas e hierarquizadas. Avaliamos que tal estratégia de identificação de redes de serviços é particularmente relevante para os serviços médicos, no qual existe a necessidade de co-localização espacial das ofertas e das demandas, com remota - ou mesmo nula - possibilidade de “exportações”, ou seja, uma “prestação de serviços à distância”.



## 7.2 Exercício empírico

Para definir o mercado relevante dos planos e seguros de saúde na dimensão geográfica o primeiro passo consiste da estimação da forças de polarização entre as regiões. Nesse trabalho utilizamos como menor unidade espacial possível para constituir um mercado o município, e desse modo as forças de polarização são calculadas para todos os municípios. Baseado na equação definida nos modelos gravitacionais, a polarização exercida pelo município  $j$  sobre o município  $i$  é dada por:

$$F_{ij} = \frac{D_i S_j}{d_{ij}^n}, \text{ onde}$$

$D_i$  é a demanda potencial de serviços do município  $i$ ,  $S_j$  é a oferta potencial de serviços existente em  $j$ ,  $d_{ij}$  é a distância entre os municípios  $i$  e  $j$  e  $n$  é um coeficiente de atrito associado à distância. Essa definição de polarização gera uma matriz de forças assimétrica uma vez que a oferta e demanda de serviços de saúde são específicas de cada município, de modo que a polarização exercida pelo município  $i$  ao município  $j$  deve ser diferente da polarização exercida pelo município  $j$  ao município  $i$ . Nesse exercício, calculamos também a forças de polarização do município em relação a ele mesmo.

A demanda potencial de serviços de saúde é mensurada através do produto da população e renda per capita captando a relação direta entre tamanho da população, poder econômico e demanda por serviços médicos. O tamanho populacional é o principal parâmetro utilizado em qualquer sistema de alocação de recursos em saúde (CAR-HILL, 1994)<sup>23</sup>. A multiplicação da população pela renda busca também captar as diferenças em termos da facilidade de deslocamento. Municípios com mesmo tamanho de população, mas com rendas diferentes possuem diferente demanda de serviços médicos de outra região, já que estes indivíduos têm capacidades distintas de deslocamento. Por outro lado, dado que os serviços de saúde são caracterizados como bens/serviços normais, municípios com nível de renda mais elevado devem apresentar maior demanda por serviços de

---

<sup>23</sup>Outros indicadores de ajustamento ao risco usuais na literatura de economia da saúde como preditores da demanda de serviços de saúde incorporam as variáveis de idade e sexo. Para o caso de demanda por planos de saúde optamos por utilizar apenas o parâmetro do tamanho populacional.

saúde<sup>24</sup>. A oferta de serviços de saúde é aproximada pelo número de leitos e a distância entre os municípios é aproximada pela distância euclidiana somada de 5 km (distância de deslocamento intra-urbana)<sup>25</sup>. O coeficiente de atrito é estimado através de um modelo de regressão que tem como variável dependente os fluxos de pacientes intermunicipais observados nas internações do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>26</sup>. Em princípio o cômputo das forças de polarização permite que qualquer município seja polarizado por outro. Esse pressuposto, entretanto, não é razoável na lógica da utilização dos serviços médicos em geral, uma vez que empiricamente se observa que os indivíduos demandam serviços médicos em locais próximos à residência ou ao trabalho. Para contemplar essa restrição, a força de polarização entre os municípios foi calculada impondo uma restrição de um raio de deslocamento. Esse raio foi parametrizado através do cálculo do deslocamento médio realizado pelos residentes de cada unidade da federação que foram encaminhados para outro município no Sistema Único de Saúde<sup>27</sup>.

Para todos os municípios do Brasil calculamos as cinco primeiras forças, o que significa identificar os cinco municípios que são mais atraídos por aquele município. A análise dessas forças revela que a maioria dos municípios é polarizada por no máximo dois municípios, uma vez que a magnitude das forças decresce de forma significativa à medida que ampliamos a ordem de polarização. Diante disso, optamos por analisar apenas as duas primeiras forças, denominadas de P1 e P2.

O modelo parte da definição dos nós que constituem o centróide da rede de serviços. A fim de definir os mercados geográficos das operadoras de planos de saúde, analisamos as forças de polarização considerando como centróides os municípios com oferta de leitos acima de 500 leitos. Esse parâmetro de 500 leitos é arbitrário, mas consideramos que 500 leitos seria um volume mínimo de leitos para a constituição de uma rede de serviços de saúde. Os municípios centróides são os municípios polarizadores. Nosso pressuposto é que a polarização está associada à massa de serviços médicos, mensurada pela oferta de leitos hospitalares. A partir desse critério obtivemos

---

<sup>24</sup> CAMERON, A. C et al. *A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia. Review of Economic Studies. vol. 55, n 1, p. 85-106, 1988*

<sup>25</sup> Na literatura de economia da saúde é consensual o uso da variável leito como proxy de oferta de serviços médicos. Qualquer outro indicador de oferta de serviços médicos, apresenta elevada correlação com o indicador de leitos.

<sup>26</sup> O modelo estimado é semelhante ao utilizado em Isard e Bramhall (1960) e tem a seguinte especificação:

$$d \ln \frac{I_{ij}}{D_i S_j} = a - n \cdot \ln d_{ij} + u_{ij}, \text{ onde } I_{ij} \text{ diz respeito às internações de residentes do município } i \text{ no município } j.$$

<sup>27</sup> A tabela 1 do anexo do relatório reporta os parâmetros do raio e coeficiente de atrito utilizados para cada Unidade da Federação.

126 municípios. A tabela 2 do anexo reporta os municípios selecionados e o respectivo número de leitos.

A definição dos mercados relevantes é realizada através da análise das forças de polarização. Em princípio, poderíamos ter 126 mercados se cada centróide definisse um mercado. A análise das forças de polarização seguiu os seguintes procedimentos para cada município centróide<sup>28</sup>. Denominemos de A o município centróide que estamos analisando e de  $A_1, \dots, A_n$  todos os municípios que são polarizados por este centróide.

- 1) O primeiro procedimento consiste em analisar se o centróide (A) (município pólo) é polarizado em primeira ordem por ele mesmo (P1).
- 2) No caso do município centróide (A) ser P1 dele mesmo, partimos para a análise das forças de polarização referente aos demais municípios localizados no raio geográfico (para definir  $A_1, \dots, A_n$ ). Todos os municípios polarizados em P1 ou em P2 por este centróide são incluídos no mercado relevante definido por este centróide.
- 3) Caso o município centróide (A) não seja a primeira força de polarização dele mesmo este não define um mercado relevante. Nesse caso esse município e todos os municípios por ele polarizados em P1 ou P2 são incluídos no mercado do município que polariza esse centróide (mercado do centróide B, por exemplo).
- 4) Resta ainda uma possibilidade de análise. O município centróide (A), mesmo sendo polarizado por ele mesmo em P1 pode ainda ser polarizado por outro centróide em P2 (B, por exemplo) Nesse caso, em que mercado esse centróide deveria estar? Têm-se duas opções: ou o centróide A define um mercado ou é incluído no mercado que o polariza em P2 (B). Para definir em que mercado o centróide A seria incluído analisamos se o centróide que polariza o centróide A em P2 é um centróide com maior número de leitos. Caso afirmativo, o município centróide A é incluído no

---

<sup>28</sup> Nesse relatório, em princípio, definimos três critérios para a análise das forças de polarização. O primeiro critério considera que o município  $i$  pertence ao mercado relevante do centróide  $j$  apenas se este o polariza em primeira força. O segundo critério no mercado relevante do centróide  $j$  todos os municípios que são polarizados por este tanto na força de primeira ordem como na força de segunda ordem. O terceiro critério analisa as duas primeiras forças, P1 e P2, mas inclui o município  $i$  no mercado relevante do centróide  $j$  se este for polarizado em primeira ordem, ou no caso de ser polarizado em segunda ordem se a razão entre as duas forças for maior do que 0.5, ou seja, se  $P2/P1$  for superior a meio. A partir desses três critérios calculamos os mercados relevantes e analisamos o percentual de beneficiários incluído na análise segundo cada um dos critérios. O critério adotado escolhido que foi o que apresentou o maior percentual de beneficiários incluídos na análise. Nesse caso, cerca de 90% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil estão localizados em municípios que foram incluídos na definição de mercado relevante proposta nesse trabalho.

mercado relevante definido pelo centróide que o polariza em segunda ordem (B) juntamente com todos os municípios que são polarizados por A.

Analisadas as forças de polarização obtivemos um total de 89 mercados relevantes para o Brasil os quais estão descritos nas figuras 1 a 8 do anexo de figuras<sup>29</sup>. Esses mercados incluem 88% do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil. Em parte, essa exclusão se justifica porque no Brasil, dada a dimensão geográfica do país existem, municípios pequenos e com baixa oferta de leitos que não são polarizados pelos centróides devido à distância em relação aos mesmos. Do ponto de vista individual, entretanto, podem existir indivíduos que ao auferir níveis de renda elevados estão dispostos a comprar plano de saúde ofertado por operadoras, mesmo que a rede de serviços disponibilizada não esteja muito próxima do local de residência. A tabela 5 reporta a estatística descritiva referente aos municípios incluídos e excluídos dos mercados relevantes considerando as variáveis utilizadas na definição do mercado na dimensão geográfica: leitos, renda per capita e população. A caracterização dos municípios suporta a nossa hipótese: os municípios excluídos dos mercados relevantes apresentam pequena oferta de leitos e tamanho populacional bem inferior comparado aos municípios incluídos nos mercados relevantes. Paralelamente, a diferença de renda per capita média entre os municípios incluídos e excluídos não é tão grande o que justifica a existência de beneficiários de planos de saúde. Mesmo que a rede de serviços de saúde não seja tão próxima para esses indivíduos, estes decidem comprar plano de saúde. No modelo gravitacional, esses municípios não são polarizados, ou por apresentarem uma população muito pequena, ou por serem muito distantes dos demais.

---

<sup>29</sup> A descrição dos municípios incluídos nos mercados pode ser requerida aos autores.

**Tabela 5: Caracterização dos municípios que apresentem beneficiários segundo inclusão nos mercados relevantes, Brasil, 2006**

Variáveis	Dentro do mercado	Fora do mercado
<i>Leitos</i>		
Média	196.1	40.6
Mediana	23.0	22.0
Desvio-padrão	1,025.1	69.5
Mínimo	-	-
Máximo	23,196.0	1,845.0
<i>População</i>		
Média	71,079.3	16,858.0
Mediana	13,927.0	10,214.0
Desvio-padrão	355,139.6	21,960.9
Mínimo	795.0	873.0
Máximo	10,434,252.0	406,989.0
<i>Renda per capita</i>		
Média	5,472.7	4,284.9
Mediana	4,137.8	3,198.5
Desvio-padrão	6,941.3	5,398.7
Mínimo	582.8	461.9
Máximo	184,977.4	140,218.8

Fonte: IBGE (2000), AMS (2000), SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

Como já mencionado, uma forma usual de definir o mercado relevante na dimensão geográfica é através da fronteira geopolítica. No caso do Brasil, duas configurações são possíveis: a definição de mercados que considera a fronteira geopolítica definida pelas Regiões Metropolitanas e a definição que considera a divisão territorial segundo as Unidades da Federação. No caso da definição de mercado relevante segundo a divisão por Unidade da Federação, como esta divisão cobre todo o território nacional, todos os beneficiários estão incluídos. Essa definição, entretanto, tem a desvantagem de abranger um conjunto de municípios muito grande e heterogêneo. Em um estado como Minas Gerais, por exemplo, uma operadora de plano de saúde que oferta um plano para a região Sul do estado não necessariamente está competindo com uma operadora que atua na região norte. A definição de mercado relevante é precisa se atende ao requisito de ser o menor *locus* de concorrência possível, ou o menor espaço econômico. A definição de mercado relevante na dimensão geográfica através da fronteira geopolítica que considera a divisão territorial do Brasil em Unidades da Federação não atende a esse requisito o pode distorcer de forma significativa os índices de concentração.

A fronteira geopolítica que considera a configuração das regiões metropolitanas no Brasil, seria outra alternativa possível. Nesse caso, o conjunto de municípios é menor e mais homogêneo. A

desvantagem dessa alternativa é que ao contrário da divisão territorial dos estados, pode ser muito restritiva em termos de tamanho do mercado relevante. A tabela 6 descreve o percentual de beneficiários excluídos em cada região do Brasil no caso de adotarmos a fronteira geopolítica das Regiões Metropolitanas como o critério de definição de mercado relevante na dimensão geográfica. Nesse caso, do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil, 35% é excluído, sendo que esse percentual varia muito entre as regiões. Essa exclusão pode alterar significativamente a estrutura dos mercados.

**Tabela 6: Número de beneficiários de planos de saúde incluídos e excluídos do mercado relevante definido pela fronteira geopolítica das Regiões Metropolitanas segundo grande região do Brasil**

Região	Excluído	(%)	Incluído	(%)	Total	(%)
Norte	343990	58.11	248013	41.89	592003	100.00
Nordeste	723468	30.63	1638317	69.37	2361785	100.00
Sudeste	4148520	26.87	11288684	73.13	15437204	100.00
Sul	1626869	51.17	1552677	48.83	3179546	100.00
Centro-oeste	588924	75.83	187756	24.17	776680	100.00
Total	7431771	33.26	14915447	66.74	22347218	100.00

Fonte: SIB/ANS-2007

### 7.3 Validação do Método

A fim de validar a metodologia proposta para definição de mercado relevante na dimensão geográfica utilizamos o teste de Elzinga-Hogarty (E-H). A operacionalização deste teste envolve a construção de duas estatísticas usualmente denominadas na literatura de LIFO, *Little in from outside*, e LOFI, *Little out from inside*. Para construir estas estatísticas utilizamos os dados do fluxo de internações hospitalares intermunicipais realizadas no âmbito do SUS os quais já foram utilizados para estimar o parâmetro do coeficiente de atrito relativo à distância no modelo gravitacional. Infelizmente não dispomos de dados sobre o uso de serviços de saúde na rede privada para pacientes com cobertura de plano de saúde. Essas informações certamente seriam as mais adequadas para construir essas estatísticas.

A dificuldade de se utilizar o fluxo de internações intermunicipais do SUS para validar a metodologia proposta é que nesse caso podemos incluir no cálculo das duas estatísticas pacientes

residentes em municípios que não estão contidos em nenhum dos mercados relevantes. Isso ocorre porque os pacientes residentes em municípios não polarizados, - (massa pequena de beneficiários de planos de saúde) - têm que ser atendidos em algum hospital da rede pública dado que necessitam do serviço hospitalar. No Sistema Público de Saúde esses pacientes são referenciados para outros municípios. Em alguns casos de internação, esses pacientes podem ser encaminhados para municípios próximos que possuem pequena escala de leitos. Essas internações em geral se referem a serviços de baixa complexidade.

A estatística LIFO apura, do fluxo total de internações de pacientes que residem em cada mercado, a parcela de internações realizadas fora desta área. De acordo com Duclos (2006), esta medida retrata as importações de serviços para a área em teste.

$$LIFO = \frac{\text{Fluxo de pacientes residentes atendidos fora do mercado}}{\text{Fluxo total de internações de residentes no mercado}}$$

A estatística LOFI é estimada a partir da razão entre o fluxo de pacientes residentes fora dos limites do mercado relevante, que demandaram serviços hospitalares no interior deste mercado, sobre o total de internações realizadas no mercado geográfico avaliado. Essa estatística pode ser interpretada como o percentual de serviços exportados pelo mercado testado (Duclos, 2006).

$$LOFI = \frac{\text{Fluxo de pacientes não-residentes atendidos no interior do mercado}}{\text{Fluxo total de internações do mercado}}$$

Empiricamente, quanto mais concentrado no próprio mercado for o fluxo de internações de pacientes nele residentes e quanto menor for a demanda externa por serviços hospitalares no interior do mercado relevante, isto é, quanto menores forem as estatísticas LIFO e LOFI, melhor será a delimitação geográfica do mercado em questão. Neste sentido, menor será a substituíbilidade entre o mercado geográfico definido e os demais. Se, ao contrário, a evidência demonstrar um grande fluxo de pacientes entre este mercado e os outros, provavelmente os limites geográficos do mercado deverão ser ampliados – LIFO e LOFI elevados.

O teste E-H será aplicado às definições geográficas dos mercados relevantes anteriormente definidos utilizando os dois limites usualmente apresentados na literatura 10 e 25% para as

estatísticas LIFO e LOFI. Dessa forma, para que os limites geográficos de um mercado sejam válidos, o mercado deverá ser responsável por pelo menos 75% das internações hospitalares do SUS.

A fim de minimizar o fato acima explicitado referente aos dados de fluxos de internações, as estatísticas LIFO e LOFI foram construídas considerando dois bancos de dados. No primeiro banco de dados incluímos todos os fluxos de internações realizados no âmbito do SUS (banco total de fluxos) e no segundo excluímos do banco, aqueles fluxos cujos municípios de origem e/ou municípios de atendimento do serviço não estavam incluídos em nenhum dos mercados relevantes definidos (banco restrito). Essa exclusão se justifica na medida em que estes fluxos alteram de forma significativa as estatísticas LIFO e LOFI.

A tabela 7 expõe resumidamente as estatísticas LIFO e LOFI para os 89 mercados relevantes definidos considerando os dois bancos de fluxos de internações<sup>30</sup>.

**Tabela 7: Teste Elzinga Hogarty**  
Número de mercados cujas estatísticas LIFO e LOFI são superiores a 10% e 25%

<b>Estatística</b>		<b>Mercados</b>	<b>%</b>
<i>LIFO</i>	10%	14	15.7
	25%	1	1.1
<i>LOFI</i>	10%	58	65.2
	25%	7	7.9
<b>Total de mercados</b>		<b>89</b>	<b>100.0</b>

Os resultados são bastante favoráveis indicando que a definição de mercado relevante está consistente. Considerando o limite de 25% o número de mercados que apresentam estatísticas LIFO e LOFI superiores é bastante pequeno nos dois bancos de dados. No banco de dados que considera todos os fluxos, somente 1% dos mercados relevantes não atende ao critério da LIFO e 8% ao critério da LOFI, enquanto que no banco restrito esses percentuais são ínfimos, ou seja próximos a zero.

<sup>30</sup> A tabela 4 do anexo descreve as estatísticas para cada mercado relevante do Brasil.



A título de comparação, o teste E-H também foi realizado para a delimitação de mercado relevante que considera as fronteiras geopolíticas de unidade federativa (UF) e regiões metropolitanas (tabela 8). A princípio, considerando o teste E-H, as Unidades da Federação parecem ser um mercado relevante razoável, salvo o caso do Distrito Federal. Cabe ressaltar, entretanto, que quanto maior a abrangência do mercado delimitado melhor serão as estatísticas do teste E-H, sobretudo porque os estados brasileiros são bastante grandes.

**Tabela 8: Teste de Elzinga-Hogarty para Unidades da Federação**

UF	LIFO	LOFI
AC	0.97	2.45
AL	2.04	0.09
AM	0.84	0.03
AP	7.16	4.73
BA	0.96	1.05
CE	0.20	0.39
DF	1.10	24.51
ES	1.54	0.80
GO	3.76	0.87
MA	4.75	0.59
MG	0.94	0.25
MS	0.82	0.17
MT	1.02	0.63
PA	1.39	0.56
PB	2.24	0.81
PE	1.44	1.45
PI	1.03	7.81
PR	0.42	0.29
RJ	0.19	0.46
RN	0.45	0.70
RO	1.38	0.36
RR	0.97	0.00
RS	0.17	0.14
SC	0.67	0.72
SE	1.26	4.29
SP	0.11	0.55
TO	1.55	4.53

Fonte: SIH (2006)

A tabela 9 descreve as estatísticas do Teste para as Regiões Metropolitanas do Brasil. Nesse caso, as estatísticas LOFI não são muito boas, exceto em São Paulo, Rio de Janeiro e Baixada Santista. Para as demais regiões, o percentual de pacientes atendido nessas regiões que é residente em outros mercados é grande indicando que o mercado pode estar mal definido (pequeno). Além disso, cabe lembrar que no caso das regiões metropolitanas, 35% dos beneficiários de planos de saúde não residem nestas áreas estando, portanto excluídos dessa definição de mercado.

**Tabela 9: Teste de Elzinga-Hogarty segundo Regiões Metropolitanas do Brasil, 2006**

RM	LIFO	LOFI
Belém	0.40	14.12
Fortaleza	0.47	10.52
Recife	1.38	14.43
Salvador	0.78	13.62
Belo Horizonte	1.06	9.21
Rio de Janeiro	1.92	1.97
São Paulo	2.07	1.09
Curitiba	0.27	9.67
Porto Alegre	0.46	8.11
Grande Vitória	2.93	11.55
Baixada Santista	4.24	0.99
Natal	0.95	25.13
Grande São Luís	0.31	21.00
Londrina	1.06	14.23
Maringá	4.12	15.47
Maceió	0.46	23.17
Vale do Aço	3.13	24.55
Goiânia	0.73	17.94
Campinas	3.97	7.41

Fonte: SIH (2006)

## 8. Resultados

### 8.1. Caracterização do mercado

A tabela 10 reporta a caracterização dos mercados relevantes definidos na dimensão geográfica de planos de saúde coletivo e individual separadamente. Essa caracterização inclui a média e variância para os seguintes indicadores: número de operadoras, número de planos, número de planos por operadora, número de beneficiários, número de beneficiários por operadora e número de beneficiários por plano.

O número de operadoras é importante para se ter uma idéia da potencial concorrência existente nos mercados. A análise desse indicador sugere, em princípio, que os mercados são bastante competitivos, haja vista que o número médio de operadoras por mercado é de 45 nos mercados de planos coletivos e de 30 nos mercados de planos individuais. Em relação ao número de planos ofertados em cada mercado e número de planos ofertado por operadora, esses indicadores podem ser interpretados como *proxies* de diferenciação do produto. O número médio de planos ofertado nos mercados é bastante elevado, 618 no mercado de planos coletivos e 1151 no mercado de planos individuais sugerindo uma diferenciação de produto bastante alta. O número de planos ofertado por

operadora é de cerca de 18, sendo que nesse caso não há diferença entre os mercados de planos coletivo e individual.

O número médio de beneficiários por mercado relevante evidencia a heterogeneidade dos mercados relevantes em termos de tamanho. Nesse caso, a variância chega a 6 vezes o valor da média, evidenciando grandes diferenças nos tamanhos dos mercados. A estatística de beneficiários por operadora sugere que as operadoras no Brasil são ainda relativamente pequenas ao tamanho de operadoras vigentes no mercado americano. O tamanho médio das operadoras é de 2000 beneficiários nos mercados coletivos e de 1100 nos mercados de planos individuais. O tamanho máximo de operadora é de cerca de 22000 no caso dos planos coletivos e de 6500 no caso dos planos individuais evidenciando carteiras de beneficiários pequenas. Essa informação sugere que ainda existe muito espaço para justificar fusões nesses mercados. Por último, a estatística de beneficiários por plano, sugere que a diferenciação de produto é bastante grande nesse mercado, uma vez que o número de beneficiários não alcança a cifra de 100 beneficiários. Uma análise posterior que categorize essa diferenciação pode ser interessante para entender o grau de diferenciação. Como se tratam de contratos, esse elevado número pode apenas estar refletindo uma exigência legal diante de uma pequena mudança no contrato, ou pode refletir de fato uma estratégia das operadoras.

**Tabela 10: Número médio de operadoras, planos, planos por operadora, beneficiários, beneficiários por plano e beneficiários por operadora nos mercados relevantes de planos de saúde coletivo e individual Brasil, 2006**

	Média	D.P.	Mínimo	Máximo
<i>Coletivo</i>				
Operadoras	45.75	35.13	11.00	254.00
Planos	1151.66	2441.13	60.00	21004.00
Planos por operadora	18.12	11.60	4.29	82.69
Beneficiários	172552.60	633967.90	771.00	5722853.00
Beneficiários por plano	86.72	70.65	8.95	467.91
Beneficiários por operadora	1922.12	2859.74	55.07	22530.92
<i>Individual</i>				
Operadoras	30.07	32.93	5.00	232.00
Planos	618.49	1196.70	73.00	10373.00
Planos por operadora	18.43	9.45	5.29	51.81
Beneficiários	57126.88	177467.50	318.00	1522800.00
Beneficiários por plano	56.66	42.51	4.36	212.96
Beneficiários por operadora	1181.76	1366.05	39.56	6563.79

Fonte: SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

## 8.2 Concentração no mercado de planos de saúde no Brasil

Os resultados encontrados mostram concentração de mercado em praticamente todos os mercados relevantes delimitados independente do tipo de índice de concentração utilizado. A tabela 11

mostra que mais de 98% dos mercados de planos individuais é concentrada (critério de  $CR1 > 15\%$ ) e mais de 95% dos mercados de planos coletivos é concentrado no Brasil. Os mercados de planos individuais não concentrados são São Paulo e Recife. Nos mercados de planos coletivos, não são concentrados os mercados definidos pelos centróides de São Paulo, Salvador, Brasília e São Luis. Vale notar que os mercados de planos individuais são mais concentrados que os mercados de planos coletivos, onde a concorrência parece ser maior<sup>31</sup>.

**Tabela 11: Número de mercados concentrados segundo critério e tipo de mercado**

Critério	Individual		Coletivo	
	Mercados	(%)	Mercados	(%)
CR1 > 15%	87	97.8	85	95.5
CR4 > 75%	84	94.4	80	89.9
HHI > 1800	85	95.5	91	102.2

Outro resultado interessante é analisar em que medida essas operadoras se repetem entre os mercados relevantes definidos. As tabelas 12 e 13 descrevem as operadoras com maior market share nos mercados relevantes definidos. Em relação aos mercados de planos individuais apenas 13 operadoras detêm maior participação de mercado. Ou seja, do total de 417 operadoras que competem nos mercados relevantes definidos apenas 13 controlam praticamente todos os mercados, ou seja, 3,11%. Destas 13, destaca-se a Unimed que tem a maior participação de mercado em 77 mercados dos 89 analisados. No mercado de planos coletivos, o qual é mais competitivo, o mercado é controlado por 15 operadoras, ou seja, apenas 4% das operadoras ativas nos mercados controlam praticamente todo o mercado de planos coletivos no Brasil. Chama a atenção mais uma vez o caso da Unimed que têm maior participação em 73 mercados, sendo que essa fração de mercado é superior a 25% em praticamente todos estes.

<sup>31</sup> As tabelas 3 e 4 do anexo reportam os índices de concentração para cada mercado relevante.

**Tabela 12: Operadoras de maior market share nos mercados relevantes de planos individuais**

Código	Razão social	Mercados	%
1	UNIMED	77	86.5
304701	SOC.COOP. DE SERV.MÉDICOS DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA	1	1.1
313084	COOPERATIVA DE SERVIÇOS MEDICOS DE ARAGUAINA	1	1.1
318213	COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO REG. DO PLANALTO SERRANO	1	1.1
339954	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	1	1.1
363685	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTES CLAROS	1	1.1
368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	1	1.1
385697	CAIXA DE ASSIST DOS FUNCION DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL	1	1.1
403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA	1	1.1
403962	SÃO FRANCISCO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	1	1.1
411051	EXCELSIOR MED LTDA.	1	1.1
411299	PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA MAIS SAÚDE LTDA.	1	1.1
412538	UNI Hosp - SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA	1	1.1
<b>Total de mercados</b>		<b>89</b>	<b>100.0</b>

Fonte: IBGE (2000), AMS (2000), SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

**Tabela 13: Operadoras de maior market share nos mercados relevantes de planos coletivos**

Código	Razão social	Mercados	%
1	UNIMED	73	82.0
368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	3	3.4
302872	MEDIAL SAÚDE S/A.	1	1.1
304701	SOC.COOP. DE SERV.MÉDICOS DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA	1	1.1
305626	PRONTOCLINICA E HOSPITAIS SAO LUCAS S/A	1	1.1
313084	COOPERATIVA DE SERVIÇOS MEDICOS DE ARAGUAINA	1	1.1
318213	COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO REG. DO PLANALTO SERRANO	1	1.1
322326	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CATÓLICA	1	1.1
323811	ASSISTENCIA MEDICO HOSPITALAR SAO LUCAS S/A	1	1.1
326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA	1	1.1
326861	PROTEÇÃO MEDICA A EMPRESAS LTDA	1	1.1
337510	MEDPLAN ASSISTÊNCIA MEDICA LTDA.	1	1.1
359017	INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE S.A.	1	1.1
403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA	1	1.1
404811	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	1	1.1
<b>Total de mercados</b>		<b>89</b>	<b>100.0</b>

Fonte: IBGE (2000), AMS (2000), SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

A título de comparação apresentamos os índices de concentração calculados quando delimitamos o mercado na dimensão geográfica considerando a fronteira geopolítica das Regiões Metropolitanas e das Unidades da Federação. As tabelas 14 e 15 reportam os índices calculados para Unidades da Federação e as tabelas 16 e 17 para as regiões metropolitanas. Quando consideramos a fronteira geopolítica definida pelas Unidades da Federação, 06 dos 27 mercados não são concentrados para os planos individuais e 3 não são concentrados para os planos coletivos. Em relação às regiões metropolitanas, das 19 regiões, 04 mercados não são concentrados no caso dos planos individuais e 07 mercados não são concentrados no caso dos planos coletivos. Esses resultados são bastante

diferentes dos encontrados quando delimitamos os mercados geográficos segundo a metodologia gravitacional, segundo a qual mais de 90% dos mercados é concentrado. Nesses casos, a concentração é menor, pois estamos considerando o critério de fronteira geográfica para delimitar o mercado não existe nenhuma consideração acerca da demanda e oferta de serviços de saúde locais e vizinhas. A análise da tabela 3 do anexo que identifica a concentração em cada mercado mostra que os resultados são bastante consistentes, embora distintos. Quando utilizamos a metodologia dos modelos gravitacionais, não são concentrados para os planos individuais, os mercados definidos pelos centróides de São Paulo e Recife. Esses mercados coincidem com duas regiões metropolitanas que foram desconcentradas. Vale notar que para os demais centróides definidos nesses estados os mercados são concentrados. Desse modo, uma análise que considera somente a região metropolitana, ou todo o estado, pode encontrar um resultado que não é verdadeiro para todo o universo de beneficiários. No caso das Unidades da Federação, não são concentrados os mercados de planos individuais definidos nos estados de São Paulo, Bahia, Maranhão, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Pernambuco. Ou seja, existe uma superposição dos estados em relação aos mercados que não são concentrados, mas a metodologia gravitacional nos permite identificar áreas dentro desses estados que são concentradas.

Esse mesmo padrão de resultados é encontrado para os planos coletivos. Os mercados que não são concentrados segundo a metodologia gravitacional são os definidos pelos seguintes centróides: Brasília, Salvador, São Luís e São Paulo. Utilizando as regiões metropolitanas encontramos um mercado desconcentrado em Recife, Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e São Luiz. Novamente, o que se verifica, entretanto, é que para os demais centróides definidos no mesmo estado que esses municípios, os mercados são concentrados.

Vale ainda notar que os mercados mais concentrados são os de menor cobertura em termos populacionais, menor tamanho populacional, menor número de leitos e menor pib per capita. Esse resultado é muito interessante, uma vez que nesses mercados a possibilidade de formação de várias redes de serviço é pequena uma vez que estes não apresentam escala suficiente nem em termos de quantitativo populacional nem em termos de renda. Além disso, como a oferta de serviços de saúde é pequena, isso dificulta muito a entrada de novos concorrentes no mercado.

Por último, cabe ressaltar que o mercado menos concentrado no Brasil é o mercado de São Paulo, que por sua vez é o que apresenta a maior cobertura de planos de saúde do país.

**Tabela 14: Índices de concentração dos planos individuais segundo unidade da federação**

UF	Beneficiários	HHI	CR1	CR4	CR5	Primazia
AC	13951	9414.267	97.01814	99.16852	99.29037	97.71152
AL	74500	3462.428	57.1745	77.09664	81.25637	70.36309
AM	181644	3729.838	56.06902	93.61443	95.78461	58.53656
AP	16210	3609.064	49.6422	98.18014	98.71067	50.29061
BA	380039	<b>1247.074</b>	23.41681	63.98528	70.60775	33.16464
CE	349321	3202.837	41.91245	88.5704	91.92519	45.59409
DF	210860	<b>1327.13</b>	22.09855	67.54007	75.48848	29.27407
ES	364569	3465.411	56.64168	79.85484	84.22301	67.25202
GO	201126	5499.617	73.69609	84.47043	87.65202	84.07803
MA	49647	<b>1309.112</b>	23.58652	65.38764	71.51892	32.97941
MG	1565734	3734.675	60.30699	73.65536	75.62415	79.74567
MS	71501	7379.002	85.47153	95.90076	96.70634	88.38255
MT	161588	9326.141	96.55977	99.00054	99.3403	97.201
PA	173302	3498.396	54.37041	86.72664	90.34576	60.18037
PB	46266	5108.238	70.37997	89.69654	93.55682	75.22698
PE	301382	<b>1742.551</b>	37.01548	62.97357	70.05362	52.83879
PI	67687	2104.049	34.97865	83.54042	89.11608	39.25066
PR	918478	2230.193	42.66983	72.62286	75.7256	56.34796
RJ	1839713	<b>1713.18</b>	36.13058	65.80407	70.67439	51.12259
RN	124832	3138.128	40.57854	90.0306	92.23597	43.99427
RO	14779	3480.073	51.47845	93.06448	96.18377	53.52093
RR	1111	3863.622	59.22592	89.10891	92.70927	63.8835
RS	1022439	2551.775	48.47996	68.02596	71.39057	67.90807
SC	583693	6382.557	79.65488	88.51571	90.07063	88.43602
SE	60227	3674.448	57.77807	85.56461	89.32206	64.6851
SP	8309883	<b>997.3722</b>	27.26544	48.30359	52.50589	51.92834
TO	20744	7151.42	83.81219	98.89125	99.19977	84.48829

Fonte: SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

**Tabela 15: Índices de concentração dos planos coletivos segundo Unidade da federação**

UF	Beneficiários	HHI	CR1	CR4	CR5	Primazia
AC	5415	6408.018	77.54386	99.29825	99.66759	77.80248
AL	71597	3721.295	56.52472	93.04859	97.17865	58.16578
AM	5008	3624.402	56.94888	87.59984	94.82828	60.05475
AP	11457	4893.597	51.51436	99.42393	99.55486	51.7447
BA	134279	3098.066	50.65051	81.74324	86.48039	58.56878
CE	192859	5702.754	74.66387	92.25859	94.23931	79.22794
DF	42235	1919.625	31.13295	78.80194	86.61773	35.94292
ES	141684	2233.272	39.77796	79.04774	86.47413	45.99984
GO	88014	5953.21	76.44807	92.95112	94.50883	80.88987
MA	31297	5033.375	66.81791	96.16257	97.58763	68.46965
MG	536437	3501.949	56.72185	81.71621	84.21958	67.34995
MS	32748	8460.693	91.90485	97.78001	98.40906	93.39063
MT	25582	9376.747	96.82198	99.19865	99.41365	97.39305
PA	130248	5005.264	68.38186	92.52657	94.83985	72.10246
PB	72254	9219.695	95.96977	99.58895	99.77441	96.18677
PE	287179	1511.792	26.70773	71.24616	76.85799	34.74945
PI	24500	4815.95	57.57143	99.43674	99.60816	57.7979

PR	360135	2416.456	35.13932	86.80634	89.27708	39.35985
RJ	731532	1749.752	37.80559	63.78887	66.56401	56.79585
RN	90487	3693.993	53.51266	93.86542	97.44936	54.9133
RO	14808	5223.381	63.12804	99.53404	99.69611	63.32046
RR	249	6660.699	81.1245	93.5743	95.58233	84.87395
RS	198659	4622.318	66.04181	88.44955	90.96995	72.59739
SC	118570	7469.444	86.2849	93.3533	95.00717	90.81935
SE	35130	6380.787	76.68659	99.63279	99.77512	76.85944
SP	2330366	914.8429	26.89629	44.61492	49.03161	54.855
TO	6890	6794.243	80.40639	99.30334	99.44848	80.8523

Fonte: SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

**Tabela 16: Índices de concentração dos planos coletivos segundo região metropolitana**

RM	Beneficiários	HHI	CR1	CR4	CR5	Primazia
Belém	143425	3277.76	50.78	87.41	91.70	55.38
Fortaleza	329537	3351.96	43.39	90.27	92.92	46.70
Recife	243975	<b>1320.27</b>	28.50	58.63	67.07	42.49
Salvador	269125	<b>1087.26</b>	21.11	57.81	65.34	32.31
Belo Horizonte	778576	3347.20	55.92	77.39	80.97	69.06
Rio de Janeiro	1542383	<b>1435.89</b>	30.64	63.43	69.16	44.30
São Paulo	5334134	<b>637.05</b>	13.72	41.28	47.42	28.92
Curitiba	480022	<b>1445.66</b>	28.49	67.55	72.92	39.07
Porto Alegre	562207	<b>1658.25</b>	34.18	66.59	71.22	48.00
Grande Vitória	270616	2787.05	48.98	77.42	82.51	59.36
Baixada Santista	345044	1913.03	31.08	79.38	87.64	35.46
Natal	96401	3142.22	39.92	92.35	94.28	42.34
Grande São Luís	36130	<b>1377.36</b>	21.79	67.91	73.69	29.57
Londrina	57941	6112.59	77.70	89.58	92.07	84.40
Maringá	95649	3974.18	59.23	92.75	95.65	61.92
Maceió	68663	3585.72	58.25	78.39	82.69	70.44
Vale do Aço	20931	3315.40	49.67	95.74	96.71	51.36
Goiânia	138276	4872.91	69.01	84.52	87.55	78.82
Campinas	628946	3274.28	56.11	71.20	74.19	75.64

Fonte: SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

**Tabela 17: Índices de concentração dos planos individuais segundo região metropolitana**

RM	Beneficiários	HHI	CR1	CR4	CR5	Primazia
Belém	110017	4830.55	66.26	93.22	95.84	69.14
Fortaleza	158949	5516.19	73.06	94.19	96.33	75.84
Recife	226251	<b>1528.67</b>	23.38	73.88	80.84	28.92
Salvador	72618	2125.77	33.52	77.76	85.46	39.22
Belo Horizonte	342162	3343.61	51.79	90.67	94.38	54.88
Rio de Janeiro	595836	<b>1384.73</b>	30.40	61.92	64.98	46.77
São Paulo	1417657	<b>593.07</b>	12.35	38.99	46.23	26.72
Curitiba	203906	3425.39	52.22	91.54	94.15	55.46
Porto Alegre	84060	3430.39	48.67	93.62	95.46	50.98
Grande Vitória	107142	<b>1673.58</b>	25.83	73.63	82.97	31.13
Baixada Santista	93172	2045.81	29.62	85.87	91.63	32.32
Natal	78771	3420.05	49.31	93.55	97.25	50.71





Grande São Luís	24463	6846.46	82.04	96.21	97.90	83.80
Londrina	45914	6535.55	78.63	99.69	99.82	78.78
Maringá	26459	5812.42	74.87	99.36	99.67	75.11
Maceió	58486	3071.29	48.08	91.84	96.76	49.69
Vale do Aço	5591	3521.94	48.51	99.21	99.41	48.79
Goiânia	59912	5081.14	69.68	93.52	95.76	72.77
Campinas	167744	2285.81	45.13	66.33	71.58	63.05

Fonte: SIB/ANS (jun/2007), CADOP/ANS (jun/2007) e RPS/ANS (jun/2007)

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho propomos para a Agência Nacional de Saúde uma nova metodologia para a delimitação de mercado relevante para o mercado de planos de saúde no Brasil. Os planos individuais e coletivos foram abordados separadamente por considerarmos que não existe substituíbilidade entre esses planos. O foco central da metodologia é a definição de mercado relevante na dimensão geográfica. A metodologia proposta é uma adaptação dos modelos gravitacionais para a demanda por serviços de saúde e conseqüentemente por planos de saúde. Além da proposição metodológica utilizamos ainda os dados do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde para construir as estatísticas usuais na literatura para definição do mercado relevante de forma a validar a metodologia proposta. Os resultados para os testes de validação mostram que os mercados estão bem definidos. Em relação aos índices de concentração, a maior parte dos mercados brasileiros é concentrada e os resultados são distintos dos encontrados quando utilizamos a fronteira geopolítica para definir o mercado geográfico.

## 10. REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Jean Marie & GAYNOR, Martin & VOGT, William B *Entry and Competition in Local Hospital Markets," The Centre for Market and Public Organisation 03/088, Department of Economics, University of Bristol, UK. 2003*

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In:FERGUSON, B., SHELDON, T.A., POSNETT, J., editors. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare; 1997.

ALONSO, W *Location and land use*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1964

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Competition in Health Insurance: a comprehensive study of U.S. Markets*. 2005.

ANDERSON, James E. A Theoretical Foundation for the Gravity Equation. *American Economic Review* 69(1): 106-116. A first attempt to provide theoretical foundations to the gravity model. 1979.

ANS, *Caderno de Informação em Saúde Suplementar*, 2008.

ARMINGTON, Paul. A Theory of Demand for Products Distinguished by Place of Production. *IMF Staff Papers* 16(3): 159-176. The key contribution on product differentiation by country of origin. 1969.

BURNS L R; WHOLEY D R. The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *Journal of health economics*. 1992.

- CAR-HILL, R. A. *et al.* Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services. *British Medical Journal*, v. 309, p. 1046-1049, 1994.
- CARLTON, D. W., PERLOFF, J. M. *Modern industrial organization*. 3rd ed. Reading, Mass: Addison-Wesley, 2000. 780p.
- CONGDON, P. The development of gravity models for hospital patient flows under system change: a Bayesian modelling approach, *Health Care Management*. 2001.
- CUELLAR, Alison E.; GERTLER, Paul J. Strategic integration of hospitals and physicians. *Journal of Health Economics*, 23, 2006.
- CUTLER, D.; ZECKHAUSER. (2001).The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.). *Handbook of health economics*. New York: Elsevier, 2001. v.1A, p.755-845.
- DERENGOWSKI FONSECA, M. G.; Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado. Texto para Discussão. IE/ UFRJ. 2004.
- DUCLOS, M. T. M.; Atos de concentração, poder de monopsonio e restrições verticais no mercado de saúde suplementar. IPEA. 2006.
- DRANOVE, David & SHANLEY, Mark. A Note on the Relational Aspects of Hospital Market Definitions. *Journal of Health Economics*. 8(4): 473-478. 1990.
- FABBRI, D. La stima di frontiere di costo nel trasporto pubblico locale: una rassegna e un'applicazione. *Economia Pubblica*, XXVIII (3): 55-94. 1998
- FUJITA, M.; KRUGMAN, P.; VENABLES, A.; The Spatial Economy: Cities, Regions, and International Trade," MIT Press Books, The MIT Press, 1990.
- GAYNOR, Martin; HAAS-WILSON, Debora. Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets. *Journal of Economic Perspectives*, vol 13, N.1, 1999.
- GAYNOR, Martin; Vogt, William. Antitrust and Competition in Health Care Markets, Working Paper 7112, *NBER*,1999.
- GAYNOR, Martin. What do we know about competition and quality in health care markets. Working Paper 12301, *NBER*, June, 2006.
- GARNICK, D. W.; LUFT, Harold; ROBINSON, J.; TETREAUULT, J. Appropriate Measures of Hospital Market Areas. *Health Services Research* 22:1, April, 1987.
- GIVEN, Ruth. Economies of scale and scope as na explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. *Journal of Health Economics*, 15, p.685-713, 1996.

GUIA para análise econômica de atos de concentração horizontal. In.: BRASIL. Ministério da Fazenda, Secretaria de Acompanhamento Econômico. Portaria Conjunta SEAE/SDE n.50, de 01 de agosto de 2001. Diário Oficial da União, n.158-E, de 17/08/01, Seção 1, p.12-15. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/seae>>. Acesso em: 17 ago. 2004.

HYMAN, David & KOVAGIC, Willian. Monopoly, Monopsony, And Market Definition: An Antitrust Perspective On Market Concentration Among Health Insurers. *Health Affairs*, vol 23, n.6, 2004.

HORIZONTAL MERGER GUIDELINES, do FTC – *Federal Trade Comission* e do DoJ – *Departament of Justice*, EUA. 1997.

HOVENKAMP, H. *Antitrust*. 2.ed. St. Paul (Minn): West Publ., 1994.

KOPIT, William. Is there evidence that recent consolidation in the health insurance industry has adversely affected premium? *Health Affairs*, vol 23, n.6,2004.

KUPFER, D., HASENCLEVER, L. (Orgs) *Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 640p.

LOWE, John; SEN A. Gravity Model Application in Health Planning: Analysis of an Urban Hospital Market. *Journal of Regional Science*, vol 36, no 3, p.436-461, 1996.

McGUIRK, M. A. & PORELL, F. W. Spatial patterns of hospital utilization: the impact of distance and time. *Inquiry*, 21:84-95, 1984.

OCKÉ REIS, C.O. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 51, n. 1, p. 125-150, 2000.

ROBINSON, James. Consolidation and the transformation of Competition in Health Insurance. *Health Affairs*, vol 23, n.6,2004.

ROTHSCHILD, M. STIGLITZ, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: A Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*; 80:629-649.

SANTOS, Thompson. Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar. Documento de Trabalho, n.46, SEAE/MF, 2008.

SCHERER, F. M, ROSS, D. Industrial market structure and economic performance. 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin, 1990.

UGOLINI C, FABBRI D Mobilita sanitaria ed indici di entropia. Management ed Economia Sanitaria (MECOSAN). (1998)

VIACAVA, F. & BAHIA, L., Assistência médico-sanitária. Os serviços de saúde segundo o IBGE. Dados-Radis, 1996.

VISCUSI, W., VERNON, J. E HARRINGTON, J. *Economics of regulation and antitrust*. Lexington, MA.: D.C. Heath and Company, 1995.

WERDEN, G. The Limited Relevance of Patient Migration Data in Market Delineation for Hospital Merger Cases. *Journal of Health Economics* (8):363-76. 1989.

Wilson, D. H. (2003). *Managed Care and Monopoly Power. The Antitrust Challenge*. Harvard University Press.

WHOLEY, Douglas; FELDMAN, Roger; CHRISTIANSON, J.; ENGBERG, John. Scale and scope economies among health maintenance organizations. *Journal of Health Economics*, 15, p.657-684, 1996.

## **PRODUTO 2**

# **REGULAÇÃO ECONÔMICA E SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **AUTORES:**

Mônica Viegas Andrade

Ricardo Machado Ruiz

Marina Moreira da Gama

Ana Carolina Maia

## APRESENTAÇÃO

A regulação econômica da saúde suplementar tem por objetivo promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadoras e consumidores, a estrutura de mercado, e desta forma, contribuir para o desenvolvimento de ações na área de saúde para o Brasil. No Brasil, o marco legal da regulação do setor é formado pelo conjunto da Lei 9.656/98, de 3/06/1998, com a MP 2.177-44, além da Lei 9.961/00, de 20/01/00, que criou a ANS, e da lei 10.185/01, de 12/02/2001, que instituiu a seguradora especializada em saúde. No entanto, a regulação da saúde suplementar no Brasil extrapola as Leis referentes exclusivamente ao setor, já que outros órgãos estatais se encontram envolvidos indiretamente na tarefa de regular o setor. Destacamos entre eles o Ministério da Fazenda e da Justiça, responsáveis pela defesa da concorrência no Brasil (sendo o CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica, a autarquia federal encarregada de julgar os casos correlatos até a última instância da esfera administrativa), e o Judiciário, responsável pelo julgamento dos processos cíveis envolvendo operadoras, consumidores e prestadores de serviços.

Apesar da ANS ser o locus regulatório da saúde suplementar, outros órgãos estatais também influenciam nas tomadas de decisão do setor. Dado isto, é preciso entender e analisar, além da regulação específica do setor, o desdobramento desta ação regulatória para outros órgãos fora a própria ANS. O objetivo desse trabalho é investigar os pontos nos quais se faz necessária a convergência das atividades da ANS e de outras entidades governamentais.

No mercado suplementar em saúde, a ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência e do interesse público. Estes dois aspectos serão abordados levando em consideração a convergência entre a ação da ANS e outros órgãos estatais.

A primeira parte deste relatório faz um levantamento de todos os processos julgados pelo CADE visando a defesa da concorrência no setor saúde suplementar. O foco desse levantamento são as práticas anticompetitivas, ou seja, práticas realizadas pelos agentes econômicos para reduzir a concorrência de mercado e/ou aumentar a lucratividade das empresas.

A segunda parte desse relatório utiliza como fonte de informação os processos referentes ao setor de assistência suplementar julgados no Superior Tribunal de Justiça. A partir desse levantamento

procuramos investigar se existe algum padrão no objeto da ação desses processos de modo a identificar possíveis lacunas da atuação regulatória da Agência Nacional de Saúde, uma vez que compete à Agência a regulação dos contratos no setor. O levantamento trata de todos os processos cíveis julgados entre 2000 e 2007 pelo STJ – Superior Tribunal de Justiça.

Além disso, finalizamos o trabalho com considerações do Projeto de Lei que visa alterar a regulação geral das agências reguladoras do Brasil, destacando os principais pontos que se referem à ANS e alguns de seus desdobramentos para os outros entes estatais.

Assim, este relatório está dividido em cinco partes, além desta apresentação. A primeira parte descreve sucintamente a evolução da regulação do setor, destacando as Leis mais recentes, inclusive a de criação da agência de regulação do mercado, e seus desdobramentos para a criação de uma relação entre a ANS e outras entidades estatais e de poder. A segunda parte trata da relação específica entre a saúde suplementar e a defesa da concorrência, com foco nas decisões sobre práticas anticompetitivas julgadas pelo CADE. A terceira parte relata os problemas entre agentes econômicos do setor, com ênfase na relação contratual hipossuficiente entre operadoras e consumidores, com destaque para as decisões sobre o assunto do STJ. A quarta parte analisa o Projeto de Lei que alterará a estrutura das agências reguladoras, inclusive a ANS, e faz comentários sobre sua implicação para o setor. Por fim, a última parte faz as considerações finais.



## 1. NOTAS SOBRE A REGULAÇÃO DO SETOR

Nesta seção descreveremos, brevemente, a construção dos marcos regulatórios do setor de saúde suplementar que fundamentam o nosso objetivo de analisar a regulação que permeia a relação entre os órgãos estatais e de poder e a agência reguladora da saúde, a ANS.

### 1.1 Notas da Regulação

O aumento do número de operadoras e da população de beneficiários de planos de saúde a partir dos anos noventa implicou em conflitos de interesses entre os agentes econômicos do setor, sobre os quais recaiu a intervenção do Estado, apesar da saúde suplementar não ter características de monopólio natural que impescinde de algum tipo de regulação econômica<sup>32</sup>.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegurou o direito à saúde. Mas, embora o direito à saúde seja seu dever, o Estado permitiu à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde. A CF definiu, por um lado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, por outro, que a saúde seja livre à iniciativa privada. A legislação federal que regulamenta o SUS se encontra nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

A explosão da saúde suplementar se deu, por um lado, pelo fato de muitas empresas privadas terem decidido incorporar os benefícios dos planos de saúde como salário indireto para seus empregados. Por outro, pelo fato de importantes frações das classes médias estarem insatisfeitas com a “má qualidade” da assistência oferecida pelo SUS e passarem a aderir aos planos e aos seguros de saúde privados (COSTA, 2004).

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, publicada no *Diário Oficial* em 4/6/98, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta lei estabelece os principais marcos da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. Quase simultaneamente a sua promulgação, em 5 de junho, é editada uma Medida Provisória, a de nº 1.665, a alterando. A Medida Provisória foi reeditada quase mensalmente (por força da legislação vigente) até agosto de 2001, chegando à sua versão nº 44 (MONTONE, 2004).

---

<sup>32</sup> Este ponto será explicado mais a frente.

A Lei nº 9.656/98 estabelece que se submetam às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operem planos assistência à saúde, definindo os conceitos de plano privado, de operadora de plano e de carteira, sobre os quais são expedidos os atos normativos básicos para operar no mercado privado de assistência à saúde. A regulamentação, aprovada em junho de 1998, entra em vigor efetivamente a partir de janeiro de 1999 e neste intervalo são editadas várias resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), necessárias para viabilizar as exigências da legislação federal. É preciso lembrar que o setor de saúde suplementar existe desde a década de 1960, funcionando como setor não regulamentado e regulado. Tudo, ou quase tudo, carecia de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde.

A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro (RJ), com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS tem, nos termos da Lei, por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. A ANS é uma agência reguladora que incorpora vantagens deste instrumento de intervenção do Estado: maior poder de ação; autonomias administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei; e poder legal em relação a efetivação de suas resoluções.

A ANS exerce a autoridade estatal, normatizando as relações existentes entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os seus respectivos beneficiários consumidores (função quase legislativa), atribuindo direitos de ingresso no mercado, fiscalizando, determinando condutas específicas (função quase executiva) e aplicando sanções, após o devido processo legal, inclusive com a retirada de operadoras do setor regulado (função quase judicial).

A ANS exerce poder de polícia administrativo, que vem a ser qualquer controle – condicionamento (encargo positivo) ou restrição (encargo negativo) – que se faz ao interesse individual em prol do interesse geral. Em outras palavras, consiste na obrigação imposta ao administrado (no caso, as operadoras de planos de saúde) em praticar um ato ou abster-se dele, por atos administrativos sempre com respaldo em lei.

A regulação do mercado de saúde suplementar nesta primeira fase está focada principalmente na publicação de normas e organização das operadoras privadas e de seus planos de assistência suplementar à saúde, especificamente da regulamentação dos riscos e das bases empresariais deste mercado.

A análise das mudanças, feita pela ANS, possibilitou entender o desafio da regulamentação e da regulação do mercado de saúde suplementar. Antes da regulamentação as operadoras eram organizadas livremente, submetendo-se à legislação do tipo societário escolhido. Após a regulamentação elas passaram a ter de cumprir requisitos especiais: autorização de funcionamento, regras de operação padronizadas, exigência de reservas e garantias financeiras e estão sujeitas aos processos de intervenção e liquidação (MONTONE, 2004).

Antes da regulamentação o produto tinha livre definição de cobertura, seleção de risco, livre exclusão de usuários e rompimento de contratos, livre definição de carências e livre reajustes de preços. Após a regulamentação é obrigatória a assistência integral à saúde, é proibida a seleção de risco e rescisão unilateral dos contratos, há definição e limitação das carências e os reajustes de preços passaram a ser controlados.

Diante disto, é claro que existe um campo da regulação da saúde suplementar de convergência entre órgãos estatais e ANS. É sobre esta convergência que nossa análise recai. Buscamos descobrir como entes do governo, responsáveis por assuntos relevantes para a saúde, como a defesa da concorrência e do consumidor no setor, estão tratando de assuntos que permeiam a sua alçada e a da ANS. A convergência entre eles é fundamental para o desenvolvimento de uma saúde suplementar no Brasil que busque alcançar os ditames constitucionais de promoção do bem-estar.

## **2. A SAÚDE SUPLEMENTAR E A DEFESA DA CONCORRÊNCIA**

Esta seção tratará da relação entre saúde suplementar e defesa da concorrência. Embora uma das funções da ANS seja a defesa da concorrência no mercado de saúde suplementar, mercado este que possui características muito peculiares, como será visto na próxima seção, a última instância para julgar os casos relativos a atos de concentrações e práticas competitivas é o CADE. É necessário, assim, convergência entre estes órgãos para que o objetivo em comum de proteger a concorrência no setor seja alcançado.

Nas próximas seções descrevemos as peculiaridades do mercado de saúde suplementar e as funções da defesa da concorrência. Posteriormente, elencamos as práticas competitivas como objeto de análise, descrevemos nossa metodologia e analisamos os resultados.

## 2.1 . A concorrência no mercado de cuidado da saúde

O cuidado da saúde apresenta uma natureza distinta dos demais bens e serviços. Essas particularidades muitas vezes criam uma estrutura de concorrência diferente dos demais mercados alterando a relação direta entre concorrência e bem estar social observada na maioria dos mercados<sup>33</sup>. Uma primeira particularidade do cuidado da saúde se refere ao fato deste ser um produto diferenciado. O cuidado da saúde é um serviço e todos os serviços são inerentemente heterogêneos e *non-tradables*. Além disso, no caso do cuidado com a saúde, as preferências dos consumidores são heterogêneas. A combinação de um produto heterogêneo com preferências heterogêneas determina grande poder de mercado para os produtores. A literatura econômica aponta resultados ambíguos em termos de bem estar social da estrutura de concorrência em um ambiente de produto diferenciado no qual as firmas competem em preço e qualidade. Por um lado a concorrência pode determinar um equilíbrio com qualidade sub-ótima, e por outro pode determinar excesso de variabilidade de qualidade (Gaynor, 2006). Se o preço for fixado por regulação, a concorrência pode levar à excessiva diferenciação do produto. Especificamente, em relação ao mercado de cuidado da saúde, alguns autores argumentam que devido à presença de seguros, os hospitais não competem em preço, mas em qualidade. Essa conduta foi denominada na literatura de *Medical Arms Race* (Gaynor & Vogt, 1999). Esta ocorre quando os hospitais competem indiretamente por pacientes oferecendo aos médicos condições de trabalho com tecnologias mais avançadas. Esse tipo de estratégia pode resultar em uma excessiva oferta de serviços e tecnologia, especialmente em mercados com maior concentração de hospitais. No curto prazo quando as características do produto são fixas, a única dimensão que importa é a competição via preços e nesse caso a concorrência claramente gera resultados ótimos em termos de bem estar social. Os órgãos de defesa da concorrência, em geral dão prioridade aos resultados de curto prazo.

A segunda particularidade inerente ao mercado de cuidado da saúde é a presença de assimetria informacional entre os agentes que resulta em problemas de risco moral, seleção adversa e

---

<sup>33</sup> Esta seção está baseada em Gaynor & Vogt (1999).

problemas de agência. O risco moral ocorre na presença de seguros na medida em que os consumidores tendem a sobreutilizar os serviços em situações em que o custo marginal do produto demandado é zero ou próximo de zero. Na ausência de mecanismos de divisão de custos, uma estrutura de mercado concentrada pode aumentar o bem estar social uma vez que reduziria a quantidade consumida. A seleção adversa ocorre no mercado de seguros quando a seguradora não pode ajustar o prêmio ao risco individual, seja por falta de informação, seja por algum impedimento regulatório. Em um mercado onde a identidade do consumidor importa, ou seja, afeta os custos, a concorrência pode ter efeitos negativos. Embora, a livre alocação dos indivíduos entre diferentes planos incentive a provisão eficiente, na presença de seleção adversa, as firmas têm interesse em concorrer pelos indivíduos de baixo risco. Desse modo, os resultados da concorrência podem ser sub-ótimos. Em casos extremos, a seleção adversa pode resultar no desaparecimento de mercados para determinados tipos de risco (ROTHSCHILD & STIGLITZ, 1976; WILSON, 2003; CUTLER & ZECKHAUSER, 2001). A evidência empírica mostra que para evitar o problema de seleção adversa as firmas engajam na estratégia de selecionar indivíduos de risco favorável, o *cream-skimming*. Em relação aos problemas de agência, não existem evidências de que a estrutura de concorrência aumente a indução de demanda.

Do ponto de vista empírico, o que observamos nas duas últimas décadas tanto no mercado de cuidado da saúde como também no mercado de seguros de saúde, é um elevado grau de dinamismo em sua estrutura com tendência à consolidação horizontal e vertical dos provedores. Essa consolidação em parte se justifica pela presença de economias de escala e escopo (Given, 1996, Wholey, Feldman, Dhristianson, Engberg, 1996; Cuellar & Gertler, 2006.), Especificamente, para o mercado de seguros e planos de saúde, existem evidências robustas de economias de escala até 115000 beneficiários para as HMOs americanas (Gaynor & Vogt, 1999), mas alguns autores apontam retornos constantes para HMOs de tamanhos superiores justificando as fusões. O *Managed Care* determinou a introdução de um extenso sistema informacional para gerenciamento e monitoramento do cuidado o que acabou gerando uma estrutura com custos fixos ainda mais elevados. Além disso, firmas grandes podem se beneficiar de preços inferiores junto aos provedores se houverem economias de escala no cuidado com a saúde<sup>34</sup> e firmas pequenas apresentam um risco catastrófico maior. Em relação à integração vertical, esta reduz os custos de transação entre

---

<sup>34</sup> No caso do cuidado hospitalar existe evidências empíricas de retornos de escala crescentes para hospitais com até 200 (ALETRAS ET AL, 1997).

seguradoras e provedores. Alguns estudos apontam também a associação entre tamanho da HMO e qualidade do cuidado como uma explicação para as fusões. Existem evidências de que tanto os consumidores como os empregadores têm uma preferência por HMOs maiores.

Embora existam evidências empíricas que sugerem que a consolidação do mercado de seguros seja eficiente, em um ambiente de integração horizontal e vertical cabe sempre uma preocupação com o poder de monopólio e o *foreclosure*<sup>35</sup>. Seguradoras com alta participação no mercado têm elevado poder de barganha juntos aos médicos e hospitais, sobretudo na presença de barreiras a entrada.

## 1. 2.2 A defesa da concorrência

A política de defesa da concorrência pode ser entendida como um conjunto de normas jurídicas cuja motivação é restringir atos e práticas que cerceiam o processo concorrencial. Desta forma congrega ações e parâmetros regulatórios do Estado que estão voltados para a preservação de ambientes competitivos e para o desencorajamento de condutas anticompetitivas derivadas do exercício de poder de mercado, tendo em vista preservar e/ou gerar maior eficiência econômica no funcionamento dos mercados (FARINA, 1996; FORGIONI, 1998).

HOVENKAMP (1994) e SALGADO (1997) argumentam que tal política apresenta dois objetivos básicos: (i) prevenção, através do controle de estruturas de mercado, via apreciação de atos de concentração, horizontais ou verticais (fusões, aquisições, e associações de empresas – *joint ventures*); (ii) repressão, através do controle de condutas ou práticas anti-concorrenciais, que busca verificar a existência de infrações à ordem econômica, horizontais ou verticais. A partir desses objetivos, a política de defesa da concorrência busca atuar sobre as condições de operação dos mercados tanto através de uma influência direta sobre as condutas dos agentes, como também por meio de ações que afetam os parâmetros estruturais que as condicionam (VISCUSI et al, 2000).

---

<sup>35</sup> Robinson (2004) apresenta argumentos associando a consolidação do mercado de seguros americano à elevação observada nos prêmios. Embora o artigo proponha essa associação os dados utilizados não são suficientes para corroborar essa evidência. (KOPIT, 2004).

No primeiro caso, a intervenção é de caráter estrutural, que pode ser horizontal ou vertical<sup>36</sup>, e procura impedir o surgimento de estruturas que aumentem o poder de mercado por parte das empresas que o integram. O controle dos assim chamados atos de concentração verticais está focado sobre as fusões, aquisições ou *joint ventures* entre empresas que se relacionam - ou podem se relacionar - ao longo de uma determinada cadeia produtiva como vendedores e compradores. Já nos atos de concentração horizontais, a preocupação das autoridades antitruste está direcionada para aquelas situações que envolvem sobretudo as empresas concorrentes em um mesmo mercado<sup>37</sup>, podendo levar a uma eliminação - total ou parcial - da rivalidade entre os agentes envolvidos.

No segundo caso, a implementação da política antitruste consiste basicamente em desestimular e coibir comportamentos ou práticas anticompetitivos - tenham estes uma natureza vertical ou horizontal - por parte de empresas que detêm poder de mercado, ou seja, que são capazes, por suas ações, de gerar situações em que a concorrência é restringida (por isso, muitas vezes, estas práticas são denominadas de restritivas). Trata-se, portanto, de evitar, através da ameaça de punição, as condutas empresariais que visem inibir a ação dos concorrentes, limitar o alcance da competição por intermédio de algum tipo de colusão e/ou impor aos compradores (vendedores) condições desfavoráveis na aquisição de produtos.

Normalmente, tais condutas são classificadas em dois tipos: (i) as práticas restritivas horizontais, que reduzem a intensidade da concorrência afetando as interações entre as empresas ofertantes de um mesmo produto ou cesta de produtos para um mesmo grupo de consumidores, abrangendo, por exemplo, os acordos entre empresas (inclusive a formação de cartéis), a associação de profissionais e a prática deliberada de preços predatórios; (ii) as práticas restritivas verticais, que limitam o escopo das ações de agentes que se relacionam como compradores e vendedores ao longo da cadeia produtiva ou nos mercados finais, incluindo condutas como, a fixação de preços de revenda, as restrições territoriais e de base de clientes, os acordos de exclusividade, a recusa de negociação, a venda casada e, a discriminação de preços.

No Brasil, a defesa da concorrência é de responsabilidade de uma autarquia federal, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica. O CADE é um órgão administrativo com jurisdição em todo

---

<sup>36</sup> Existem também atos de concentração conglomerados, que são aqueles realizados entre empresas que não concorrem em um mesmo mercado, nem tampouco mantém relação vertical. Este trabalho tratará os atos de concentração como horizontais ou verticais somente, por motivo de simplificação.

<sup>37</sup> Embora existam atos de concentração horizontais com efeitos em outros mercados.

o território nacional e seu Colegiado, de acordo com o disposto na Lei nº 8.884/94, é composto por um Presidente e seis Conselheiros, nomeados pelo Presidente da República depois de aprovados pelo Senado Federal, com mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução.

O seu papel preventivo corresponde basicamente à análise e julgamento dos atos de concentração, ou seja, à análise das fusões, incorporações e associações de qualquer espécie entre agentes econômicos. Este papel está previsto nos artigos 54 e seguintes da Lei nº 8.884/94. Os atos de concentração não são ilícitos anticoncorrenciais, mas negócios jurídicos privados entre empresas. Contudo, deve o CADE, nos termos do artigo 54 da Lei nº 8.884/94, analisar os efeitos desses negócios, em particular, nos casos em que há a possibilidade de criação de prejuízos ou restrições à livre concorrência, que a lei antitruste supõe ocorrer em situações de concentração econômica acima de 20% do mercado de bem ou serviço analisado, ou quando uma das empresas possui, no mínimo, quatrocentos milhões de faturamento bruto. Caso o negócio seja danoso à concorrência, o CADE tem o poder de impor obrigações – de fazer e de não-fazer – às empresas como condição para a sua aprovação, determinar a alienação total ou parcial dos ativos envolvidos (máquinas, fábricas, marcas, etc), ou alteração nos contratos.

O papel repressivo corresponde à análise e julgamento das condutas anticoncorrenciais. Essas condutas anticoncorrenciais estão previstas nos artigos 20 e seguintes da Lei nº 8.884/94 e na Resolução 20 do CADE, de forma mais detalhada e didática. Neste caso, o CADE tem o papel de reprimir práticas infrativas à ordem econômica, tais como: cartéis, vendas casadas, preços predatórios, acordos de exclusividade, dentre outras.

## **2. 2.3 Metodologia**

Este trabalho analisou todas as práticas anticompetitivas (PAs)<sup>38</sup>, julgadas pelo CADE, que envolveram o setor de saúde suplementar entre os anos de 1994 (data de aprovação da lei de defesa da concorrência) e 2006. As práticas anticompetitivas acarretam danos muitas vezes irreversíveis à concorrência e não podem ser tratadas preventivamente.

---

<sup>38</sup> Os Atos de Concentração (AC) relacionados ao setor de saúde suplementar foram analisados na primeira parte do projeto (estrutura de mercado).



Como dito anteriormente, analisamos todos os casos envolvendo o setor de saúde suplementar julgados em um ano de referência. Isto significa que ficaram de fora os processos administrativos ainda em trâmite na autarquia, as averiguações preliminares, os recursos voluntários, os autos de infração, as consultas e os atos de concentração, obviamente. Todos os julgados formam coletados no *site* do CADE cujo mercado relevante estava relacionado com a saúde suplementar.

## 2.4 Resultados

A tabela 1 abaixo mostra o número de praticas anticompetitivas julgadas entre os anos de 1994 e 2006 e dentre estas aquelas referentes ao mercado de saúde suplementar.

**Tabela 1: PAs julgadas pelo CADE entre os anos de 1994 e 2004**

Ano	nº PA's	Saúde Suplementar	%
1994	36	4	11
1995	38	3	8
1996	97	19	20
1997	446	8	2
1998	90	7	8
1999	43	18	42
2000	39	11	28
2001	34	15	44
2002	34	10	30
2003	23	10	43
2004	42	8	19
2005	63	17	27
2006	30	5	17
Total	1015	135	13

Primeiramente é preciso fazer um esclarecimento sobre o numero dispare de práticas anticompetitivas nos anos de 1996, 1997 e 1998. Ele se deve a uma grande denúncia contra algumas escolas particulares de todo Brasil que realizaram um aumento abusivo de preços pós-plano real. O importante notar é que o numero de práticas anticompetitivas julgadas anualmente não é alto, mas a percentagem destas referentes ao setor de saúde suplementar é significativa.

Para entender melhor a relação entre a defesa da concorrência e a saúde suplementar é preciso identificar quais as práticas anticompetitivas mais recorrentes em mercados relevantes de planos de saúde. Esta tarefa não é trivial, devido ao fato de não existir uma lei que enumere exhaustivamente todas as condutas anticoncorrenciais possíveis de serem realizadas em um mercado. Assim, apesar

de haver uma resolução que sugere o enquadramento legal (Resolução nº 20 do CADE), seu uso não é obrigatório acarretando em alguma confusão sobre a tipificação do delito e seu enquadramento legal.

Para solucionar este problema, definimos somente duas práticas anticompetitivas possíveis de serem realizadas no setor de saúde suplementar: a cartelização entre os prestadores de serviço da área de saúde (associação de profissionais médicos), ou mais claramente, o tabelamento de honorários, e a unimilitância, ou acordos de exclusividade entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

A cartelização de profissionais, prática anticompetitiva horizontal, é um acordo entre profissionais concorrentes em um mesmo mercado relevante sobre fixação de preço ou atuação geográfica. Sob o auspício desta prática é possível que as associações ou cooperativas de profissionais da saúde (médicos) acordem sobre o preço dos serviços prestados, geralmente através da imposição de uma tabela de honorários. Neste último caso temos o tabelamento, que nada mais é do que uma prática anticompetitiva horizontal no qual o profissional de saúde (médico) de uma região, ao prestar o seu serviço, é remunerado por uma tabela de preços fixa, geralmente 'imposta' pela associação ou cooperativa médica, que neste caso poderá ser uma operadora do setor de saúde suplementar. Esta prática anticompetitiva, se praticada por cooperativa médica ofertante de planos de saúde, ao tabelar um preço abaixo do praticado em condições normais, reduz a concorrência entre rivais.

A unimilitância é uma conduta anticoncorrencial vertical que cria um acordo de exclusividade entre o profissional da saúde de uma região (médico) e a provedora de planos de saúde da mesma região (operadora ou cooperativa), não permitindo que o profissional preste serviço para outra entidade sua concorrente. Este acordo de exclusividade entre operadora e fornecedor também pode elevar os custos de entrada de competidores potenciais ou elevar os custos de rivais efetivos no mercado do provedor, aumentando a possibilidade de exercício de poder de mercado no setor correspondente.

A tabela 2 abaixo mostra para os todos os anos entre 1994 e 2006 o número de práticas anticompetitivas enquadradas como horizontal (Cartel/ Tabelamento) e vertical (Unimilitância).

Tabela 2: **Tipificação das PA's referentes à saúde suplementar**

Ano	Cartel / Tabelamento	Unimilitância	Total
1994	1	3	4
1995	0	3	3
1996	1	18	19
1997	3	5	8
1998	2	5	7
1999	4	14	18
2000	3	8	11
2001	3	12	15
2002	3	7	10
2003	3	7	10
2004	2	6	8
2005	2	15	17
2006	2	3	5
Total	47 (35%)	88 (65%)	135 (100%)

Não existe uma dominância entre as práticas anticompetitivas tipificadas, elas se distribuem entre os anos sem um padrão, embora haja uma supremacia da unimilitância. Em alguns anos, como 1996, 1999, 2001 e 2005 há um número evidentemente superior de unimilitância, provavelmente devido à entrada do processo por um único representante contra várias representadas, fato muito usual. A tendência do mercado a partir de 2005 é de queda significativa do tabelamento segmentado ou regionalizado (em prol de uma tabela 'nacional' aprovada pelos órgãos competentes) e da unimilitância (e dos contratos de adesão que fazem restrições a seguimentos de consumidores, como os consumidores de outros planos ou cooperativas de saúde).

## 2.5 CARTEL E TABELAMENTO

O tabelamento é a imposição de uma tabela de honorários pelas associações de profissionais da área de saúde. O tabelamento constitui uma infração à ordem econômica quando é imposto, direta ou indiretamente, aos afiliados das associações de profissionais, pois uma coordenação de mercado que minimiza disputas em preços. Dada a ausência de uma informação crucial (diferenciais preço), há uma redução na capacidade do consumidor de discriminar quantidade e qualidade dos produtos e serviços.

Não há qualquer autorização legislativa expressa sobre o tabelamento de preços de honorários para associações de profissionais (ainda que pelo estabelecimento de preços máximos e preços

mínimos). É oportuno ressaltar que fixação de preços é uma restrição à concorrência que limita a liberdade do profissional de praticar os preços que entende cabíveis para a sua clientela. Essa restrição à liberdade do profissional, num regime de livre iniciativa (princípio estabelecido como fundamento da ordem econômica brasileira, segundo o artigo 170 da Constituição Federal - CF), somente poderia ocorrer mediante a observância do princípio constitucional da reserva legal, previsto no artigo 5, inciso II, da CF (previsão legal), que não é o caso.

Uma das razões alegadas para o uso de tabelas de honorários seria a necessidade de manutenção da qualidade do serviço prestado. Porém, não há qualquer garantia, seja legal ou comportamental, de que a fixação dos valores cobrados pelas associações de profissionais da saúde irá controlar ou mesmo melhorar a qualidade dos seus serviços. Em outras palavras, o meio (a fixação de preços) não promove o fim (garantia da qualidade). Aliás, o impacto da medida pode ser pior para consumidor. Ao fixar preços, por exemplo, a associação de profissionais pode induzir o médico a cobrar um preço que falseia a livre concorrência (e que, portanto, é maior do que o preço formado pelo processo competitivo), sem qualquer garantia que essa medida irá reverter em serviços de maior qualidade. Dessa forma, o tabelamento não é adequado e nem necessário à finalidade de garantir a qualidade dos serviços prestados pelos médicos associados, finalidade essa que deveria ser, ao invés, atingida e protegida por meio de medidas rígidas de fiscalização pelos órgãos competentes.

A cartelização tem por efeito a criação de uma situação de mercado artificial, em que preços e condições de venda não são determinados livremente, como em um ambiente concorrencial, em que há competição por parte dos agentes de mercado. Já em um ambiente cartelizado, o consumidor não teria alternativa a não ser pagar o preço cobrado pelo produto ou serviço (em geral maior do que o valor a ser definido pelo mercado em concorrência), não havendo incentivo para melhoria da qualidade dos produtos e serviços (MOTTA, 2004).

A expedição de tabelas por uma associação ou cooperativa de profissionais da saúde, na qual sugere ou estipula preços para seus associados/ cooperados, concorrentes entre si, tem como efeito, quase que invariavelmente, o prejuízo à concorrência. Além disso, a expedição de uma tabela por uma entidade de classe só pode ser, ou quase sempre é, o resultado de negociação, concerto ou combinação previamente ocorrida ao amparo dessa entidade, cujas funções constitucionalmente

previstas, seguramente não abrangem a uniformização de preços e conduta comercial ou a diminuição da concorrência (Lei nº 5.764/71).

O CADE tem condenado diversas entidades de classe da área de saúde que editam listas de preços tendentes à uniformização da atuação de seus membros. O primeiro destes casos deu-se através do julgamento do Processo Administrativo nº 53/92 em que o Conselho decidiu, por unanimidade, em 31 de junho de 1993, que a Associação dos Hospitais de Sergipe cometeu infração às normas de defesa da concorrência ao elaborar tabela de preços de serviços hospitalares induzindo seus associados a segui-la de maneira uniforme. Segundo o Conselheiro-Relator Carlos Eduardo Vieira de Carvalho, “a questão que se coloca de plano é que a adoção dessas tabelas é, em princípio, prejudicial à concorrência, porquanto elimina os mecanismos normais de formação de preços no mercado, de acordo com as regras da oferta e da procura”.

Recentemente, em 26 de abril de 2006, o CADE, em um caso muito repercutido na mídia, condenou a COPANEST/BA - Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Estado da Bahia - por infração à ordem econômica ao concluir que a Cooperativa teria induzido a formação de preços e condutas uniformes no mercado através do tabelamento de honorários. A investigação iniciou-se em novembro de 2001 a partir de uma representação feita pelo CIEFAS, entidade representativa de empresas de autogestão em saúde. Segundo o CIEFAS, os médicos, reunidos em cooperativas, agregando a quase totalidade dos profissionais, possuiriam condições de manipular o mercado de saúde, interferindo na formação de preços e induzindo condutas uniformes, já que atuariam como fornecedores praticamente exclusivos dos serviços médicos em sua especialidade. Em sua defesa, a cooperativa argumentou que, nas relações discutidas, seriam os planos de saúde (entidades contratantes) que deteriam grande poder de mercado. Assim, argumenta que a reunião dos médicos para negociação e administração de seus contratos constituiria instrumento imprescindível para se alcançar o equilíbrio contratual, bem como a justa remuneração do serviço prestado e não um conluio contra o consumidor ou as empresas de plano de saúde.

Importante salientar que prevalece no CADE o entendimento segundo o qual para a caracterização da infração anticoncorrencial pela indução por sindicatos, associações ou outras entidades representativas de profissionais, à adoção de conduta uniforme entre concorrentes, não pressupõe a imposição direta do ilícito aos seus integrantes. Por isso, a defesa de que a tabela é meramente um

referencial para os associados na prestação de seus serviços é um argumento banal utilizado por esse tipo de cartel que não se sustenta.

No Processo Administrativo nº 08012.009987/98-13, do Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS, contra a Associação dos Hospitais do Estado de Sergipe – AHES, o relator evidenciou que o ilegal, nos termos da Lei nº 8.158/91 (revogada) e da Lei nº 8.884/94, é limitar de fato, ou em potencial, a concorrência ou a livre iniciativa, por qualquer que seja a forma: acordo, convenção, por meio de associação ou não, e, a tabela comum a diversos concorrentes, é uma prova contundente de coordenação de preços patrocinada pelos mesmos. Ressalte-se no relatório que a tabela sequer precisa ser impositiva para ser considerada anticompetitiva, bastando, para tanto, que se verifique apenas a sugestão de preços ou de outras condições de mercado. É o que se percebe do precedente abaixo:

*“Não se requer seja impositiva a tabela. A conduta se materializa na medida em que, utilizando-se de sua indiscutível aptidão para influenciar seus afiliados, elabora a tabela, divulgando-a e até recomendando-a, com o declarado objetivo de proteger a categoria dos médicos. A tabela de preços é, em princípio prejudicial à concorrência, ainda que não impositiva. Afeta o poder de decisão individual de cada agente econômico para estabelecer seus próprios preços, de conformidade com seus custos.”* (Voto no Processo Administrativo nº 61/92, de 14 de fevereiro de 1996, da Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e Capitalização, contra a Associação Médica Brasileira – AMB)

No mesmo sentido, observa-se o relato do Conselheiro Arthur Barrionuevo Filho, no voto do Processo Administrativo nº 08012.009987/98-13:

*“A divulgação de tabela de preços, sejam estes máximos ou mínimos, por entidade associativa, ainda que sob o calor de meramente informativa, configura prática restritiva que, além de influenciar não-filiados, evita que os preços sejam determinados pelas regras de mercado e desestimula a diversificação de produtos e serviços e o desenvolvimento de sua qualidade”.* (Representante: Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS. Representadas: Associação dos Hospitais do Estado de Sergipe – AHES e outras).

Em 14 de fevereiro de 1996 o CADE decidiu pela procedência da representação da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados contra a Associação Médica Brasileira, aplicando multa e determinando a cessação da prática, além das seguintes providências, dentre outras: abster-

se de divulgar ou recomendar tabela de honorários médicos e serviços hospitalares ou instrumento similar que promova a uniformização dos preços de tais serviços; (...).

Assim, o CADE, em todas as oportunidades em que deliberou sobre a matéria, concluiu pela ilegalidade da adoção de tabela de honorários médicos, ou de preços de procedimentos médico-hospitalares, já que se constitui de conduta prejudicial à concorrência. Apesar do CADE ter se manifestado da mesma forma em inúmeros casos análogos, entendendo que os tabelamentos restringiam de forma desproporcional a livre iniciativa e a livre concorrência dos mercados, o Judiciário muitas vezes pensa diferente, e esta decisão na esfera administrativa acaba sendo reformulada na esfera judiciária.

### **3. 2.6 Unimilitância**

A unimilitância é a prestação de serviços exclusivos à cooperativa de médicos ou operadora de planos de saúde. O objetivo de tal exclusividade é impedir o acesso do profissional a outra entidade concorrente a fim de elevar lucros e restringir a oferta de serviços pela outra entidade.

Todos os casos de unimilitância se referiam à cooperativa de médicos UNIMED. Os médicos cooperados da UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico, por meio de uma cláusula inserida no Contrato Social da sua cooperativa, na cláusula de unimilitância, estavam proibidos de atender pacientes que lhes remunerem o serviço por meio de outras operadoras de plano de saúde, sob pena de serem excluídos dos quadros de cooperados da UNIMED em que está filiado (VIGIL, 2006).

Há, portanto, um acordo de exclusividade no corpo do próprio ato constitutivo da cooperativa, pelo qual os médicos somente podem prestar seus serviços a clientes da UNIMED. É uma vedação a um profissional de estabelecer uma relação contratual com outro prestador de serviços concorrente que não a UNIMED, não obstante possa atender clientes que não estejam vinculados a nenhum plano de saúde, considerados como “particulares”.

Inicialmente, cumpre ressaltar que nenhuma das regionais da UNIMED negou a imposição da cláusula de unimilitância, tendo todas se limitado a argüir a legalidade dessa imposição e as justificativas econômicas que embasam a necessidade de sua manutenção. Em verdade, o que sustenta a UNIMED em sua generalidade é que a atitude por ela perpetrada está em consonância com os princípios e ditames legais atinentes às cooperativas, uma vez que o interesse dessa espécie societária é indissociável do interesse de seus membros, os quais não poderiam cometer qualquer

ato em contrariedade ao proveito comum a que se propuseram, sob pena de agirem em contrariedade ao objeto social, que, como em qualquer outra sociedade, deve ser estritamente observado. Assim, se o cooperado compromete-se a contribuir com seus serviços para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum, não pode favorecer, também, o concorrente, o que estaria acontecendo com a dupla militância.

Ademais, a base fundamental de todas as argumentações citadas nos processos encontra-se nos princípios que regem uma sociedade cooperativa, assegurada no ordenamento jurídico pelo § 4º do art. 29 da Lei nº 5.764/71, que expressamente proíbe o ingresso no quadro das cooperativas de agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade.

Por fim, cabe ainda apontar a alegação de ausência de coerção no caso da unimilitância, sob o argumento de que as cooperativas são abertas a todas as pessoas aptas a usar seus serviços e dispostas a aceitar as responsabilidades que dela decorrem (livre adesão), não se tendo jamais compelido nenhum médico a tornar-se associado (*pacta sunt servanda*). Em que pese as razões apresentadas pelas cooperativas, as práticas julgadas pelo CADE foram consideradas infrações à ordem econômica, com enquadramento legal nos arts. 20 e 21 da Lei nº 8.884/94.

O julgamento condenatório se baseia também na posição dominante da UNIMED na sua região de atuação, pois o CADE delimita o mercado relevante na sua dimensão produto como sendo “a prestação de serviços médicos por meio de planos privados de assistência à saúde e/ou seguro-saúde”. Com relação ao mercado relevante geográfico, é este caracterizado como sendo as áreas de atuação regional das Representadas. Tome-se como exemplo a UNIMED de Araras: o seu mercado relevante geográfico foi composto pelas cidades de Araras, Conchal, Leme e Santa Cruz da Conceição. Já o mercado da UNIMED Leste Paulista abrange as cidades de São João da Boa Vista, Aguaí, Águas da Prata, Casa Branca, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São Roque da Fartura, São Sebastião da Gramma, Tambaú e Vargem Grande do Sul.

Diante dessa configuração dos mercados, o CADE, na maioria dos casos julgados, decidiu pela existência de posição dominante por parte da UNIMED, uma vez que esta, nos mercados analisados, congregava mais de 20% dos profissionais disponíveis no mercado para a prestação de serviços médicos, enquadrando-se no § 3º do art. 20 da Lei n. 8.884/94.



A apuração do poder de mercado da UNIMED foi feita comparando-se o número de médicos que cada cooperativa analisada congrega e o número de médicos credenciados no Conselho Regional de Medicina da área de atuação da UNIMED. Por meio dessa análise, verificou-se que, em alguns casos, a UNIMED chegava a possuir em seu quadro de associados até 78%<sup>39</sup> dos médicos existentes na região em causa, aos quais ela impunha exclusividade na prestação de serviços.

Em face dos dados apurados, o CADE entendeu, na maioria dos casos envolvendo as regionais da UNIMED, que esta, ao impor a unimilitância, tinha a clara intenção de bloquear o acesso dos demais concorrentes (outros planos de saúde) às fontes de insumo (os médicos) necessárias para atuar no seu mercado relevante, criando dificuldades à constituição, funcionamento e desenvolvimento (manutenção) de empresas concorrentes, trazendo, em decorrência, efeitos deletérios à concorrência e às estruturas de mercado.

Assim, segundo verificado nas decisões proferidas pelo órgão antitruste brasileiro, o entendimento é que o objetivo da UNIMED ao impor a exclusividade de seus médicos é limitar artificialmente a possibilidade de concorrência, dificultando tanto a entrada de novos planos no mercado como a permanência dos que já existem. Para que uma empresa de plano de saúde, incipiente ou preexistente, possa se manter no mercado relevante, é necessário que ela possua em seus quadros de conveniados profissionais de qualidade, experientes, sem os quais essas empresas não serão atrativas aos consumidores, que, por obviedade, buscam a excelência quando o assunto é sua saúde. Acredita-se, ainda, que o consumidor desses produtos demanda uma disponibilidade de grande variedade de gama de tratamentos e opções de profissionais em cada especialidade, o que não será vislumbrado se um plano de saúde que detém mais de 20% dos médicos no mercado impõe-lhes a unimilitância.

E mais, em cidades dotadas de poucos médicos, novos ou não, se todos eles possuírem exclusividade com seus planos de saúde, impossível é a entrada de uma nova operadora nesse centro, tendo-se criado, por conseguinte, uma barreira à entrada de novos concorrentes. Fecha-se, desta forma, o mercado relevante em questão (*market foreclosure*), restringindo o acesso de planos

---

39 Esse percentual foi apurado no Processo Administrativo n. 08012.004025/2000-63, relativamente à UNIMED de Umuarama, cujo mercado relevante englobava as cidades de Umuarama, Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro do Oeste, Douradinha, Esperança Nova, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Nova Olímpia, Pérola, Perobal, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Vila Alta e Xambre, situadas no Estado do Paraná.

de saúde concorrentes a médicos capazes de influenciar o funcionamento dos mercados relevantes geográficos (*downstream foreclosure*).<sup>40</sup>

O ex-conselheiro do CADE Afonso Arinos de Mello Franco Netto, em voto proferido no Processo Administrativo n. 08012.011363/99-93, chegou a afirmar que a exclusividade pretendida pela UNIMED era uma estratégia de açambarcamento de mão-de-obra especializada, na medida em que coibia o emprego das horas de trabalho disponíveis desses profissionais por outras empresas.

Apontou o CADE, finalmente, para a necessidade de analisar os referidos casos sobre o prisma da regra da razão, concluindo, também neste aspecto, pela inexistência de qualquer eficiência econômica na cláusula de exclusividade em questão, ponto este salientado pelo conselheiro Afonso Arinos, em voto proferido no Processo Administrativo n. 08000.004961/95-76<sup>41</sup>, no qual ele explica:

*“Os acordos de exclusividade têm caráter restritivo das transações de mercado e, potencialmente, são aptos a causar prejuízos à concorrência, mas devem ser examinados pela regra da razão, já que também podem ter como efeitos ganhos de eficiência.”*

E mais:

*“A imposição de exclusividade de filiação dos profissionais médicos insere elementos de rigidez ao funcionamento do mercado do fator trabalho para as empresas de planos de saúde, devido à imposição de uma indivisibilidade do tempo disponível do profissional médico. [...] os custos de transação incorridos na desfiliação e para uma possível futura refiliação são fatores que desestimulam a realocação da mão de obra médica nos empregos onde ela é mais demandada. [...]”*

As possíveis razões para ganhos de eficiência das práticas de exclusividade estão relacionadas com o desestímulo à livre apropriação da reputação ou de outros recursos próprios de uma empresa pela outra, através da dupla filiação do profissional empregado. Não há, contudo, nenhum indício nos processos julgados pelo CADE de que a reputação de um plano tenha sido explorada por outro ou que possa ser transmitida a outro, através da filiação de um mesmo

---

40 Voto do conselheiro Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer nos autos dos Processos Administrativos n. 08012.005071/2002-41 e 08012.000353/2004-14.

41 No Processo Administrativo n. 08000.004961/95-76, as Representadas eram a UNIMED de Nova Friburgo, a UNIMED do Estado do Rio de Janeiro e a UNIMED do Estado do Espírito Santo.

médico a ambos. Também não há notícias de que uma empresa tenha sido prejudicada em favor da outra em outras medidas, além da reputação, em razão da dupla filiação profissional.

Com relação à assertiva oposta pela UNIMED de que a unimilitância nada mais é do que uma defesa da cooperativa, decorrência lógica e legal (além de estatutária) da colaboração a que os médicos se comprometeram, o CADE expôs entendimento rechaçando essa alegação, conforme se pode observar no voto-vista do conselheiro Luiz Alberto Esteves Scaloppe, nos autos do Processo Administrativo n. 08012.003083/2001-51:<sup>42</sup>

Importante é considerar que a referida lei das cooperativas foi promulgada quando os objetivos políticos, no contexto social do Brasil à época, não alcançava grandes preocupações com a coletividade, dada a escassez de legislação protetiva. Com o surgimento do Código de Defesa do Consumidor, passou-se a repelir diversos institutos contrários aos interesses coletivos, dentre os quais, os denominados contratos de adesão. E, os contratos firmados entre os médicos cooperados e as Unimed's se enquadram perfeitamente nessa espécie contratual.

Veja-se que o principal argumento utilizado é a questão histórica da legislação que rege as cooperativas (Lei nº 5.764/71), haja vista ser ela anterior à Constituição Federal de 1988, bem como à Lei Antitruste brasileira, Lei nº 8.884/94, nas quais princípios como defesa da concorrência e livre iniciativa não eram tão sobressalentes como o são na atual conjuntura da sociedade moderna. É ressaltado, até, que o Código de Defesa do Consumidor somente veio a surgir posteriormente à edição da lei própria das cooperativas, trazendo disposições sobre contratos de adesão que seriam, em verdade, exatamente os que firmam os médicos ao se associarem à UNIMED.

Conclui-se, portanto, que todas as teses defensivas apresentadas pela UNIMED foram rejeitadas pelos conselheiros do CADE, sendo rebatidos, um a um, os argumentos suscitados. Assim, outra não poderia ser a decisão do órgão administrativo em tela senão a de condenar estas cooperativas por infração à ordem econômica, em especial aos arts. 20, incisos I, II e IV, e 21, incisos IV, V e VI, da Lei n. 8.884/94.

---

<sup>42</sup> A Representada neste caso era a UNIMED de Campinas.

A condenação mencionada consistia na imposição de multa pecuniária, além da remessa de cópia dos autos ao Ministério Público Federal, Estadual e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; determinação de alteração do Estatuto Social das Representadas, a fim de excluir a cláusula de exclusividade; obrigação de realizar, às expensas da UNIMED, publicação da decisão proferida, em meia página do jornal de maior circulação no mercado relevante geográfico, por dois dias seguidos e em duas semanas consecutivas; determinação de comunicação do inteiro teor da decisão a todos os cooperados; aplicação de multa diária em caso de descumprimento; e, por fim, a remessa dos autos ao setor responsável para fiscalização dos termos da decisão.

## 2.7 Casos analisados

Esta seção tem por objetivo analisar alguns casos de operadoras envolvidas em processos no CADE no período compreendido entre 2002 e 2004. Este período foi escolhido devido à disponibilidade das operações contábeis das operadoras no site da ANS. Foram identificados neste período 18 processos do CADE envolvendo 26 operadoras de plano de saúde. Apenas um destes processos é um ato de concentração, que consiste da aquisição da carteira da Gralha Azul Saúde S/A pela Unimed do Estado do Paraná. Seleccionamos cinco destas operadoras para análise da situação econômico-financeira a partir de suas demonstrações contábeis.

A Tabela 1 apresenta a média de indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis das 20 operadoras que possuem dados disponíveis para todos os anos entre 2001 e 2005. Em geral, percebemos uma melhoria na situação financeira das operadoras, exceto no giro do ativo<sup>43</sup> que reduziu em média de 3,4% do ativo em 2002 para 2,7% em 2005. Uma queda do giro do ativo pode ter três causas, segundo MATARAZZO (2003), das quais se inclui uma estratégia deliberada de aumento de preços e redução de vendas, podendo ocasionar um aumento do lucro, o que pode ser verificado pelo aumento da margem líquida<sup>44</sup>. É exatamente isso que ocorre em média com estas operadoras, cuja margem líquida aumenta de 1,4% das contraprestações efetivas para 3,4%.

---

43 O giro do ativo é a razão entre o volume de vendas e o ativo total.

44 A margem líquida é a proporção entre o lucro líquido e o faturamento.

**Tabela 1: Média de indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Operadoras selecionadas, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	3,417 (1,896)	3,369 (1,766)	3,227 (1,504)	2,905 (1,206)	2,657 (0,975)
Margem líquida	1,407 (6,163)	1,226 (3,503)	2,156 (2,915)	2,091 (2,380)	3,440 (4,315)
Margem bruta	1,527 (6,222)	1,418 (3,618)	2,347 (3,061)	2,383 (2,661)	4,005 (4,703)
Rentabilidade do ativo	5,128 (8,165)	3,516 (9,419)	5,666 (7,988)	5,165 (5,753)	7,308 (9,961)
Rentabilidade do PL		-23,746 (174,007)	15,504 (27,023)	17,705 (19,494)	21,863 (25,014)

Fonte: ANS (2001-2005); Desvio-padrão entre parênteses

É possível verificar que, em média, o aumento da margem líquida compensou a redução do giro do ativo, uma vez que a rentabilidade do ativo<sup>45</sup>, que equivale ao produto entre aqueles dois indicadores, aumentou de 5,1% do ativo para 7,3%. O mesmo comportamento também é percebido se tomarmos o patrimônio líquido como referência para a rentabilidade<sup>46</sup>.

A Unimed Fernandópolis, por exemplo, envolvida nos processos 08012.002475/2002-83 e 08700.006114/2004-10, possuía 9.422 beneficiários em 2006, correspondentes à 67% dos usuários de plano de saúde do município. De 2001 para 2005, indicadores construídos a partir de suas demonstrações contábeis mostram expressiva melhoria na situação financeira, apesar da queda do giro do ativo de 4,1 para 1,9. A margem líquida aumentou de 0,8% das contraprestações efetivas em 2001 para 8%, o que compensa a queda do giro, uma vez que a rentabilidade do ativo passou de 3,3% do ativo para 15,2%.

45 A rentabilidade do ativo é a razão entre o lucro líquido e o ativo total.

46 A rentabilidade do patrimônio líquido é a razão entre o lucro líquido e o patrimônio líquido médio.

**Tabela 2: Indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Unimed Fernandópolis, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	4,104	4,018	3,104	2,669	1,889
Margem líquida	0,809	1,790	7,626	6,427	8,044
Rentabilidade do ativo	3,319	7,194	23,672	17,152	15,193
Rentabilidade do PL	n.d.	16,554	48,932	30,730	26,007

Fonte: ANS (2001-2005)

A Unimed Manaus também esteve envolvida em um caso de unimilitância, no processo 08012.001234/2004-89. Em 2006, esta operadora atendia 200.884 beneficiários, 85% dos usuários do município. Quanto à suas demonstrações contábeis, observamos em um primeiro momento uma melhoria geral dos indicadores, apesar da redução do giro do ativo, o que, como no caso de Fernandópolis, pode ser indício de prática restritiva. Porém, a partir de 2003 a situação econômico-financeira da operadora começou a piorar, chegando a apresentar prejuízo no ano de 2005, o que implica em indicadores negativos de rentabilidade e margem.

**Tabela 3: Indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Unimed Manaus, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	5,113	4,591	3,970	3,817	4,051
Margem líquida	1,462	3,611	2,540	1,213	-2,841
Rentabilidade do ativo	7,474	16,575	10,084	4,630	-11,508
Rentabilidade do PL	n.d.	18,943	11,739	5,222	-11,555

Fonte: ANS (2001-2005)

Em Jaú também temos um caso de unimilitância da Unimed, julgado pelo CADE no processo 08012.005459/2002-42. No ano de 2006, o número de beneficiários desta operadora era 21.712, correspondentes a 66% dos usuários de planos de saúde dos municípios de Jaú, Bariri, Barra Bonita, Brotas e Dois Córregos, onde a operadora tem postos de atendimento. Nos dois primeiros anos de análise, a Unimed Jaú apresentou indicadores negativos de margem e rentabilidade, situação que é revertida a partir de 2003. Percebemos aumento simultâneo do giro do ativo para 15% do ativo e da margem líquida para 4,8% das contraprestações efetivas no ano de 2005, diferentemente do ocorrido em Fernandópolis e Manaus.

**Tabela 4: Indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Unimed Jaú, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	1,242	1,183	1,435	1,099	3,238
Margem líquida	-2,755	-1,027	0,404	1,920	4,772
Rentabilidade do ativo	-3,423	-1,215	0,580	2,110	15,450
Rentabilidade do PL	n.d.	-2,877	1,309	6,533	49,871

Fonte: ANS (2001-2005)

A Santa Casa de Misericórdia Ribeirão Preto denunciou a Unimed Ribeirão Preto de unimilitância, no processo 08012.003912/2003-67. A última possuía 98.241 beneficiários no ano de 2006, correspondentes a 40% dos usuários dos municípios de Ribeirão Preto, Cajuru, Cravinhos, Jardinópolis e Serrana, considerados no relatório do CADE como o mercado relevante da operadora do ponto de vista geográfico. Quanto aos indicadores financeiros, estes apresentam em geral níveis baixos, comparados às outras operadoras analisadas anteriormente. A margem líquida apresenta elevação em 2004 e 2005, apesar da queda observada em 2003. Este padrão também é observado nos índices de rentabilidade, uma vez que o giro do ativo não sofre mudança significativa no período. Merece destaque o fato de que nos anos em que o giro do ativo caiu, a margem líquida se elevou, e vice-versa.

**Tabela 5: Indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Unimed Ribeirão Preto, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	5,264	4,917	5,077	4,962	4,549
Margem líquida	0,187	0,363	0,096	0,495	0,575
Rentabilidade do ativo	0,986	1,786	0,488	2,456	2,615
Rentabilidade do PL	n.d.	6,615	1,837	9,584	10,684

Fonte: ANS (2001-2005)

Outra operadora de saúde envolvida em unimilitância, no processo 08012.004510/2002-07, foi a Unimed Uruguaiana. Esta operadora atendia a 60% dos beneficiários de planos de saúde do município, 4.897 pessoas. Apesar do prejuízo observado no primeiro ano, uma escalada dos indicadores é percebida a partir de 2002, exceto o giro do ativo que reduziu durante o período. A margem líquida subiu de -6,0% das contraprestações efetivas em 2001 para 7,6% em 2005. Assim

como observado no caso da Unimed Fernandópolis, esta observação pode ser indício de que a Unimed Uruguaiana esteja realizando prática restritiva.

**Tabela 6: Indicadores econômico-financeiros das demonstrações contábeis  
Unimed Uruguaiana, 2001-2005**

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Giro do ativo	2,480	2,110	1,799	1,404	1,304
Margem bruta	-6,017	4,280	10,073	8,238	8,364
Margem líquida	-6,017	3,273	8,507	6,959	7,550
Rentabilidade do ativo	-14,919	6,905	15,308	9,769	9,845
Rentabilidade do PL	n.d.	76,067	105,439	59,856	43,531

Fonte: ANS (2001-2005)

### 3. A DEFESA DO CONSUMIDOR E A SAUDE SUPLEMENTAR

As primeiras associações civis de proteção de consumidores apareceram somente nos anos 30, nos Estados Unidos. Após a segunda guerra mundial, em particular durante os anos 60, a agenda política incorporou este tema, que se difundiu dos Estados Unidos até a Europa, e deu origem a órgãos de defesa do consumidor em vários países (Taschner, 1995). A partir daí, a defesa dos consumidores ganhou autonomia e passou a integrar a agenda de regulação dos governos.

A propagação desse movimento em países como os EUA e a Inglaterra deu-se através de entidades civis e precedeu as intervenções do governo (Flickinger, 1983); o Brasil seguiu um padrão similar a esse, mas a intervenção do governo foi mais acentuada. Em nosso país, a defesa dos consumidores emergiu nos anos 70. Já no início daquela década nasceu uma proposta de legislação específica e surgiram associações civis de defesa

do consumidor, assim como o primeiro órgão de governo especificamente para esse fim.

Em 1976, veio à luz o Sistema Estadual de Proteção ao Consumidor do Estado de São Paulo, cujo Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor - PROCON - foi o precursor desses órgãos no país. Nos anos 80, no contexto do processo de democratização, o tema ganhou força na agenda pública. Em 1985 nasceu o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDC) e se promulgou a Lei 7.347 *dos interesses difusos*, relativa à proteção



do meio ambiente e do consumidor. Multiplicaram-se, também, entidades civis de defesa do consumidor.

A Constituição Federal de 1988 definiu, em suas disposições transitórias, a necessidade de elaboração, pelo Congresso, de um Código Nacional de Defesa do Consumidor. Em 1990, aprovou-se o Código de Defesa do Consumidor – CDC - como uma importante inovação legislativa. A legislação existente até então era bastante difusa. O Código de Defesa do Consumidor definiu amplos direitos do consumidor; estabeleceu diretrizes para uma política nacional de relações de consumo; regulamentou a qualidade de produtos e serviços, das práticas de comercialização de produtos, e das práticas contratuais; estabeleceu sanções administrativas às infrações à Lei e dispôs sobre a defesa do consumidor, em juízo.

Com a entrada em vigor do Código, o movimento de defesa do consumidor ampliou-se. Disseminaram-se órgãos governamentais de proteção e defesa do consumidor - Procons - por todos os estados da Federação. A prática de reclamação, ou a ameaça de recurso ao Procon, no caso de direitos lesados, difundiu-se. A Associação de Consumidores de Porto Alegre passou a publicar o seu boletim em 1980 e associações de Donas de Casa, de vários estados e instituíram a prática do boicote, em particular, durante o congelamento de preços do Plano Cruzado (Maria do Carmo Pavão Martins, Presidente da Associação das Donas de Casa de São Paulo em entrevista à Revista Saúde em Debate: set/out. 1987:45). O IDEC-SP (Instituto de Defesa do Consumidor) nasceu em 1987.

Na área da saúde, a defesa dos consumidores sempre esteve relacionada às ações de vigilância sanitária. Nos anos 80, o movimento voltou-se para temas específicos de saúde. Em nome do consumidor, pleitearam-se alterações na legislação e maior regulamentação do Estado, da produção e da distribuição de produtos e serviços que pudessem ser nocivos à vida e à saúde.

Em continuidade à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se, ainda em 1986, a Conferência Nacional da Saúde do Consumidor convocada pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (Castro, 1987). Essa conferência contou com a participação de diversas entidades civis de defesa do consumidor, discutiu a Vigilância Sanitária e defendeu a ampliação do escopo da vigilância a outros produtos e serviços com repercussão sobre a saúde. O consumo de serviços médicos e a regulamentação de contratos de planos de saúde, contudo, não estiveram em pauta.

Este último tema entrou na agenda pública por iniciativa de consumidores, que passaram a apresentar, aos Procons, queixas contra operadoras de planos de saúde. Com a ampliação do mercado de seguros e planos de saúde, ao final dos anos 80, a regulamentação de planos e seguros privados de saúde tornou-se uma exigência de consumidores, entidades médicas e setores do governo.

As assimetrias nos contratos dos planos de saúde alcançaram divulgação na mídia e geraram decisões judiciais a favor dos consumidores. E essa realidade repercutiu junto ao legislativo, sob forma de novos projetos de lei, já no início dos anos 90. O processo de elaboração da legislação, no entanto, foi moroso. Em 1998 promulgou-se Lei específica, reformulada, por meio de medidas provisórias, no ano seguinte. E a Lei 9.656, de junho de 1998, enfim regulamentou o mercado de saúde suplementar e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Cabe à ANS intervir no mercado de planos de saúde que funcionava sem que as operadoras de planos e seguros de saúde contassem com organismos de auto-regulação, de amplo alcance. Os compradores de planos coletivos, em geral empresas públicas ou privadas estabeleciam relações contratuais com as operadoras. E na ausência de um órgão regulador, os conflitos acabavam no judiciário. As operadoras, por sua vez, estabeleciam contratos com médicos, clínicas, hospitais, entre outros, sem regulação externa. Nas relações entre operadoras e prestadores de serviços praticava-se a apenas uma regulação através de instrumentos de planejamento, protocolos clínicos, definição de parâmetros de utilização, revisão de decisões, entre outros.

Os consumidores individuais não dispunham de *proteção específica*. As relações contratuais anteriores ao Código de Defesa do Consumidor tinham por base o Código Civil, e eram de baixa especificidade. A maioria dos contratos amparava sobremaneira os fornecedores, enquanto a proteção do consumidor, se sujeitava à lentidão do sistema judiciário.

O Código de Defesa do Consumidor (1990) favoreceu as ações dos consumidores em seus conflitos com as operadoras. O sistema, consubstanciado nos Procon's estaduais e municipais, e na Secretaria de Defesa Econômica do Ministério da Justiça, ganhou força com a criação de Juizados Especiais e com a maior rapidez dos julgamentos. Assim, é possível perceber, em período anterior à Lei 9.656, uma indução institucional pró-consumidores. Contudo, a ação do governo para

compensar a posição frágil dos consumidores ainda se mostrava incapaz de corrigir a acentuada assimetria das relações entre operadoras e consumidores.

### **O problema da relação de consumo na saúde suplementar**

As operadoras de planos de saúde sempre determinaram e delimitaram o rol e a quantidade de procedimentos a que seus beneficiários tinham direito, nem sempre de maneira clara para estes últimos. Não raro são divulgados casos em que pacientes vinculados a algum tipo de plano de saúde vêm-se surpreendidos com uma negativa de cobertura; geralmente isso ocorre quando mais precisam da atenção contratada e, portanto, estão mais frágeis e vulneráveis, em virtude da situação de adoecimento.

Ademais, é enorme a diversidade de carências e listas de exclusões de doenças e procedimentos nos contratos anteriores à Lei de regulação do setor; isso dificulta o entendimento dos consumidores e inviabiliza a organização de qualquer sistema de saúde, seja ele público ou privado. Para qualquer cidadão, mesmo o especialista, é difícil apreender as intenções e alcançar as conseqüências das complexas cláusulas dos contratos de seus planos de saúde.

Por outro lado, as operadoras de planos de saúde preocupam-se com o equilíbrio econômico-financeiro das carteiras sustentadas pelos recursos financeiros de seus associados, de forma solidária. O desequilíbrio pode ser provocado não só pelos usuários - nos casos de seleção adversa ou fraudes - mas também pelas operadoras que administram esses fundos - no caso de má gestão - e até mesmo pela regulação. Em qualquer caso, os mercados consumidor e operador preocupam-se com a administração do risco inerente ao negócio de planos de saúde.

A lei e sua regulamentação são instrumentos de regulação do setor de saúde suplementar e buscam garantir o equilíbrio da relação entre consumidores e operadoras. Assim, determinam padrões de cobertura, conceituam, objetivamente, as doenças ou lesões preexistentes, proíbem limites à quantidade de procedimentos e estabelecem o compromisso das operadoras frente a seus assistidos, e vice-versa.

No campo referente aos aspectos assistenciais, o objeto da regulação é a adequada prestação dos serviços de atenção à saúde. Portanto, significa que a agência reguladora deve estabelecer ações de

fomento, fiscalização e controle dos modelos assistenciais em vigência. Dentro da concepção jurídico institucional vigente no país, a saúde é considerada como um bem essencial e de relevância pública. Neste sentido, a formulação de políticas de saúde e seu respectivo controle são responsabilidade de governo, sendo o principal objeto de regulação o próprio sistema único de saúde como um todo.

A Lei 9.961, alterada pela MP 2.177-44, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências, em seu Artigo 1º define a ANS como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, no Artigo 3º, determina que a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Entre as competências listadas no Art. 4º, destacamos o §V – estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; o §XXIV – exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; o §XXV – avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; e o §XXVII – fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; além do §XXXVII – zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A Lei tomou um cunho centralizador, além de abrir mão do controle social, ao estabelecer mecanismos não paritários de participação dos consumidores. No que diz respeito à qualidade relativa à prestação de serviços médicos e hospitalares, apresenta superposições a diversos órgãos do próprio Ministério da Saúde e das demais esferas de Governo.

Estritamente em referência à relação entre as operadoras e os consumidores, apesar desta centralização, os últimos, em compensação ganharam força representativa quando passou a vigorar o CDC, e com a atuação dos PROCON's. Esta segurança jurídica dada à relação de consumo nos últimos anos, sempre protegendo a parte hipossuficiente, vêm influenciando o comportamento do

mercado de saúde suplementar. Para Giovanella, Ribeiro e Costa (2002), a Lei 9.656/98 já teria encontrado em prática uma regulação mais abrangente das relações de consumo (derivada do CDC), não tendo sido ainda plenamente alcançada uma compatibilidade entre os dois regimes reguladores.

Mesmo sob a égide da Lei 9656/98, liberal para os consumidores, estes não se vêm protegidos, ainda, pela regulação, o que ocorre, principalmente com os planos individuais. Por exemplo, há brechas na legislação que permitiram reajustes diferenciados entre as faixas etárias, períodos de carência, e agravos para condições de saúde pré-existentes.

*“De acordo com a legislação, o usuário teria direito ao serviço de urgência e emergência a partir de 24 horas após a assinatura do contrato. E poderia ser atendido — em ambulatório ou internação — por tempo indeterminado. Depois da resolução 013, o consumidor perdeu o direito ao atendimento pelo período que o tratamento exigisse. A emergência foi anulada dos pagamentos. Vale apenas ambulatório. Isso quer dizer que, se uma pessoa quebrar a perna e tiver fratura exposta, necessitando de cirurgia, ela terá de pagar por tudo o que for feito depois de 12 horas de atendimento”.*

O problema, na verdade, é que consumidores, sociedade, e tampouco as entidades de defesa dos consumidores, têm creditado à ANS um estatuto superior à Justiça comum, nas suas demandas com as operadoras.

### **A hipótese legal**

Antes do ordenamento jurídico-legal trazido pela Lei nº 9.656/98, a regulamentação da assistência era quase que individualizada por operadora. Cada segmento do mercado de operadoras seguia um conjunto de diretrizes básicas, mas só algumas diretrizes eram comuns aos diversos setores. A auto-regulamentação e as jurisprudências firmadas eram a base da ordem. Assim, a criação da Lei, por si só, é considerada por muitos um grande avanço da sociedade brasileira no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então desordenada. Os conteúdos dos destaques da Lei, aqui enumerados, não sofreram alteração e apontam situações que foram - algumas até hoje são - motivo de polêmica entre operadoras e consumidores.

1. Artigo 10 - A instituição de plano com cobertura completa, denominado plano referência, bem como a obrigatoriedade de seu oferecimento a todos os atuais e futuros consumidores. Com raríssimas exceções, os planos não ofereciam ampla cobertura, além de conterem inúmeras exclusões; essa medida teve como intuito garantir a oferta de produtos sem restrição de cobertura.
2. Artigo 11 - O equilíbrio e a objetividade encontrada para a conceituação de doenças e lesões preexistentes, que evita, ao mesmo tempo, tanto a seleção de risco quanto a seleção adversa; é importante destacar o ineditismo desta solução.
3. Artigo 12 - A delimitação de tipos de planos de saúde, segundo a complexidade do nível de atenção - ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia, e com e sem assistência odontológica – e a padronização das respectivas amplitudes de cobertura. Essas medidas permitem diminuir a assimetria de informações, usar melhor os recursos, e melhorar o nível de cobertura, dos planos. Conseqüentemente, os consumidores poderão estar mais bem informados, os investidores poderão usar, com equidade, seus recursos, os gestores de planos poderão organizar melhor oferta e demanda e a regulação pelo governo será viável.
4. Artigo 13 - A obrigação das operadoras de planos de renovarem, automaticamente, contratos e planos, sem cobrança de taxas. Antes da lei, os planos não tinham garantia de que seriam renovados após o vencimento, normalmente anual. Com isso, as operadoras podiam excluir usuários que não interessavam economicamente e, ainda, sobretaxar a mensalidade, quando da renovação; a nova norma visou coibir essas práticas.
5. Artigo 14 - A proibição das operadoras de planos de rejeitarem usuários em razão de idade ou doença. Foi prática do mercado de planos de saúde não aceitar consumidores idosos ou portadores de doenças como AIDS e câncer; essa medida veda a rejeição por tais motivos.
6. Artigo 15 - A proibição de reajustes por idade para pessoas com mais de sessenta anos e dez anos num mesmo plano, ou em plano sucessor. Nos contratos anteriores à lei, são comuns aumentos maiores em função da idade, tornando muitas vezes o preço do produto inviável para os idosos. Ao proibir reajustes em função da idade e ao considerar, inclusive, a fidelidade a um mesmo plano, a lei estabelece uma política de solidariedade na distribuição de receitas, não só entre doentes e

sadios, mas também entre as diversas faixas etárias. Assim, a viabilidade econômica das carteiras passa a depender, também, do ingresso constante de pessoas mais novas.

7. Artigo 16 - Os dispositivos mínimos, obrigatórios em todos os contratos. Não existia qualquer padrão nos contratos ou regulamentos de planos de saúde anteriores à lei. Havia casos em que o consumidor sequer tinha conhecimento da existência de contrato, ou de normas escritas sobre o acordo firmado com a operadora. A lei veio estabelecer condições mínimas a serem previstas nas relações contratuais.

8. Artigo 17 - A relevância da rede assistencial vinculada aos planos de saúde. A maioria dos beneficiários de planos de saúde, escolhe o plano em função do nível da sua rede de prestadores de serviço, principalmente hospitalar. Antes da lei, as operadoras podiam reduzir, ou trocar, prestadores de serviço, sem qualquer preocupação com os usuários. Por isso, a manutenção do nível dessa rede passou a ser garantida pela lei.

9. Artigo 18 - O compromisso dos prestadores de serviço vinculados às operadoras. A lei passou a regulamentar não só a forma como as operadoras devem atender aos usuários, mas, também, o nível de responsabilidade dos prestadores de serviço, vinculados a planos, para com esses usuários.

10. Artigos 30 e 31 - A manutenção da assistência a aposentados e demitidos. A maioria dos usuários de planos de saúde está vinculada a um plano coletivo através de vínculo empregatício. Isso significava que se um empregado se desligava de uma empresa, perdia, também, o direito ao plano de saúde, juntamente com seus familiares. A lei trouxe garantia de manutenção da assistência a essas pessoas.

11. Artigo 33 - A garantia de acomodação em leito hospitalar. Nos contratos de prestação de serviço entre hospitais e operadoras de planos de saúde, normalmente se estabelece o tipo de acomodação a que os beneficiários terão direito quando internados. Os casos mais comuns referiam-se a inexistência de vagas em enfermaria, ou mesmo de quartos, com banheiro privativo, de padrão mais simples; quando não havia vagas em leitos desses tipos, alguns hospitais não aceitavam os pacientes. Segundo a lei, se isso ocorrer, o hospital deve alojar o paciente em nível superior de acomodação.

12. Artigo 35 - A possibilidade do consumidor de optar pela adaptação de seus contratos à lei. Isso significa que as novas garantias contratuais e de cobertura, trazidas pela lei, podem ser estendidas aos consumidores de planos anteriores à lei, por meio da adaptação de seus contratos.

13. Artigo 35-C - A obrigatoriedade e a conceituação de atendimentos de urgência e emergência. Isso faz com que qualquer plano de saúde tenha a obrigação de prestar esse tipo de assistência; antes da lei, essa atenção podia ser objeto de exclusão.

14. Artigo 35-E - O estabelecimento das seguintes normas que atingem quaisquer contratos, inclusive os anteriores à lei: autorização para reajustes de contratos para quem tem mais de 60 anos e para quem tem contratos individuais; a regulamentação da alegação de doenças ou lesões pré-existentes e as proibições de denúncia unilateral dos contratos, e de internação hospitalar, por parte da operadora; essas condições estabelecidas, pela lei, atingem os contratos firmados anteriormente à mesma, e, assim, quaisquer planos estão sujeitos a essas regras.

A exemplo da legislação que alterou os contratos de locação imobiliária, a lei prevê condições que podem alterar os contratos firmados anteriormente à mesma. Segundo Reis, não procede a alegação de algumas operadoras de que os contratos atuais são considerados “*ato jurídico perfeito*” e, portanto, não podem ser alcançados pela legislação. Pois o “*ato*” só é “*perfeito*” quando acabado, ou seja, quando cessam seus efeitos, o que não é o caso dos contratos de planos e seguros de saúde, que têm prazo de validade indeterminado. Além disso, pelo pouco conhecimento que o consumidor tem de seus contratos, estes não expressam a vontade, ou expectativa, de ambas as partes, como deve dar-se em um contrato bilateral. Outro motivo é o fato de que o consumidor, a partir do cumprimento das carências, passa a ser dependente da operadora e o julgamento da alegação de doença e lesão preexistente é feito pelas empresas de forma unilateral.

Nas palavras de Reis, “*...em face da relevância pública dos serviços de saúde, os contratos de adesão voluntária, individual ou coletivo, não podem ser considerados como um assunto de interesse restrito e exclusivo das partes, eis que são do interesse de todos, pois que todos são potencialmente expostos a se sujeitar a eles. Assim eles se subordinarão à vontade da lei, que é a expressão da vontade social, e passarão a cumprir, antes, o que nela vier determinado, de modo*



*que, se o teor do contrato carregar algo em dissonância da vontade legal, prevalece o que a lei determina, e não a vontade contratual”.*

Destacamos a seguir as principais alterações, relativas aos artigos a comporem esta área temática, registradas na Medida Provisória nº 2.177-44, de 24.08.2001, correspondente à versão final do texto legal aqui utilizado, em comparação com o texto inicial:

1. Artigo 10 - O prazo para a obrigatoriedade de oferecimento do plano referência, por parte das operadoras de planos de saúde, foi estendido a dezembro de 1999, devido a dificuldades operacionais do mercado.
2. Artigos 10 a 15 - A cobertura à reconstituição de mama, quando a mutilação for decorrente de tratamento de câncer passa a ser obrigatória nos planos de saúde. Ratifica o entendimento das Resoluções 80 e 1.483, de 1997, do CREMESP e do CFM, respectivamente, que consideram a reconstituição mamária parte do tratamento da doença para a qual foi indicada a mastectomia.
3. Artigo 12 - O prazo para cumprir a obrigatoriedade das coberturas e das segmentações permitidas foi postergado para 120 dias após a vigência da lei. Esse novo prazo foi estabelecido em função da regulamentação feita, pelo CONSU, em novembro de 1998.
4. Artigo 17 - A redução de rede hospitalar passou a estar sujeita à autorização do órgão regulador e o compromisso pela manutenção de prestador de serviço em rede credenciada da operadora passou a ser restrito à entidade hospitalar. Assim, as alterações na rede hospitalar dos planos sujeitam-se à regulamentação ou à autorização da ANS. Isso porque algumas operadoras atraem novos consumidores com propaganda maciça baseada em credenciamento de hospitais famosos - notórios pelo alto valor de hospedagem, além da excelência técnica – e, logo depois, rompem o vínculo com esses hospitais, e, assim, impedem qualquer acesso aos mesmos.
5. Artigo 18 - Os prestadores de serviço que mantêm vínculo com operadora irregular passaram a ser co-responsáveis pela falta de registro da operadora na ANS.

6. Artigo 35 - O prazo final para a obrigatoriedade de adaptação dos contratos anteriores à lei foi retirado. Com isso, o Governo adiou as alterações compulsórias nos instrumentos contratuais que não estão adequados à nova ordem.

7. Artigo 35 e 36 - As cláusulas de reajuste dos contratos anteriores à lei, de pessoas com 60 anos ou mais, foram repactuadas, para diluição do percentual de reajuste previsto, em contrato, até 31.10.99. Essas alterações visaram a garantir o equilíbrio financeiro dos contratos e a manter as garantias de assistência aos usuários.

### **Metodologia**

A intervenção do governo federal no mercado de saúde suplementar e a criação da ANS, para regular esse setor, associa-se a outras iniciativas institucionais ao longo da década de 1990, com repercussão direta no processo de regulação. O regime de regulação por agência se integra, ainda, às iniciativas de defesa dos consumidores por parte de entidades civis e de instituições e organizações públicas.

Neste sentido, o novo arranjo busca compensar a assimetria entre empresas e consumidores no mercado de planos de saúde. Por outro lado, a Lei 9.656 de 1998 – que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde – já encontrou as relações entre consumidores e operadoras definidas pelo Código Nacional de Defesa dos Consumidores, de caráter mais abrangente e capaz de gerar maior jurisprudência. Por isso, o marco legal (Lei 9.656/98 e MP 1.665/98) foi fortemente questionado no Judiciário. Assim, a compatibilidade entre os dois regimes reguladores ainda não foi plenamente alcançada.

Para captar esta incompatibilidade, levantamos todos os processos cíveis referentes à saúde suplementar julgados pelo STJ – Superior Tribunal de Justiça, durante os anos de 2000 a 2007, e relacionados à saúde suplementar. A escolha deste tribunal como fonte de análise recai em dois fatores: i) o STJ é a última instância para questões de dubiedade legislativa referentes à saúde suplementar, problema que estamos tratando neste relatório; ii) praticidade, já que somente os casos de dubiedade legislativa chegam ao tribunal. Estes dois pontos implicam um problema: os casos julgados pelo STJ não são parâmetro para toda questão relativa à saúde suplementar e defesa do consumidor que entra na justiça comum, simplesmente pelo fato de que se referem aos casos de

dubiedade legal não resolvidos nas primeiras instâncias. E mais, as decisões são sempre homogêneas para questões similares, já que este é o órgão judiciário responsável pela produção da jurisprudência vinculativa às outras instâncias. Assim, para nós o que importa é a matéria que esta sendo tratada pelo tribunal e não a decisão do processo.

O STJ é um dos órgãos máximos do Poder Judiciário do Brasil. Sua função primordial é zelar pela uniformidade de interpretações da legislação federal brasileira. É de sua responsabilidade julgar, em última instância, todas as matérias infra-constitucionais não-especializadas, que escapem à Justiça do Trabalho, Eleitoral e Militar, e não tratadas na Constituição Federal, como o julgamento de questões que se referem à aplicação de lei federal ou de divergência de interpretação jurisprudencial. Na primeira hipótese, o Tribunal conhece do recurso caso um Tribunal inferior tenha negado aplicação de artigo de lei federal. Na segunda hipótese, o Superior Tribunal de Justiça atua na uniformização da interpretação das decisões dos Tribunais inferiores; ou seja, constatando-se que a interpretação da lei federal de um Tribunal inferior (por exemplo, Tribunal de Justiça de São Paulo) é divergente de outro Tribunal (por exemplo, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro ou do próprio Superior Tribunal de Justiça), o STJ pode conhecer da questão e unificar a interpretação finalmente.

Foram julgados pelo tribunal 128 processos cíveis relacionados à saúde suplementar no período estabelecido. Dentre estes, selecionamos 102 cujo objeto tenha sido algum problema contratual entre operadora e usuário. Dentre os 26 processos não selecionados, 11 o foram por não identificarem a operadora e 15 por serem matéria de competência da justiça do trabalho (neste caso, a causa referia-se ao item dez abaixo).

Criamos uma tipologia para agrupar os processos, seguindo obviamente o objeto da ação. Assim, foram criadas 10 categorias:

- i) Restrições de cobertura e exclusão de procedimentos. Neste caso inclui-se somente a exclusão de procedimentos vitais ao consumidor.
- ii) Cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes.
- iii) Exigências indevidas para admissão de pacientes.
- iv) Prazos e carências irregulares;
- v) Ressarcimento SUS e problemas de conversão URV x Real. Neste tópico problema recai sobre métodos de ressarcimento ao SUS devido à sua utilização.
- vi) Falta ou limite de cobertura para doenças crônicas e degenerativas. Aqui inclui-se a AIDS e o câncer.

- vii) Insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde;
- viii) Descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência;
- ix) Aumento indevido de preços, isto é, não previstos no contrato; e
- x) Exclusão de funcionário ou beneficiário de plano coletivo por decisão, exoneração contratual ou morte.

## Resultados

O resultado de nossa análise mostra que o principal problema de não convergência legislativa entre saúde suplementar e defesa do consumidor relaciona-se com a falta ou limite de cobertura para doenças crônicas e degenerativas. Isto se deve ao fato de que, mesmo com a aprovação das novas Leis que regulam a saúde suplementar, vigentes para os novos contratos, restou a dúvida referente à situação dos contratos antigos, não protegidos. A interpretação do STJ foi sempre a favor do usuário, condizente com o princípio jurídico de retroatividade da Lei mais benéfica à parte hipossuficiente. Noventa por cento dos casos enquadrados neste tipo de reclamação tratavam de casos de usuários portadores do vírus HIV ou com câncer. Os outros casos mais frequentes referem-se a prazos e carências irregulares e restrição de cobertura e exclusão de procedimentos.

**TABELA 1: Número de processos julgados pelo STJ 1993-2006 por tipo de reclamação**

<b>Assunto</b>	<b>Freq. (%)</b>		<b>Cum.</b>
Falta ou limite de cobertura para doenças crônicas e degenerativas	46	45,1	45,1
Prazos e carências irregulares	11	10,8	55,9
Restrição de cobertura e exclusão de procedimento	10	9,8	65,7
Aumento de preços indevido	9	8,8	74,5
Cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes	7	6,9	81,4
Exigência indevida para admissão de paciente	6	5,9	87,3
Ressarcimento SUS e conversão URV x Real	5	4,9	92,2
Descumprimento de normas de atendimento de urgência	4	3,9	96,1
Exclusão de funcionário ou beneficiário de plano coletivo	3	2,9	99,0
Insuficiência de abrangência geográfica	1	1,0	100,0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	

Fonte: STJ

A próxima tabela mostra os mesmos processos distribuídos por tipo de reclamação e ano. A concentração das ações ocorreu entre os anos de 1999 e 2003, declinante até os dias atuais. As reclamações mais recentes se referem não mais a problemas de cobertura, mas, sobretudo à exclusão de procedimentos novos na medicina ou não vitais, como, por exemplo, a análise de DNA (medicina genética) ou a cirurgia plástica.

**TABELA 2: Número de processos Julgados pelo STJ por tipo de reclamação e ano**

Assunto	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Restrição de cobertura e exclusão de procedimento						0	1	2	0	0	1	1	5	10
Cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes				0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	7
Exigência indevida para admissão de paciente					0	1	0	1	1	2	0	1	0	6
Prazos e carências irregulares	0	1	0	0	0	1	1	3	0	4	1	0	0	11
Falta ou limite de cobertura para doenças crônicas e degenerativas		0	4	2	1	7	6	7	7	8	2	0	2	46
Insuficiência de abrangência geográfica												1		1
Descumprimento de normas de atendimento de urgência					0	1	1	0	0	1	1	0	0	4
Aumento de preços indevido	1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	9
Exclusão de funcionário ou beneficiário de plano coletivo										0	0	0	3	3
Ressarcimento SUS e conversão URV x Real								0	1	1	0	1	2	5
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>102</b>

Fonte: STJ

As duas próximas tabelas mostram, por sua vez, as mesmas reclamações classificadas por modalidade de operadora e ano. Percebe-se uma concentração nas cooperativas e medicina de grupo. No entanto, não é possível fazer nenhuma afirmativa sobre a relação entre as operadoras e as reclamações, já que não existe um padrão de comportamento 'ilegal' por modalidade de operadora. Assim, podemos dizer que a modalidade da operadora não influi na sua relação com o direito do consumidor.

**TABELA 3: Número de processos por modalidade de operadora e ano.**

Ano	Autogestão	Cooperativa	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
1993			1		1
1995			1		1
1996			5		5
1997		0	3		3
1998		1	3	0	4
1999		3	7	2	12
2000	0	0	11	1	12
2001	1	4	8	0	13
2002	0	3	4	2	9
2003	0	7	8	3	18
2004	0	4	3	1	8
2005	0	2	2	0	3
2006	3	5	5		13
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>102</b>

Fonte: STJ

**TABELA 3: Número de processos por modalidade de operadora e reclamação.**

Assunto	Autogestão	Cooperativa	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
Restrição de cobertura e exclusão de procedimento	1	3	6	0	10
Cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes	0	1	4	2	7
Exigência indevida para admissão de paciente + cláusulas contratuais abusivas	0	1	4	1	6
Prazos e carências irregulares	1	5	4	1	11
Falta ou limite de cobertura para doenças crônicas e degenerativas	1	8	32	5	46
Insuficiência de abrangência geográfica		1			
Descumprimento de normas de atendimento de urgência	0	2	2	0	4
Aumento de preços indevido	0	3	6	0	9
Exclusão de funcionário ou beneficiário de plano coletivo	1	1	1	0	3
Ressarcimento SUS e conversão URV x Real	0	3	2	0	5
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>102</b>

Fonte: STJ

Por fim, resta analisar se existe alguma relação entre as reclamações e uma operadora em específico. Pelas tabelas abaixo, podemos dizer que as grandes operadoras, aquelas com os maiores números de beneficiários, estão mais sujeitas às reclamações. Obviamente, isto se deve ao volume de contratos estabelecidos e não necessariamente a uma política contratual da empresa. As quatro maiores operadoras do Brasil, desta forma, detêm setenta por cento das reclamações, como esperado.

**TABELA 5: Número de processos por operadora**

Grupo ou Empresa	Freq.	(%)	Cum.
UNIMED	29	28,4	28,4
Golden Cross	19	18,6	47,1
Bradesco	15	14,7	61,8
AMIL	9	8,8	70,6
Marítima	5	4,9	75,5
Omint	5	4,9	80,4
CASSI	4	3,9	84,3
Sul América	3	2,9	87,3
Centro Trasmotano	3	2,9	90,2
Notre Dame	2	2,0	92,2
AMICO	1	1,0	93,1
CEMIL	1	1,0	94,1
Economus	1	1,0	95,1
Sistema Ipiranga	1	1,0	96,1
Itaú	1	1,0	97,1
Pro Salute	1	1,0	98,0
Quality	1	1,0	99,0
Santa Cruz	1	1,0	100,0
Santa Helena	1	1,0	100,9803922
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	

Fonte: STJ

**TABELA 6: Maiores operadoras**

<b>Grupo</b>	<b>Freq.</b>	<b>(%)</b>	<b>Cum.</b>
UNIMED	29	28,4	28,4
Golden Cross	19	18,6	47,1
Bradesco	15	14,7	61,8
AMIL	9	8,8	70,6
Outros	30	29,4	91,2
Total	102	100	

Fonte: STJ

Podemos inferir que o principal problema é a falta de facilidade de migração dos consumidores de planos antigos para planos que estejam em acordo com a nova legislação. A manutenção no mercado de dois tipos de consumidores – usuários de planos ‘antigos’ e usuários de planos ‘novos’ - com direitos muito distintos, torna o mercado discriminatório e enseja as reclamações na Justiça. A Lei 9.656/98 não garantiu aos planos antigos a cobertura assistencial integral garantida aos planos novos, mas os impactou nas condições gerais do contrato, como os reajustes anuais. A não extensão a esses usuários da cobertura assistencial integral garantida aos contratos novos é a origem da maior parte das reclamações e processos - desde a exclusão de doenças e lesões preexistentes, até os reajustes abusivos por faixa etária.

Nos contratos novos, enfrentam-se problemas de descumprimento da legislação. Essa situação exige o cumprimento irrestrito da Lei, o que vem sendo obtido, mas que, certamente, pode ser melhorado. Nos contratos antigos, o problema é sistêmico, pois prevalece o estabelecido nos contratos, sendo a regulamentação pela Lei 9.656/98 de pouca efetividade na garantia dos direitos desses beneficiários. Na prática, isso é real até para as cláusulas abusivas, pois só o Judiciário pode declará-las como tal no caso concreto.

#### **4. IMPACTOS PARA A REGULAÇÃO ECONÔMICA: COMENTÁRIOS SOBRE O PROJETO DE LEI 3337 DE 2004 E SUA RELAÇÃO COM A ANS**

O Projeto de Lei 3337/2004 intensificou a discussão sobre o tema da autonomia e da independência das agências reguladoras. As agências foram concebidas como autarquias federais especiais, cuja principal característica é a independência em relação à Chefia do Poder Executivo. Este modelo de administração de serviços públicos teve por inspiração os Estados Unidos, embora as características institucionais brasileiras não lhe sejam totalmente compatíveis.

Assim, este texto tem como objetivo registrar os principais pontos do Projeto de Lei e traçar comentários sobre a polêmica entorno à independência das agências reguladoras. Para tanto está dividido em cinco partes, incluindo esta apresentação. A segunda parte descreve sucintamente a história da regulação econômica nos EUA, além de fazer comentários sobre o Reino Unido, a Argentina, o Chile e o Brasil. A terceira parte faz esclarecimentos quanto às teorias da regulação econômica e aos conceitos de agência reguladora e autarquia federal, ressaltando as suas duas principais características: a independência e a transparência. A quarta parte trata especificamente do projeto de lei, seus pontos principais e polêmicos, destacando os pontos importantes para a ANS. A última parte faz uma avaliação geral do Projeto de Lei 3337/2004 e seus impactos para a ANS.

#### UM BREVE HISTÓRICO

A regulação econômica é uma invenção estadunidense do final do século XIX em resposta ao surpreendente aumento do poder econômico de algumas grandes corporações industriais, comerciais e financeiras. Nesse momento de conflito entre o mito do *self-made-man* e do *big bussiness*, surgiram as bases políticas para o que hoje se chama regulação econômica e leis antitruste.

Nos EUA, o controle de monopólios naturais – em particular utilidades públicas - deu-se por meio da criação de agências de regulação federal, estadual e mesmo municipal. Essas agências ganharam força pós-crise de 1929 no bojo da expansão dos controles de estado sobre a economia, sendo seu auge na década de 1970. A influência regulatória estadunidense espalhou-se à Europa na década de 80 em decorrência do processo de privatização das empresas estatais responsáveis pelo provimento dos serviços públicos. Posteriormente, com a criação do mercado europeu, essas agências tenderam a ser matizadas mais intensamente pelos estados participantes. Um pioneiro nesse processo foi o Reino Unido, que em 1983 introduziu um novo mecanismo chamado *price-cap* quando da privatização da British Telecom (BT) ao mesmo tempo em que manteve certa soberania do Secretário de Estado na criação de agências reguladoras (Vilella & Maciel, 1999).

No Estados Unidos as atividades econômicas – mesmo os monopólios naturais - sempre estiveram nas mãos de firmas privadas, raras eram as empresas estatais ou públicas. Surge dessa estrutura econômica a necessidade de regular mercados, que é apoiada politicamente por uma vontade



popular de mitigar as “falhas de mercado”, notadamente, o abuso da posição dominante<sup>47</sup>. As primeiras comissões regulatórias foram criadas antes de 1870, relacionadas a administração de ferrovias, mas sem controle de tarifas. A mudança de perspectiva regulatória ocorreu em 1871, com o caso *Munn versus Illinois*, julgado pelos tribunais do Estado, em que se discutiu a possibilidade de ser regulada a atividade de estocagem de cereais e no qual a Suprema Corte admitiu, pela primeira vez na história estadunidense, a atuação do poder público na disciplina dos negócios privados, como por exemplo, o tabelamento de preços e a fixação de tarifas (SCHERER & ROSS, 1980). Em 1887 foi criada a primeira agência federal, a *Interstate Commerce Commission* (ICC), para solucionar os conflitos entre o cartel de transporte ferroviário e os empresários rurais. Esta agência foi sendo progressivamente copiada para outros setores, se transformando em várias *Public Utilities Commissions* (PUCs) ao longo dos anos (Vilella & Maciel, 1999).

Em meados da década de 1970, todos os Estados e o Distrito Federal estadunidense possuíam comissões de serviços públicos. A regulação das chamadas utilidades públicas de infra-estrutura eram objeto especial de regulação em função de seus atributos distintivos e peculiares. Trata-se um conjunto de atividades de produção e fornecimento de serviços, cuja função comum é produzir, transportar e fornecer, através de vias naturais (água, ar, terra) ou construídas (cabos, dutos, fios), fluxos específicos de serviços, de maneira contínua - energia (eletricidade, gás, petróleo), telecomunicações, transportes nos seus vários modais (ferroviário, rodoviário, aeroviário, aquaviário, dutoviário), água canalizada (irrigação, drenagem e potável), saneamento e esgoto e, enfim, coleta e tratamento de lixo.

A regulação estadunidense das *public utilities* através das comissões independentes de competência estadual limitou a competência federal sobre a intervenção na economia. Assim, o poder das comissões estaduais aumentou consideravelmente depois da crise de 1929, e elas passaram a ter um papel tão importante quanto as comissões federais na elaboração dos mecanismos regulatórios dos EUA. Embora as agências estaduais e federais possuam independência do Executivo, o Judiciário e o Legislativo possuem grande influência no processo regulatório. O Judiciário é o responsável pela resolução do constante litígio entre empresas reguladas e agências, e o Legislativo (Congresso)

---

<sup>47</sup> Os conflitos políticos que levaram a essa intervenção estavam, em geral, ligados ao conflito entre o pequeno produtor e a grande corporação. Exemplos desse conflito são relatos de pequenos produtores insatisfeitos com os altos preços do transporte devido ao cartel ferroviário legal e, por outro lado, a imprensa estadunidense estava chocada com os escândalos financeiros envolvendo as grandes corporações - *trusts* - e alguns bancos.

exerce importante papel de controle social sobre a autonomia das agências. Por exemplo, em 1997 um tribunal federal de apelação tirou da agência federal de telecomunicações a autoridade para regular as taxas cobradas pelas empresas locais, permitindo que cada estado criasse sua própria regra de concorrência. No que tange ao legislativo, várias agências reguladoras federais são obrigadas a enviarem ao Congresso relatórios anuais reportando suas atividades (Vilella & Maciel, 1999)

A onda de desregulação introduzida pelo governo liberal de Ronald Reagan fez mudar apenas a perspectiva da interferência do governo na economia: de uma intervenção direta sobre a regulação de tarifas dos serviços públicos exercida por uma agência reguladora setorial para uma regulação indireta sobre práticas anticompetitivas exercida pelas agências antitruste, que ganharam considerável força.

No Reino Unido, o aparente sucesso do uso da regulação por preço-teto no caso da BT fez com que padrões semelhantes fossem aplicados à indústria de gás (1986), a aeroportos (1987), a água (1990), e a ferrovias (1996). As entidades regulatórias (agências federais e Secretario de Estado) tinham uma inevitável sobreposição e conflito de atribuições, principalmente quanto a definição das tarifas e dos fatores de produtividade (Vilella & Maciel, 1999).

O modelo anglo-saxão de regulação econômica, na busca de preservar o princípio da livre concorrência, permitiu que o governo interviesse na economia, mas com a observância do princípio de pesos e contrapesos (*checks and balances*). E mais, devido à tradição jurídica do *common law*, a regulação é feita também com o acompanhamento e monitoramento constante dos agentes econômicos e da sociedade (o Parlamento no caso britânico e o Congresso no estadunidense), de tal forma a gerar um sistema interno de controle e responsabilização (*accountability*<sup>48</sup>) e permitir a adequação do modelo a cada período histórico (adaptabilidade e flexibilidade).

As privatizações de monopólios naturais ocorreram na América do Sul na década de 1990, fazendo com que Argentina, Chile e Brasil adotassem esquemas regulatórios do tipo preço-teto e criassem agências reguladoras federais, que no entanto, mantiveram a independência do Executivo para

---

<sup>48</sup> *Accountability* é o mecanismo que garante a participação e o controle da sociedade sobre as ações do poder público, incluindo de suas autarquias.

todos os serviços públicos somente no Brasil. Na Argentina, por exemplo, parece haver uma sobreposição entre a agência reguladora específica de um mercado e o Secretário de Estado, sobretudo no setor de Energia, quanto a definição das tarifas das empresas de geração, e no de telecomunicações quanto a tarifa da telefonia fixa comutada. No Chile, embora boa parte da regulação seja feita por consultores independentes, há uma pluralidade de órgãos reguladores, incluindo ministérios, como no caso da energia, no qual a fixação de tarifas ‘é realizada pelo Ministro de Minas e Energia.

Por circunstâncias históricas de longa data, o Brasil adotou o “conceito europeu” (mais especificamente luso-ibérico) de intervenção do estado nos negócios privados, o que subordinou ostensivamente a atividade regulatória aos objetivos das políticas do Estado e aos interesses econômicos que lhes davam suporte político e financeiro. Caracterizado pelo autoritarismo e pela pouca transparência, o governo brasileiro sempre foi responsável pela produção, coordenação e regulação da atividade econômica, em particular aquela nas vizinhanças do gastos públicos e da arrecadação fiscal.

Tradicionalmente, a regulação econômica e a supervisão e fiscalização das empresas estatais haviam sido confiadas aos ministérios setoriais que controlavam empresas estatais. Os departamentos responsáveis (e.g. Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica - DNAEE e o Departamento Nacional de Telecomunicações - DENTEL) não eram independentes do governo e não controlavam as tarifas, que eram definidas pelo Ministério da Fazenda, de acordo com o estabelecido pelas políticas econômicas de cada governo.

O tema da regulação econômica e da defesa da concorrência somente ganharam força na década de 90, quando se iniciou um processo de liberalização econômica. Em 1994, com o Plano Real, ampliou-se as reformas estruturais que visavam reduzir a participação direta do Estado na economia, aprofundou-se o processo de abertura comercial associada às novas regras da Organização Mundial do Comércio; a partir de 1992 promoveu-se um abandono progressivo do controle de preços; a privatização das empresas estatais, a partir de 1991; e, a regulamentação contratual dos monopólios naturais que passaram a ser de propriedade privada (energia, telefonia, pedágios de estradas, ferrovias, etc.), a partir de 1995.

Por essa razão fundamental, a fusão entre política e regulação no Brasil sempre assumiu marcada centralização do processo decisório na esfera do Executivo Federal (Alveal, 2003). Assim, apesar de autarquias federais com funções intervencionistas na economia existirem há longa data (como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica, o Banco Central do Brasil, a Superintendência de Seguros Privados e a Comissão de Valores Mobiliários), a nova experiência regulatória nos moldes das agências anglo-saxônicas é alheia às tradições institucionais do país.

## OS “CONCEITOS” DE REGULACAO ECONOMICA E DE AGÊNCIAS REGULADORAS REGULACÃO ECONOMICA

Inicialmente, antes de conceituarmos agência reguladora, é importante fazer alguns esclarecimentos sobre os conceitos de regulação econômica. Existem basicamente duas teorias que explicam o fenômeno da regulação econômica. Embora ambas estejam relacionadas com a possibilidade de intervenção do Estado na economia em decorrência de seu poder de coerção, elas são bastante divergentes.

A primeira teoria acredita que a função desta intervenção seja “corrigir falhas de mercado”. A correção de falhas de mercado está relacionada à busca de alocações dos recursos econômicos de forma mais eficiente, o que pressupõe competição entre consumidores e entre produtores em um ambiente equilibrado. Tais falhas geralmente são classificadas em quatro tipos: bens públicos, comportamentos não-competitivos, assimetria de informação e externalidade. A regulação econômica seria necessária então para corrigir mercados não competitivos, em que as empresas podem abusar de sua posição dominante, mas sobretudo para corrigir aqueles mercados caracterizados por monopólios naturais, nos quais a configuração eficiente comporta apenas uma única firma monopolista.

A segunda teoria acredita que a função desta intervenção seja beneficiar um grupo de interesse, sendo resultado, portanto de um processo de captura. Dado que o recurso fundamental do Estado é seu poder de coerção, um grupo de interesse que convença o Estado a usar este poder em seu benefício, aumenta seu bem estar. Assim, a regulação econômica é um mecanismo de redistribuição de renda estatal entre os grupos de interesse da sociedade, já que ela é oferecida em resposta a demanda de grupos de interesse que agem para maximizar suas rendas.

Estas idéias foram sintetizadas por George Stigler (1968) e Sam Peltzman (1972). Segundo eles, como o comportamento dos legisladores que aprovam as leis de regulação econômica é guiado pelo seu desejo de continuar na ativa e ser reeleito, a legislação acaba sendo feita para maximizar o seu apoio político com o objetivo de transferir renda dos grupos de interesse menos influentes para os mais influentes. O resultado mais comum é que os grupos de interesses melhores organizados são os mais beneficiados com legislação favorável. Mais especificamente, a regulação acaba beneficiando grupos de interesse pequenos, mas fortes, com preferências restritas, ao invés de grupos de interesse grandes, mas fracos, com preferências abrangentes. Isto ocorre pois o grupo de interesse age através do desejo de seus membros: quanto mais forte este desejo e mais plausível o ganho que terão, maior o incentivo individual em dispor recursos para conseguir uma legislação favorável. Quando o grupo é pequeno, o ganho per capita é maior e o ‘efeito carona’ menor, pois a contribuição de cada membro tem um impacto proporcionalmente maior do que o impacto do grupo como um todo. Grandes grupos são prejudicados pelo problema do carona<sup>49</sup>, já que o impacto marginal de um participante a mais é irrisória perante o impacto do grupo como um todo, incentivando o comportamento *free rider* (Viscusi et al, 2000). Tipicamente, grupos de produtores possuem um número menor de membros do que grupos de consumidores, e assim, seu poder de barganha é maior.

O modelo de Stigler/ Peltzman estabelece como função-objetivo do regulador uma função de apoio político  $M$ , sendo definida como  $M(P, r)$ , no qual  $P$  é o nível da tarifa imposta pelo agente regulador e  $r$  a taxa de lucro da firma regulada. A hipótese é que o agente regulador procura conquistar o máximo de apoio possível de ambos os grupos: dos consumidores, mantendo a tarifa tão baixa quanto puder, e da indústria, garantindo a maior taxa de lucro viável. Supõe-se uma taxa marginal decrescente entre  $P$  e  $r$ , isto é, existe um limite nas possibilidades que o regulador pode “trocar” uma maior tarifa por um retorno maior, ou um retorno menor por uma tarifa menor, e permanecer com o mesmo nível de apoio que antes. A primeira conclusão que pode ser extraída do modelo de Stigler/ Peltzman é a de que o agente regulador não irá estabelecer a tarifa nem ao nível equivalente ao que vigoraria se a indústria fosse competitiva, nem ao nível que vigoraria caso a indústria se comportasse como monopolista, mas em algum nível intermediário entre os dois. Com efeito, esta conclusão não deve surpreender, na medida em que: (a) a função-objetivo do regulador

---

<sup>49</sup> O problema do *free-rider* aumenta quanto maior o número de membros do grupo de interesse.

procura maximizar o apoio conjunto dos dois grupos (dos consumidores e da indústria); (b) há um limite por parte do regulador de trocar o apoio de um grupo por outro (Viscusi et al, 2000).

A questão da captura do legislador por grupos de interesses ainda é tratada por Gary Becker (1980): o agente regulador apenas responde ao volume de pressão exercido pelos diferentes grupos de interesse. O volume de pressão que um dado grupo de interesse pode exercer depende: (a) inversamente do número de seus membros, e (b) diretamente dos recursos utilizados. O volume de riqueza transferido de um grupo a outro dependeria então positivamente da pressão do grupo que exerce o *rent-seeking*<sup>50</sup> e negativamente do volume de pressão por parte do grupo que sofre a transferência de parte de sua renda.

Esta segunda teoria, da captura, referenciada pelos economistas Stigler, Peltzman e Becker, deslocou o eixo do debate sobre regulação econômica para um ponto muito distante da mera correção de “falhas de mercado”. Mais especificamente, a questão regulatória tornou-se um objeto de estudo em si mesma, onde a caracterização de grupos de interesse em uma dada indústria, que se formam visando *rent-seeking*, passou a ser uma etapa fundamental do processo de compreensão das características da atividade de regulação econômica.

E mais, a teoria da captura tornou possível a compreensão do sistema regulatório como dependente da capacidade administrativa e institucional existentes em um país, já que para fazer funcionar todo sistema regulatório é necessário trabalhar em duas frentes, a relacionada aos mecanismos pelos quais a sociedade cria limitações à regulação e elabora soluções informais (não legais) para as mesmas (frente institucional), e a relacionada ao conjunto de regras de estipulação de tarifas, possibilidade de ingresso, controle financeiro das empresas do setor, etc (frente técnica).

Segundo Guasch & Spiller (1994), estas limitações institucionais geralmente estão relacionadas ao formato do Judiciário, do Legislativo e do Executivo e ao tipo de normas formais (leis) existentes. Por sua vez, as teorias de regulação que associam a intervenção estatal à correção de falhas de mercado partem da hipótese de que os mecanismos técnicos podem ser calculados e implementados em qualquer ambiente político e institucional. Assim, não consideram a grande possibilidade de que

---

<sup>50</sup> Processo de concorrência em busca de renda econômica. Qualquer forma de busca de renda que não utilize o sistema de preços é "artificial" na medida em que não estimula a produção.

se não houver razoável correspondência entre ambiente institucional e técnico, os mecanismos regulatórios não produziram os resultados desejados (Guasch & Spiller, 1994). Por exemplo, nos EUA as instituições possuem papel importante no funcionamento dos mecanismos técnicos, já que mesmo que a taxa de retorno de um determinado setor não esteja bem definida, o sistema jurídico garante o retorno justo das empresas privadas (Vilella & Maciel, 1999).

#### AGÊNCIAS REGULADORAS

Graças ao seu poder de coerção, o Estado intervém por meio de instituições da administração pública direta ou indireta, chamadas de instituições públicas reguladoras e, mais recentemente, devido à influência estadunidense na matéria, de agências reguladoras<sup>51</sup>.

As agências reguladoras surgem, na ordem jurídica e administrativa brasileira, como uma consequência direta do processo de privatização de empresas estatais, aprofundado após a promulgação das Emendas Constitucionais nº 5 a 9, de 1995. Em decorrência das necessidades de regulação das empresas derivadas do processo de privatização e de fiscalização de mercados caracterizados por “falhas” (como o mercado de saúde), buscou-se assegurar a capacidade de atuação do poder público conforme prevê o art. 174 da Constituição Federal (CF), segundo o qual “como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá as funções de fiscalização, incentivo e planejamento”, além do próprio poder regulamentar.

A necessidade de regular e fiscalizar empresas públicas e privadas criou, segundo Lúcia Helena Salgado (2003), dois tipos distintos de agências reguladoras: “de Estado” e “de governo”. Em uma primeira etapa foram criadas as agências voltadas para a regulação econômica no setor de infraestrutura (“agências de Estado”); posteriormente foram criadas as agências que executam as diretrizes de governo, responsáveis pela regulação do tipo social (“agências de Governo”), como a ANS, a ANVISA e a ANA.

Antes de classificar a agência reguladora é necessário, no entanto, esclarecer os conceitos de administração pública direta e indireta. A administração direta compreende os serviços integrados

---

<sup>51</sup> Agência é a tradução de uma palavra estadunidense que serve para designar uma instituição da administração pública indireta dotada de autonomia.

na estrutura administrativa da presidência da República (ministérios), dos governos estaduais (secretarias estaduais) e do Distrito Federal e das prefeituras (secretarias municipais). Administração indireta é o conjunto de pessoas jurídicas, de direito público (autarquias e fundações) e de direito privado (sociedades de economia mista e empresas estatais), criadas por lei, para desempenhar atividades assumidas pelo Estado, seja como serviço público, seja a título de intervenção no domínio econômico (Di Pietro, 2002). É importante notar que as entidades da administração pública direta são subordinadas hierarquicamente à direção do órgão a que pertencem, enquanto as entidades da administração pública indireta são apenas tuteladas pelo órgão a qual estão vinculadas, mas mantêm em relação a este um grau de autonomia conforme a previsão da lei que as tenha criado.

A agência reguladora é uma instituição da administração pública indireta, do tipo autarquia, considerada de regime especial, pois são dotadas de autonomia ante a administração central, e dirigidas por colegiado cujos membros são nomeados, por prazo determinado, pelo presidente da República, após prévia aprovação pelo Senado Federal, vedada a exoneração *ad nutum*, ou seja, em razão da pura e simples vontade do chefe do Poder Executivo.

Uma autarquia é a pessoa jurídica de direito público que tem por objetivo a descentralização das funções do Estado, com delegação de atribuições de maior especialização técnica, atribuída pelo ordenamento jurídico (Lei). Assim, a autarquia é responsável pelo exercício autônomo de um serviço e não há entre a autarquia e a entidade estatal responsável por sua criação uma relação de subordinação hierárquica, mas apenas mera vinculação, uma vez que a autarquia não integra a estrutura orgânica do Executivo (Di Pietro, 2002). São entidades com tarefas tipicamente de Estado: editam normas, fiscalizam, aplicam sanções, resolvem disputas entre empresas, e decidem sobre reclamações de consumidores.

As duas características principais das agências reguladoras são a independência em relação ao poder central e transparência de sua gestão. A primeira característica – independência - é relevante em virtude da possibilidade de “captura” e consiste em (i) pessoa jurídica distinta da pessoa jurídica que a instituiu (União, Estados ou Municípios); (ii) fonte própria de recursos e; (iii) mandato fixo dos dirigentes (com competência profissional reconhecida) nomeados pelo Executivo e Legislativo, e impossibilidade de exoneração *ad nutum*. Por outro lado, a transparência da gestão de uma entidade pública dotada de certo grau de autonomia é essencial para que se possa aferir a lisura de



seu processo decisório, assegurando à sociedade que os interesses defendidos sejam os seus, e não os de algum grupo específico apenas, e consiste em (i) contrato de gestão; (ii) decisão colegiada; (iii) consulta pública e; (iv) ouvidoria (Vilella & Maciel, 1999, Gelis Filho, 2006).

Nota-se que independência e transparência acabam estando intimamente ligadas, já que independência também significa a presença de mecanismos que diminuem a probabilidade de captura da agência por interesses “privados” ou “particulares” em detrimento de um interesse dito “público” ou “coletivo”. Portanto, independência nesse sentido está diretamente associada à prestação sistemática de contas as diversas esferas públicas de controle: executivo, legislativo e judiciário (transparência).

O fato de ser pessoa jurídica diversa daquela que a constituiu é a primeira característica que garante a independência das agências. Sem essa separação, o controle – ou como querem alguns, a “captura” - pelo governo seria consequência da estrutura hierárquica a que estaria submetida. Isto garante que as decisões emanadas de seus dirigentes sejam a última instância na solução de conflitos de interesses entre o delegante, o delegatário e os usuários de um determinado serviço, não cabendo recurso na esfera administrativa.

A autonomia financeira das agências reguladoras é o segundo ponto a garantir sua independência e esta relacionada à sua capacidade de auto-gestão financeira. Grande parte de seus recursos decorre da cobrança de uma taxa - taxa de fiscalização - por ser a contraprestação do serviço de fiscalização regular das atividades das empresas do setor, embora também sejam elas destinatárias de receitas provenientes de dotações orçamentárias gerais. Esta receita própria livra a agência da possibilidade de controle pelo governo em retribuição a qualquer transferência de recursos para sanar suas dívidas. Embora aja alguma discussão jurídica sobre as cobranças de tais taxas (Silva, 2006), ela constituiu prática reinterante nestas autarquias federais.

A investidura por tempo certo dos dirigentes das agências reguladoras é o último, porém não menos importante, ponto a garantir a independência da agência. Estes dirigentes somente podem ser afastados do cargo que ocupam antes do vencimento do prazo previsto mediante o cometimento de falta grave, apurada esta em processo administrativo ou judicial, e desde que observados o contraditório e a ampla defesa. No entanto, a direção da agência cabe a um colegiado, dado a complexidade do cargo e à possibilidade de captura (acredita-se que a decisão colegiada reduza a

possibilidade de captura de seus dirigentes, já que é sempre mais difícil corromper um grupo de pessoas do que uma só pessoa, embora não seja impossível se o grupo de interesse estiver bem organizado e financiado).

Além disso, as investidas por tempo certo dos dirigentes não podem ser coincidentes entre si nem com o ciclo eleitoral. Apesar da manutenção do mandato fixo e não coincidente com o período eleitoral dos seus dirigentes ser umas das formas mais notórias de se evitar a captura da agência pelo governo, ela possui a contrapartida de excluir os eleitores (consumidores) do processo de formulação das atividades regulatórias. O que queremos frisar neste ponto 'é que apesar do mandato alternado com as eleições dos dirigentes das agências ser mecanismo controle da captura da agência pelo governo, 'é também um excludente da participação da população na formulação das políticas públicas de regulação econômica. Nota-se que neste processo os consumidores, ou os usuários das utilidades públicas e maioria do eleitorado, representam a parte fraca no processo de barganha por uma regulação favorável, por constituírem um grupo demasiadamente grande, com preferências abstratas e pouca capacidade de financiamento<sup>52</sup>.

Como definido em lei, a exoneração do cargo da chefia da agência não é permitida ao Presidente da República. Apesar de este ser um forte mecanismo de assecuração da independência das agências, existe grande debate, sobretudo jurídico, sobre a possibilidade de exoneração a qualquer tempo do cargo pelo chefe do Poder Executivo Federal. Apesar da súmula 25 do Supremo Tribunal Federal (STF) prever que “a nomeação a termo não impede a livre demissão, pelo Presidente da República, de ocupante de cargo dirigente de autarquia”, a mais recente Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.949-0, em sede liminar, garante a constitucionalidade do modelo institucional atualmente utilizado para as agências.

O contrato de gestão é instrumento fundamental para garantir a transparência das agências reguladoras. Este é um contrato estabelecido entre as agências (controlado) e o Poder Executivo (controlador) com o objetivo de estabelecer metas de eficiência cobráveis. É garantidor da transparência de suas atividades na medida em que torna claro seus objetivos e a protege de inserções políticas fora do momento de contratação. O § 8º do art. 37 da CF preceitua que os órgãos ou entidades da administração indireta podem ter a sua autonomia ampliada mediante a celebração

---

<sup>52</sup> Sobretudo no Brasil o grupo de consumidores não se encontra organizado.

de contratos de gestão com o Poder Executivo Central, cabendo à Lei dispor sobre o prazo do contrato, os controles e critérios de avaliação de desempenho, os direitos e responsabilidades dos dirigentes e a remuneração do seu pessoal.

A consulta pública e a ouvidoria são claros controles sociais às agências. As consultas públicas consistem no questionamento à opinião pública obre o conteúdo das normas reguladoras antes de elas serem editadas pelas agências. As opiniões emitidas pelos usuários deverão ser consideradas antes da edição do comando normativo, e tanto a sua rejeição, como a sua adoção, devem ser motivadas e postas à disposição dos interessados, a fim de revestir de legitimidade e transparência os seus atos. Em relação às Ouvidorias, a estas cabe receber e analisar as reclamações e sugestões formuladas pelos agentes sob regulação, além de elaborar soluções para atender às propostas que lhe são dirigidas, servindo como intermediários entre a agência e os consumidores.

O controle social, portanto, se justifica pelo fato da sociedade como um todo ser um dos agentes envolvidos na atividade de regulação, na condição de usuário de um serviço ou de consumidor de um bem. Sendo assim, seus interesses também devem ser considerados na atividade de ponderação executada pelas agências, o que, por sua vez, também a legitima como controladora das atividades de regulação como legítima interessada.

Fica claro que a agência reguladora brasileira é dotada de autonomia e independência sem paralelo em qualquer outra espécie de autarquia federal. No entanto, é fundamental frisar que nunca esta autonomia e independência foram livres de controle pelo Estado. Apesar de autônoma e independente, a agência reguladora sofre diversos controles, sempre de acordo com a Lei de sua criação. Assim, a criação de um agência reguladora sempre estará relacionada a um mecanismo de controle tanto político, relacionado à fiscalização mútua e ao mesmo tempo entre os três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário (*checks and balances*), quanto social, relacionado à fiscalização das atividades públicas feita por entes da sociedade (*accountability*).

Este mecanismo de *accountability* é fundamental para a compreensão da extensão da autonomia e da independência das agências reguladoras. Segundo Schedler (1999), o mecanismo de *accountability* político possui duas características fundamentais: a) a capacidade de resposta dos governos (*answerability*), ou seja, a obrigação dos oficiais públicos informarem e explicarem seus atos à sociedade, e b) a capacidade (*enforcement*) das agências de *accountability* (*accounting agencies*, como as ouvidorias por exemplo) de impor sanções e perda de poder para aqueles que

violaram os deveres públicos. Assim, a noção de *accountability* é basicamente bidimensional: envolve capacidade de resposta e capacidade de punição (*answerability e enforcement*). A noção de *accountability* política pressupõe a existência do poder e a necessidade de que este seja controlado. A *accountability* é um conceito amplo, que inclui a existência de condições para os cidadãos participarem da definição e avaliação das políticas públicas, premiando ou punindo os responsáveis (Clad, 2000). Nessas condições deve constar a disponibilidade de informações sobre a atuação dos governos e seus resultados, bem como a existência de instituições que permitam contestar as ações do poder público.

Na definição de agência reguladora estes mecanismos de controles político e social sempre estiveram presentes. O primeiro deles é o controle político, que se dá através da nomeação e aprovação dos nomes dos dirigentes das agências pelos poderes Executivo e Legislativo, que também exercem o controle sobre as agências através das suas Leis de criação, que como outra Lei qualquer, deve seguir um procedimento comum que envolve todo um processo político.

O controle administrativo se exerce por meio de supervisão ministerial, ligada ao Poder Executivo, através da necessidade de observância do contrato de gestão. O controle financeiro é realizado pelo Tribunal de Contas<sup>53</sup>, e se exerce nos termos do artigo 71, inciso II, da CF (Meirelles, 2004). O controle social, assegurado pela nossa CF, apesar de não constituir um costume na sociedade brasileira, já existe e se manifesta através das audiências e consultas públicas e das ouvidorias.

Por fim, o controle mais utilizado no Brasil, e por isso tido como o mais importante, é o controle do Judiciário, que se dá através da possibilidade de qualquer litígio que envolva uma agência poder sofrer recurso dentro do sistema judiciário brasileiro, de competência incontestada. Embora se tenha um entendimento, na moderna doutrina jurídica e em alguma jurisprudência do STF sobre o assunto, de que o controle jurisdicional jamais poderá substituir a valoração técnica da agência reguladora pela sua, devendo-se sempre essa apreciação judicial ficar restrita aos aspectos de legalidade do ato, na prática tudo pode acontecer dado o grande poder decisório dos juizes.

---

<sup>53</sup> Órgão autônomo auxiliar do Poder Legislativo na função de controle da Administração Pública direta e indireta, o que, por certo, inclui as agências reguladoras.

## O PROJETO DE LEI 3337 DE 2004 E O IMPACTO PARA A ANS

O Projeto de Lei sobre as agências reguladoras é resultado de um trabalho interministerial a pedido do Presidente e coordenado pela Casa Civil, com o propósito de analisar o marco institucional regulatório no âmbito federal, além de avaliar o papel das agências reguladoras e propor medidas corretivas do modelo adotado. O mesmo dispõe sobre a gestão, a organização e o controle social das agências reguladoras, além de acrescentar e alterar dispositivos de diversas leis setoriais.<sup>54</sup>

Segundo a Exposição de Motivos do Projeto de Lei, o que se pretende é a formulação de política pública e controle social. Estes dois pontos são os mais importantes e controversos do projeto. Sobre a formulação de políticas públicas, a mudança recai sobre a competência, que passará ao Poder Executivo, mais especificamente aos Ministérios aos quais as agências estão vinculadas. Assim, visa o Projeto de Lei “deixar claro à sociedade que planejamento e formulação de políticas setoriais cabem aos órgãos da administração direta. Às agências reguladoras cabe regulamentar e fiscalizar as atividades reguladas, implementando, no que lhes toca, a política setorial.”

A mudança refere-se à competência, pelos Ministérios, para adotar decisões políticas no que se refere à concessão e permissão de exploração de serviços públicos, no entanto, garantindo-se às agências as atividades de regulação e fiscalização, a operacionalização dos procedimentos licitatórios e as atividades relativas às autorizações de exploração de serviços em regime privado. É admissível, ainda, a possibilidade de delegação do exercício das competências de Poder Concedente às Agências Reguladoras, tendo em vista a natureza eminentemente técnica dessas atividades, em muitos casos. Assim, caso entendam adequado à natureza das atividades e ao setor regulado, os Ministros de Estado poderiam delegar essas tarefas às agências, situação em que estas as exerceriam em caráter privativo, enquanto vigorasse a delegação.

Uma outra questão relevante é o fato de que, na área de telecomunicações, o Governo propôs alterar as competências relativas ao exercício do poder concedente apenas no que se refere, no regime público, às atividades de concessão e permissão, mantendo a competência para conceder

---

<sup>54</sup> As agências reguladoras são as seguintes: Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel); Agência Nacional do Petróleo (ANP); Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Agência Nacional de Águas (ANA); Agência Nacional de Transportes Aquaviários (Antaq); Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) e Agência Nacional do Cinema (Ancine)

autorizações às agências. E, nos serviços explorados em regime privado, a totalidade das competências permanece no âmbito da ANATEL, o que significa, em simples palavras, que permanecem nessa Agência as competências exclusivas para conceder ou autorizar a exploração de serviços de telecomunicações na área de telefonia celular, um dos mercados mais dinâmicos e lucrativos da telefonia no Brasil (Santos, 2004).

Quanto ao controle social, a nova lei das agências reguladoras teve como ponto controverso de modificação a obrigatoriedade do uso de mecanismos monitoramento de desempenho (*accountability*) para aumentar a transparência da agência. Como já visto neste trabalho, mecanismos de controle social e de *performance* são os maiores responsáveis por aumentar a transparência de uma autarquia. Segundo a recente literatura sobre o assunto (Schedler, 1999), a transparência do poder público é uma forma eficaz de aumento da sua confiabilidade perante a sociedade e o mercado, reduzindo risco de captura e da incerteza.

O mais importante que se pode dizer sobre o projeto de lei é que ele não pretende retirar os principais elementos que caracterizam a independência das agências reguladoras, que são o mandato fixo e não coincidente com o período eleitoral dos seus dirigentes e a vedação da exoneração *ad nutum* dos mesmos. E mais, o emprego dos instrumentos do contrato de gestão e da ouvidoria, destinam-se respectivamente a fortalecer a participação dos consumidores — não a ingerência do Executivo Central — e a ampliar a autonomia — não a restringi-la.

O Capítulo I do Projeto de Lei trata do processo decisório das agências reguladoras e busca homogeneizar o uso da decisão colegiada e da consulta pública entre todas as autarquias, tornando-as obrigatórias. Antes deste PL, as decisões colegiadas não eram obrigatórias, embora, segundo Gelis Filho (2006), a maioria das agências já a adotassem. As decisões colegiadas passam a ser passíveis de reexame pela Diretoria Colegiada ou Conselho Diretor. As consultas públicas, por sua vez, já não eram adotadas sistematicamente pelas agências (Gelis filho, 2006), reduzindo sua experiência a poucos casos, que adotavam de forma discricionária tais mecanismos. A lei torna compulsória as consultas públicas que recaem especificamente sobre as tomadas de decisão, sobre as minutas e propostas de alterações de normas legais, atos normativos e decisões da Diretoria Colegiada e Conselhos Diretores de interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados.

A classificação legal das agências define, como critério associado à sua natureza de autarquia especial, em alguns casos, a sua condição de “autoridade administrativa independente”, como é o caso da ANATEL e da ANVISA. Além da ANATEL, que também é expressamente dotada de “ausência de subordinação hierárquica”, a ANVISA, ANS, ANA, ANTT e ANTAQ têm prevista, em suas leis de criação, a garantia de “independência administrativa” ou “autonomia administrativa”, ou “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos”, além de autonomia decisória.

Em comum, as agências reguladoras têm recebido, a fim de assegurar-lhe o grau de independência decisória e de objetivos frente ao órgão supervisor e ao próprio Presidente da República, tratamento diferenciado das demais autarquias no que se refere ao processo de nomeação e demissão de seu corpo dirigente.

Quanto ao processo de escolha dos seus dirigentes, os mesmos são nomeados pelo Presidente da República para mandatos fixos, não renováveis, após terem seus nomes aprovados pelo Senado Federal; no caso da ANATEL, os mandatos serão de 5 anos, enquanto na ANP, ANEEL, ANTT, ANTAQ, ANA e ANCINE o período é de 4 anos; na ANVISA e ANS, os mandatos são de 3 anos. A Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, ao dispor sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras ANATEL, ANEEL, ANP, ANVISA e ANS, fixou quantitativos para os quadros de pessoal efetivo e cargos, prevendo, para os mesmos, remunerações bastante superiores aos valores praticados no Poder Executivo, inclusive para carreiras de responsabilidades equivalentes. Todavia, a definição do regime jurídico a ser adotado pelas Agências Reguladoras para contratação de seus servidores efetivos pela Lei nº 9.986 foi elaborada de forma inadequada, ao prever a contratação pelo regime trabalhista, o que trouxe sérios problemas, notadamente após a suspensão pelo Supremo Tribunal Federal, em novembro de 1999 (ADIn 2.310, do Partido dos Trabalhadores) dos dispositivos que permitiam a contratação de servidores em regime de emprego público para essas entidades.

O Capítulo II trata da prestação de contas e do controle social e o ponto mais controverso do projeto, por ser aquele que se refere ao contrato de gestão. Como dito anteriormente, o contrato de gestão tem previsão constitucional e institucional, não ferindo as leis e instituições nacionais. Seu objetivo, atrelado ao princípio da transferência, é o de divulgação de seus atos e da sua correlação com as diretrizes de políticas públicas emanadas pelo Ministério Setorial, tanto para o Poder

Executivo quanto para o Legislativo. Caso o contrato de gestão seja realizado de forma a restringir a autonomia da agência será considerado inconstitucional e sobre ele caberá uma Ação Direta de Inconstitucionalidade.

Torna-se obrigatório, portanto, a apresentação de relatório anual circunstanciado de suas atividades, nele destacando o cumprimento da política do setor definida pelos Poderes Legislativo e Executivo, encaminhando-o ao titular do Ministério a que a agência estiver vinculada, ao Senado Federal e à Câmara dos Deputados. O contrato de gestão e de desempenho deverá especificar metas de *performance* administrativa e de fiscalização a serem atingidas; prazos de consecução e respectivos indicadores e mecanismos de avaliação que permitam quantificar, de forma objetiva, seu alcance; estimativa dos recursos orçamentários e cronograma de desembolso dos recursos financeiros necessários ao alcance das metas pactuadas. A duração mínima do contrato será de um ano, prevendo-se avaliação periódica. Além disto, as agências deverão apresentar, semestralmente, tais relatórios, que deverão ser ampla e permanentemente divulgados e enviados ao órgão supervisor, ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e ao Tribunal de Contas da União.

Conforme já foi visto aqui, quando se tratou do controle político pelo Poder Executivo, a idéia de celebração de um contrato de gestão entre a agência reguladora e a Administração Pública Central não viola a sua independência e autonomia. Se pensarmos na construção histórica das instituições nacionais, a celebração do contrato de gestão nada mais seria do que a adequação da política setorial desenvolvida pelo governo às atividades de regulação. Não se pode contestar o direito e o dever de o Estado de traçar as diretrizes e planejar, a longo prazo, o desenvolvimento dos setores estratégicos e da atividade econômica, assim se couber às agências a determinação integral das políticas públicas do setor regulado, pouco restará ao Chefe do Executivo em termos de competência decisória, valendo lembrar que é ele quem detém a legitimidade democrática, recebida nas eleições, para exercer a função administrativa.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde, ouvidos previamente os Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Fazenda. O atual contrato de gestão foi firmado em setembro de 1999, com prazo de vigência de três anos. Em fevereiro de 2000, foi instituída a Sistemática de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho da ANVISA, mediante uma Comissão de Avaliação, com poderes



deliberativos, para proceder à análise dos relatórios de execução do contrato de gestão e de seus relatórios gerenciais, e composta por dois representantes do Ministério da Saúde e um do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A análise dos resultados elaborada pela Comissão será reportada, anualmente, por meio de um relatório, contemplando a avaliação quantitativa e qualitativa do grau de atendimento das metas, as recomendações e sugestões quanto à gestão da Agência e as recomendações para a adoção de diretrizes para o fiel cumprimento do seu programa de trabalho. Em 2002, o contrato foi renovado por mais três anos, fixando as metas e indicadores a serem observados até 2005.

Previsão semelhante consta da Lei nº 9.961, de 2000, que criou a ANS. O primeiro contrato de gestão entre o Ministério da Saúde e a ANS foi firmado em dezembro de 2000. Em abril de 2002, foi firmado o segundo contrato de gestão, com vigência até 31 de dezembro de 2003, quando foi prorrogado até o final de 2004, tendo sido fixadas novas metas para o período. Também no caso da ANS é prevista uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação, a ser constituída pelo Ministério da Saúde.

As próprias agências reguladoras já criadas têm, em alguns casos, a previsão da obrigação de firmarem contratos de gestão, como a ANEEL, a ANA, a ANVISA e a ANS. Nenhuma delas foi “cerceada” em sua autonomia por força de contrato de gestão já firmado, e nem tampouco esses contratos se tornaram garrotes à sua ação, mesmo que tenham, em alguns casos, fixado metas de desempenho que envolvem, como é adequado, a melhoria da própria qualidade da regulação e fiscalização feita pela agência. Além disso, se a autonomia das agências é essencial para os investidores, também o são dados que permitam uma análise custo-benefício das agências reguladoras para os contribuintes e usuários de serviços que são, afinal, quem mantém as agências. O contrato de gestão é meio capaz de permitir a análise dessa adequação.

Com efeito, o contrato de gestão, como instrumento adicional de controle social e de aperfeiçoamento da gestão e desempenho das agências, visa assegurar a compatibilidade entre meios e fins, viabilizando melhores condições operacionais às próprias agências reguladoras e permitindo uma melhor avaliação da relação custo-benefício da sua atuação para o conjunto da sociedade, indicando a necessidade de medidas, no âmbito da gestão, para permitir essa adequação. Além das quatro agências que já tem sua gestão vinculada à assinatura de contratos, todas as demais passarão a ter que firmá-los, fixando metas e definindo critérios de avaliação, bem como produzir

relatórios semestrais, garantindo a transparência à gestão da agência, e a compatibilidade de suas metas e prioridades com as políticas setoriais.

Assim, ainda quanto ao controle social e transparência, merece ser ressaltado, como aspecto positivo nas agências reguladoras na prática, o fato de que algumas delas dispõem de instâncias de consulta e deliberação em que têm assento representantes da sociedade, exemplificado pela previsão contida no art. 4º da Lei nº 9.427 de garantir participação prévia da sociedade na formulação de medidas que afetem direitos dos agentes econômicos ou consumidores. Segundo o dispositivo legal, “o processo decisório que implicar afetação de direitos dos agentes econômicos do setor elétrico ou dos consumidores, mediante iniciativa de projeto de lei ou, quando possível, por via administrativa, será precedido de audiência pública convocada pela ANEEL”, exemplo que, ainda que possa gerar algum tipo de influência indesejável no processo de regulação do setor, torna mais transparente ao controle social a atividade regulatória. Regra idêntica está prevista no art. 19 da Lei nº 9.478 (ANP), mas não na legislação da ANATEL e ANVISA. No caso da ANS, o artigo 19 da Lei nº 9.984 assegura a representação, inclusive, dos trabalhadores na Câmara de Saúde Suplementar.

No caso da ANATEL, é previsto o Conselho Consultivo, órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência, integrado por representantes do Senado Federal, da Câmara dos Deputados, pelo Poder Executivo e por representantes das prestadoras de serviços, dos usuários e da sociedade, todos com mandatos de três anos, cabendo-lhe opinar sobre o plano geral de outorgas, o plano geral de metas de universalização de serviços e demais políticas de telecomunicações, dentre outras competências. Também a ANVISA e a ANS dispõem de Conselhos Consultivos, com representação da sociedade.

O Capítulo III do projeto reafirma, regulariza e amplifica o papel do Ouvidor, previsto para todas as agências, com mandato fixo e escolhido pelo presidente da república, exercerá suas atribuições sem subordinação hierárquica e sem acumulações com outras funções. São atribuições do Ouvidor zelar pela qualidade dos serviços prestados pela agência reguladora e acompanhar (e não solucionar como na primeira versão do projeto) o processo interno de apuração das denúncias e reclamações dos usuários, seja contra a atuação dela ou contra a atuação dos entes regulados (ou seja, dar suporte aos interesses dos consumidores no seio da administração pública).

A ouvidoria é o principal canal entre agência e usuário (consumidor). Como dito anteriormente, o grupo de interesse dos consumidores é o mais fraco no atual esquema de regulação econômica nacional. Os mercados regulados são problemáticos devido ao grande poder de mercado das empresas que o compõem ou a uma grande assimetria de informação entre os agentes econômicos. Em ambos os casos o consumidor é o agente econômico mais susceptível a perdas. A tentativa de trata-lo como um agente de igual peso ao governo e a indústria é no mínimo justo<sup>55</sup>.

As Ouvidorias, presentes na ANATEL, ANVISA, ANTT, ANTAQ, ANS e ANCINE, são, portanto, destinadas a permitir a vocalização dos direitos dos usuários, receber pedidos de informações e esclarecimentos e reclamações e formular e encaminhar denúncias contra atos praticados pelas empresas do setor regulado. Característica comum às Ouvidorias é a fixação de mandato e a garantia de independência, não tendo vinculação formal à direção da Agência.

O Capítulo IV do projeto trata da interação entre as agências reguladoras e os órgãos de defesa da concorrência. Na prática o disposto no projeto já acontece, faltando na verdade uma definição mais clara sobre quem tem competência para decidir sobre abusos do poder econômico e quem tem a palavra final sobre a aprovação de fusões e aquisições. Entre outras disposições, a proposta estabelece que, *“no exercício de suas atribuições, incumbe às agências reguladoras monitorar e acompanhar as práticas de mercado dos agentes dos setores regulados, de forma a auxiliar aqueles órgãos na observância do cumprimento da legislação de defesa da concorrência.”*

A eles caberá a análise de atos de concentração e a instauração e instrução de averiguações preliminares e processos administrativos para apuração de infrações contra a ordem econômica, cabendo ao CADE, como órgão julgante, emitir decisão final sobre os atos de concentração e condutas anticoncorrenciais. Na análise e instrução de atos de concentração e processos administrativos, os órgãos de defesa da concorrência poderão solicitar às agências reguladoras pareceres técnicos relacionados aos seus setores de atuação, como já é feito atualmente. O ponto novo refere-se a possibilidade das agências reguladoras em solicitar parecer do órgão de defesa da concorrência do Ministério da Fazenda sobre minutas de normas e regulamentos, previamente à sua disponibilização para consulta pública, para que possa aquele órgão se manifestar, no prazo de até trinta dias, sobre os eventuais impactos nas condições de concorrência dos setores regulados.

---

<sup>55</sup> Este argumento contra o tratamento de desiguais com isonomia é contextualizado para o caso das ouvidorias por Mueller & Mattos (2005).

As ações da ANS no sentido de promover a concorrência se constituem num de seus objetivos mais importantes, de modo que as condições de competição sejam as mais abrangentes, disseminando benefícios tanto para os produtores quanto para os consumidores, configurando-se, aqui, uma dupla função reguladora. No âmbito do Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE as ações ocorrem quando existe o conhecimento que em determinado setor da economia as estratégias das firmas estão desestabilizando o mercado. Assim, instauraram-se processos para averiguar o fato.

Fusões e aquisições de empresas são objetos de análise do CADE. Deduz-se, dessa forma de atuação que não existem medidas preventivas de acompanhamento do mercado. Assim, sugere-se que a ANS monitore o mercado, identificado as situações onde existem agravos à concorrência, uma vez que possui dados operacionais.

O capítulo V apresenta a interação operacional entre agências reguladoras e os órgãos de regulação municipais, estaduais e do Distrito Federal, prevendo a articulação de suas atividades com as das agências reguladoras ou órgãos de regulação dos demais entes federados, nas respectivas áreas de competência, descentralizando suas atividades mediante convênio de cooperação, quando for necessário. Há uma exceção quanto às atividades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo VI se destina a redefinir as competências das agências e dos ministérios aos quais se vinculam, mediante alteração em leis específicas. Neste ponto, apesar da lei se propor a definir um marco legal geral para a regulação no Brasil, os efeitos sobre cada agência são diferentes, já que a mudança ocorre em suas leis setoriais e de criação. A partir do décimo terceiro e até o décimo oitavo mês do mandato do Presidente da República. Nesta seção há mudança de diversas legislações específicas das agências reguladoras e de seus marcos regulatórios de atuação.

Quadro 1: Principais Mudanças

	Como e	Como será
CAP I	Decisão colegiada e consulta pública opcionais. Embora já realizadas, não eram homogêneas entre as diversas agências.	Decisão colegiada e consulta pública obrigatórias. Homogeneização do procedimento entre as agências.
CAP II	Contrato de Gestão opcional, sem vínculo com o ministério encarregado	Contrato de Gestão compulsório. Necessidade de coordenação de política com o ministério encarregado
CAP III	Ouvidoria opcional, sem especificação do papel do ouvidor como canal aberto	Ouvidoria compulsória, com características alteradas, sobretudo

	entre agencia e consumidor.	aquelas referentes ao acompanhamento de denúncias de usuários.
CAP IV	A interação entre agencias reguladoras e órgãos de defesa da concorrência já ocorria na pratica, embora sem definição legal sobre a competência final nos julgamentos de atos de concentração e praticas anticompetitivas	O CADE tem a competência final no julgamento de ACs e PAs, mas as agencias poderão solicitar parecer do órgão de defesa da concorrência do Ministério da Fazenda sobre minutas de normas e regulamentos
CAP V	A interação entre agencias reguladoras e os entes da federação não estavam definidos em lei especifica.	Definição legal da interação operacional entre agências reguladoras e os órgãos de regulação municipais, estaduais e do Distrito Federal
CAP VI	Leis de setores específicos	Alteração em leis específicas, com destaque para os setores de energia e telecomunicações.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVEAL, C. Estado e Regulação Econômica: O Papel das Agências Reguladoras no Brasil e na Experiência Internacional. Disponível em <http://www.energia.ie.ufrj.br>. 2004
- DI PIETRO, M. S. Z. Direito administrativo. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GELIS FILHO, A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. RAP – Revista de administração Pública. Rio de Janeiro 40(4) :589-613, Jul ./Ago. 2006
- MATARAZZO, D. C. Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. Malheiros: São Paulo, 2004.
- OLIVEIRA, G., FUJIWARA, T., MACHADO, E. L. A experiência Brasileira com Agências Reguladoras. *in* SALGADO, Lucia Helena, MOTTA, Ronaldo Seroa da (Editores). Marcos Regulatórios no Brasil: o que foi feito e o que ainda falta fazer. Ipea: Rio de Janeiro, 2005.
- SALGADO, L. H. Agências Regulatórias na Experiência Brasileira; Um Panorama do Atual Desenho Institucional (Texto para Discussão nº 941). Rio de Janeiro: BNDES, 2003.
- SANTOS L.A. Regulando a regulação: a nova legislação das agências reguladoras federais no Brasil. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004

SCHEDLER, Andréas. Conceptualizing accountability. In. Andreas Schedler, Larry Diamond, Marc F. Plattner (eds.) The sel-Restraining State. Power and Accountability in new democracies. Boulder and London, Lynne Rienner Publishers. 1999

SCHERER, F. M, ROSS, D. Industrial market structure and economic performance. 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin, 1990.

SILVA, E. M. A Independência Das Agências Reguladoras No Brasil E O Projeto De Lei Nº 3.337/2004. monografia ganhadora do prêmio SEAE 2006. 2006

VILELLA, A. & MACIEL, C. A Regulação do Setor de Infra-Estrutura Econômica: uma comparação internacional. IPEA (Texto para Discussão). 1999

VISCUSI, W. K.; VERNON, J. M.; HARRINGTON JR., J. E. Economics of regulation and antitrust. 3. ed. Cambridge, Mass.: The MIT Press. 2000.

## PRODUTO 3

# A RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA OCUPACIONAL E ACESSO A PLANO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE PARA 1998 E 2003♣♦

### AUTORES

*Ana Flávia Machado (Cedeplar/UFMG)*

*Mônica Viegas Andrade (Cedeplar/UFMG)*

*Ana Carolina Maia (Cedeplar/UFMG)*

---

\* Agradecemos a Frederico Luiz Barbosa de Melo pela apresentação ao método GoM e pelos ricos comentários sobre o trabalho. Em caso de eventuais erros e omissões, é de nossa inteira responsabilidade.

♦ Essa pesquisa está sendo financiada pelo CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa).

**Resumo:**

O objetivo deste trabalho é caracterizar a cobertura de planos privados de saúde segundo a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho brasileiro. Os Suplementos da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 1998 e 2003 informam sobre status de cobertura de plano privado de saúde ao mesmo tempo que permitem identificar o arranjo ocupacional. Considerando estas informações, pretende-se definir grupos homogêneos de trabalhadores conforme atributos pessoais (sexo, raça, idade, escolaridade), características dos domicílios (referentes ao chefe, presença de idosos e presença de crianças, entre outras) e características do posto de trabalho (condição de atividade, categorias ocupacionais, rendimento, sindicalização) além de condições de saúde, acesso a serviços e tipos de planos. Para construção da tipologia, recorre-se ao método *Grade of Membership (GoM)* – ou Grau de Pertencimento. Cinco perfis foram definidos, utilizando mais de vinte variáveis categóricas e, entre elas, as variáveis-chave para denominação dos grupos são: grau de cobertura de planos de saúde, condição de atividade e escolaridade do indivíduo.

Palavras-chave: mercado de trabalho, planos de saúde, tipologia, ocupação, GoM

Key-words: labor market, health insurance, typology, occupation, GoM

**1 - Introdução**

Um aspecto recorrente na literatura que estuda a relação entre mercado de trabalho e economia da saúde diz respeito aos impactos da presença de planos de saúde nos custos salariais e na mobilidade de trabalhadores. Os planos de saúde são benefícios indiretos aos trabalhadores e representam um custo fixo elevado para os empregadores, determinando uma maior rigidez salarial e alterando, do ponto de vista dos empregadores, a estrutura de oferta de emprego e, do ponto de vista dos empregados, a escolha de postos de trabalho.

No Brasil o sistema de saúde é misto existindo uma complementariedade entre o setor público e o setor de saúde suplementar. Embora a Constituição de 1988 tenha garantido o acesso universal a todos os níveis de atenção médico-hospitalar por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma parcela da população, 25%, prefere recorrer ao sistema de saúde suplementar. Assim como nos



EUA, no Brasil, o mercado de trabalho também é uma porta de entrada importante para o setor de saúde suplementar: em 2003, cerca de 65% da população com cobertura privada teve acesso aos planos de saúde por meio do vínculo empregatício. (MAIA et al, 2006).

Uma das razões para a ainda baixa cobertura de planos e seguros de saúde observada no Brasil é a natureza segmentada do mercado de trabalho. Sem considerar a complexidade dos arranjos e relações econômicas, podemos classificá-lo em três estruturas: uma mais formalizada com emprego de tecnologia mais avançada, onde são mais nítidas características de mercados internos de trabalho; a segunda compreenderia empresas registradas com emprego de mão-de-obra assalariada atuando em mercados mais concorrenciais e, por fim, um expressivo contingente da força de trabalho, cerca de 50% dos ocupados que se inserem no mercado de trabalho informal, como assalariados sem carteira e trabalhadores por conta-própria. No caso destes dois últimos grandes segmentos, dificilmente o trabalhador tem acesso a plano de saúde coletivo. Poucos são aqueles com planos individuais.

Considerando tal segmentação, analisar a relação entre acesso a planos e seguros de saúde e inserção no mercado de trabalho é de grande relevância tanto para a compreensão da dinâmica do mercado de trabalho como para a de acesso aos serviços de saúde no Brasil. A posse do plano de saúde altera a dinâmica do mercado de trabalho no que se refere à inserção e à mobilidade entre postos de trabalho, e essa relação está condicionada pelas preferências e atributos individuais. Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde gera ganhos de bem estar para os indivíduos e determina o estoque de capital humano individual, resultando em impactos nos fluxos de renda futuros. No Brasil, como a cobertura de plano de saúde é, em grande medida, associada ao vínculo empregatício, o entendimento da capacidade de expansão dessa cobertura torna premente a análise desta relação.

No Brasil são escassos os trabalhos que analisam a relação entre mercado de trabalho e acesso a planos de saúde. Maia et al (2006) mostram que a cobertura de planos coletivos no Brasil tende a diminuir com a idade enquanto que a cobertura por planos individuais tende a aumentar, associando este comportamento à participação no mercado de trabalho. Os idosos têm uma taxa de participação menor e quando se aposentam, muitas vezes, perdem o direito de manter o mesmo benefício ao qual tinham acesso quando ativos. Além disso, apontam que a renda familiar per capita e a

escolaridade apresentam uma relação monotônica estritamente crescente com a probabilidade de ter plano. No caso dos 10% mais ricos e com superior completo, a chance é duas vezes maior do que do grupo dos 20% mais ricos e com ensino médio completo. Estar inserido no setor formal é outra condição relevante para acesso a plano de saúde coletivo. Desempregados e inativos apresentam maiores chances de adquirir planos individuais vis-à-vis empregados, algo explicado pela própria condição de atividade/ocupação.

O objetivo deste trabalho é caracterizar a cobertura de planos privados de saúde segundo a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho brasileiro. Os Suplementos da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 1998 e 2003 informam sobre status de cobertura de plano privado de saúde ao mesmo tempo que permitem identificar o arranjo ocupacional. Considerando estas informações, pretende-se definir grupos homogêneos de trabalhadores conforme atributos pessoais (sexo, raça, idade, escolaridade), características dos domicílios (referentes ao chefe, presença de idosos e presença de crianças, entre outras) e características do posto de trabalho (condição de atividade, categorias ocupacionais, rendimento, sindicalização) além de condições de saúde, acesso a serviços e tipos de planos.

A definição de uma tipologia é requerida por não contarmos, no Brasil, com informações de estabelecimento sobre a população que tem acesso a planos de saúde. Na verdade, não estão disponíveis dados administrativos que compreendam a população como um todo e possam com isso garantir uma análise refinada da relação entre mercado de trabalho e mercado de seguro saúde. Recorre-se, portanto, aos dados secundários de pesquisas domiciliares amostrais como a PNAD para construção de tipologia e posterior análise dessa relação. A amostra se restringe às seis regiões metropolitanas brasileiras, posto que o acesso a plano de saúde é um fenômeno essencialmente urbano dado o grau de organização do mercado de trabalho nessas áreas.

Para construção da tipologia, recorre-se ao método *Grade of Membership (GoM)* – ou Grau de Pertencimento. Cinco perfis foram definidos, utilizando mais de vinte variáveis categóricas e, entre elas, as variáveis-chave para denominação dos grupos são: grau de cobertura de planos de saúde, condição de atividade e escolaridade do indivíduo. Entre os perfis, predominam as categorias de baixo grau de cobertura, o que reforça a necessidade de se formularem ações no sentido de ampliar o acesso ao plano de saúde, não somente para melhorar o bem-estar, mas também para atender a

uma população que vem envelhecendo em ritmo acelerado.<sup>56</sup> Por outro lado, os resultados mostram que a categoria relacionada aos indivíduos ocupados com idade próxima a 30 anos é de alto grau de cobertura.

O artigo está dividido em seis seções, incluindo essa introdução. A seguir, faz-se uma breve revisão da literatura sobre a relação entre mercado de trabalho e mercado de seguro saúde. O método GoM é apresentado, de forma sumária, na terceira seção. Na quarta seção, descrevem-se fonte de dados e variáveis da análise. A análise descritiva das categorias tipológicas segundo variáveis selecionadas é feita na quinta seção e, por fim, na sexta, tecem-se algumas considerações.

## **2 - A relação entre mercado de trabalho e a presença de planos de saúde**

A análise de diferenciais de salários e de rigidez salarial tem seu início com as teorias duais do mercado de trabalho que buscavam explicar a segmentação do mercado de trabalho. A de mercado interno supõe que o mercado de trabalho seria constituído por segmentos mais organizados denominados mercados internos de trabalho. Neste, as firmas atuam de modo a definir preço e alocação de trabalho segundo um conjunto de regras e procedimentos administrativos. O mercado externo, por sua vez, estaria mais sujeito a flutuações macroeconômicas que orientariam a definição de preços e salários (DOERINGER & PIORE, 1971).

As firmas, operando em mercados internos de trabalho, buscariam reter a mão-de-obra, internalizando os retornos de habilidades específicas oriundas de processo de treinamento e da própria experiência do trabalhador. Em troca, pagam salários diretos e indiretos superiores ao custo de oportunidade de se procurar emprego no mercado externo. Deste modo, reduzem a mobilidade da mão-de-obra e o papel do mercado sobre a estrutura salarial interna. No que concerne aos salários indiretos, muitos benefícios podem ser listados, entre eles, o acesso a um plano de saúde cujo custo seria compartilhado entre o trabalhador e o empregador.

Nos anos 80, a discussão sobre segmentação é retomada pelos teóricos dos modelos de salário eficiência (Solow, Akerlof, Yellen, Weiss entre outros). Por meio das hipóteses de informação imperfeita e de uma função esforço-salário, buscam demonstrar a racionalidade das firmas que pagam salários acima daquele que asseguraria o pleno-emprego. Os resultados obtidos evidenciam

---

<sup>56</sup> Para maiores detalhes, ver CAMARANO, Ana Amélia, org. (1999) **Muito além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA.

que as firmas são bem sucedidas nesta estratégia, porque reduzem a mobilidade de mão-de-obra, ampliando a produtividade do trabalho.

Em que pese o aumento dos custos trabalhistas advindos de elevados salários diretos e/ou existência de benefícios, as firmas se orientam por uma racionalidade econômica que é justamente o aumento da motivação do trabalhador e, conseqüentemente, da produtividade do trabalho. Se considerarmos o caso específico do acesso a planos de saúde, este retorno pode ser ainda maior, porque os trabalhadores podem cuidar do seu estado de saúde, por meio de exames clínicos rotineiros, o que contribui para assiduidade e melhor desempenho nas atividades laborais.

Recentemente, a literatura sobre economia da saúde em países desenvolvidos tem se preocupado com a relação entre acesso a plano de saúde e mobilidade no mercado de trabalho (COOPER & MONHEIT, 1993; GRUBER, 1998; BAICKER & CHANDRA, 2005). Segundo Gruber (1998), nos EUA, cerca de noventa por cento da população coberta por planos de saúde tem acesso a plano de saúde através do emprego. A provisão de seguro de saúde é baseada em decisões privadas dos trabalhadores e das firmas e isso tende a reduzir a mobilidade, uma que vez aprisiona os trabalhadores, receosos de perder tal benefício, mesmo surgindo oportunidade em postos de trabalho com elevada produtividade e, portanto, salários mais elevados. Devido a essa racionalidade, tal estratégia foi denominada *job lock*.

Baicker & Chandra (2005) salientam ainda que o acesso ao benefício pode não ser universal dentro de uma firma que pode restringir a oferta de planos de saúde aos empregados de jornada integral, com salários superiores ao valor do salário mínimo e experientes no processo de trabalho. Essa relação corrobora a divisão porposta por Doeringer & Piore (1971) em termos de mercados primário e secundário de trabalho dentro de uma mesma firma. No primeiro, ter-se-ia postos de melhor qualidade, o que engloba tanto elevados salários quanto amplo leque de benefícios e o secundário, por sua vez, aglutinaria os trabalhadores menos qualificados com baixos rendimentos e sem acesso a benefícios, seguindo a lógica empresarial de retenção apenas da mão de obra considerada produtiva e a rotatividade daqueles com baixo ou nenhum nível de treinamento específico na firma.

Gruber (1998) ressalta, no entanto, que aumento nos prêmios de seguro saúde podem provocar mudanças na contratação de trabalho. Aumentos nos custos decorrentes do prêmio do seguro devem ter efeitos tanto na oferta quanto na demanda por horas condicionadas a participação. Na perspectiva do empregador, aumentos no custo de seguro saúde significam aumento no custo fixo

do emprego, tornando os trabalhadores em jornada parcial mais caros. Se empregadores podem reduzir salários, então nem horas e nem nível de emprego deveriam mudar. Caso contrário, dado o custo fixo do seguro saúde, irão ampliar a jornada e reduzir o emprego, em especial daqueles de menor jornada. Além disso, para aqueles que recebem salário mínimo, a firma tem menos liberdade de reduzir salários, o que contribui novamente para ampliação das horas trabalhadas como um mecanismo de compensação pelo aumento do custo administrativo. Similarmente, contratos sindicais ou outros pagamentos no ambiente de trabalho podem interferir no ajustamento de salários refletindo em custos mais elevados.

Considerando a perspectiva dos trabalhadores, Gruber (1998) afirma que as questões referentes ao seguro saúde são pertinentes apenas para aqueles trabalhadores que desejam mudar de emprego. Um novo emprego pode significar não cobertura de planos ou exclusões de condições pré-existentes, além da exigência de períodos probatórios para nova cobertura. O posto de trabalho atual pode oferecer uma variedade de opções de seguro que não estão disponíveis nos outros postos que também oferecem seguro, tornando a mudança pouco atrativa.

Por último, cabe mencionar que as características individuais e os arranjos familiares dos trabalhadores afetam suas preferências tendo impactos tanto na escolha de inserção no mercado de trabalho como na escolha de acesso a plano de saúde. De acordo com Baicker & Chandra (2005), mulheres casadas e saudáveis tendem a não valorizar o seguro saúde ofertado pelo próprio posto de trabalho, uma vez que podem ter acesso a cobertura como dependentes de seus maridos e, dado que as condições de saúde são boas, apresentam baixa utilização. Por outro lado, um marido cuja esposa tem cobertura tem menos incentivo a permanecer em um emprego que ofereça seguro. Presença de crianças, tamanho da família e gravidez de esposa são outros fatores que influenciam as preferências, podendo ou não criar as condições de *job lock*. A idade do trabalhador é outra variável importante. Para um jovem, muitas vezes, é preferível um emprego bem remunerado a um que ofereça salários mais baixos com cobertura de seguro saúde. Isto porque, em média, os jovens apresentam condições de saúde melhores, o que contribui para aquisição de planos individuais mais baratos. Além disso, podem participar de planos de saúde dos pais ou, mesmo, ficarem sem a cobertura durante o período em que se encontram mais sujeitos a rotatividade no mercado de trabalho. Relação inversa pode ser inferida para os trabalhadores entre trinta e cinquenta anos, no pico da atividade produtiva e, em grande parte das vezes, responsáveis ou co-responsáveis do domicílio.

Assim sendo, a relação entre acesso a plano de saúde e a inserção no mercado de trabalho evidencia que, para além da organização dos mercados produtivo e de trabalho, os atributos dos indivíduos, tais como experiência, idade e escolaridade, interferem nessa relação. É, justamente isso que se investiga nesse trabalho por meio da construção de uma tipologia.

### **3 - O método GoM: *Grade of Membership***

O *Grade of Membership* – GoM ou Grau de Pertencimento, método filiado à teoria dos conjuntos nebulosos, para a qual os elementos podem ter *graus* de pertencimento a um ou mais conjuntos, ao invés de, conforme estabelecido na teoria clássica de conjuntos, simplesmente pertencer ou não a determinado conjunto. Com base na distribuição de características entre os elementos da amostra investigada, o GoM estima, pelo método de máxima verossimilhança, os atributos prováveis dos perfis extremos e o grau de “proximidade” (ou associação) de cada elemento aos mesmos (MELO, 2006). O número de perfis extremos (ou perfis de referência) deve ser estipulado, a priori, definido conforme o conhecimento do pesquisador no assunto em questão, e resultará na dimensão final da tipologia, ou seja, no número total de categorias, que incluirá tipos puros e mistos. Os tipos mistos combinam características de dois ou mais tipos puros, os quais, por sua vez, correspondem, basicamente, aos perfis extremos.

Segundo Manton, Woodbury e Tolley (1994), para cada elemento (neste caso, indivíduo) em um conjunto nebuloso existe um grau de pertinência ( $g_{ik}$ ), que representa o grau com que o elemento  $i$  pertence ao conjunto/perfil  $k$ , assumindo valores entre 0 (zero) e 1 (um), inclusive. Se  $g_{ik}$  é igual a zero, o elemento não pertence ao conjunto. No caso de assumir valor igual a um, o elemento pertence completamente ao conjunto. Quando  $g_{ik}$  assume valores maiores do que zero e menores do que um, o indivíduo tem pertencimento (parcial) a mais de um perfil de referência.

Os escores  $g_{ik}$  estão sujeitos as seguintes restrições:

$$0 \leq g_{ik} \leq 1 \text{ para cada } i \text{ e cada } k$$

$$\sum g_{ik} = 1 \text{ para cada } i .$$

O parâmetro lambda  $\lambda$ , importante para discriminar quais atributos estão relacionados a cada perfil de referência, é dado pela probabilidade de resposta do  $j$ -ésimo atributo pelo elemento com  $k$ -ésimo perfil extremo.  $\lambda_{kjl}$  é dessa forma definida e deve atender às seguintes pressuposições:

$$0 \leq \lambda_{kjl} \leq 1 \text{ para cada } k, j \text{ e } l;$$

$$\sum \lambda_{kjl} = 1 \text{ para cada } k \text{ e } j.$$

A probabilidade de resposta  $l$  para a  $j$ -ésima variável pelo elemento  $i$ , condicionada ao seu escore de grau de pertencimento  $g_{ik}$ , é dada por:

$$\Pr (Y_{ijl} = 1) = \sum g_{ik} \lambda_{kjl}$$

E a função de máxima verossimilhança a ser estimada é:

$$L(Y) = \prod_i \prod_j \prod_l ( \sum g_{ik} \lambda_{kjl} )$$

No caso do pesquisador escolher dois perfis extremos, por análise combinatória, serão gerados cinco perfis/categorias que são definidos como puros ou mistos, de acordo com os seus graus de pertencimento a cada um dos perfis extremos, conforme é apresentado no QUADRO I.

#### QUADRO I – Critério de classificação nos perfis puros e mistos.

- 1) O indivíduo  $i$  é considerado como pertencente ao perfil puro  $m$  quando tiver os seguintes graus de pertencimento  $g$  aos perfis extremos  $m$  e  $n$ :
  - a)  $g_{im} \geq 0,75$ ; ou
  - b)  $0,50 < g_{im} < 0,75$ , desde que  $g_{in} \leq 0,25$ .
- 2) O indivíduo  $i$  é considerado como pertencente ao perfil misto de  $m$  com  $n$  (em que predominam as características de  $m$ ) aquele cujos graus de pertencimento aos perfis  $m$  e  $n$  são:
  - a)  $0,50 < g_{im} \leq 0,75$ , desde que  $0,25 \leq g_{in} < 0,50$ .
- 3) O indivíduo  $i$  do tipo misto sem predomínio é aquele com os seguintes graus de pertencimento  $g$ :
  - a)  $g_{im} < 0,50$  e  $g_{in} < 0,50$ ; ou
  - b)  $(g_{im} = 0,50)$  ou  $(g_{in} = 0,50)$ .

Desse modo, os perfis extremos resultam da estimação por máxima verossimilhança, ao passo que as categorias finais da tipologia, puras e mistas, são definidas conforme os limites dados pelo algoritmo acima, ou seja, pela intensidade do grau de pertencimento ou pela localização em relação a um dos perfis extremos. O perfil misto 0 é aquele onde não há predomínio de nenhum dos perfis extremos.

#### **4 - Fonte de dados e Variáveis**

A fonte de dados utilizada é a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e os suplementos dos anos de 1998 e 2003. Tal pesquisa traz informações sobre o domicílio, o indivíduo, e, no caso específico destes anos, sobre as condições de saúde da população brasileira. Como o acesso a plano é uma realidade típica de áreas urbanas, basicamente metropolitanas, optamos por construir a tipologia no âmbito de seis regiões metropolitanas: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Neste caso, a amostra é de 127.131 observações. Tal amostra se refere ao “empilhamento” das PNADs que trazem o suplemento especial de saúde (1998 e 2003) e não abarcam os mesmos domicílios, uma que essa pesquisa domiciliar não é longitudinal.

As variáveis utilizadas são categorizadas, por exigência do método GoM. Para o método, quanto maior o número de variáveis, melhor a descrição dos perfis e a estimação dos graus de pertencimento. Para indivíduos acima de 18 anos, foram selecionadas trinta e três variáveis (Quadro 2 abaixo) referentes aos atributos do indivíduo, ao tamanho e a composição do domicílio, à área metropolitana, às condições individuais de saúde, às características de inserção no mercado de trabalho, rendimento do trabalho, de todas as fontes e rendimentos per capita. As variáveis de renda foram organizadas segundo distribuições por quintis, com os menores valores no primeiro quinto e assim por diante.

Os atributos individuais dizem respeito a àqueles que interferem na posição no mercado de trabalho quanto também na facilidade ou não de possuir um plano de saúde, já discutidos na seção anterior. São elas: sexo, idade, raça, escolaridade. Em relação a tamanho e composição do domicílio, selecionamos número de filhos em faixas etárias diferentes, presença de idoso e características do



chefe. A composição do domicílio pode tornar a necessidade do plano de saúde mais premente, pois quanto maior a idade dos moradores ou o número de crianças, maior tende a ser a demanda por serviços de saúde. No que tange às características do mercado de trabalho, são informações relevantes: condição de atividade, posição na ocupação (denominada aqui variável composta), contribuição para a Previdência, sindicalização, tempo de não trabalho e categoria ocupacional (skill) que trata de ocupações que requerem habilidades de nível superior, de médio ou são consideradas manuais. Tais variáveis são, na verdade, indicativas de quão precária ou quão pouco formalizada é a participação no mercado de trabalho, sugerindo a dificuldade de cobertura do plano de saúde.

Os perfis extremos foram definidos pela análise entre a razão de probabilidades a cada resposta da variável empregada ( $\lambda$ ) e a frequência marginal das respostas. Os perfis foram identificados segundo o critério de corte proposto por Melo (2006): a variável discrimina ou importa se a razão entre o  $\lambda$  e a frequência marginal de cada resposta for superior a 1,2. Ou seja, sempre que, em um certo perfil de referência, a probabilidade de determinada resposta a uma variável superar em 20% a frequência dessa resposta na amostra, considera-se que a característica alcança alta probabilidade no perfil e, portanto, o discrimina. Isso não significa que o perfil extremo engloba todos os indivíduos com as características nele prevalentes, mas sim que há maior chance de isso ocorrer. Ressalte-se, ainda, que a descrição inicial dos perfis baseada nas probabilidades é, posteriormente, checada e corroborada (ou não) pela distribuição das características entre os tipos puros e mistos. O quadro síntese se encontra em anexo (Quadro A1), com as células sombreadas indicando as características em que a razão entre  $\lambda$  e frequência supera a linha de corte adotada. O Quadro 2 abaixo (referenciado no Quadro A1) traz a descrição das características prováveis dos perfis extremos.

## Quadro 2 – Perfis extremos conforme maiores probabilidades de respostas às variáveis

Variável	Perfil 1	Perfil 2
Ano	1998	não discrimina
Sexo	não discrimina	não discrimina
Raça	não discrimina	não discrimina
Contribuinte à instituto de previdência	não discrimina	sim
Escolaridade do morador	0 a 3 anos e 4 a 7 anos	8 a 10 anos, 11 a 14 anos e 15 anos ou mais
Idade do morador	54 a 58 anos e 59 anos ou mais	24 a 33 anos, 34 a 38 anos e 44 a 48 anos
Escolaridade do chefe	0 a 3 anos	8 a 10 anos, 11 a 14 anos e 15 anos ou mais
Economicamente ativa	não	sim
Renda familiar per capita	1º, 2º e 3º quintis	4º e 5º quintis
Saúde auto-avaliada	não	sim
Tem plano de saúde	não	sim
Tipo de plano de saúde	missing	público, privado e voluntário
Dependentes no plano	não discrimina	2 a 4 dependentes
Cobertura de plano	missing	hospitalar
Número de filhos na família com até 1 ano de idade	2 a 4 filhos e 5 filhos ou mais	1 filho
Número de filhos na família de 2 a 7 anos de idade	nenhum filho	1 filho e 2 a 4 filhos
Número de filhos na família de 8 a 15 anos de idade	não discrimina	não discrimina
Aposentado	sim	não discrimina
Pensionista	sim	não discrimina
Presença de crianças com até 10 anos de idade	não	não discrimina
Presença de idosos a partir de 65 anos de idade	não	não discrimina
Idade do chefe	19 a 23 anos e 59 anos ou mais	44 a 48 anos e 49 a 53 anos
Região metropolitana	Recife	São Paulo
Número de membros	5 membros ou mais	não discrimina
Tempo no trabalho	missing e mais de um ano	menos de um ano
Composta	inativo e procurando	doméstica, informal e formal
Skill	missing	superior, médio e manual
Status marital	casado	não discrimina
Rendimentos não-trabalho	1º e 2º quintis	não discrimina
Log(rendimentos não-trabalho)	2º quintil	5º quintil
Sindicalizado	missing	sim e não
Salário-hora do trabalho principal	missing e 1º quintil	3º, 4º e 5º quintis
Renda de todos os trabalhos	missing, 1º e 2º quintis	3º, 4º e 5º quintis

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

A aplicação do algoritmo de graus de pertencimento aos perfis extremos acima possibilitou a definição das cinco categorias de tipologia que envolvem condição de atividade/ocupação, acesso a planos de saúde e escolaridade (Tabela 1). As categorias definidas são “inativos sem acesso a plano com 0 a 3 anos de estudo”(29,52%); “inativos e desempregados, com relativo acesso a plano 0 a 3 e mais de 11 anos de estudo” (17,96%), “ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo” (15,44%) e “ocupados maior acesso a plano e com mais de 11 anos de estudo” (37,07%).

Categorias	(%)
0-sem predomínio	0.01
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	29.52
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 ano	17.96
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	15.44
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	37.07
<b>Total</b>	<b>100.00</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

## 5 - Tipologia de acesso plano e variáveis selecionadas: uma descrição da composição

Buscando caracterizar ainda mais o perfil destas categorias de acordo com as variáveis utilizadas para definição da tipologia, analisam-se a composição segundo alguns dos atributos. Em primeiro lugar, descreve-se conforme a área metropolitana de residência. A seguir, pelas três variáveis-chave (acesso a plano, condição de atividade e escolaridade) e, a seguir, selecionam-se algumas características do indivíduo como sexo, idade, percepção da saúde, condição de atividade/ocupação, sindicalização e rendimento.

Em Recife e Salvador predomina a categoria de “inativos, sem acesso a plano, com 0 a 3 anos de estudo”, uma vez que a participação dessa é superior à média em ambas as regiões metrópoles (Tabela 2). Essa categoria está, entre as cinco, na pior condição devido à inatividade combinada ao baixo nível de escolaridade. Tal resultado é esperado, haja vista o grau de desenvolvimento socioeconômico das metrópoles nordestinas frente às do Sudeste e da Região Sul. “Inativos e desempregados, com relativo acesso a plano 0 a 3 e mais de 11 anos de estudo” localizam-se, em maior medida, em Salvador e São Paulo. Provavelmente, as duas modas na distribuição da educação estejam associadas a cada uma dessas RM’s. Em Salvador, concentram-se os indivíduos

de 0 a 3 anos de estudo e, em São Paulo, os com mais de 11 anos de estudo. A categoria “ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo” se localiza, com participação relativamente acima da média, em Porto Alegre. Por fim, “ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo” é uma categoria sobrerrepresentada em São Paulo e Porto Alegre. Trata-se, seguramente, da categoria de melhor inserção socioeconômica e, não é por mero acaso, que apresenta participações mais elevadas nessas duas metrópoles.

**Tabela 2 - Composição das categorias por região metropolitana**

Categorias	Recife	Salvador	BH	RJ	SP	POA	Total
0-sem predomínio	21.43%	7.14%		35.71%	21.43%	7.14%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	22.05%	15.27%		12.34%	18.36%	14.39%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	17.97%	15.32%		13.21%	17.98%	20.07%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	14.71%	14.76%		14.83%	18.13%	19.46%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	9.70%	11.45%		14.15%	18.26%	24.90%	100%
<b>Total</b>	<b>17.17%</b>	<b>12.79%</b>		<b>18.05%</b>	<b>18.83%</b>	<b>17.83%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

Como pode ser visto na Tabela 3, a categoria em que há maior cobertura apresenta cerca de 60% dos indivíduos a ela pertencente declarando acesso a planos de saúde. A categoria com menos expressão nesse quesito é “inativos sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo” que engloba apenas 8% indivíduos tendo acesso a algum tipo de plano de saúde.

**Tabela 3 - Composição das categorias por acesso ao plano**

Categorias	Missing	Sim	Não	Total
0-sem predomínio	0.00%	28.57%	71.43%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	0.02%	8.00%	91.99%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	0.00%	46.92%	53.08%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	0.02%	27.12%	72.86%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0.01%	59.50%	40.49%	100%
<b>Total</b>	<b>0.01%</b>	<b>34.02%</b>	<b>65.97%</b>	<b>100.00%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

Nas categorias “inativos sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo” e “inativos e desempregados, com relativo acesso a plano 0 a 3 e mais de 11 anos de estudo” têm-se 74,52% e 50,64% de inativos, respectivamente (Tabela 4). A categoria que apresenta maior percentual de pessoas associadas a PEA ocupados é a de “ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo”, quase 100%.

**Tabela 4 - Composição das categorias por condição de atividade**

Categorias	Ocupados	Desemp	Inativos	Total
0-sem predomínio	64.29%	7.14%	28.57%	100
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	7.03%	18.45%	74.52%	100
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	36.35%	13.01%	50.64%	100
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	81.81%	6.71%	11.48%	100
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	99.98%	0.02%	0.00%	100
<b>Total</b>	<b>57.89%</b>	<b>9.07%</b>	<b>33.04%</b>	<b>100.00%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

De acordo com a Tabela 5, a categoria que ganha a denominação de “inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo” é aquela cuja participação de indivíduos com este nível de escolaridade monta a 36%, bem superior a média da amostra (18,51%). Não é desprezível a participação dos que possuem de 4 a 7 anos, quase 40%, porém a distância é menor relativamente à média (29, 65%). Por outro lado, o perfil “ocupados com maior acesso a plano, com mais de 11 anos de estudo” detem 42,44% dos indivíduos com escolaridade entre 11 a 14 anos e 19,03% com mais de 15 anos. Novamente, é bom lembrar que definição dos nomes se baseia em participações relativas ao total da amostra, isto é, o pertencimento não é absoluto, mas sim relativo. Conforme já apontado em Maia et al (2006), indivíduos mais escolarizados tendem a apresentar maior probabilidade de possuir planos de saúde.

**Tabela 5 - Composição das categorias por faixa de anos de estudo**

Categorias	Missing	0 a 3	4 a 7	8 a 10	11 a 14	mais de 15	Total
0-sem predomínio	0.00%	14.29%	28.57%	21.43%	28.57%	7.14%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	0.41%	36.52%	39.08%	16.33%	7.25%	0.39%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	0.40%	20.77%	27.68%	15.47%	29.49%	6.19%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	0.46%	19.18%	35.48%	15.85%	23.39%	5.64%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0.57%	1.81%	17.41%	18.74%	42.44%	19.03%	100%
<b>Total</b>	<b>0.37%</b>	<b>18.51%</b>	<b>29.65%</b>	<b>17.56%</b>	<b>26.23%</b>	<b>7.68%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

A Tabela 6 mostra a composição por sexo interna às categorias assim como a participação das mesmas no total da amostra. É interessante destacar que em todos os grupos de “inativos” há um predomínio de mulheres, ao passo que a distribuição é mais uniforme nas de ocupados, com ligeiro predomínio dos homens.

**Tabela 6 - Composição das categorias por sexo**

Categorias	Feminino	Masculino	Total
0-sem predomínio	35.71%	64.29%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	68.80%	31.20%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	62.48%	37.52%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	46.13%	53.87%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	44.24%	55.76%	100%
<b>Total</b>	<b>51.47%</b>	<b>48.53%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

Interessante observar que, em termos de composição por faixa etária, os perfis “inativos” apresentam predominância relativa na faixa com mais de 59 anos de idade (Tabela 7). “Ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo” estão concentrados na faixa etária de 39 a 43 anos e 44 a 48 anos, ao passo que a categoria “Ocupados, maior acesso a plano, com mais de 11 anos de estudo” é predominantemente jovem, 30,22% com idade entre 24 e 33 anos.

**Tabela 7 - Composição das categorias por faixa etária**

Categorias	Missing	19 a 23	24 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	mais de 59	Total
0-sem predomínio	0.00%	21.43%	28.57%	14.29%	0.00%	7.14%	28.57%	0.00%	0.00%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	0.03%	14.51%	19.08%	8.95%	7.65%	6.36%	6.70%	6.77%	29.95%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	0.03%	15.01%	20.13%	10.19%	8.87%	7.50%	7.79%	7.22%	23.26%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	0.03%	15.80%	25.21%	11.89%	12.35%	11.15%	9.31%	6.08%	8.18%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0.02%	13.96%	30.22%	14.69%	14.17%	12.27%	8.22%	4.01%	2.44%	100%
<b>Total</b>	<b>0.02%</b>	<b>16.14%</b>	<b>24.64%</b>	<b>12.00%</b>	<b>8.61%</b>	<b>8.88%</b>	<b>12.12%</b>	<b>4.82%</b>	<b>12.77%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

Em todos os perfis, a auto-percepção sobre as condições de saúde é boa. Mais de 70% declaram que a saúde é boa, com exceção do perfil “Inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo”, onde pouco mais da metade declara que é boa. Certamente, essa avaliação está associada à composição etária, porque, como já visto, há relativa incidência de pessoas mais idosas nessa categoria (Tabela 8).

**Tabela 8 - Composição das categorias por auto-avaliação da saúde**

Categorias	Missing	Sim	Não	Total
0-sem predomínio	0,00%	92,86%	7,14%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	0,02%	56,84%	43,14%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	0,01%	70,47%	29,52%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	0,02%	76,82%	23,16%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0,02%	90,23%	9,75%	100%
<b>Total</b>	<b>0,01%</b>	<b>77,44%</b>	<b>22,54%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003.

Quanto à composição por atividade e ocupação (Tabela 9), ressalta-se a categoria “ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo” por ser fortemente de trabalhadores formais (69,48%). O outro perfil relativo aos ocupados se distribui uniformemente entre formal e informal, além de apresentar participação de domésticas superior a da mesma posição na amostra.

**Tabela 9 - Composição das categorias por "condição de atividade/ocupação"**

Categorias	missing	inativo	desempregado	doméstica	informal	formal	Total
0-sem predomínio	0.00%	28.57%	7.14%	0.00%	42.86%	21.43%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	1.99%	74.52%	18.45%	1.06%	3.87%	0.11%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	2.47%	50.64%	13.01%	8.11%	19.31%	6.47%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	2.70%	11.48%	6.71%	12.56%	36.19%	30.35%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0.46%	0.00%	0.02%	3.79%	26.25%	69.48%	100%
<b>Total</b>	<b>1.52%</b>	<b>33.04%</b>	<b>9.07%</b>	<b>5.10%</b>	<b>25.70%</b>	<b>25.57%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003

Do ponto de vista da cobertura sindical (Tabela 10), há expressiva participação de *missing* nos perfis de “inativos”, porque só respondem a essa questão aqueles que estão trabalhando. Em todas as categorias de “ocupados” ocorre baixa participação de sindicalizados. Entretanto, na de “ocupados, maior acesso a plano, com mais de 11 anos de estudo”, onde a formalização das relações de trabalho é mais evidente, há maior representação de trabalhadores sindicalizados (26,46%). Conforme ressaltado na literatura, em especial Gruber (1998), há uma forte associação entre acesso a planos de saúde e sindicalização dos trabalhadores. Porém, tal resultado não parece ser robusto para o caso brasileiro.

**Tabela 10 - Composição das categorias por sindicalização**

Categorias	Missing	Sim	Não	Total
0-sem predomínio	28.57%	7.14%	64.29%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	79.20%	0.89%	19.91%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	53.66%	3.42%	42.92%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	12.37%	9.92%	77.71%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	0.00%	26.46%	73.54%	100%
<b>Total</b>	<b>34.76%</b>	<b>9.57%</b>	<b>55.67%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003

As Tabelas 11 e 12 trazem a distribuição por quintos do rendimento-hora médio real do trabalho e do não-trabalho<sup>57</sup>, respectivamente. Claramente, percebe-se maior participação relativa de “ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo” entre os 20% mais ricos nas duas fontes de rendimento. De outra maneira, “inativos e desempregados, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos” concentra-se no primeiro e segundo quintos da distribuição do rendimento do trabalho e no segundo, em se tratando do rendimento não proveniente do trabalho. Na categoria “ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo”, os indivíduos se localizam no quarto e quinto de ambas as distribuições.

**Tabela 11 - Composição das categorias por quintos da distribuição do rendimento-hora médio real**

Categorias	Missing	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil	Total
0-sem predomínio	42.86%	7.14%	14.29%	14.29%	0.00%	21.43%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	48.67%	49.22%	1.73%	0.12%	0.22%	0.05%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	35.81%	35.22%	8.38%	4.24%	10.85%	5.50%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	12.86%	13.52%	10.75%	13.59%	25.08%	24.20%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	1.40%	0.63%	3.19%	11.12%	22.77%	60.89%	100%
<b>Total</b>	<b>28.32%</b>	<b>21.15%</b>	<b>7.67%</b>	<b>8.67%</b>	<b>11.78%</b>	<b>22.41%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003

**Tabela 12 - Composição das categorias por quintos da distribuição do rendimento não-trabalho médio real**

Categorias	Missing	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil	Total
0-sem predomínio	42.86%	7.14%	7.14%	14.29%	7.14%	21.43%	100%
1-inativos, sem acesso a plano, 0 a 3 anos de estudo	48.66%	2.55%	33.00%	8.57%	6.65%	0.58%	100%
2-inativos e desemp, relativo acesso a plano, 0 a 3 anos ou mais de 11 anos	35.75%	4.65%	28.21%	6.54%	16.44%	8.42%	100%
3-ocupados, menor acesso a plano, 4 a 7 anos de estudo	12.79%	3.45%	17.08%	14.28%	27.13%	25.26%	100%
4-ocupados, maior acesso a plano, mais de 11 anos de estudo	1.36%	0.45%	2.96%	11.82%	23.70%	59.70%	100%
<b>Total</b>	<b>28.28%</b>	<b>3.65%</b>	<b>17.68%</b>	<b>11.10%</b>	<b>16.21%</b>	<b>23.08%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria a partir da PNAD/IBGE, 1998 e 2003

<sup>57</sup> Valores corrigidos pelo deflator IPC construído especialmente para a PNAD obtido no site [www.ipeadata.gov.br](http://www.ipeadata.gov.br)



## 6 - Considerações finais

Este artigo constrói e descreve uma tipologia ocupacional com base nas PNADs de 1998 e 2003 que apresentam a vantagem de trazer informações sobre saúde dos indivíduos no suplemento especial. Os achados na análise descritiva, de um modo geral, corroboram as evidências apresentadas na literatura nacional e internacional. Entre esses, destaca-se a relação positiva entre cobertura de plano, rendimento do trabalho e, em alguma medida, sindicalização. Tal relação sugere o papel que as grandes empresas, sejam elas públicas ou privadas, detêm na criação de um mercado de trabalho mais “protegido”, contribuindo colateralmente para fomentar o mercado de planos coletivos privados. A análise dos tipos evidencia a natureza segmentada do mercado de trabalho brasileiro. Os grupos 3 e 4, que são constituídos por ocupados, refletem a dualidade do mercado de trabalho brasileiro. No primeiro grupo, temos trabalhadores mais formalizados, com maior nível de escolaridade e rendimentos, como também associados a algum sindicato. Entretanto, o grupo quatro é composto por trabalhadores informais e empregados domésticos, que apresentam menor nível de escolaridade e auferem rendimentos mais baixos. Nesse contexto, o acesso a plano de saúde é mais uma variável que contribui para a agudização dessa segmentação e altera a dinâmica do mercado de trabalho. Os trabalhadores ocupados e mais escolarizados são os que possuem maior acesso a plano de saúde, o que caracteriza os postos de trabalho desse perfil de trabalhadores como de maior qualidade. Na perspectiva de longo prazo, esses trabalhadores com maior acesso a plano de saúde tem maiores condições de acumular capital humano, reiterando um equilíbrio perverso onde coexistem dois grupos com baixa possibilidade de mobilidade entre eles.

Por outro lado, o acesso ou não a planos de saúde estabelece forte associação a dois determinantes próximos: renda e idade, sendo que a renda é, basicamente, influenciada pela condição de atividade/ocupação e nível de escolaridade. Esses dois determinantes – renda e idade – frequentemente entram em contradição. Por exemplo, no caso dos mais velhos, em razão das piores condições de saúde, a fase do ciclo de vida em que se encontram contribuiria para a filiação a algum plano. Entretanto, dois aspectos negativos se combinam. Por um lado, a renda não é suficiente, por serem inativos e por, em sua maioria, deterem menor nível de escolaridade. Por outro lado, por serem mais velhos, estão sujeitos a cobranças de prêmios de seguro mais elevados. Nos dois primeiros grupos, constituídos em sua maioria por inativos, observam-se grau de cobertura relativamente baixo comparado ao grupo dos ocupados. No Brasil, o benefício de acesso

a plano de saúde nem sempre é garantido quando os indivíduos se aposentam quando se trata da etapa do ciclo de vida na qual os indivíduos mais necessitam dos serviços de saúde.

Essas evidências nos remetem à necessidade de formulação de políticas que incentivem as empresas a ofertar o benefício do acesso ao plano de saúde. Esses incentivos deveriam ser focalizados para as empresas que recrutam trabalhadores menos qualificados, pois tal medida, além de aumentar o bem-estar do trabalhador e, conseqüentemente, a produtividade das empresas, inibiria a elevada rotatividade dos mesmos, assim como asseguraria mecanismos de proteção social quando da entrada na aposentadoria. .

Dado que a tipologia aqui elaborada foi capaz de identificar a expressiva relação entre o acesso a plano de saúde e as condições de inserção no mercado de trabalho, a intenção de maior formalização do mercado de trabalho brasileiro, presente no discurso dos gestores dessa área, deve considerar oportunidades de ampliação dos planos de saúde privados, pois a posse dos mesmos pode garantir maior estabilidade no posto de trabalho. Tal tipo de proteção assegura ganhos de experiência e incentivos para capacitação do trabalhador, reduz o custo de intermediação de mão-de-obra e os dispêndios com seguro desemprego, contribuindo para aumento do bem-estar do trabalhador, para maior produtividade da empresa e redução nos gastos governamentais com saúde e recolocação da mão-de-obra desempregada ou pouco qualificada.

### Referências Bibliográficas

BAICKER, K; CHANDRA, A. (2005) The Labor Market Effects of Rising Health insurance premiums. Cambridge: **NBER Working Papers Series**, nº 11160.

<http://www.nber.org/papers/w11160>.

COOPER, P; MONHEIT (1993). Does Employment-Related Health Insurance Inhibit Job Mobility?”, *Inquiry*, 30, 400-416

DOERINGER, P. & PIORE, M (1971) *Internal labor market and manpower analysis*, Lexington, Massachussets: Heath-Lexington.

GRUBER, J. (1998) Health Insurance and Labor Market Cambridge: **NBER Working Papers Series**, nº 6762. <http://www.nber.org/papers/w6762>.

MAIA, A, C; ANDRADE, M. V. ; RIBEIRO, M M ; BRITO, R J A (2006). Estudo sobre a Regulação do setor brasileiro de planos de saúde. (**Relatório de pesquisa**).

MANTON, K G.; WOODBURY, M. A., TOLLEY, H. D. (1994). **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley & Sons, 312 p.

MELO, F. L. B. (2006) Trajetórias no mercado de trabalho: perfis socioocupacionais de indivíduos e casais da Grande São Paulo. **Tese** (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais.