



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Maria Helena Leal Castro

**A relação entre o público e o privado no sistema de saúde
brasileiro: repensando o papel do estado**

Rio de Janeiro
2006

Maria Helena Leal Castro

**A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro:
repensando o papel do estado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C355 Castro, Maria Helena Leal.
A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro:
repensando o papel do estado / Maria Helena Leal Castro. – 2006.
212f.

Orientadora: Sulamis Dain.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social .

1. Estado – Teses. 2. Sistema de saúde (Brasil) – Teses. 3.
Governança – Teses. 4. Regulação e fiscalização em saúde. I. Dain,
Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU614.2(81):321

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Helena Leal Castro

**A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro:
repensando o papel do estado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 09 de maio de 2006.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Sulamis Dain (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Faculdade de Medicina da UFJF

Prof. Dr. Fábio de Silos Sá Earp
Faculdade de Economia e Administração da UFRJ

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Ninita (in memorian), por ter sido uma visionária.

Ao meu pai Vigilato, por me ter permitido crescer!

AGRADECIMENTOS

Sempre entendi que o momento de escrever os agradecimentos, é especial por que nos permite repassar a trajetória de elaboração do trabalho em si, mas também a de uma vida acadêmica e profissional que nunca é construída solitariamente.

Este meu trabalho é resultado deste processo de evolução acadêmica e profissional, do qual muitos tomaram parte comigo e, de diversas formas me ajudaram a construí-lo. A todos serei eternamente grata.

A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), são as Instituições que me permitiram a integração no campo temático da Saúde Coletiva, através do Convênio firmado para a realização deste Doutorado.

Até o momento em que realmente tivemos nossa primeira aula muitas pessoas despenderam energia para que o Convênio se tornasse uma realidade. Da parte da UFJF, a Profa. Maria Margarida Martins Salomão (Reitora da UFJF), o Prof. Murilo Gomes de Oliveira (Pró Reitor de Pós Graduação e Pesquisa) e, a equipe do NATES através da Profa. Maria Teresa Bustamante (Teíta), nossa eterna Coordenadora. Da parte do Instituto de Medicina Social (IMS/ UERJ), os incansáveis professores Sulamis Dain e George Kornis além de Alice Uchoa (UFRN).

Ao longo do Curso de Doutorado a disposição e disponibilidade de um grupo de professores que não se importavam em deslocar do Rio de Janeiro para passar dias inteiros lecionando ou orientando-nos é um fato memorável e, por isso, tornaram-se referências não apenas em termos de conhecimento, mas também no sentido do que é ser “professor”. Jamais vou me esquecer de Jane Sayd, Laura Tavares, Emir Sader, Hésio Cordeiro, Cid Manso, Madeu Luz, Rubem Mattos e Ricardo Tavares.

De forma particular lembro-me do Prof. Luiz Antônio que me ajudou a fazer uma nova leitura de Keynes a partir do conhecimento dos trabalhos de Titmuss e Beveridge, da Profa. Ligia Bahia por ter despertado meu interesse em desvendar os meandros da Saúde Suplementar e sua relação com o SUS e, do Prof. Kornis, que nos encantava com sua capacidade de articulação dos diversos pensadores da Economia, Saúde e Literatura, nas aulas.

A Profa. Sulamis Dain, minha orientadora, merece um capítulo à parte. Passado o susto de conviver com um ícone da Economia e das Finanças Públicas Brasileiras, fui ampliando o respeito profissional e acadêmico de sempre, para incluir uma admiração frente à garra e disposição com que sempre se colocava para derrubar os entraves à consolidação do Convênio UFJF / UERJ e mais recentemente na definição do Mestrado em Saúde Coletiva na UFJF, dentre outras tantas causas de maior envergadura no nível nacional.

Na convivência como mestra e orientadora, a Profa. Sulamis foi uma incentivadora incansável, que acreditava que eu terminaria a tese, mesmo quando até eu duvidava. Com sua experiência, soube dimensionar os momentos de me deixar livre e de intervir, com observações corretas, inteligentes e precisas que instigavam minha reflexão, ou simplesmente, “cobrando serviço”. Jamais conseguirei expressar em sua totalidade a admiração e o carinho que nutro por ela.

Dos meus colegas de Curso levo boas lembranças. Professores que se comportavam em sala de aula como “alunos” ávidos por conhecimento e por contar suas vivências, mas também muito falantes. Agradeço a todos, a forma carinhosa com que me receberam, uma estranha no ninho da Saúde Coletiva. De forma especial lembro-me da Denise, a amiga que nunca se negou me dar suporte, mesmo quando jogávamos em lados políticos opostos; da Rita, Noemides, Bia e Pimentel; Sebastião e Piccinini, meus companheiros de viagens ao Rio de Janeiro, para aulas na UERJ.

Agradeço também a Faculdade de Economia e Administração da UFJF e aos meus colegas professores, especialmente do Departamento de Análise Econômica (ANE), que sempre apoiaram meu projeto acadêmico.

Integrada a uma equipe para implantação do CAS - Novo Hospital Universitário da UFJF, já me sinto um membro efetivo da área da Saúde Coletiva. Partilho com os professores Raimundo Bechara (Pró Reitor), Edna, Auta, Homero e Marcos as dificuldades de concretização de um projeto público neste setor.

Os amigos de sempre, Aide Galil, José Humberto, Marcus David, Paulo do Carmo, Beth Mansur, Geraldo e Ronaldo, acataram sem cobranças meu afastamento. Custódio Mattos, meu eterno “chefe”, me ajudou a trilhar os caminhos da administração pública e da vida política. A todos não posso deixar de incluir nos meus agradecimentos.

Minha família, especialmente meu pai e meus irmãos (Lucia Helena, Luiz Fernando, Helenita, Maria Inez, José Geraldo e Silvio) que suportaram minha ausência e também minha impaciência, na presença sempre ansiosa, de não estar “trabalhando na tese”, minha imensa gratidão.

RESUMO

CASTRO, Maria Helena Leal. *A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado*. 2006. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

Este estudo analisa o papel do Estado no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, sob a ótica das relações público/privadas, usando como contraponto experiências internacionais, particularmente as reformas ocorridas nos países cêntricos. Parte da análise da teoria Keynesiana para identificar não só um papel a ser desempenhado pelo Estado para além da função anticíclica, como também para situar historicamente o nascimento dos sistemas de proteção social de cunho universalista na Europa. A inflexão sofrida no sistema capitalista nos anos 70's levou à reversão nas orientações político-ideológicas que culminaram em propostas de introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de proteção social e de retração do Estado. Para entender o desenho de Estado que daí emerge, são apresentados e analisados os fundamentos conceituais da regulação e sua aplicação frente às especificidades do mercado de serviços de saúde. A apresentação da experiência internacional, particularmente o delineamento das motivações das reformas empreendidas e os resultados alcançados, é feita com o objetivo de contrapor posteriormente, o que é específico no Brasil na convivência público/privado. A reflexão sobre o desenvolvimento do Sistema de Saúde no Brasil passa pela sua evolução no período entre a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão e a Constituição Federal de 1988, para recolher particularidades na relação entre o Estado e o Mercado e, ao mesmo tempo, mostrar o momento de rompimento com o modelo de proteção, baseado no seguro social que acompanha o país neste período. As dificuldades na concretização do conceito de universalidade conforme definido na Constituição são analisadas a partir da extemporaneidade da mudança de modelo e do viés privatista, que acompanha o sistema de saúde no Brasil. As contradições geradas pelas interfaces público/privadas na saúde são exploradas sob o enfoque da inexistência de uma delimitação de espaços de atuação dos mesmos, mas, principalmente, pelo foco do financiamento. As principais conclusões se referem à constatação de que a permissividade do Estado no avanço e apropriação privada de recursos e espaços públicos, ou ainda na ampliação da mercadorização da saúde, dificulta a concretização do conceito de universalidade no atendimento à assistência à saúde. Finalmente, o estudo delinea o conflito de interesses dos atores envolvidos no sistema, que dificulta a capacidade de governança do Estado Brasileiro, mas aponta para a necessidade de revisão das bases da relação Estado *versus* Mercado e a re-definição da sociedade quanto ao tamanho que deseja dar à iniciativa privada no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Estado. Relação público – privado. Sistemas de saúde. Regulação. Governança.

ABSTRACT

This study analyses the role of the State in the context of the Brazilian health system, with regard to the public/private relationship, making a comparison with international experiences, in particular the reforms carried out in the centric countries. It is based on an analysis of the Keynesian theory to identify not only the role to be played by the State besides the counter-cyclic function, but also to situate historically the birth of the universalist systems of social protection in Europe. The changes undergone by the capitalist system in the 70s led to a reversal of politico-ideological orientation which brought proposals of the introduction of market mechanisms into social protection systems and a drawing back of the State. To understand the picture of the State that emerges from this, it is presented and analyzed the fundamental concepts of the regulation and its application in the context of the specificity of the health service market. The presentation of international experience, particularly the explanation of the motivation of the reforms carried out and the results achieved, is given here with the aim of comparing later with what is specific in Brazil in the relationship between public and private. The reflection on the development of the health system in Brazil dwells on its evolution during the period between the creation of pension funds (CAP) and the 1988 Federal Constitution in order to gather particularities in the relationship between the State and the Market, and at the same time to show the moment of the break with the model of protection based on social insurance, which the country followed at this time. The difficulties in putting into practice the concept of universality as defined in the Constitution are analysed from the point of view of the untimeliness of the change of model and the bias towards privatism which the health system in Brazil follows. The contradictions generated by the public/private interfaces in health are explored, focusing on the lack of demarcation of room for action by them, but mainly focusing on their financing. The main conclusion drawn is the believe on that the permissiveness of the State in allowing the private sector to encroach on and appropriate public resources and spaces, and even in increasing the commercialisation of health, makes it difficult for the concept of universality in health attendance to become reality. Finally, the study describes the conflict of interests of the actors involved in the system, which makes it difficult for the Brazilian State to exercise its capacity of governance, and points to the necessity to review the basis of the relationship State versus Market and the redefinition by society as to how much involvement it wishes to give to private enterprise in the area of health.

Keywords: State; Public-private relationship; Health systems; Regulation; Governance.

QUADRO SÍNTESE

Título	A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REPENSANDO O PAPEL DO ESTADO
Autor	Maria Helena Leal Castro
Orientadora	Profa. Dra. Sulamis Dain
Objeto	A Relação entre o Estado e o Mercado no Sistema de Saúde Brasileiro
Objetivo Geral	Refletir sobre a relação entre o Estado e o mercado, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, em que convivem, em todos os níveis de atenção à saúde, os setores público e privado, ainda que, constitucionalmente, a saúde seja pública e universal
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e analisar os fundamentos da Teoria Keynesiana como forma de entender o papel do Estado e como um dos pilares de sustentação dos sistemas de proteção social nos países desenvolvidos; - Analisar o referencial teórico que serve de base à função regulatória do Estado no setor saúde; - Descrever os sistemas de saúde de alguns países selecionados e analisar as causas, formas e resultados das reformas que estão sendo realizadas na maioria dos países desenvolvidos; - Refletir sobre a relação entre o Estado e o mercado no âmbito do Sistema de Saúde Brasileiro.
Justificativa	O trabalho se justifica frente a existência na saúde brasileira da convivência entre um sistema público e um sistema privado, ao longo de toda a sua existência, sendo que foram geradas interfaces entre os dois sistemas, com o aval do Estado, que criaram áreas de conflito e iniquidades no financiamento e acesso aos serviços de saúde.
Metodologia	Pesquisa Bibliográfica
Consulta bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - DAIN, Sulamis. Do direito social a mercadoria. 2000. 190f. Tese (Concurso para Professor Titular)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. - DOCTEUR, Elizabeth; OXLEY, Howard. Health care systems: lessons from the reform experience. Paris: OECD, 2003. (Working Papers no. 9). - GIAIMO, Susan. Markets and medicine: the politics of health care reform in Britain, Germany and the United States. USA: University of Michigan Press, 2002. 307 p. - KEYNES, J. M. The General theory of employment, interest and money. London: Macmillan: Harcourt, Brace, 1964. - TITMUSS, R. Essays on the welfare state. London: G. Allen & Unwin, 1958. - WHITE, Joseph. A comparative study of health care policy in the United States and Canada: what policymakers in Latin American might and might not learn from their neighbors to the north, USA: CEPAL/United Nations, 1997.
Palavras Chaves	Estado, Relação público-privado; Sistemas de saúde; Regulação, Governança

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Gasto total com saúde como % do PIB – países da OECD.....	78
QUADRO 1	Gasto total per capita - em saúde – países selecionados OECD	80
QUADRO 2	Indicadores de despesa com saúde – países da América Latina	81
FIGURA 2	Gasto público como % do gasto total em saúde – países da América Latina	83
FIGURA 3	Gasto com Remédios X Gasto Total em Saúde – taxa anual de crescimento 1998 – 2003	87
FIGURA 4	Mapa da Espanha – comunidades autônomas.....	95
FIGURA 5	Beneficiários de planos de saúde por região – set/ 2005.....	133
FIGURA 6	Peso do financiamento do setor saúde sobre a renda familiar PC, segundo tipo de gasto por decil de renda familiar PC – Brasil 2002.....	143
FIGURA 7	Composição do gasto privado em saúde por decil de renda familiar PC - Brasil 2002.....	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANATEL	– Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	– Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	– Agência Nacional do Petróleo
ANS	– Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID	– Banco Interamericano de Desenvolvimento
BMA	– British Medical Association
CAP	– Caixa de Aposentadoria e Pensão
CHI	– Comissão para Melhoria da Saúde
CONASS	– Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONSU	– Conselho de Saúde Suplementar
DHA	– District Health Authorities
DoH	– Department of Health
DRU	– Desvinculação da Receita da União
FEF	– Fundo de Estabilização Fiscal
FHSA	– Family Health Service Authorities
FSE	– Fundo Social de Emergência
GP	– Gatekeeper
HMO	– Health Maintenance Organization
IAP	– Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	– Instituto de Medicina Social
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
MS	– Ministério da Saúde
NHS	– National Health System
NICE	– Instituto Nacional de Excelência Clínica
OECD	– Organization of Economic Cooperation and Development
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OSS	– Orçamento da Seguridade Social
PCG	– Grupos de Atenção Primária
PHI	– Private Health Insurance
PIB	– Produto Interno Bruto
PLASC	– Plano de Assistência Hospitalar da Santa Casa de Juiz de Fora
PPI	– Preferred Provider Insurance
PPP	– Purchasing Power Parities
SOFTEX	– Sociedade para Promoção da Excelência do Software Brasileiro
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUSEP	– Superintendência dos Seguros Privados
TUNEP	– Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
UERJ	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	– Universidade Federal de Juiz de Fora
USD	– United States Dólar

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
	INTRODUÇÃO	23
	PARTE I – Estado e Sistema de Proteção Social	23
1	ESTADO E CAPITALISMO UMA CONVIVÊNCIA PACÍFICA?	25
1.1	Entre a mão invisível do mercado e a visibilidade do Estado	25
1.2	Keynes e a função do Estado: indo além do papel anticíclico	28
1.2.1	<u>O conceito de “economia monetária de produção” e a quebra da primeira máxima do <i>laissez-faire</i></u>	29
1.2.2	<u>O ciclo econômico e a quebra da segunda máxima do <i>laissez-faire</i></u>	30
1.2.3	<u>A natureza instável do capitalismo: indo além do papel anticíclico do Estado</u>	33
1.3	Estado e a gênese dos sistemas de proteção social – os Welfare States	35
1.3.1	<u>As diferenças entre os modelos de sistemas de proteção social</u>	38
1.4	<u>Retração do Estado ou uma nova forma de atuação: a interminável crise dos anos 70's</u>	41
1.4.1	<u>Governança e reforma dos sistemas de saúde</u>	43
2	A REGULAÇÃO COMO UMA NOVA FORMA DE ATUAÇÃO DO ESTADO	46
2.1	Fundamentos conceituais da regulação	46
2.1.1	<u>A transformação do Estado</u>	46
2.1.2	<u>Conceito e modalidades de regulação</u>	49
2.2	Das falhas de mercado às falhas de governo: as teorias normativa e positiva da regulação	51
2.2.1	<u>As falhas de mercado</u>	51

2.2.2	<u>Falhas de governo: a teoria da captura</u>	60
2.3	A especificidade da saúde	64
2.3.1	<u>A incerteza da demanda pelos serviços de saúde</u>	64
2.3.2.	<u>“Falhas” no mercado de serviços de saúde</u>	66
2.3.3	<u>Os objetivos estratégicos de políticas públicas</u>	70
	PARTE II - A Evolução dos sistemas de saúde: avanços e dificuldades <i>INTRODUÇÃO</i>	73
3	<i>APRENDENDO COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL</i>	77
3.1	O crescimento dos custos com a atenção à saúde: principais causas e consequências	77
3.1.1	<u>Evolução dos Custos com os serviços de saúde</u>	77
3.1.2	<u>Principais causas do aumento dos custos com os serviços de saúde</u>	83
3.2	A estrutura dos sistemas de saúde em países selecionados	88
3.2.1	<u>Sistemas de saúde com predominância de financiamento público: o caso do Reino Unido, Canadá e Espanha</u>	88
3.2.2	<u>Sistemas de Saúde com predominância de financiamento privado: o caso dos Estados Unidos</u>	98
3.3	A reforma dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos	102
3.3.1	<u>A introdução de mecanismos de mercado: o conceito de <u>competição administrada</u></u>	103
3.3.2	<u>Os contornos da Reforma: objetivos perseguidos, sucessos e falhas</u>	107
3.4	O papel reservado ao Estado: alteração ou reafirmação do modelo	110
4	<i>O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REPENSANDO O PAPEL DO ESTADO</i>	114
4.1	Particularidades na evolução do Sistema de Saúde no Brasil	115
4.1.1	<u>O seguro social como modelo: a exclusão de muitos</u>	115
4.1.2	<u>Do seguro à seguridade social: o longo caminho da <u>inclusão</u></u>	118

4.2	<u>O Sistema Único de Saúde: dificuldades na consolidação</u>	122
4.2.1	<u>SUS: uma construção na contramão da história</u>	122
4.2.2	<u>O viés privatista no sistema de saúde brasileiro</u>	125
4.3	Regulação na saúde: a Agência Nacional de Saúde Suplementar	128
4.3.1	<u>Uma longa convivência com a assistência privada</u>	128
4.3.2	<u>Estruturação da ANS e conformação do mercado</u>	130
4.3.3	<u>A força regulatória da ANS</u>	134
4.4	Contradições entre o público e o privado: o conflito da equidade	136
4.4.1	<u>Ausência de uma delimitação precisa de espaços no mercado</u>	138
4.4.2	<u>Iniquidades na lógica de financiamento: o peso relativo dos gastos com a saúde sobre a renda das famílias</u>	141
4.4.3	<u>Renúncia fiscal: quem financia quem ?</u>	145
4.5	Conflitos interinstitucionais na relação entre o público e o privado: a capacidade de Governança do Estado brasileiro	147
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	158
	ANEXO A – Despesas Públicas	169
	ANEXO B – O sistema inglês de cuidados de saúde após a reforma de 1999	171
	ANEXO C – Financiamento dos cuidados de saúde do Canadá, 2000	172
	ANEXO D – Os principais serviços e fluxos financeiros no sistema de cuidados de saúde espanhol, após a reforma da década de 1980	173
	ANEXO E – Financiamento de saúde nos Estados Unidos, 2003	174

APRESENTAÇÃO

A proposta de realizar um trabalho enfocando a relação entre o público e o privado no setor saúde, encontra respaldo na literatura mais recente, que busca resgatar a análise dos fenômenos sociais, sob uma perspectiva conjunta da economia e da política, entendendo as questões e instituições para além de conformações estanques e atemporais, como aponta Esping-Andersen. O trabalho desenvolvido, também vai ao encontro de inquietações que permeiam a vida acadêmica e profissional de uma economista, formada e forjada na teoria de John Maynard Keynes e que, como tal, traz um olhar próprio sobre as questões das relações entre o Estado e o mercado.

A relação entre o público e o privado ou, entre o Estado e o mercado, no âmbito dos sistemas de cuidados com a saúde, é um tema de importância crucial por si só e hoje, mais que nunca, ocupa a agenda governamental brasileira, mas também de muitos outros países e particularmente dos desenvolvidos.

A constatação de que a maioria dos países, centrais ou periféricos, convive em maior ou menor escala com sistemas de saúde nos quais estão presentes os setores público e privado, corrobora a necessidade de discussão de um tema ainda não superado.

Em pesquisa junto aos países membros, a Organization of Economic Cooperation and Development – OECD - mostra que, mesmo naqueles onde os sistemas de saúde são tradicionalmente fundados sobre o princípio da universalidade e cujo financiamento é majoritariamente público, tem crescido a participação do setor privado na prestação dos serviços e cuidados com a saúde, ainda que isso não represente uma redução absoluta nos gastos totais e sequer nos gastos públicos com o setor (COLOMBO E TAPAY, 2004).

Nos últimos anos, em cerca de 1/3 dos países da OECD, o *Private Health Insurance* cobre, no mínimo, 30% da população (COLOMBO E TAPAY, 2004). Em intensidade diferente, nos países desenvolvidos, o “mercado” está presente nos serviços de atenção à saúde de diversas maneiras. Se de um lado é possível ter um país como os Estados Unidos, onde há uma presença maciça do setor privado, no outro extremo, podem ser encontrados sistemas, nos quais a existência de

provedores privados, reafirmando a presença do mercado, não define um caráter privatista do sistema de saúde, posto que atendam a uma demanda que é publicamente financiada, conforme é o padrão da Grã-Bretanha.

Entre um extremo e outro, há uma variação de sistemas de saúde, nos quais o atendimento privado se dá através de planos e seguros de saúde em duas situações básicas. Em alguns países o sistema privado de saúde, contempla desde a atenção primária até os procedimentos de média e alta complexidade e/ ou eletivos, como na Austrália e Espanha, onde concorrem os sistemas público e privado, em todos os níveis da atenção. Há, porém, sistemas cujo desenho, permite ao mercado, uma participação complementar ou, ainda, suplementar, conforme é o caso do Canadá, no qual particularmente, isso só ocorre nos serviços não cobertos pelo setor público.

Sob tal constatação e pressupondo que o movimento ocorrido ao longo da última década do século XX e nos primeiros anos deste século continue, torna-se urgente que os diversos países voltem sua atenção no sentido de redimensionar o tamanho e os resultados, advindos do crescimento do “mercado” na área da saúde. De forma complementar e também como consequência direta, é necessário que seja revisto o papel que deve desempenhar o Estado, visando, em última instância, garantir um atendimento equitativo e de qualidade aos seus cidadãos, independentemente do padrão de financiamento da atenção à saúde.

No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais, tanto pelas dimensões geográficas e desigualdades econômicas e sociais existentes, como pela presença significativa do setor privado na prestação de serviços de saúde. Aqui, o mercado é visível na existência de um sistema paralelo totalmente privado, e na presença de provedores privados que atendem ao sistema público. Assim, entende-se que a responsabilidade do Estado brasileiro na administração do complexo da saúde como um todo, é ainda maior, se o objetivo é avançar na busca da qualidade e equidade de acesso e de atendimento, aos serviços de saúde.

Usando a pesquisa bibliográfica como instrumento do percurso metodológico, o **objetivo geral** do presente trabalho é, desta forma, **refletir sobre a relação entre o Estado e o mercado, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, em que convivem, em todos os níveis de atenção à saúde, os setores público e privado, ainda que, constitucionalmente, a saúde seja pública e universal.**

Como **objetivos específicos** podem ser listados:

- ▶ Apresentar e analisar os fundamentos da Teoria Keynesiana como forma de entender o papel a ser desempenhado pelo Estado e como um dos pilares de sustentação dos sistemas de proteção social nos países desenvolvidos;

- ▶ Analisar o referencial teórico que serve de base à função regulatória do Estado no setor saúde;

- ▶ Descrever os sistemas de saúde de alguns países selecionados e analisar as causas, formas e resultados das reformas que estão sendo realizadas na maioria dos países desenvolvidos;

- ▶ Refletir sobre a relação entre o Estado e o mercado no âmbito do Sistema de Saúde Brasileiro.

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho foi dividido em duas partes, contendo cada uma dois capítulos. A primeira parte concentrou-se na análise do papel que cabe ao Estado na Economia como um todo e particularmente no financiamento, produção e provisão dos serviços de saúde. No primeiro capítulo, partiu-se de uma discussão do papel a ser desempenhado pelo Estado na Economia, mas visando, em última instância, trazer à tona a importância desta atuação no âmbito dos Sistemas de Proteção Social, aí incluindo a Saúde.

A construção do capítulo 1 começou pela análise das principais correntes que se contrapõem em termos da maior ou menor presença do Estado na Economia. Esta conformação visou destacar a central função que cabe ao Estado no contexto da teoria Keynesiana, e como isso sustenta a construção de um conceito de *Welfare State* que dominou o cenário mundial no período entre os anos 40 e 70, do século XX.

A partir daí, são apresentados os principais modelos de sistema de saúde, usando a clássica conformação de Richard Titmuss (1958), assim como as principais forças, históricas ou não, determinadoras das opções de alguns países na construção de seus sistemas de saúde. Mais que definir os sistemas de proteção social importa aqui, levantar as suas diferenças e as condições sob as quais os países fizeram suas escolhas por um ou outro tipo de sistema.

O primeiro capítulo termina com uma análise do papel desempenhado pelas forças políticas, a que se chama de Governança, na determinação de um sistema de saúde mais ou menos equitativo. Não basta definir o papel legal regulatório do

Estado. É preciso que os atores e instituições envolvidas reconheçam no Governo a capacidade de impor efetivamente as regras. Com isso, apontou-se para uma questão posteriormente discutida no capítulo 4, ou seja, o grau de independência que efetivamente se quer dar, no Brasil, ao sistema privado na provisão de serviços de saúde. Ou ainda, até que ponto este sistema é efetivamente complementar ao sistema público.

No segundo capítulo, a regulação foi colocada no centro da análise e apresentada como uma nova e alternativa forma de atuação do Estado, que sobrepõe o papel mais interventor ou presente do setor público. Em momento algum, porém, este novo papel deve ser confundido com um enfraquecimento ou uma retirada do Estado ou, ainda, com as idéias presentes nas análises defensoras do estado mínimo.

Neste sentido, iniciou-se o capítulo 2 com uma discussão dos fundamentos conceituais da regulação econômica, para, em seguida, perpassar o debate teórico que dá sustentação às teorias normativa e positiva da regulação. Em outras palavras, foi feita uma análise das especificidades da teoria das “falhas de mercado”, por um lado, assim como da teoria construída sobre a concepção da existência de “falhas de governo” também conhecida como teoria da captura, por outro. Este foi um passo intermediário para se chegar ao que é específico na regulação da saúde.

Traçado este painel de fundamentação teórica para a regulação como uma das formas de atuação do Estado, o estudo das especificidades do “mercado dos serviços de saúde” é a etapa seguinte para entender como as características da atenção à saúde impõem a presença do Estado, ainda que indiretamente via regulação do setor. A importância desta análise não é só entender a regulação como uma forma de interferência do Estado, mas também e principalmente, mostrar que, ainda que contraditória, a defesa desta tese só faz reforçar a necessidade de presença do Estado e não seu afastamento, como querem fazer crer alguns de seus defensores.

A segunda parte do trabalho busca analisar a evolução dos sistemas de saúde. O terceiro capítulo inicia com o estudo das experiências internacionais, sob a perspectiva da estrutura de alguns sistemas, do seu financiamento, da importância que a elevação dos custos com os cuidados com a saúde teve, na determinação de uma maior permissividade na introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, assim como dos benefícios e dificuldades trazidos por esta decisão. A

seguir, a análise de algumas reformas em curso nos países centrais, seus avanços e recuos, tornou-se importante para confrontar com os problemas enfrentados na América Latina e, de forma particular, no Brasil.

Embora as experiências internacionais não sejam diretamente transportáveis para o caso brasileiro, dadas suas especificidades históricas, políticas e de governança, suas análises e conhecimento permitem vislumbrar problemas e soluções capazes de embasar a reflexão aqui proposta. A escolha dos sistemas analisados - Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Espanha - obedeceu ao critério de que em todos está presente um sistema público que convive com o setor privado na produção dos serviços de saúde, ainda que em intensidade diferenciada.

Com isso, pode ser coberto, no capítulo 3, um espectro amplo de modelos de sistemas de saúde. No caso da Inglaterra e Canadá, o sistema privado é marginal e delimitado; no caso da Espanha, a convivência dos dois setores se dá em todos os níveis de atenção, como no Brasil e, finalmente, nos Estados Unidos, embora haja uma presença maciça do setor privado, também há um espaço delimitado de atuação do setor público e, nesse sentido, torna-se mais transparente do que o ocorrido no Brasil.

Tendo revisitado os fundamentos que sustentam a tese de necessidade da presença do Estado na Economia, mas principalmente no setor produtor dos cuidados com a saúde, tendo analisado as formas de atuação do Estado e complementado o trabalho com o perpasso por algumas experiências internacionais, o quarto e último capítulo se ocupou em apresentar e discutir os contornos do sistema de saúde brasileiro e, particularmente, refletir sobre a atuação do Estado neste setor.

As especificidades do sistema de saúde no Brasil, onde convive um sistema público e universal de saúde com a manutenção de um sistema privado e segmentado, não devem ser buscadas apenas nesta convivência. Pelo contrário, conforme já mostrado, hoje, na maioria dos países, estão presentes os setores público e privado na área da saúde. O que há de específico no Brasil deve ser buscado na inexistência de espaços delimitados de atuação dos dois setores, assim como nas conseqüências daí advindas. Se, a sobreposição dos dois sistemas cria situações constrangedoras em termos de custos, de desigualdade no acesso e atendimento dos serviços de saúde e de privilégios, entre outros, também dificulta a

coordenação que supostamente deveria ser feita pelo Estado, visando à construção efetiva de um “Sistema Único de Saúde”.

Na busca de um entendimento de como foi forjada esta conformação do sistema, o capítulo 4 inicia pela retomada da discussão das particularidades do sistema de saúde no Brasil frente à conformação de outros já apresentados no capítulo 3. Além disso, traz à tona as condições históricas, políticas e de governança sob as quais é criada, desenvolvida e moldada a estrutura do complexo da saúde brasileira, conforme se conhece hoje.

A partir da definição dos contornos do sistema de saúde, o foco de análise seguinte se volta para delinear o que há de particular na convivência dos setores público e privado no âmbito da saúde no Brasil, chamando a atenção para a questão da ausência de uma delimitação de espaços entre os dois setores e as dificuldades daí advindas.

A seguir, buscou-se levantar e analisar as principais fontes de conflito na relação público – privada. A concentração na ampla questão do financiamento justifica-se por ser a fonte mais profunda dos principais problemas que obstaculizam a conformação de um sistema mais eqüitativo, o que certamente vai além das condições efetivas de montante dos recursos destinados à saúde.

Na seqüência do capítulo 4, é trazida à luz a análise do papel que vem sendo desempenhado pelo Estado ao longo do tempo, buscando entender, por um lado, até que ponto sua atuação reforça ou impede a ampliação do sistema privado de saúde e, por outro, quais os fatores condicionantes deste comportamento.

Finalmente são levantadas as principais questões, que impulsionam ou obstaculizam a capacidade do Estado, de fazer a coordenação que lhe cabe na orquestração da relação público-privado, para, enfim, exercer o seu papel de responsável último pela saúde. Assumir esta função significa trabalhar com vistas à construção de um sistema único, cujo sentido vai além daquele que tem sido dado ao SUS, que é visto por muitos não apenas como “o sistema público de saúde”, mas também como “o sistema de saúde dos pobres” ou dos que não podem pagar um plano de saúde, em contraposição ao que seria o sistema de saúde ordinário, ou seja, aquele que cobre os “não-pobres”.

A análise do papel desempenhado pelos sistemas público e privado de saúde no Brasil, aponta os desafios a serem transpostos e faz com que a principal hipótese que se delineie seja de que, para avançar na construção do sistema que se quer, é

preciso alterar a ótica de análise, passando de uma lógica de definição do tamanho do Estado para “qual o tamanho do mercado que se deseja”.

PARTE I – Estado e Sistema de Proteção Social

Acceptance by the State of responsibility for full employment is the final necessary demonstration that the State exists for the citizens – for all citizens –and not for itself or for a privileged class. (Lord William Beveridge)

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o tamanho e as funções a serem desempenhadas pelo Estado, hoje tão comum no âmbito das Políticas de Proteção Social e particularmente na área da saúde, embora ampla, não é ainda um tema superado e sequer consensual.

Ao iniciar este trabalho, retomando a análise sobre o papel que tem sido atribuído ao Estado, objetiva-se lançar um foco sobre um debate travado há séculos, na esfera acadêmica e política: qual é a adequada conformação do Estado, no capitalismo?

Não há dúvida de que para entender a evolução do papel reservado ao Estado ao longo do século XX e início do atual, é preciso compreender não apenas como se dão as transformações e crises vividas pelo capitalismo no período, mas também a relação, ainda que contraditória, entre Estado e capitalismo.

Muito embora o objetivo aqui não seja fazer um profundo estudo sobre o sistema em si, nem traçar um perfil do desenvolvimento do capitalismo, também não é possível dissociar o debate acadêmico e as orientações políticas do momento histórico vivido pelo capitalismo. Por isso, a primeira parte deste trabalho tem como suporte inicial a já consagrada divisão das fases do capitalismo, que considera dois pontos de inflexão, ou seja, a primeira grande crise vivida pelo sistema nos anos 1930 e depois nos anos 1970.

A PARTE I, que pretende trazer à tona a discussão sobre o papel que cabe ao Estado no âmbito das políticas sociais, pode ser vista sob duas perspectivas: i) A

primeira, conforme já observado acima, procura acompanhar o papel que foi reservado ao Estado ao longo do tempo usando as etapas que intermediam os dois pontos de inflexão do capitalismo, definidos por suas crises, como corte metodológico.

Nesta primeira perspectiva, o Capítulo 1, trata do período que antecede a primeira grande crise do capitalismo, quando a visão dominante era de um Estado quase que “desnecesário” e do período posterior a esta crise, entre os anos 1930 e os anos 1970, quando dominou a orientação de um modelo mais estatizante. O capítulo 2, completa a análise mostrando a discussão que se trava no período pós anos 70's, quando há uma retomada das orientações do Estado Liberal, que é acompanhada de uma redefinição da função reservada ao Estado.

ii) A segunda perspectiva busca contrapor uma visão macroeconômica do papel do Estado às especificidades microeconômicas dos diversos mercados e, particularmente, daquele onde são transacionados os serviços de saúde.

Sob esta ótica, no capítulo 1, o centro da discussão está na ampliação das funções do Estado, conforme definido por Keynes, que dá sustentação ao nascimento dos *welfare states*. No capítulo 2, o objetivo é tratar os princípios microeconômicos que sustentam a definição de um papel regulatório para o Estado. A regulação é apresentada como uma das formas de atuação do Estado, mas não deve ser vista como a única, ainda que, sob a perspectiva da teoria clássica, a regulação em si represente uma ampliação da atuação do Estado ou uma “concessão” à sua atuação.

Nas duas perspectivas, o objetivo é mostrar uma correlação entre o momento econômico, histórico e político, como determinante das interpretações das funções do Estado e o resultado obtido em termos de adoção de Políticas de Proteção Social. Em outras palavras, trata-se de apontar a existência de condicionantes que permitiram e definiram o nascimento e evolução dos *welfare states*, especialmente nos países desenvolvidos.

1 ESTADO E CAPITALISMO: UMA CONVIVÊNCIA PACÍFICA?

1.1 Entre a mão invisível do mercado e a visibilidade do Estado

Sob a ótica da Economia, não é novo o debate sobre o tamanho que deve ter o Estado, nem sobre as funções a serem por ele desempenhadas. A depender da visão que se tenha sobre a tendência das forças “naturais” de mercado ao equilíbrio ou de sua capacidade auto-reguladora, será apontada a maior ou menor necessidade de atuação do Estado e, portanto, uma política econômica mais ou menos intervencionista.

Aqueles que entendem o sistema econômico como formado por pontos sucessivos de equilíbrio defenderão um Estado mínimo, deixando os desequilíbrios temporários a cargo das livres forças do mercado. Pode-se aqui visualizar todas as teorias de base liberal, desde a teoria Clássica até suas versões posteriores – as teorias Neoclássica e das Expectativas Racionais.

Aqueles que, por outro lado, percebem a Economia e os mercados como em recorrente estado de desequilíbrio, ou em “estado constante de experimentação reflexiva sem ponto de equilíbrio” (HUTTON, 1998, p. 59), ou ainda, não acreditam na força auto-reguladora do mercado buscam, na maior presença do Estado, uma forma de contrapor os desequilíbrios ou de corrigir as falhas do mercado. Aqui estão incluídas as teorias de orientação Keynesiana.

Considera Polanyi (2000) que o mercado e a própria economia de mercado (ou economia capitalista) é uma instância social integrada, condicionada política e historicamente. Tendo isso em mente, pode-se, por analogia, entender como o processo de desenvolvimento do capitalismo, ao definir necessidades intrínsecas ao sistema, aliado às particularidades históricas e políticas vividas pelos diferentes países, tem definido um movimento de alternância na concepção do papel a ser desempenhado pelo Estado.

Isso não significa que o fenômeno em si, da relação capitalismo *versus* Estado, tenha sido ou possa ser sempre pacífico, significa, porém que, sob a lógica de análise dialética, para entender a natureza desta relação, é preciso compreender sua contradição implícita (SADER, 2002). Uma contradição posta no fato de que, ao

mesmo tempo em que o Estado é negado em prol das livres forças de mercado, sustentáculo ideológico do capitalismo, dele necessita o sistema, para lhe dar sustentação e condições de acumulação. Por isso mesmo, o período áureo do capitalismo foi aquele em que o Estado esteve mais presente, ou seja, entre meados dos anos 1930's e meados dos 1970's.

Compreender que há uma correlação entre as necessidades do sistema em dado momento histórico e as orientações políticas torna possível clarear a lógica existente no período que vai do nascimento do capitalismo, no século XVIII, até o início do século XX, quando ocorre sua primeira grande crise. Neste momento, a existência de um mercado crescente, em que a oferta estava mais limitada por questões de desenvolvimento tecnológico que por limitações da demanda, a análise dominante, a partir dos escritos de Adam Smith (1776), Jean-Baptiste Say (1814) e David Ricardo (1817), apontavam no sentido de pregar o Liberalismo econômico reservando ao Estado, como aponta Smith, as funções básicas e gerais de defesa, justiça, obras públicas e educação (SMITH, 1983, livro 5º).¹

Na teoria de Smith, pressupondo a divisão do trabalho e a lógica de uma economia mercantil (com a qual ele efetivamente raciocinou), os produtores privados buscam produzir quantidades cada vez maiores, visando levar sua produção ao mercado e trocá-la por outros produtos de que necessitam.² Desta forma, ao buscar atender seus objetivos individuais, o produtor acaba por atender aos objetivos da sociedade, os quais estão baseados na satisfação das necessidades e, portanto, na disponibilidade de bens e serviços. Em outras palavras, há nesta perspectiva, uma harmonia de interesses individuais e coletivos, não sendo assim necessário que o Estado intervenha.

¹ A idéia de existência de uma demanda ilimitada é fundamental na análise de Smith, Ricardo e Say. Em Ricardo, se lê que “a demanda só é limitada pela produção” (RICARDO, 1982, Cap. XXI, p. 197); em Smith, “o desejo de comida é limitado em qualquer homem pela capacidade do estômago humano, mas o desejo pelos confortos e ornamentos da habitação, indumentária, carruagem e mobiliário doméstico parece não ter limite ou fronteira certa” (SMITH, 1983, Vol I, p. 167). Em Say, o enunciado da lei dos mercados mostra a inexistência de problemas na demanda (SAY, 1983).

² Observe-se que, para a teoria Clássica, a economia capitalista tem uma lógica de economia de consumo e não é tratada como uma economia monetária de produção como o é em Marx e posteriormente em Keynes. Esta lógica, de não principalidade do dinheiro, está, por exemplo, em Ricardo em que “nenhum homem produz a não ser com o objetivo de vender, e ele jamais vende a não ser com a intenção de comprar alguma outra mercadoria, que pode ser imediatamente útil para ele ou que pode contribuir para a produção futura. Produzindo, então, ele se torna necessariamente ou o consumidor de seus próprios bens ou comprador e consumidor dos bens de outra pessoa (...) As produções são sempre compradas por produções ou por serviços: o dinheiro é apenas o meio pelo qual a troca é efetuada” (RICARDO, *op. cit.* Cap. XXI, p. 197 e 198).

Não negam Adam Smith ou Ricardo a existência de desequilíbrios, mas eles serão sempre parciais e temporários, cabendo ao próprio mercado retomar o equilíbrio, através de sua “mão invisível” que se expressará no redirecionamento dos capitais e/ou alterações nos preços, encontrando assim uma nova situação de equilíbrio, em nível de pleno emprego.

Pode ser identificada uma relação intrínseca entre o nível de desenvolvimento do capitalismo e a forma de interpretação da sua lógica de funcionamento, implicando, por consequência, orientações políticas determinadas. Não se trata aqui de justificar o Liberalismo Econômico pregado por Adam Smith ou reafirmado por Say e Ricardo.

Trata-se de reconhecer que, naquele momento, se, por um lado, a realidade econômica apontava para uma não necessidade do Estado, por outro lado, a defesa do livre mercado atendia aos interesses do sistema nascente, ou como salienta Keynes

o individualismo e o *laissez-faire* não poderiam ter garantido seu domínio permanente na conduta dos negócios públicos, se não fosse pela conformidade às necessidades e desejos dos empresários da época (KEYNES, 1926, p. 119).

Desta forma, é somente na primeira grande crise do sistema capitalista, quando, a maioria dos países e particularmente a Inglaterra vivem um crescimento acentuado do desemprego, que é rompida “a ordem econômica que valorizava acima de tudo o respeito às normas do livre mercado” (BELLUZZO, 2003). É o momento histórico que faz quebrar o quase consenso sobre a capacidade auto-reguladora do mercado.

É Keynes ³ que, desacreditando de uma “taxa natural de desemprego” tão elevada, que discordando de Adam Smith de que o bem comum repousasse no “natural esforço de cada indivíduo para melhorar sua condição” (KEYNES, 1926, p. 109), traz à tona a discussão de um papel a ser desempenhado pelo Estado, até então considerado desnecessário ou aceito em suas estritas funções de polícia e guardião da propriedade privada e dos contratos.

³ Keynes não é o único nem o primeiro a questionar os princípios do *laissez-faire* e nem a apontar um papel para o Estado, mas é quem sistematiza e transforma em proposta política esta discussão (Ver KEYNES, 1926).

Assim, na crise de 1929, que é uma crise do *laissez-faire*, é posta em xeque a harmonia do sistema capitalista, são externalizadas suas possibilidades de desequilíbrio e crise, levando ao questionamento de sua lógica de funcionamento e às propostas políticas daí decorrentes. Em outras palavras, a economia deixa de ser vista como auto-regulada e harmonizada pela mão invisível do mercado e abre-se um espaço para a atuação visível do Estado.

Com isso, são gestados novos modelos ou formas de entendimento do sistema, a partir dos quais surge uma nova proposta para a atuação do Estado, que vai além das funções descritas por Adam Smith.

De acordo com Sader, as análises antiliberais e estatizantes tomam três linhas diferentes: o comunismo soviético; o fascismo (Hitler e Mussolini) e o Estado do bem-estar Keynesiano (SADER, 2002).⁴

Para os objetivos do presente trabalho, importa a concentração na análise dos princípios que norteiam a teoria Keynesiana como uma forma de contraposição à teoria do *laissez-faire*. Desta forma, o próximo item é dedicado a esta discussão, abordando, como e por que Keynes via na atuação do Estado uma forma de contrapor a instabilidade própria do capitalismo, com a qual ele conviveu. O entendimento desta análise é fundamental para que posteriormente possam ser discutidas as condições sob as quais nasce o *Welfare State*.

1.2 Keynes e a função do Estado: indo além do papel anticíclico.

A análise do Estado em Keynes é antes de tudo e sempre, uma análise das mazelas do capitalismo. Ninguém como Karl Marx no século XIX e John Maynard Keynes no século XX entendeu a natureza do sistema capitalista. Os dois foram capazes de compreender a lógica de funcionamento deste sistema e propor suas teorias, mesmo sob perspectivas antagônicas. Enquanto Marx buscava a substituição do capitalismo, Keynes defendia sua conservação dizendo,

De minha parte, acredito que o capitalismo, sabiamente conduzido, pode provavelmente tornar-se mais eficiente para

⁴ Isso não significa que outras análises não tenham sido feitas antes. Entre as mais importantes, destaca-se a crítica de Karl Marx que há muito já havia mostrado as tendências de crise e desequilíbrios do capitalismo através de sua teoria da crise de superprodução (MARX, 1980).

atender aos fins econômicos do que qualquer outro sistema alternativo por enquanto em vista, **mas que em si é de diversas formas, extremamente censurável** (KEYNES, 1931, p. 321, grifo nosso).

Ele acreditava nas potencialidades de desenvolvimento econômico do capitalismo, mas não o defendia da forma como se apresentava. Explicitamente fala das suas características “censuráveis”. Por isso mesmo, Keynes advogava uma condução sábia do sistema, a qual não poderia ser feita pelos próprios capitalistas, mas sim pelo Estado e por organismos supranacionais, capazes de “domar” o ímpeto capitalista.

1.2.1 O conceito de “economia monetária de produção”: a quebra da primeira máxima do laissez-faire

No item anterior, foi visto que a economia do *laissez-faire* baseava suas análises no tratamento da economia capitalista como se ela fosse uma economia monetizada (o dinheiro cumpre o papel de meio de troca), e cujo objetivo final é o consumo. Keynes, ao reconhecer o especial papel, de “objeto do desejo”, do dinheiro, na economia capitalista, na qual ele tem funções que vão além daquela de meio de troca, faz emergir uma concepção deste sistema como uma “economia monetária de produção”, em contraposição a uma economia “não-monetária”, mercantil ou ainda uma economia real.

Keynes define a **economia monetária de produção**⁵ como aquela na qual o objetivo não é a produção de bens e serviços, mas a produção e acumulação de riqueza, especialmente a riqueza em sua forma mais pura, ou seja, o dinheiro. Ele mostra que, sob a ótica do capitalismo, a produção de mercadorias não é um fim em si mesma, mas apenas um meio ou um instrumento para que o capitalista alcance seu objetivo.⁶

⁵ Este conceito, que se sustenta no papel de principalidade do dinheiro dentro da economia capitalista, foi desenvolvido por Keynes entre o Tratado sobre a Moeda e a Teoria Geral, sendo que recebeu o nome de economia empresarial, economia monetária da produção e economia monetária. (Ver *Collected Writings on John Maynard Keynes*, vols. 13 e 14).

⁶ A compreensão do papel do dinheiro na economia capitalista passa também e forçosamente por Marx, no qual esta questão é tratada com o diagrama D-M-D' discutido no capítulo IV de *O Capital* (A Transformação do dinheiro em Capital) (MARX, 1980, vol I, cap. IV).

Assim, diferentemente do que se queria fazer crer Adam Smith, nada garante que, na busca para atingir seus próprios interesses, a produção e acréscimo de riqueza, os produtores acabem por atingir os objetivos coletivos. Isso porque, nas palavras de Keynes,

o mundo não é governado do alto de forma que o interesse particular e social sempre coincidam. Não é administrado aqui embaixo para que na prática eles coincidam. Não constitui uma dedução correta dos princípios da Economia que o auto-interesse esclarecido sempre atua a favor do interesse público. Nem é verdade que o auto-interesse seja geralmente esclarecido (KEYNES, 1926, p. 120).

O sentimento básico que domina a economia mercantil-capitalista está pautado pelo desejo da posse do dinheiro, sendo que nela o dinheiro funciona como objeto de desejo, mas também como um porto seguro ou ponto de refúgio para uma suposta proteção contra a incerteza. Também é a acumulação de riqueza e não a produção de bens e serviços ou o consumo, o objetivo último desta economia. Assim, haverá momentos, não poucos, em que o objetivo individual de acumulação de riqueza será atingido independentemente da produção de bens, fazendo com que o objetivo coletivo de satisfação de necessidades e, portanto, de disponibilidade de bens e serviços se frustrate.

Esta análise de Keynes põe abaixo a primeira justificativa da economia do *laissez-faire* contra a presença do Estado. Se não há conformidade ou harmonia entre os interesses individuais e coletivos, se o mundo não é governado de cima, fazendo coincidir estes interesses, existe não apenas um espaço, mas uma demanda pela intervenção do poder público, visando ao bom funcionamento do sistema.

1.2.2 O ciclo econômico e a quebra da segunda máxima do *laissez-faire*

A segunda máxima da economia do *laissez-faire*, que justificava a ausência de interferência do Estado, é que o mercado é auto-regulável. Quando há um movimento que tira o sistema do seu equilíbrio, existe um contramovimento automático, exercido pela mão invisível do mercado, que o faz retornar ao seu ponto de equilíbrio de Pleno Emprego. Se há desemprego, ele é voluntário ou friccional.

O mundo no qual Keynes vivia apontava no sentido oposto. Por conseqüência, a situação socioeconômica e política do período em que viveu condicionou a gênese e a própria evolução do seu pensamento. O principal “pano de fundo” de suas análises é o período entre as duas grandes guerras mundiais, a primeira grande crise do capitalismo em 1929 e a depressão que se seguiu, além do ocaso do Império Britânico e a emergência hegemônica dos Estados Unidos. Em outras palavras, Keynes vivencia um período nada harmônico do sistema, com níveis de desemprego atingindo os 25% da classe trabalhadora, na crise de 1929, nos Estados Unidos e outros países desenvolvidos, redução de preços, falência de empresas e desvalorização de capital.⁷

Tudo isso fez com que ele questionasse a existência de uma força contrária que sempre conduziria o sistema ao equilíbrio de Pleno Emprego, quando deste ponto ele se afastasse. A economia podia se encontrar em equilíbrio em pontos inferiores ao Pleno Emprego. Dito de outra forma, é possível que não haja incentivos à ampliação da produção mesmo que todos os fatores ainda não estejam empregados. O equilíbrio de Pleno Emprego é uma situação particular e não a regra.

Iniciado um processo de desequilíbrio, seja na fase ascendente ou descendente do ciclo econômico, a tendência é que ele se amplie, sem que haja nenhuma força intrínseca ao mercado, capaz de *contrarrestar* este movimento. Belluzzo ressalta que,

nos momentos em que o medo do futuro é superado pelo otimismo, quanto aos resultados dos novos empreendimentos, os espíritos animais atropelam qualquer cálculo racional e produzem nova riqueza e novas fontes de trabalho. Mas o sucesso não aplaca, senão excita o desejo, suscitando a febre de investimentos excessivos e maldirigidos, bolhas especulativas nos mercados de ações, tudo isso apoiado no endividamento imprudente (BELLUZZO, 2002).

Nos momentos de depressão, eventualmente, o equilíbrio pode, em um tempo longo, ser restaurado, mas só depois de uma grande desvalorização da riqueza e, por conseqüência, da imposição de grande sofrimento à sociedade. A economia não pode esperar o “tempo necessário” para que novas condições de valorização se

⁷ Uma ampla análise sobre o período é traçada por Hobsbawm (1995) e Skidelsky (2000).

façam presentes, incitando novamente os empresários para o investimento. Deixado a si é comum que,

na reversão da exuberância, o medo do futuro vai predominar [...]. A corrida por formas perversas do valor e da riqueza vai afetar negativamente a valorização e a reprodução da verdadeira riqueza social, ou seja, a demanda de ativos reprodutivos e de trabalhadores (BELLUZZO, 2002).

Nestes períodos de depressão, quando não há incentivo à produção de riqueza nova, quando o instinto capitalista é de proteção da riqueza e de busca de um porto seguro e de formas mais líquidas da riqueza, caberia ao Estado direcionar os investimentos capitalistas por meio da criação de demanda, gerando um movimento anticíclico e fazendo com que, no atendimento à demanda do setor público, os capitalistas pudessem vislumbrar setores com capacidade de retorno e, portanto, com condições de investimento.

Para Keynes, o “remédio para o ciclo econômico não consiste em suprimir os *booms* e manter permanentemente uma semidepressão, mas sim em suprimir as depressões e manter continuamente uma situação vizinha do *boom*” (KEYNES, 1964, p. 322). Se o Governo agisse de forma a garantir esta situação, estaria mantendo os níveis de investimento e, com ele, o emprego e a renda.

Ao questionar as duas máximas da economia do *laissez-faire* e defender o aumento das funções do Governo “como a única maneira de evitar a destruição do sistema econômico vigente na sua integridade e como condição do funcionamento bem-sucedido da iniciativa privada” (KEYNES, 1964, p. 380), Keynes faz ruir a hegemonia da defesa das livres forças de mercado e o reconhecimento do individualismo como a única força viva da sociedade.⁸

O papel reservado ao Estado na teoria de Keynes, entretanto, não se esgota na contraposição aos momentos de crise e tampouco na sustentação da estrutura econômica do capitalismo. Por conhecer os benefícios, mas também a lógica perversa do sistema, ele atribuía ao Estado um papel mais abrangente, como se verá a seguir.

⁸ Em 1926, Keynes escreve o clássico artigo “O fim do *Laissez-Faire*” onde questiona os que acreditavam nas forças auto-reguladoras do mercado (KEYNES, 1926. In: SZMRECSÁNYI (Org), 1978). É, entretanto, em sua mais completa e conhecida obra “A Teoria Geral do Emprego, do Juro e do Dinheiro”, publicada em 1936, que ele completa sua visão sobre a lógica de funcionamento do capitalismo e, com isso, define de forma mais elaborada o papel do Estado.

1.2.3 A natureza instável do capitalismo: indo além do papel anticíclico do Estado⁹

Para entender o perene papel atribuído por Keynes ao Estado, é preciso mergulhar um pouco mais em sua visão da lógica de decisão capitalista; entender o que fazia com que a instabilidade crônica, fosse uma característica natural do capitalismo ou de por que,

da mesma forma que a guerra é algo demasiadamente sério para ser confiada apenas aos generais, a realização dos investimentos não pode ser deixada exclusivamente aos critérios dos [capitalistas] investidores (KEYNES, 1964, p. 320).

Inicialmente, concentrando na perspectiva econômica, a análise de Keynes se aprofunda para entender a correlação entre as variáveis macroeconômicas e o processo de decisão capitalista. A decisão central é a do investimento por ser esta a variável de gasto mais volátil, quando comparada ao consumo. É, entretanto, a partir da decisão de investimento que serão gerados o Emprego e a Renda.

O investimento é, porém, uma decisão difícil e seu comportamento, instável, pois se baseia na expectativa sobre o futuro, o qual é incerto. O conceito da incerteza ganha em Keynes uma dimensão ampliada, que vai muito além da idéia de risco. O conhecimento incerto engloba aqueles problemas, sobre os quais não há base científica para fazer um cálculo probabilístico.¹⁰

A cada momento a riqueza existente e a capacidade de fazê-la aumentar através do investimento são avaliadas, à luz dos acontecimentos passados, mas com vistas ao futuro, quando o resultado desta decisão vai tomar forma. A dificuldade está em decidir sobre uma base incerta, a melhor maneira de conservação da riqueza.

⁹ A instabilidade do capitalismo é central na análise de Keynes e tornou-se um eixo estruturante do Pós-keynesianismo. Maiores conhecimentos sobre a questão podem ser buscados em Davidson (1986) e Minsky (1986) e ainda em Carvalho (1988).

¹⁰ Keynes dizia: “[...] pelo conhecimento incerto, eu não quero dizer a mera distinção entre o que é conhecido como certo daquilo que é apenas provável. O jogo de roleta não está sujeito, neste sentido, à incerteza, [...] o sentido em que estou usando o termo é aquele em que a prospecção de uma guerra Européia é incerta [...] sobre estes problemas não há base científica sobre a qual se possa fazer qualquer cálculo probabilístico” (KEYNES, 1973, Vol. XIV p. 113 e 114).

Como nem sempre a “melhor escolha” passa pela decisão relativa à produção de riqueza nova, isso significa que a demanda por ativos reais e trabalhadores não será realizada. Por outro lado, se da decisão de investimento dependem variáveis-chave, como o Emprego e a Renda e por conseqüência, a vida das pessoas, Keynes se pergunta como tal decisão pode ser abandonada nas mãos dos capitalistas?

É esta lógica de decisão, própria do sistema capitalista, que faz com que seja vislumbrada uma função para o Estado, que vai além daquela de contrapor as decisões dos produtores no momento de baixa do ciclo econômico. Não se trata mais de criar demanda, no momento em que o mercado sozinho não visualiza setores capazes de gerar retorno suficiente que justifique o investimento, ou quando o medo do futuro supera o otimismo. Não se trata de administrar a taxa de juros em momentos especiais ou produzir uma retomada da “eficiência marginal do capital” quando o ciclo econômico está em sua fase de vale.

Trata-se de dar ao Estado um papel de atuação contínua na economia, de zelar para que a instabilidade, que é crônica e da natureza do capitalismo, seja amenizada de forma a garantir um estágio de contínua proximidade do Pleno Emprego.

Sob uma perspectiva política e mais ampla, Keynes via que o mundo em que vivia era diferente e, assim, era necessário “inventar uma nova sabedoria para uma nova era”. Portanto, para esse autor,

encontrar novas políticas e novos instrumentos para adaptar e controlar a ação das forças econômicas, de maneira que elas não pudessem interferir nas idéias contemporâneas, sobre **a definição do que era correto e próprio no interesse da estabilidade social e da justiça social** (KEYNES, 1931, p. 295, tradução e grifos nossos).

Em resumo, Keynes propunha que o Estado tivesse uma atuação mais ampla sobre a economia, que ultrapassava aquela de contrapor-se aos maus momentos do ciclo econômico. Sua visão era de um capitalismo reformado ou administrado ou ainda, salvo do socialismo, mas também salvo de si mesmo. Considerava ser necessário existir uma “compreensiva socialização do investimento” e deu ao Governo uma grande responsabilidade na organização direta do investimento. Caberia ao Estado “assegurar o emprego ótimo dos recursos de todo o sistema” (KEYNES, 1964, p. 340).

Ele pregava que a maior parte das decisões deveria ficar com o mercado descentralizado em vez de transferida a um planejamento central, reafirmando, portanto, sua crença no sistema e seu entendimento sobre a conformação da sociedade naquele momento. Dizia que “nosso problema [dos ingleses] é criar uma organização social que possa ser tão eficiente quanto possível, sem ofender nossas noções de uma *satisfactory way of life* [mantendo a liberdade]” (KEYNES, 1926, p. 126).

Keynes alertou para as dificuldades do trabalho do Governo em uma comunidade livre, em função das “exigências de justiça social” *vis-a-vis*, uma sociedade totalitária. Por isso, via na Política Fiscal um forte instrumento de ação para os *policymakers*, no sentido de estabilizar a economia, e considerava ainda que era através da estabilidade econômica e da manutenção de elevados índices de emprego, que seriam mantidas a estabilidade social e a justiça social.

1.3 O Estado e a gênese dos sistemas de proteção social: os *welfare states*¹¹

Tendo mostrado a sustentação teórica da alteração do papel do Estado na economia¹² com a teoria de Keynes, cumpre agora analisar quais as condições político-sociais e históricas que dão condições ao nascimento dos Estados de Bem – Estar Social – os *welfare states*, que podem ser entendidos como,

O estado no qual o poder organizado é deliberadamente usado (através de políticas e em termos administrativos) no sentido de modificar o jogo das forças de mercado no mínimo em três direções – **primeiro**, para garantir aos indivíduos e famílias uma renda mínima independentemente do valor de mercado de suas propriedades; **segundo**, reduzindo a insegurança dos indivíduos e famílias frente às contingências sociais relativas a doença, velhice e desemprego e; **terceiro**, assegurando que a todos os cidadãos sem distinção de *status* ou classe, sejam

¹¹ Para maiores conhecimentos sobre os *welfare states*, podem ser buscados os trabalhos desenvolvidos por Kornis (1994), Teixeira (1992) e Vianna (2000).

¹² Já no pós-guerra, ocorreram importantes transformações no papel do Estado. Nas palavras de Belluzzo, “as funções de garantir o cumprimento dos contratos, de assegurar a liberdade na esfera política e econômica – apanágios do Estado Liberal – são enriquecidas pelo surgimento de novos encargos e obrigações: tratava-se de regular o ciclo econômico e de criar espaços de integração social não-mercantis” (BELLUZZO, 2003).

oferecidos um certo grupo de serviços sociais acordados, dentro do melhor padrão disponível. (BRIGGS, 1961, apud EATWELL, MILGATE, NEWMAN, 1998, p. 895, tradução e grifos nossos).

Há que se considerar que, embora seja fundamental conhecer e estudar os modelos ou sistemas de proteção social, “mais importante ainda é conhecer o que lhes dá sustentação, qual é o amálgama destes sistemas” (DAIN, 2005).

Sob a perspectiva político-social, observa-se que as condições subjacentes à II guerra mundial e à Depressão, ampliando a disposição da sociedade em sobrepor o interesse coletivo aos interesses individuais, permitem uma corrente de solidariedade sobre a qual é construída a lógica dos sistemas de proteção social.

A abrangência da abordagem coletiva sobre a individual, presente no *welfare state*, pode ser vista em Marshall “geralmente é aceito que [...] a principal responsabilidade pelo bem-estar dos cidadãos deve ser do Estado (MARSHALL, 1977, tradução nossa). Por isso mesmo, muitos dos sistemas que nascem neste período, nos países desenvolvidos, especialmente europeus, são baseados em financiamento fiscal ou com tributos em geral e não contributivos. Certamente que o conceito ou o reconhecimento do “risco social” fez nascer sistemas de proteção social universalistas e não atrelados ao trabalho ou ao mérito, mas à necessidade de cada indivíduo.

Retomar a questão do *welfare state*, entretanto, não significa considerar os sistemas aí nascentes como de um único formato e sequer que ela seja restrita ao período da II guerra mundial. Pelo contrário, analisando sob uma perspectiva mais abrangente do conceito¹³, “esta é uma questão que perpassa as diferentes orientações políticas (liberais, trabalhistas, etc), sendo neste sentido, democrática” (DAIN, 2002).

Perpassa, ainda, a dimensão temporal fazendo com que não se restrinja ao período da guerra, quando a solidariedade é mais forte. É possível observar que, desde então, há uma mudança na forma como a sociedade vê o papel do Estado,

¹³ Giaimo chama atenção para o fato de que muitos dos estudos sobre *Welfare State* ignoram mudanças no interior de instituições e grupos não estatais. Por isso ela adota a terminologia de Sistema de Proteção Social, por ser mais abrangente. Ao falar sobre a amplitude política e temporal do *Welfare state*, queremos usá-la neste sentido dado por Giaimo (GIAIMO, 2002, p. 7).

sendo que a discussão, a partir daí e até hoje, dá-se mais sobre o tamanho do *welfare state* que sobre seus princípios.¹⁴

O que permite, entretanto, um pronto consenso no nascimento do Welfare State, é o momento em que ele surge ou, como mostra Marshall, "... [é que ele] nasce em um mundo de austeridade – de racionamento, de controle de preços, de cupons, de restrições de renda e de casas requisitadas para o uso de *homeless*" (MARSHALL, 1977, p. 322, tradução nossa). Em outras palavras, um momento em que o conceito de risco social amplia a disposição de partilhamento da sociedade.

Sob a perspectiva histórica e econômica, o longo período que vai de meados dos anos 40's até meados dos anos 70's é quando o sistema capitalista vive sua fase áurea. É quando há um crescimento e a imposição deste sistema como dominante, mas também é quando há maior intervenção do Estado, seja diretamente dando sustentação à acumulação capitalista, como nos países periféricos, seja indiretamente, por meio dos sistemas de proteção social, protegendo as classes trabalhadoras e, com isso, atendendo às demandas do capitalismo nos países centrais.

Este é um momento em que pode ser observada uma convivência pacífica entre o Estado e o capitalismo, ainda que isso não signifique que esta não seja também uma relação contraditória. A todo momento o sistema tenta negar o Estado ainda que dele necessite, sob formas diferentes, nos diversos momentos.

Nos países avançados, assistiu-se, neste período, a uma crescente intervenção do Estado no campo das políticas sociais, o que é explicitado por Dain (2000, p.19), no sentido de que, a Política Social,

ao se materializar através do gasto público deu sustentação direta e indireta de demanda agregada, permitindo a integração das demandas capitalistas e da democracia no mesmo programa de proteção social. Os *welfare states*, guardadas as suas diferenças e níveis de penetração nos diferentes países centrais, crescem no bojo de um longo período de desenvolvimento do capitalismo, ao qual também deram sustentação.

¹⁴ Isso não significa que os sistemas de proteção social não tenham se alterado nem sofrido revezes, Significa que desde então, o tema do bem-estar continua na pauta dos *policymakers*.

Neste sentido, é possível falar em uma “permissividade” das forças capitalistas em relação aos sistemas de proteção social, o que se justifica, portanto, porque no atendimento às demandas democráticas, são dadas condições para que a acumulação capitalista se faça presente. Há, assim, uma conformidade dos interesses da sociedade em termos de proteção social e os objetivos de acumulação de riqueza, para desespero dos críticos dos *welfare states*.

A nova forma de ver a atuação do Estado ganha força na maioria dos países, ainda que tome formas diferenciadas. Nos países periféricos, como o Brasil¹⁵, por exemplo, onde a inserção no capitalismo se dá de forma tardia, a necessidade de uma industrialização a “passos largos” fez com que o Estado, além de prestador de serviços públicos, atuasse de forma a realizar investimentos em infra-estrutura, dando sustentação à ampliação da produção e circulação de bens e, portanto, de acumulação capitalista. Com isso, coube muitas vezes ao Estado a concentração da propriedade e da produção de bens.

Nos países centrais, por outro lado, particularmente na Europa, o poder público vai além, assumindo o papel de sustentáculo do bem-estar da sociedade. O Estado Keynesiano, ou o Estado do bem-estar social ali presente, possui uma abrangência extensa, definindo para si um papel atuante e visando à promoção do bem-estar da população como um todo, mostrando não haver incompatibilidade entre as políticas de proteção social e a defesa do capitalismo, conforme as orientações Keynesianas.

1.3.1 As diferenças entre os modelos de sistemas de proteção social

Os sistemas de proteção social tendem a surgir junto com os processos de industrialização, como instrumento de contribuição para a sobrevivência do capitalismo, através da proteção das classes operárias, acomodando, desta forma, a demanda capitalista.

A escolha do modelo a ser seguido, por outro lado, reflete os valores de uma sociedade, reafirmando a importância da discussão dos modelos, suas diferenças e principalmente o contexto em que surgem ou sua ambientação.

¹⁵ O processo de industrialização no Brasil se dá a partir dos anos 1950's. Ver Lessa (1993).

Assim, os modelos de sistemas de proteção social que surgem no bojo da visão welfarista e que foram adotados pelos diversos países, em função de suas conjunturas e forças políticas, econômicas e históricas, podem ser tipificados, a partir de Titmuss em: “*residual welfare model of social policy; industrial achievement performance model of social policy e redistributive model of social policy*” (TITMUSS, 1958)¹⁶.

- **Modelo residual (*residual welfare model of social policy*)** -> adotado por países como Austrália, Suíça e principalmente Estados Unidos, está baseado na perspectiva de eleição do mercado como o *locus* próprio da distribuição, gerando uma prevalência do setor privado no atendimento das demandas tanto de previdência social como de saúde. Nesse modelo o papel desempenhado pelo Estado é residual, cabendo a ele o atendimento de segmentos sociais aos quais o mercado impôs uma incapacidade de acesso aos canais por ele disponibilizados. Titmuss ressalta que

esta formulação está baseada na premissa de que existem dois canais “naturais” através dos quais as necessidades dos indivíduos são apropriadamente atendidas - o mercado privado e a família. Quando falham esses dois, caberia às instituições do bem-estar supri-las temporariamente (TITMUSS, 1974. p. 30/31, tradução nossa).

- **Modelo performático (*industrial achievement performance model of social policy*)** -> adotado em países como Alemanha, Áustria, França e Itália, caracteriza-se por “vincular a ação protetora do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. Quem merece, porque contribuiu para a riqueza nacional e/ou consegue inserção no cenário social legítimo, tem direito a benefícios, diferenciados conforme o trabalho, o status ocupacional, a capacidade de pressão e etc “ (VIANNA, 2000, p. 24).

- **O modelo redistributivo (*redistributive model of social policy*)** -> adotado em países como Suécia, Noruega, Canadá, Dinamarca e principalmente Inglaterra, este modelo de sistema de saúde está baseado no padrão social-

¹⁶ A tipologia de Titmuss foi depois desenvolvida por Esping - Andersen em 1987, tendo sido mantidas as modalidades semelhantes de modelos: liberal, conservador e social-democrata (ESPING-ANDERSEN, 1987). Outras classificações podem ser vistas em Vianna (2000) e Giaino (2002).

democrata *do Welfare State*. O bem-estar social é visto como “parte importante constitutiva das sociedades contemporâneas, voltadas para a produção e distribuição ‘extramercado’ de bens e serviços, os quais são garantidos a todos os cidadãos” (DRAIBE, 1990, *apud* VIANNA, 2000, p. 25). Nesse modelo o Estado tem papel principal no financiamento e provisão dos serviços.

Subjacente aos conceitos *de welfare state* e *de social security*, aponta Vianna (2000, p. 11), está a idéia de que “a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades”. Trata-se de reconhecer que o sistema capitalista traz em seu bojo desigualdades não solucionáveis pela “mão invisível” de Adam Smith. Sob esta visão, a sociedade assume usufruir as benesses do sistema, mas também partilhar as mazelas advindas de seu desenvolvimento.¹⁷

Importa ressaltar que, seja na política, na economia ou na definição do sistema de proteção social, a sociedade faz suas escolhas, movida por juízo de valor. Não existe nas Ciências Sociais uma possibilidade de escolha livre de valor. Assim, Titmuss destaca que

A construção de qualquer modelo ou a elaboração de qualquer teoria que tenha alguma coisa a ver com “*policy*” deve inevitavelmente estar de acordo com “o que é e o que poderia ser; com o que nós (como membros da sociedade) queremos (os fins); e como nós vamos chegar lá (os meios) (TITMUSS, 1974. p.132, tradução nossa)

Isso significa que, se a sociedade escolhe seguir o modelo residual de política social, por exemplo, reconhece a supremacia do mercado, ao mesmo tempo em que delega ao setor público a responsabilidade pelos indivíduos “*deviants*”, por aqueles que contêm risco atuarial elevado, aqueles indesejados ou inaptos para prover suas próprias necessidades e as necessidades de suas famílias, através dos mecanismos de mercado (TITMUSS, 1974. p. 133, tradução nossa). Aqui, a sociedade aceita cuidar daqueles recusados pelo mercado, mas os torna “carimbados” com sua inaptidão.

¹⁷ Ainda em Vianna é possível ver que a Seguridade Social consiste justamente num pacto pelo qual os desiguais habitantes de um país reconhecem na cidadania uma medida de igualdade, não apenas formal, mas substantiva, que a todos capacita o gozo do patrimônio comum de uma vida digna e civilizada. E o Estado moderno, pelo seu caráter de arena pública, vale dizer, referência de todos os membros da comunidade política, [...] é que protege este pacto, é o guardião dos direitos coletivos (VIANNA, 2000).

Por outro lado, a escolha do modelo redistributivo de política social, aponta no sentido de uma escolha solidária da sociedade, uma escolha na qual os direitos sociais não estão ligados à participação do mercado, mas ao que Esping Andersen (1990), chama de “cidadania social”. Uma escolha segundo a qual os serviços são providos a todos fora do mercado e cuja base é a necessidade e não a capacidade do indivíduo. Um sistema no qual o Estado assume, em nome da sociedade, o papel de proteger com equidade seus cidadãos.

Finalmente, a escolha do sistema meritocrático reflete a sociedade que elegeu como protagonista o “contribuinte” e não o cidadão. No sistema Bismarkiano, por exemplo, que é baseado em diferenças, o que o Estado garante é que o sistema seja compulsório, mas em momento algum se propõe a uma função redistributiva.

1.4 Retração do Estado ou uma nova forma de atuação: a interminável crise dos anos 70's

A partir dos anos 70's, mais precisamente com a crise do petróleo em 1973, assiste-se a uma reversão do longo ciclo de crescimento da economia mundial. A desaceleração global do crescimento econômico e com ela a redução na arrecadação pública por um lado, e o crescimento dos gastos compensatórios típicos dos Estados do Bem-Estar Social, por outro, fizeram com que fossem levantados questionamentos sobre a presença do Estado e fosse cobrada sua retração.

Paradoxalmente, o momento em que a desaceleração da atividade econômica impõe dificuldades às pessoas, em que são frágeis as condições de proteção, é exatamente aquele em que a sociedade mais necessita de ser protegida e que o Estado menos está capacitado para fazê-lo. Sob estas condições encontrava-se a economia mundial nos anos 70's. Reafirmando a lógica exposta, também foram se ampliando as restrições aos planos de benefícios (em alguns casos, para além das necessidades de ajuste de curto prazo) (DAIN, 2000, p.25). Uma nova proposta ou visão do papel a ser desempenhado pelo Estado estava nascendo, definida a partir de um momento histórico de crise do sistema, mas também de uma postura política diferenciada e deliberada.

Nos países desenvolvidos, a onda Neoliberal que reacende no final dos anos 70's e nos anos 80's, com o Governo Reagan nos Estados Unidos e especialmente

com o Governo Conservador de Margareth Thatcher, na Inglaterra, impõe modificações nos sistemas previdenciários e de saúde.

A partir daí, ao longo dos anos 90's e até hoje, os países desenvolvidos têm passado por reformas de diversos níveis e matizes em seus sistemas de saúde. Em sua maioria, hoje se convive com Sistemas de Saúde em que existe um misto, público e privado, de financiamento e/ou de prestação de serviços, ainda que a saúde continue sendo um serviço público quase que por definição.

Por um lado, países que tinham sistemas integrados verticalmente de forma que o financiamento e a prestação de serviços eram quase que totalmente de responsabilidade do Estado abriram seus sistemas ao mercado permitindo uma atuação, por exemplo, através de prestadores de serviços privados ou até mesmo de planos e seguros de saúde privados, com a finalidade de ampliar o escopo de escolha dos consumidores destes serviços, de buscar maior eficiência dos sistemas ou ainda de reduzir custos. Este é o caso de países como a Inglaterra, o Canadá e a Espanha.

Por outro lado, países com sistemas de saúde com grande participação do setor privado estão revendo suas crenças na soberania do mercado e buscando redefinir um papel para o Estado, objetivando maior proteção para os consumidores dos serviços de saúde. Este é o caso principalmente dos Estados Unidos, mas também de alguns países europeus como França e Holanda, e também, a Nova Zelândia.

O grande desafio político hoje, não só nos países centrais, tem sido a busca de um balanço correto, entre a cobertura pública e privada, com vistas a não perder os avanços sociais já consolidados. Ao mesmo tempo, a redefinição do tamanho e papel a ser desempenhado pelo Estado tem levado à necessidade de aperfeiçoamento e/ou construção de um arcabouço regulatório, capaz não apenas de garantir a concorrência no mercado, assim como, de proteger os cidadãos e salvaguardar o bem comum.

Nos países em desenvolvimento como na América Latina, mas particularmente no Brasil, o processo de privatização ocorrido a partir do início da década de 1990 se dá de forma desordenada, abrindo-se ao mercado a participação em áreas diversas, principalmente nas chamadas *utilities*, antes sob o controle total ou principal do Estado, sem a devida construção prévia de um desenho institucional e um arcabouço regulatório, capaz de sustentar o processo de privatização como um

todo. No Brasil, primeiro se fez a privatização e depois se buscou a regulação, em formas diferentes nas diversas áreas¹⁸.

Como consequência, especialmente no caso da saúde, o mercado, embora presente desde sempre, cresce sua participação no final dos anos 1980's, intensificando-se depois de 1990. Com a criação do SUS em 1988 e sua substantivação através da Lei Orgânica da Saúde em 1990, o setor privado atua como "válvula de escape" da classe média ao sistema público (SUS), unificado e universalizado, mas sem condições de atender a uma demanda significativamente ampliada, com a qualidade esperada. Por outro lado, cresce também por uma definição política deliberada, representada principalmente pelo financiamento, que é feito ao setor privado, via renúncia fiscal.

Isso gerou, no Brasil, um sistema fragmentado e desigual, sendo que um dos grandes desafios para o país, no século XXI, pode ser considerado a criação de condições que venham torná-lo mais integrado, de forma a constituir efetivamente o desenho idealizado na Constituição de 1988, ou seja, em um Sistema Único de Saúde capaz de atender a todos os cidadãos, dando a um possível sistema privado o efetivo caráter de complementariedade.

1.4.1 Governança e reforma dos sistemas de saúde

Na maioria dos países, desenvolvidos ou não, convivem hoje instituições públicas e privadas no atendimento aos serviços de saúde, como resultado das transformações ocorridas nas últimas décadas. A análise das reformas ocorridas nestes países e do desenho atual dos seus sistemas de proteção social, particularmente de saúde, aponta para uma nova reflexão, porque a conformação dos sistemas que daí emergiu, impõe ao Estado uma nova forma de atuação.

A responsabilidade do Estado pela saúde, conforme emerge dos princípios fundamentais do *welfare state*, particularmente em sua moderna discussão, não impõe a necessidade de financiamento ou, provisão pública ou direta dos serviços

¹⁸ Ocké critica a inexistência de uma discussão em nível de Governo ou do Congresso Nacional, como "preâmbulo da privatização", que consideraram como se a simples regulamentação da lei fosse suficiente para regular o mercado. No caso da saúde em particular, porque o mercado se consolidou e se reproduziu contando com as benesses da ausência de um quadro regulatório (OCKÉ, 2003).

de saúde, para que seja salvaguardada a solidariedade e a equidade no acesso a estes serviços. O que é preciso é que,

os *policymakers* decidam se os direitos sociais vão ter força de lei, que os atores privados têm de seguir ou se os *providers* privados vão ter autonomia. Se a escolha for pela primeira regra, o **Estado tem que ter condições de fazê-lo**, senão haverá iniquidades. A forma de mercado de proteção social tem que ter salvaguardas contra as iniquidades, e os direitos sociais necessitam de suporte e *enforcement* legais, senão **os mercados privados serão substitutos inferiores dos welfare states estatutários** (GIAIMO, 2002, p. 223, tradução e grifos nossos).

O que chama atenção nesta nova discussão é a existência de um papel diferenciado a ser exercido pelo Estado. Além da atuação como regulador que lhe cabe, também é necessário que haja condições de governança por parte do Estado. Em outras palavras, não basta gerar as regras regulatórias, é preciso que os Governos tenham conhecimento e condições de atuar sobre as relações entre os diversos atores envolvidos no sistema de maneira a garantir não só a prestação do serviço, mas, que ela seja feita de forma eqüitativa.

De forma especial, quando o foco de análise é o sistema de saúde brasileiro, esta análise torna-se primordial. Aqui, é preciso que haja disposição e sustentação políticas para que, mesmo não sendo prestador direto dos serviços, mesmo que haja um fornecimento privado de serviços de saúde e mesmo que convivam um sistema público e um sistema privado, em todos os níveis da atenção, seja reconhecida a responsabilidade última pela saúde, por parte do Estado.

Em resumo, foi mostrada neste primeiro capítulo a existência de uma correlação entre o processo de desenvolvimento do sistema capitalista e a conformação tomada pelo Estado em cada momento. Assim, usando as três clássicas fases de desenvolvimento do sistema, formadas a partir dos seus dois pontos de inflexão ou das duas grandes crises do capitalismo, foi possível apresentar a alternância por que passa o papel desempenhado pelo Estado na Economia.

A fase que intermedia as duas grandes crises do sistema capitalista, ganha destaque no sentido de mostrar as condições históricas, políticas e econômicas que permitiram o nascimento dos sistemas de proteção social, particularmente nos países cênicos.

Os questionamentos levantados sobre a presença do Estado na Economia, que emergem a partir da sua segunda grande crise, no início dos anos 1970's e, com a retomada das orientações de cunho liberal, não apenas apontam para uma retração do Estado, assim como lhe definem um novo desenho, no qual o papel de regulação das relações entre os agentes no mercado ganha destaque.

A apresentação e discussão da teoria keynesiana neste primeiro capítulo, foi fundamental para compreender a conformação do Estado no período entre os anos 1930's e 1970's, quando o capitalismo vive sua fase áurea. Da mesma forma, a discussão dos princípios que dão sustentação à função regulatória do Estado será importante para compreender a nova forma ou as novas feições que toma o Estado, na fase pós anos 70's.

O capítulo 2 vai se ocupar de apresentar e discutir os fundamentos microeconômicos da regulação, apresentando-a como uma nova forma de atuação do Estado na Economia como um todo e no setor saúde de forma particular.

2 A REGULAÇÃO COMO UMA NOVA FORMA DE ATUAÇÃO DO ESTADO

2.1 Fundamentos conceituais da regulação

As duas últimas décadas do século XX e os primeiros anos do século XXI têm assistido a um crescente interesse de acadêmicos, políticos e *policymakers* sobre a questão da regulação. Em formas e intensidades diferentes, tanto os países centrais assim como os periféricos têm vivido um processo de crescimento da regulação ambiental, na área da saúde e da segurança e, ao mesmo tempo um processo de desregulação de outros setores, como energia, telecomunicações, ferrovias e mercados financeiros.

2.1.1 A transformação do Estado

Historicamente, a crise econômica vivida na segunda metade dos anos 1970's e anos 1980's, aliada a uma retomada das idéias neoliberais, trouxe à tona uma discussão entorno da presença do Estado na Economia. Questionava-se o fato de que o longo período pós II Guerra Mundial até início dos anos 1970's, em que o Estado, na maioria dos países, teve um papel ativo, teria sido a causa da referida crise. Era, portanto, o momento de fazer retrair o Estado e deixar que as forças de mercado agissem livremente, fazendo com que a Economia mundial retomasse sua rota de crescimento.

Nesse momento, ocorre um movimento duplo e concatenado. De um lado, há uma tendência de alteração nas áreas de atuação do Estado, levando a uma redução no seu tamanho, por outro e como conseqüência, muda a forma de atuação do Estado nestas áreas. Altera-se, em especial, o seu papel ou, ainda, o controle do Estado e da sociedade nas organizações públicas.

Nos países desenvolvidos, assiste-se na Europa, mas especialmente na Inglaterra a partir do final da década de 70, com os Governos Conservadores de Margareth Thatcher e depois de John Major, a redução do tamanho do Estado por meio de um grande processo de privatização da produção de bens e serviços, antes

sob o controle do Estado. Nos Estados Unidos, os governos Reagan e Bush, por intermédio de uma desregulação da atuação das empresas privadas e limitação dos serviços prestados pelo Estado, reafirmam sua crença na liberdade de mercado.

Os países em desenvolvimento, especialmente os da América Latina, tiveram uma presença significativa do Estado na Economia pela imposição do momento em que estes promovem sua industrialização. Aí, a submissão aos ideais neoliberais, impostos particularmente a partir das orientações políticas do “Consenso de Washington”¹⁹, que visavam um ajuste fiscal, faz com que, a redução do tamanho do Estado, ocorra através de uma onda de privatização de diversas empresas públicas²⁰. O Estado retira-se desta forma, principalmente dos setores de infraestrutura (*utilities*). No Brasil, por exemplo, são privatizados, desde siderúrgicas, até serviços de telecomunicações e energia elétrica, e mais tarde, o serviço de telefonia e a administração de estradas.

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, este processo de liberação do mercado e de privatização levou visivelmente a uma redução do tamanho do Estado. Entretanto, em nenhum momento, este movimento deve ser confundido com uma proposta de “retorno ao *laissez-faire*” (MAJONE, 1999, p.195; VELASCO, 1997, p.10; HAYEK, 1990, p.58). Antes disso, o que ocorreu foi uma transformação ou uma redefinição do papel a ser desempenhado pelo Estado, que deixa de atuar ou pelo menos, tem limitadas as suas funções de produtor de bens e serviços, para ser um regulador das atividades dos agentes econômicos. Em alguns casos, inclusive um indutor da concorrência, visando resguardar o bem comum.

O papel a ser desempenhado pelo Estado, entretanto, não é consensual entre os diversos estudiosos. Assim, reafirmando a importância da presença do Estado,

¹⁹ O chamado Consenso de Washington foi descrito por John Williamson em 1990 como um conjunto de proposições que condensava o que as instituições multilaterais sediadas em Washington, à época, julgavam ser um conjunto adequado de políticas a serem adotadas pelos países da América Latina. Williamson resumiu o conjunto de políticas em dez itens: disciplina fiscal, reorientação dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira, taxas de câmbio unificadas, taxas de câmbio competitivas, liberalização do comércio, abertura para o financiamento externo direto, privatização e desregulamentação (GIAMBIAGI, 2003).

²⁰ Em termos gerais, a proposta era de que as privatizações atuariam duplamente no processo de ajuste fiscal. Por um lado, haveria ingresso de recursos. Só entre 1995 e 1998, o programa brasileiro de desestatização transferiu aos cofres da União e estados US\$60 bilhões. Por outro lado, a redução do tamanho do Estado estancaria o processo de sangria de recursos, portanto ajustando a despesa de empresas deficitárias (SALGADO, 2003).

ainda que de forma menos invasiva, Evans (1992, p.142-149, *apud* VELASCO, 1997, p. 9), mesmo reconhecendo a possibilidade de existência dos *rent-seeking*, especialmente nos países do Terceiro Mundo advoga a importância de um Estado desenvolvimentista, entendido como aquele capaz de induzir investimentos privados, aliviar estrangulamentos que geram desincentivos ao investimento e prover bens públicos com o excedente fiscal obtido.

Por outro lado, o Estado, ao deixar de ser o controlador direto, o planejador ou o indutor do desenvolvimento, que eram funções do tradicional estado Keynesiano, passa a se ocupar com funções de “balizador da concorrência, estimulador da oferta de serviços essenciais num ambiente competitivo, como garantidor dos direitos do consumidor e como criador de oportunidades de negócios para a iniciativa privada e de investimento para o desenvolvimento tecnológico” (FARIA, 2002. p. 8). Ao Estado com esta nova feição o autor chama de “Estado schumpeteriano”.

Este novo desenho de Estado, onde suas funções são alteradas, mas não suprimidas, traz à tona a idéia de que mais que um Estado shumpeteriano (indutor do desenvolvimento, mas não produtor), como quer Faria (2002), cabe também ao poder público, como concedente da prestação de serviços públicos, especialmente de serviços de interesse coletivo, ou de relevância econômica e social, a responsabilidade em última instância, pela “oferta” do serviço. Cabe ao Estado garantir, ainda que indiretamente, que o serviço seja prestado e que os bens e serviços sejam disponibilizados de forma a atender os objetivos de desenvolvimento econômico, mas também de bem-estar da população.

Observa-se que, na maioria dos países, este processo de redesenho do papel do Estado foi acompanhado de uma estrutura de regulação, ainda que, por contraditório que pareça, segundo Relatório do Banco Mundial, este modelo regulatório, “tem implícito o suposto de negar o Estado, substituindo-o pela regulação, e de afirmar o Estado pela necessidade de regulação para organizar, garantir e regular o mercado (e, em última instância, até suprimir a competição)” (BANCO MUNDIAL, 1997 *apud* DALMAZO, 2002, p. 3).

2.1.2 Conceito e modalidades da regulação

A regulação, apresentada hoje como uma função modificada do Estado e pensada não mais como atos isolados de controle do setor privado, mas como uma nova forma sistematizada de atuação, tende a impor um novo limite entre a sociedade e o Estado e a desenhar um novo campo para a discussão sobre os caminhos a serem trilhados pela economia no seu sentido mais amplo.

O conceito de regulação, encontrado em diversos autores, tem em comum a lógica da intervenção por parte do Estado sobre dada atividade, de forma direta ou, ainda, indiretamente através de agências de regulação, por meio de políticas públicas, leis e normas, visando ao seu aperfeiçoamento ou à proteção do bem comum. Assim, a regulação

consiste em ações governamentais para controlar decisões de preço, venda e produção das firmas, em um esforço de contraposição, visando prevenir-se contra tomadas de decisão privadas, que não levariam em conta o interesse público, de forma adequada (EATWELL, MILGATE e NEWMAN 1998, V. 4, p.128, tradução nossa).

A regulação também pode ser vista de uma forma menos econômica e mais próxima da perspectiva de bens sociais ou de valores normativos. Assim, Selznick define a regulação como “um controle sustentado e direcionado, exercido por uma agência pública sobre as atividades que têm um valor social” (SELZNICK, 1985, In: SALTMAN, BUSSE E MOSSIALOS, 2002, p. 9).

Ao longo do tempo, entretanto, os diversos países seguiram caminhos diferentes quanto à forma de intervenção do Estado. Nos Estados Unidos, por exemplo, o Congresso estabelece a primeira agência regulatória – The Interstate Commerce Commission – em 1887, para controlar tarifas de passageiros e carga e, em 1910, cria uma agência para controlar tarifas de telefonia a longa distância. Desde então, são criadas 14 agências federais e mais de cem estaduais para regular a atividade das companhias (DOMESTIC COUNCIL REVIEW GROUP ON REGULATORY REFORM, 1977, *apud* EATWELL, 1998, V. 4: p. 128).

A Europa e a Ásia, por outro lado, não seguiram a mesma lógica americana, sendo que nestas empresas de telefonia, transporte rodoviário e férreo,

entre outras, eram de propriedade pública, praticamente até final dos anos 1970's. Na Inglaterra, por exemplo, a British Gás e British Telecom são privatizadas em 1985, enquanto o monopólio da eletricidade é desmantelado em 1990, e a British Rail, privatizada em 1993 (ASSIS, 1997, p.31). Por este motivo, e por tratar a regulação de uma forma ampla, porém não clara dentro de um arcabouço de política e administração pública, como foi feito nos Estados Unidos, na Europa, o debate acadêmico e político sobre a questão é mais recente.²¹

A ação regulatória do Estado, ainda que na maioria das vezes esteja relacionada à questão econômica, pode ser entendida sob três aspectos ou modalidades:

- **Regulação econômica** -> trata-se de uma abordagem baseada na intervenção direta ou indireta do Estado sobre as decisões dos setores econômicos. Aqui se enquadram as restrições sobre preços e tarifas, quantidade, sobre o comportamento anticompetitivo dos agentes econômicos e condições de entrada e saída para uma indústria específica;
- **Regulação social** -> trata-se de uma abordagem ligada a mecanismos de controle social que afetam um grupo amplo de indústrias, podendo ser enquadradas aí a regulação ambiental, da saúde e de segurança;
- **Regulação de processo ou administrativa** -> refere-se a questões relativas aos procedimentos administrativos e burocráticos que são usados pelo poder público para controlar e intervir nas decisões tomadas pelos agentes econômicos. Refere-se, assim, à administração governamental das operações realizadas seja pelo setor público seja pelo setor privado, envolvendo manuais de instrução e custos administrativos incorridos por produtores e consumidores (GUASCH E SPILLER, 1999, p.3).

²¹ Hoje, a maioria dos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, usa do mecanismo de agências reguladoras para agir sobre o mercado. A título de exemplo, o Canadá conta com 15 agências, o Reino Unido, Espanha e Austrália com oito, o Chile com cinco e a Argentina com 11 (RABELLO, 2001). No Brasil, a primeira agência é a ANEEL, criada em 1996.

Um dos grandes desafios hoje, quando se discute o novo papel do Estado na Economia e na sociedade como um todo, é atentar para o fato de que cabe a ele, não apenas garantir que os atores econômicos respeitem as “regras do jogo”, através de restrições quanto a preços, legislação antitruste e barreiras à entrada, ou seja, atuando na esfera econômica e de proteção do interesse privado. Ao Estado cabe ir além, cabe reconhecer seu papel institucional na regulação social, garantindo o interesse público e o direito à universalização de acesso aos serviços e bens. De acordo com Stiglitz (1998), é preciso rediscutir o papel atribuído ao Estado e aos órgãos de regulação não só pensando na eficiência dos mercados, como também nos imperativos da integração econômica e social.

Tendo como pano de fundo estas observações, pretende-se, a seguir, explorar mais as origens da regulação econômica e, a partir daí, voltar à análise das especificidades e necessidades da regulação social, particularmente do setor saúde.

2.2 Das falhas de mercado às falhas de governo: as teorias normativa e positiva da regulação

2.2.1 As falhas de mercado

Até o início dos anos 1970's, a base de sustentação das reflexões sobre a regulação econômica se encontra nas análises tradicionais do bem-estar. Este debate, cujas origens podem ser retroagidas a Adam Smith²², fundamenta-se em três proposições ou teoremas.

O primeiro teorema pretende responder se o *laissez-faire* leva ao bem comum, ou ainda, se as forças de mercado são capazes de fazer coincidir os interesses individuais e coletivos; o segundo teorema diz respeito à questão da distribuição e pretende responder se, em uma economia em que as decisões de distribuição são feitas por uma instituição idônea independente, pode o bem comum

²² Existem autores como Fiani (2001) que consideram o início da análise do bem estar como sendo a partir da publicação da obra de A. C. Pigou, *The Economics of Welfare*, publicada em 1920. Aqui, foi adotada a postura de Eatwell; Milgate e Newman (1998) de que retroage a Adam Smith esta discussão.

ser atingido por uma pequena modificação do mecanismo de mercado ou deve o mercado ser totalmente abolido; o terceiro teorema enfoca o problema da definição do bem-estar social, ou o bem comum, seja através do mercado via processo político centralizado ou via processo de votação. Este último, busca responder se existe uma forma real de derivar dos interesses individuais o verdadeiro interesse da sociedade, usando, por exemplo [como artifício], a distribuição da riqueza (EATWELL, MILGATE E NEWMAN, 1998, V. 4, p. 889, tradução nossa). Como o interesse, para o presente trabalho, se prende ao primeiro teorema, pretende-se avançar somente em sua análise.

O primeiro teorema fundamental da economia do bem-estar trata da idéia de que o bem comum pode ser obtido se ao mercado for permitido agir sob suas próprias leis, ou seja, se não houver nenhuma interferência externa ao mercado como, por exemplo, do Estado.

Para que o equilíbrio geral e, portanto, o bem comum seja atingido, é pressuposto que: a) Indivíduos e firmas na economia são *price takers*, não sendo individualmente grandes o bastante nem motivados o suficiente para agir como monopolistas; b) Cada indivíduo monta sua cesta de consumo, visando maximizar sua utilidade, considerando que é sujeito a uma restrição orçamentária; c) Cada firma assume seu vetor de produção ou vetor insumo-produto, visando maximizar o seu lucro, mas sujeito à restrição de produção. Mesmo mantido este comportamento egoísta, considera-se que o mercado atingirá o equilíbrio, o que será feito através da mão invisível da concorrência que age através dos preços. Estes “contêm o desejo e as necessidades que coordenam as ações dos agentes econômicos” (EATWELL, MILGATE e NEWMAN, 1998, V. 4, p. 888).

Não havendo uma definição clara do que seria o bem comum, é possível derivar, a partir da lógica smithiana, a idéia de que, para a análise tradicional, o “bem comum” pode ser entendido como a maximização da renda (riqueza) da sociedade em dado período (por exemplo, um ano). Na versão moderna da economia do bem-estar, o bem comum está representado pelo conceito de “ótimo de Pareto”, que pode ser definido como o ponto em que

não é possível encontrar um meio de se afastar, ainda que pouco, dessa posição sem que a utilidade de que goza cada um dos indivíduos de dada coletividade aumente ou diminua. Isso quer dizer que todo o pequeno deslocamento a partir desta

posição tem necessariamente o efeito de aumentar a utilidade de que gozam alguns indivíduos e diminuir aquela de que outros gozam (PARETO, 1984, V. II p. 15).

Se estas são as condições que levam ao equilíbrio e, assim, ao bem comum e se, para atingi-las, não é necessária a presença do Estado, pelo contrário, se advoga o *laissez-faire*, em que condição se aceitaria ou seria necessária a presença do Estado ou uma interferência extramercado?

A análise da economia do bem-estar aceita que podem ocorrer falhas de mercado, quando algum dos pressupostos que levariam “naturalmente” o mercado ao equilíbrio não está presente, impedindo esta auto-regulação. Sob estas circunstâncias, seria aceita a intervenção do Estado, visando a uma alocação ótima dos recursos.

De forma resumida, a partir das condições colocadas pelo primeiro teorema fundamental, é possível dizer que, se não existirem mercados suficientes; e/ou se os consumidores e produtores não se comportarem competitivamente; e/ou se não existir possibilidade de equilíbrio em dado mercado, não haverá um ponto em que haja uma alocação ótima dos recursos no sentido paretiano.

Desta forma, a teoria normativa da regulação se expressa sempre em termos analíticos, apresentando a possibilidade de interferência do Estado somente naquelas condições em que o mercado não funciona adequadamente. Isso significa que as diversas possibilidades de atuação do Estado estão assim, subordinadas à existência de “falhas de mercado”²³, as quais serão detalhadas a seguir.

A) Existência de Externalidades

²³ A conceituação e descrição de falhas de mercado tem sido feita por diversos autores. Para a análise feita no presente trabalho, foram consultados, entre outros GUASCH E SPILLER, 1999; FIANI, 2001; GIAMBIAGI E ALÉM, 1999; EATWELL; MILGATE e NEWMAN, 1998.

O descumprimento do pressuposto de existência de mercados em número suficiente²⁴, relativo à primeira condição apresentada acima, está diretamente relacionado à presença de externalidades. Ocorre uma externalidade quando a atividade econômica de um agente – firma ou indivíduo – gera um efeito *spill over* na forma de custo (externalidade negativa) ou benefício (externalidade positiva) sobre outros agentes no mercado, sem que o primeiro possa ser remunerado pelo benefício ou responsabilizado economicamente pelo custo imputado aos demais agentes.

A inexistência de “mercados suficientes” com capacidade para definir a alocação deste custo ou benefício pode levar a uma situação em que os custos que poderiam ser minimizados ou benefícios que poderiam ser ampliados econômica e socialmente, não o serão, caracterizando, portanto, uma situação de falha ou incapacidade do mercado de, por si só, gerar um “ótimo paretiano”. Nestas circunstâncias, a presença de normas regulatórias das atividades dos agentes econômicos envolvidos em indústrias é fundamental para que, na busca do bem-estar da coletividade, a alocação dos recursos seja ótima.

A existência de indústrias cujos processos produtivos geram algum tipo de poluição ao meio ambiente é um clássico exemplo de externalidade negativa. O processo de vacinação dos indivíduos de uma dada comunidade contra uma doença transmissível pode ser considerado uma externalidade positiva. Ao vacinar-se, o indivíduo deixa de ser uma ameaça a si mesmo e aos demais habitantes daquela comunidade.

B) A Existência de Monopólios

O segundo pressuposto do primeiro teorema fundamental da economia do bem-estar, como visto, é que o equilíbrio e o bem comum são atingidos somente se os agentes se comportarem competitivamente, ou seja, se os agentes forem *price takers* ou se não forem grandes ou interessados o suficiente para influir nos preços.

²⁴ Ainda que não muito clara, a idéia geral do que se considera ser a existência de mercados suficientes é de que, se a ação de qualquer agente na economia sobre qualquer coisa (bem, serviço, informação etc) envolve uma interação com pelo menos um outro agente, então deveria haver um mercado para esta “coisa”. Ou ainda deveria haver uma forma de precificar a “coisa”. Isso é verdade seja para um bem como o pão, a poluição de uma firma ou a defesa nacional (ARROW, 1969, apud EATWELL; MILGATE; NEWMAN, 1998, Vol 3, p. 326).

Na ausência desta situação, é gerada uma falha de mercado que advém de um comportamento monopolista, sendo o monopólio natural a principal forma de apresentação desta situação.

Existe um monopólio natural quando existem economias de escala em dada indústria ou, ainda, “quando o custo unitário de provisão de um bem ou serviço para mais de um usuário diminui numa ampla área de produção, reduzindo ou eliminando a margem de concorrência” (BANCO MUNDIAL, 1997, p.26, apud PECCI, 1999, p.123). O fornecimento de energia elétrica e de água em dada comunidade são exemplos clássicos de monopólios naturais.

Nesta circunstância, permitir a atomização da oferta implicaria ter um resultado contrário aos interesses coletivos, posto que a indústria estaria operando com uma estrutura de custo inadequada. Por outro lado, permitir a atuação monopolista de uma firma em dada indústria também vai de encontro aos interesses coletivos, uma vez que a firma poderia atuar em níveis menores de produção, visando ao aumento dos preços praticados e do excedente gerado, afastando-se assim do nível considerado competitivo e, por conseqüência, distorcendo a alocação de recursos.

Nesse caso também, a existência de políticas que regulem as atividades das firmas monopolistas é de importância crucial para que elas não se afastem de uma alocação econômica e socialmente eficiente dos recursos.²⁵

C) A Assimetria de Informações

Uma segunda forma de violação do segundo pressuposto, – necessidade de haver um comportamento competitivo dos agentes econômicos - diz respeito à maneira como são partilhadas as informações no mercado. A existência de perfeita informação dos agentes econômicos é uma condição para que se comportem competitivamente. Se um agente detém informações em um nível superior aos demais, de forma a que ele possa com isso influenciar o mercado e deixar de ser

²⁵ Assis (1997,p.114) argumenta que, “sem regulamentação, os monopólios tendem a produzir menos que podem e cobrar mais do que corresponderia a uma justa remuneração do capital. A produção monopolista expressa a situação onde o nível ótimo de produção da firma afasta do ótimo social”.

um *information taker*, ele vai adotar um comportamento monopolista, o que poderá levar a uma alocação não ótima dos recursos.

Assim a assimetria de informação está presente quando um agente econômico, por exemplo, o produtor de dado bem ou serviço, possui mais informações sobre o bem que o consumidor. Esta situação impede que o consumidor, por desconhecimento ou clareza das informações relativas ao bem, faça uma escolha correta e capaz de maximizar sua utilidade. Por outro lado, o produtor, por deter mais informações que o consumidor ou por não disponibilizá-las, pode obter rendas informacionais extras, ampliando seu excedente em detrimento do consumidor, *vis-a-vis* àquelas que seriam obtidas sob condições de perfeita informação.

Essa situação caracterizaria uma falha de mercado ou uma incapacidade do mercado de, por si só, arbitrar a apropriação do excedente gerado. Também aqui, o Estado deve atuar através de políticas e/ou de normatização, visando preservar a melhor alocação dos recursos, a apropriação ótima do excedente ou ainda o bem-estar de todos os agentes, evitando assim o privilégio de um dado agente ou grupo.

A título de ilustração, quando o poder público faz com que as operadoras de planos e seguros de saúde sejam obrigadas a disponibilizar informações sobre os produtos oferecidos, preços e condições em geral, está agindo de forma a minimizar a dificuldade que os consumidores destes serviços têm, na hora de optar por um outro plano ou seguro de saúde, fornecendo-lhes mais informações que, sob outras circunstâncias, seriam de domínio exclusivo das seguradoras.

A incapacidade dos consumidores de avaliar a efetividade de uma nova droga lançada no mercado, frente ao alto custo do erro neste caso, faz com que seja necessário que o poder público intervenha de forma a esclarecer os consumidores, tornando a informação disponível e confiável e, por conseguinte, permitindo que o consumidor faça suas escolhas sob condições informacionais semelhantes àquelas que haveria em condições de concorrência perfeita e, portanto, de informação perfeitamente distribuída entres os agentes envolvidos.

A presença de assimetria de informações leva a importantes distorções no relacionamento entre os agentes econômicos, especialmente quando se tem em mente que as informações próprias e aquelas que se acredita terem os concorrentes são peças básicas na formulação das estratégias de atuação de qualquer agente.

Também sob a perspectiva da teoria da regulação, a questão da assimetria de informação ganha uma importância significativa, posto que o fato de os regulados deterem mais informação sobre o próprio negócio lhes dá uma vantagem extra sobre o regulador, criando uma barreira, uma dificuldade e um custo a mais nas ações deste.²⁶

O privilégio da informação detido por um agente, ou a existência de mercados ou situações nas quais as informações não podem ser perfeitamente distribuídas, provoca conformações, especialmente nas relações contratuais, em que são geradas possibilidades de comportamento oportunista por parte daquele que detém a informação. A teoria econômica desenvolveu dois conceitos que expressam este comportamento por parte do agente detentor de informação extra ou que mostram situações de mercado que podem ser caracterizadas como alocação não ótima - seleção adversa e risco moral (*moral hazard*). A seguir são apresentadas, de forma mais detalhada, essas situações de alocação não ótima:

i) Seleção adversa

O fenômeno da seleção adversa consiste no fato de que a seleção do produto a ser demandado ocorre de forma ineficiente, portanto, adversa, em função da assimetria de informação entre os ofertantes e demandantes do produto. Sob a perspectiva da teoria dos contratos, a seleção adversa pode ser vista como fruto de comportamento oportunista, por parte do detentor da informação, *ex-ante* ou no momento pré-contratual.²⁷

Um exemplo de comportamento em que existe seleção adversa pode tornar mais claro esse conceito. Na relação contratual entre os vendedores de planos e seguros de saúde e os seus compradores (consumidores), pode haver um

²⁶ O problema da assimetria de informação entre o regulador e o regulado vem sendo tratado, no âmbito da teoria dos contratos, pela "Teoria do agente-principal". Esta teoria busca introduzir a questão relativa aos incentivos. "A análise consiste em como um ator econômico (principal) estabelece um sistema de compensação (contrato) que motive o outro ator (agente) a agir de acordo com o interesse do primeiro" (PINTO JR. e PIRES, 2000, p. 6).

²⁷ Williamson apresenta dois mecanismos básicos no sentido de diminuir ou amenizar o oportunismo pré-contratual: a) Sinalização (*signaling*), a qual diz respeito à emissão de sinais e fornecimento de informação por parte do agente que a detém; b) varredura (*screening*) que ocorre quando a informação é revelada por iniciativa da outra parte. Tem a ver com a busca de informações (WILLIAMSON, 1985, apud PINTO JR e PIRES, 2000).

comportamento oportunista caracterizado como “seleção adversa”. Como os riscos de doença são heterogeneamente distribuídos, as pessoas que têm mais riscos vão demandar seguros mais completos, enquanto que os que possuem menos riscos vão demandar planos com menor cobertura. Esta diversidade de demanda cria problemas para uma provisão eficiente do seguro de saúde. Se às seguradoras fosse permitida a segmentação do mercado entre doentes e sadios, todos poderiam ser assegurados, mas a preços diferentes. Esta situação é caracterizada como não ótima em termos de mercado.

Não podendo haver a segmentação, o mais comum, via de regra, os consumidores serão incentivados a se apresentar como mais saudáveis do que realmente são. Em outras palavras, haverá uma situação de seleção adversa ou uma solução imperfeita para a relação entre os agentes envolvidos causada pela incapacidade de clareza das informações neste mercado.

Por outro lado, as seguradoras podem adotar uma postura de economia ou redução da qualidade para atrair pessoas saudáveis e evitar os doentes. Isso seria feito, por exemplo, mantendo prêmios mais baixos para atrair os saudáveis do que deveriam ser, caso o objetivo fosse manter o nível de qualidade necessária.

ii) **Risco moral**

O risco moral (*moral hazard*) ocorre como resultado de ações ou comportamento dos consumidores que implicam um aumento ou diminuição da probabilidade de surgimento de intercorrências.

Se o consumidor de serviços de saúde, após adquirir seu plano de saúde, adota comportamentos que coloquem em risco sua saúde, aumentando a utilização dos serviços disponibilizados pelo plano, na média ele estará imputando um custo maior à operacionalização do plano, correndo o risco de levar a empresa em questão a um desequilíbrio econômico-financeiro. Esta é uma situação caracterizada como de risco moral. Por estar assegurado, o consumidor adota um comportamento displicente.

Outro exemplo pode ser observado com relação aos médicos. Estes detêm um poder de informação sobre os procedimentos necessários ao tratamento de uma doença, tanto em relação ao paciente quanto em relação ao seguro de saúde. Com

isso, pode haver um comportamento monopolista e uma situação de risco moral, por exemplo, se o médico solicita exames sofisticados e caros, nem sempre necessários. Isso ocorre em geral quando o pagamento é feito por serviço prestado. Especialmente quando o serviço de saúde é financiado com recursos públicos, mas, não só neste caso, é importante que o Estado atue regulamentando o mercado e tornando a informação mais acessível a todos, evitando custos desnecessários, comportamentos não criteriosos ou abuso do poder de detenção da informação.²⁸

No nível contratual, o risco moral advém de comportamento ou ações oportunistas após a celebração do contrato (*ex-post*). A informação assimétrica está correlacionada a um comportamento oportunista que foi escondido da outra parte no momento de elaboração do contrato.

Finalmente vale registrar que a existência de bens públicos, não assumidos pelo primeiro teorema, pode ser considerada uma espécie de falha de mercado na perspectiva da teoria tradicional. Bens públicos, tais como a defesa nacional, justiça ou a iluminação pública, por serem não exclusivos no uso, ou seja, o aproveitamento de um dado bem ou serviço por um indivíduo não exclui seu uso por outros indivíduos, se fossem produzidos privadamente, teriam uma produção sub-ótima. A sua característica de não exclusividade faz com que, individualmente, não haja predisposição dos indivíduos por adquiri-los, sabendo que outro indivíduo poderia deles usufruir sem nada desembolsar. Assim, sua produção e custeio devem ser de responsabilidade do Estado que os financia através de tributos.

Em resumo, na ausência das condições que definem uma alocação ótima dos fatores de produção ou, em outras palavras, na presença de falhas de mercado, os mecanismos extramercado, como a ação regulatória do Estado, seriam “permitidos”, com vistas ao bom funcionamento dos mercados e, por conseqüência, para que o bem da coletividade fosse atingido. Assim, o Estado é visto como uma alternativa ao mercado, ainda que só em situações particulares. A ele cabe apenas repor o papel, que, em condições normais, seria do mercado. O Estado assume *ad hoc* uma função corretiva sobre o mercado.

²⁸ Na saúde, por sua própria natureza, como será visto à frente, esta situação é naturalmente exacerbada. Isso tem sido motivo de elevação do custo de manutenção dos serviços de saúde na maioria dos países, inclusive pelo aumento da demanda quando se tem o serviço garantido ou pré-pago. No Brasil, parte do aumento de demanda ocorrido em 1988, quando da universalização do atendimento pelo SUS, pode ser atribuída ao *moral hazard*.

2.2.2 Falhas de governo: a teoria da captura

Conforme visto anteriormente, a partir dos anos 1970's, a Economia mundial sofre um momento de inflexão, especialmente a partir de 1973 com a crise do petróleo, levantando, na esfera acadêmica e teórica, dúvidas sobre a maior presença do Estado na economia, a qual vinha ocorrendo desde o pós-guerra, no conhecido período áureo do capitalismo.

Com isso, a efetividade da presença do Estado, como forma de buscar o bem comum, ainda que como uma alternativa ao mercado, quando, na presença de distorções (falhas de mercado), este se vê sem condições de auto-regulação, passa a ser questionada, considerando que, assim como o mercado, o Estado não estava imune à existência de falhas. Ou ainda que “as falhas de mercado só provêm a *prima facie* dos casos de intervenção, posto que os custos da intervenção pública podem exceder os benefícios” (MAJONE, 1998, p. 197)

Em acréscimo à discussão dos limites da regulação ou do espaço do Estado frente às falhas de mercado, foram levantados questionamentos sobre a regulação em si, o que ficou conhecido, sob uma conotação mais ampla, como “falhas de Governo”, em contraposição às “falhas de mercado”. Esta não é uma discussão única. Várias análises foram feitas a partir daí em um grande leque que vai desde as teorias que viam nas falhas de governo apenas uma questão de ajuste, mas não de negação do Estado, até aquelas que viam aí uma justificativa de uma efetiva redução ou eliminação da participação do Estado, sob o argumento de que as falhas de Governo seriam mais perniciosas que as falhas de mercado.

No primeiro grupo, estão enquadrados aqueles que defendem explícita ou implicitamente a importância da intervenção do Estado em função da defesa de interesses públicos, mesmo que advoguem ajustes, reformas ou ainda a necessidade de construção de um desenho institucional capaz de dar conta dos problemas advindos desta atuação do Estado. Em outras palavras, aceitam as dificuldades na atuação do Estado, mas renegam a idéia de que suas falhas seriam piores que as falhas do mercado. Aqui podem ser enquadradas as análises desenvolvidas por Evans (1992); Przeworski (1998) e Bresser Pereira (1998).

No segundo grupo, diversas análises teóricas foram desenvolvidas, tendo em comum a visão de que os interesses individuais sempre sobrepujam os interesses

coletivos. Com isso, “a regulação do Estado sempre vai distorcer a eficiência econômica, o que [justificaria] a minimização ou eliminação do Estado” (SALTMAN, BUSSE e MOSSIALOS, 2002, p.10, tradução nossa).

A mais conhecida é a teoria da captura (que será detalhada abaixo), que advoga que o Estado no seu papel regulador direta, ou indiretamente, através de agências, serve aos interesses da empresa ou indústria regulada; as análises relativas aos “*rent-seeking*” e “*special interest*”, que consideram que tanto indivíduos como firmas aceitam e preferem que haja regulação do mercado, desde que isso signifique restrição à entrada de novas firmas, ou ainda, incremento nos lucros ou nos rendimentos²⁹; e finalmente, a teoria da “escolha pública” que entende que os que atuam no setor público (políticos, funcionários etc) estão, em princípio, preocupados com seus interesses próprios, tais como empregos fáceis, altos salários e a construção de suas carreiras.

Na busca de um detalhamento maior da teoria da captura, que é a mais conhecida e que, em termos gerais, aborda os conceitos inclusos e especificados nas outras análises da mesma linha, pode-se colocar a questão da seguinte forma: se o próprio Estado está sujeito a falhas, como pode ser garantido que ele será capaz de efetivamente substituir o mercado na promoção do bem estar da coletividade? Ou ainda, se o Estado pode ser capturado, ainda assim estaria ele defendendo o bem comum?

Argumenta Fiani (2001) que, na ausência de um arcabouço teórico sólido conforme o que deu sustentação às análises de falhas de mercado, as análises das falhas de Governo eram mais complexas, considerando que o Governo não é *profit-seeking*. Assim, foi necessário que se construíssem outros conceitos.

O início deste trabalho pode ser buscado na teoria de Olson (1965) sobre a lógica da ação coletiva, que mostra que os bens públicos ou coletivos estão sujeitos à ação de grupos organizados que se beneficiam diferenciadamente destes bens, ao mesmo tempo em que repartem com a coletividade os seus custos.

A teoria mostra que, mesmo possuindo interesses comuns, os grupos menores e mais homogêneos, dado os custos de informação e sua capacidade

²⁹ Nos anos 90's no Brasil, diversos trabalhos, especialmente de Bresser Pereira foram desenvolvidos no âmbito da Reforma do Estado e tratavam exatamente da questão relativa à existência dos *rent-seeking* ou aqueles que usavam de artifícios para apropriar-se de rendas geradas. Isso foi conhecido como sendo um processo de privatização do Estado ou do aparelho do Estado, o que merecia, portanto, uma reforma do Estado em nome da defesa da *res publica*. (Ver BRESSER PEREIRA e SPINK, 1998).

organizativa, tendem a sobrepujar os grupos maiores, comportando-se como privilegiados e fugindo a um padrão de não cooperação racional. Isso se deve ao fato de que, nestes grupos [menores], a contribuição individual e os benefícios decorrentes são perceptíveis para o grupo como um todo. Por outro lado, como o benefício líquido a ser obtido pelos atores é mais perceptível, a ação coletiva pode se dar de forma mais voluntária (OLSON, 1965, *apud* VELASCO, 1997).

Mostrará Stigler (1971), posteriormente, que, sob a perspectiva olsoniana da captura, o Estado direta ou indiretamente, por meio das agências reguladoras, será sempre capturado pelos grupos representantes dos produtores, por serem menores em comparação aos grupos dos consumidores.

A conclusão que emerge da teoria positiva de Stigler (1971) é que a regulação não é instituída no interesse público, ou seja, para proteção e benefício do público ou de uma grande parcela do público, mas é adquirida por uma indústria e é desenhada e operada, primariamente para seu benefício.

A teoria positiva critica a análise das falhas de mercado, por ser uma teoria normativa, ou seja, por trabalhar com o discurso ou com o que poderia o Estado ou o processo de regulação fazer, não levando em consideração o comportamento dos diversos agentes, enquanto que, em termos racionais, a análise sobre se uma regulação é boa ou má deveria vir de seus resultados ou dos resultados obtidos a partir da aplicação das normas.

Sob esta perspectiva, também a teoria positiva de Stigler pode ser criticada, mostrando que, embora tenha trazido acréscimos importantes ao debate, não tornou a teoria normativa obsoleta. Tomando como verdadeira a teoria de Stigler, como poderia ser explicada a regulação de preço e condições de entrada de indústrias basicamente competitivas como as de linhas aéreas, serviços telefônicos ou bancos? (MAJONE, 1998). Em outras palavras, muitas das ações regulatórias do Estado podem ser explicadas por motivações de interesse público efetivamente.

Posteriormente, Peltzman (1998) aperfeiçoa a teoria econômica da regulação com a idéia de que nenhum interesse captura de forma exclusiva o corpo regulatório. Ele mostra uma situação de equilíbrio em que um político maximizador de utilidade aloca benefícios otimamente entre grupos de tal forma que os consumidores possam oferecer votos ou dinheiro em troca do afastamento do equilíbrio de cartel, a proteção pura do produtor não será, em geral, a estratégia política dominante.

Se, por um lado, a existência de falhas de mercado, conforme apontadas pela teoria normativa, especialmente na provisão de serviços de interesse coletivo, ou de serviços de relevância econômica e social, os quais devem ser garantidos pelo Estado, direta ou indiretamente, abre um espaço privilegiado de regulação, por outro, os ensinamentos da teoria positiva, ao considerarem os riscos da regulação em termos de desvios do interesse público, possibilidades de captura por parte dos regulados ou de propensão à discricionariedade, levantam questionamentos sobre as possibilidades de “falhas do Governo” e trazem à tona a necessidade de aprimorar a qualidade do desenho institucional do órgão regulador.

Desta forma, assim como no caso das privatizações, principalmente da forma desenfreada como ocorreram nos países em desenvolvimento, não bastava o Estado deixar de ser produtor, transformando monopólios públicos em monopólios privados. Também era preciso que fosse promovida a concorrência³⁰, sob pena de prejuízo aos consumidores. Não basta o reconhecimento de um novo papel regulatório para o Estado, é preciso ir além e reconhecer que a regulação importa como forma de superar as falhas do mercado, promover o bem-estar e a eficiência econômica, mas que “existe boa e má regulação” (GUASCH e SPILLER, 1999, p. 31). Há hoje uma preocupação no sentido de que, ao tentar corrigir as falhas de mercado se incorra nas “falhas de Governo”, permitindo, por exemplo, que o órgão regulador seja dominado por interesses de pequenos grupos.

Muito embora não seja uma especificidade dos países em desenvolvimento, mas principalmente nestes países, particularmente na América Latina, a criação de Agências de Regulação após o processo de privatização ou de concessão para provisão dos serviços públicos (*utilities*), foi feita sem a determinação de um modelo geral que defina, uma concepção mais ampla e institucional sobre os objetivos do Governo com seu novo papel de regulador. Como consequência da forma como foram feitas as privatizações, não se conseguiu atingir uma unicidade na definição do mercado que se pretendia desenvolver. Com isso a capacidade de articulação e comando sobre os agentes econômicos envolvidos em cada segmento privatizado ficou prejudicada.

³⁰ As orientações do Consenso de Washington no que tange às privatizações sem o devido cuidado de fazê-las acompanhadas de maior concorrência mereceram diversas críticas, sendo a mais conhecida aquela feita por Joseph Stiglitz.

2.3 A especificidade da Saúde

Se, sob a perspectiva econômica, é necessária a atuação do Estado como regulador, orientador ou “*steer-and-channel*”, de forma a permitir o melhor arranjo dos fatores de produção na perspectiva da coletividade, dada a impossibilidade de sempre o mercado levar a bom termo as relações entre os agentes, na área social e particularmente na saúde, este papel se acentua frente às especificidades deste mercado e, por conseqüência das relações entre os agentes, quando a “mercadoria” é a saúde e envolve a vida das pessoas.

Com isso, independentemente do sistema de saúde vigente em cada país, sempre será necessário que o Estado tenha uma atuação neste setor, que ultrapassa aquela relativa aos objetivos econômicos gerais de bom funcionamento do mercado. Em outras palavras, mesmo em países onde parte significativa do atendimento à saúde se dá de forma privada, o Estado não pode deixar o funcionamento deste mercado ser gerido com as mesmas regras existentes para os demais mercados.

Considerando aqui, como o faz Arrow (1963), que o objeto de análise não é a saúde em si, mas o que ele chamou de *medical-care industry* (indústria de cuidados com a saúde), entendida esta de forma ampliada, como o complexo de serviços que envolve desde os médicos, os hospitais e a saúde pública até a prestação e produção de serviços de saúde por instituições com ou sem fins lucrativos, é possível discutir as particularidades aludidas sob três aspectos: a) a incerteza da demanda neste mercado; b) a existência de falhas no mercado dos cuidados com a saúde e c) os objetivos estratégicos de políticas públicas. Uma análise em separado destes três aspectos é o que será feito a seguir.

2.3.1 A incerteza da demanda pelos serviços de saúde

A incerteza *tout court* é da própria natureza do capitalismo. Há muito, Keynes (1964) já trazia esta análise para mostrar que a lógica da decisão capitalista envolvia muito mais que riscos capazes de ser captados pelo estudo das probabilidades, tornando este sistema e as decisões de investimento mais complexas e instáveis,

donde não se poderia deixar somente aos homens de negócios os destinos da economia.

No caso dos cuidados com a saúde, o que os torna um “problema econômico especial [...] pode ser explicado pela necessidade de adaptação à existência de incerteza na incidência da doença e na eficácia do tratamento” (ARROW, 1963, p. 141, tradução nossa).

Como a incidência da doença é incerta, irregular e imprevisível, a demanda pelos serviços de saúde não obedece a um comportamento equivalente ao que ocorre com os demais bens transacionados no mercado, fazendo com que o custo de manter uma oferta disponível em condições de atender em tempo, volume de demanda e qualidade esperada seja muito elevado, não cabendo, portanto, aqui, uma lógica competitiva.

Acrescente-se à questão da incerteza de ocorrência da doença, o fato de que ela não é uniformemente distribuída pela população como um todo. Enquanto o mercado pode lidar com situações de risco, quando este é distribuído de forma randômica pela população, o mesmo não ocorre com os cuidados com a saúde, posto que “alguns indivíduos ou grupos de indivíduos tem sistematicamente um risco de adoecer maior que outros” (LAZAR et al. 2002, p. 6). Isso significa que o custo de se precaver contra a doença através de um seguro poderia ficar excessivamente elevado para o indivíduo ou grupo com alto risco de adoecer, tornando inviável sua oferta no mercado.

Aos custos próprios dos cuidados com a saúde soma-se um custo de “aversão” à doença, que possui um caráter não mensurável e que está presente neste mercado. Em outros mercados, principalmente aqueles onde são transacionados bens que satisfazem as necessidades básicas, como, por exemplo, a alimentação, existe um sentimento de medo de sua privação. Aqui, entretanto, “a aversão à privação do alimento pode ser garantida com uma renda suficiente, sendo que o mesmo não pode ser dito a respeito da doença, já que ela não contém apenas um risco, mas também um risco de alto custo” (ARROW, 1963, p. 143, tradução nossa). As pessoas não apenas temem a doença, temem pelo que ela pode representar, desde a perda de sua integridade física ou habilidade de manter seus ganhos até a morte.

Se até aqui foram observados os problemas relativos à incerteza inerente à ocorrência da doença, por outro lado, é preciso acrescentar um outro tipo de incerteza

que diz respeito à eficácia do tratamento. Como é sabido e passível de dedução do que foi dito acima, nada garante que, em se instalando a doença, esta possa ser curada. Diversos fatores, tais como o nível de desenvolvimento tecnológico em dado momento, influenciam nesta questão. Assim, recuperar-se de uma doença é tão incerto quanto a sua incidência.

Sob a perspectiva do bem-estar da coletividade ou de uma alocação ótima dos recursos, existem várias perdas. Perdas porque a demanda por cuidados da saúde é incerta, o que faz com que o nível ótimo de oferta seja quase indeterminado, assim como, o custo seja muito elevado sob a perspectiva do indivíduo; perdas, no sentido de que a cura não está garantida e; perdas, no sentido de que, junto com a doença, podem ocorrer desde problemas de privação das funções produtivas por dado período até a perda definitiva com a morte.

Por tudo isso é que o custo de um seguro contra estas incertezas é inviável para a maioria das pessoas individualmente, donde a existência de um seguro contra a doença, de caráter público e financiado com recursos fiscais, responde à proposta de socialização do risco, de uma co-responsabilidade entre os cidadãos. Na falta de uma cobertura pública total, a ação do Estado junto à iniciativa privada, seja qual for a parcela que lhe caiba na produção e prestação dos serviços de saúde, é condição de proteção e garantia do bem-estar da população.

2.3.2 “Falhas” no mercado de serviços de saúde

A partir da discussão sobre a regulação econômica, feita anteriormente, ficou claro que o ponto de partida das análises é sempre a perspectiva de um mercado em equilíbrio ou sem falhas. O princípio auto-regulador do mercado e sua tendência ao equilíbrio são uma espécie de “referência” para as análises da teoria convencional. Com os desenvolvimentos teóricos e a crença de que nem sempre o mercado é capaz de fazer coincidir os objetivos individuais e coletivos ou ainda, com a quebra da espinha dorsal da teoria clássica – a auto-regulação do mercado³¹ -, foi

³¹ Polanyi considera o princípio da auto-regulação o responsável por uma inversão na sociedade em que os mercados deixam de ser acessórios à vida econômica para se tornarem seus determinantes. Observa ele que “uma economia de mercado é um sistema econômico controlado, regulado e dirigido apenas por mercados; a ordem na produção e distribuição dos bens é confiada a este mecanismo auto-regulável” (POLANYI, 2000, p. 89).

aberto o espaço para as análises relativas às falhas de mercado e com elas a possibilidade de atuação do Estado. Em resumo, a presença de alguma das falhas de mercado, conforme já apresentado, justificava a atuação do Estado.

Assim, partindo deste princípio geral, é possível questionar se o mercado de serviços de saúde é um mercado com características competitivas e capacidade auto-regulatória, sendo desnecessária a presença do Estado, ou se sua conformação apresenta alguma das falhas aludidas justificando, mesmo à luz da teoria tradicional, a interferência do Governo direta ou indiretamente. Pode-se, portanto, a partir da análise da regulação econômica, entender a necessidade da regulação na saúde.

Utilizando a mesma ordem apresentada anteriormente, quando foi apontada a Existência de Externalidades, como a primeira falha de mercado, pode-se começar questionando se no mercado de serviços de saúde está presente algum tipo de externalidade. A apresentação de alguns exemplos de ocorrências neste mercado pode clarear a questão: quando uma pessoa deixa de se vacinar contra uma doença transmissível, ela estará pondo em risco a vida de outras pessoas naquela comunidade; quando uma empresa farmacêutica coloca no mercado um remédio que traz efeitos colaterais mais sérios que a cura a que se propõe, ela está colocando em risco a vida das pessoas e está imputando custos à sociedade em termos de cura; quando uma pessoa, sem licença médica, faz atendimentos e prescreve remédios sem base científica, ela está colocando em risco a vida do paciente diretamente e de outras pessoas que o rodeiam; quando um hospital se propõe a funcionar em condições precárias, ele está pondo em risco a vida das pessoas.

Em todos estes casos, é comum o fato de que a ação de um dos agentes deste mercado está influenciando de forma negativa outro agente, sendo que o mercado não tem como imputar o custo àquele que causou o malefício. Aqui, assim como em qualquer outro mercado em que seja detectada a existência de externalidades, a presença do Estado se faz necessária, visando à proteção das relações entre os agentes econômicos.

A segunda falha de mercado abordada anteriormente, às páginas 66 e 67, diz respeito à inexistência de um comportamento competitivo por parte dos agentes econômicos ou à ocorrência de um comportamento de monopólio, derivado seja da

existência de monopólios naturais, seja da assimetria de informações entre os atores do mercado.

Quanto à existência de monopólios naturais ou ainda o fato de que os retornos sejam crescentes, assim como em outros mercados, no caso dos serviços de saúde, são enfrentados problemas relativos à alocação ótima dos recursos. Novamente aqui, a visão de alguns exemplos ajuda a esclarecer a discussão: a) não é possível pensar na existência de um mercado competitivo na disponibilização de leitos hospitalares em dada região. É certo que os hospitais, frente aos investimentos ou aos recursos físicos e de equipamentos mínimos necessários, apresentam um comportamento de retornos crescentes até determinado ponto³²; b) a restrição à livre entrada neste mercado, imposta pela necessidade de licenciamento dos profissionais médicos, ainda que situação semelhante exista também em outras profissões, ocorre aqui de forma mais vigiada. Isso não só aumenta os custos dos serviços médicos, mas também impõe uma espécie de monopólio ou uma barreira à entrada, dificultando um comportamento competitivo neste mercado; c) a prática de preços discriminados, algo incompatível com um mercado competitivo, é corrente entre os médicos, levando ao que Arrow (1963, p. 145) chamou de “monopólio coletivo”.

A terceira falha de mercado, exposta da página 67 até a página 72, diz respeito à existência de uma assimetria de informação ente os agentes econômicos, levando um dos agentes a ter um comportamento de monopólio (não competitivo) em relação ao outro e impedindo que o mercado, eficazmente, faça a alocação dos recursos ou distribua o excedente gerado. Novamente esta situação não é encontrada unicamente no mercado dos serviços de saúde, porém aqui, esta falha de mercado não somente está presente, mas o faz de forma exacerbada. Detalhar a questão da assimetria de informação, especialmente na relação médico/paciente é uma forma de melhor entender a especificidade deste mercado. Embora as outras falhas de mercado ocorram, certamente é por meio da assimetria de informação que mais afloram as particularidades do mercado de serviços de saúde.

³² Estudos desenvolvidos pela World Health Organization mostram que a escala ótima de hospitais situa-se entre 100 a 450 leitos e que há uma correlação entre a quantidade dos serviços hospitalares e a qualidade da atenção prestada (WHO, 2000).

Neste mercado, o comportamento esperado do vendedor de serviços de saúde difere dos demais vendedores presentes em outros mercados. A particularidade do produto vendido (cuidados com a saúde, diagnóstico, cura, etc), aliada ao fato de que ele não pode ser testado antes de ser usado, faz com que do médico (vendedor) não se espere um comportamento do tipo *selfish behavior*, mas uma atitude focada no bem-estar do consumidor (paciente), sendo que “a obrigação da melhor prática faz parte da mercadoria vendida pelos médicos, ainda que isso não esteja sujeito à inspeção do comprador [paciente]” (ARROW, 1963, p.147, tradução nossa). Isso gera um “elemento de confiança” na relação, trazendo conseqüências diversas. Por um lado, os médicos não podem agir ou sequer parecer que agem de forma a maximizar sua renda a cada momento, comportamento este não só aceito como normal, mas desejado em qualquer outro mercado.

Por outro lado, a desigualdade de informação entre médico/vendedor e paciente/comprador faz com que o paciente renuncie à sua liberdade de escolha em prol do médico. A este cabe definir, à luz dos avanços técnicos do momento, qual o melhor tratamento a ser prescrito, tendo ainda como pressuposto que “*compromise in quality, even for the purpose of saving the patient money, is to risk an imputation of failure to live up to the social bond*”. (ARROW, 1963, p. 148)³³.

Em resumo, dada a especificidade de uma relação baseada na confiança aliada à existência de barreiras para que as informações fluam entre os agentes, é gerado um mercado atípico, no qual do médico/vendedor espera-se um comportamento não maximizante, e, o paciente/consumidor não pode exercer seu direito de livre escolha, ou seja, duas características determinadoras da “liberdade de ação” esperável e necessária aos agentes para o funcionamento do livre mercado.

A conclusão que daqui emerge é que, na falta de instituições sociais capazes de regular as relações neste mercado, ou especialmente na ausência de interferência do Estado, a possibilidade de se atingir uma alocação ótima dos recursos sob a perspectiva da coletividade é praticamente inviável. Sob a

³³ Esta frase de Arrow pode ser entendida como “o comprometimento da qualidade, ainda que com a proposta de poupar o dinheiro do paciente, é um risco muito grande e capaz de imputar uma falha no acordo social, de sempre ser feito o melhor”.

perspectiva do indivíduo, a vulnerabilidade a que ele ficaria exposto é também elevada.

2.3.3 Os objetivos estratégicos de políticas públicas

Diante do exposto anteriormente, fica claro que, mesmo sob a perspectiva do bom funcionamento do mercado, pelo enfoque econômico ou, ainda, sem levar em consideração qualquer aspecto social, a estrutura do mercado de serviços de saúde requer talvez mais que em qualquer outro setor de atividade, que o Estado se faça presente.

Pressupondo que o que vem ocorrendo nas últimas décadas se confirme como tendência futura de que os sistemas de saúde tenham uma conformação mista, no sentido de que convivam neste mercado os setores público e privado, mais se faz necessário que o Estado cumpra seu papel de regulador das relações entre os agentes, sendo que alguns objetivos de política devem ser perseguidos.

O primeiro objetivo deve ser a busca da equidade no atendimento aos cidadãos. Mesmo nos países como Estados Unidos, onde o sistema de saúde é em grande parte privado, coube ao Estado proteger aqueles “rejeitados” pelo mercado, seja pela incapacidade de pagamento, os pobres que são atendidos pelo sistema *medicaid*, seja pelo custo elevado de manutenção da atenção, os idosos, que são atendidos pelo *medicare*³⁴, de forma a perseguir o objetivo aludido ou de garantir um atendimento satisfatório.

Uma segunda razão para a participação do Estado neste mercado é a eficiência, ou seja, produzir o máximo com o menor custo. Conforme se observou acima, a existência de economias de escala neste mercado impõe um papel regulador ao Estado, posto que a melhor alocação dos recursos não será obtida com um mercado livre e competitivo. Também o fato de que os provedores dos serviços de saúde, principalmente os médicos, possuem uma informação muito maior que aqueles que buscam os serviços faz com que detenham um poder de monopólio neste mercado. Isso poderia determinar uma elevação muito grande dos preços,

³⁴ O *medicaid* e *medicare* são os programas públicos de saúde nos Estados Unidos. Enquanto o primeiro atende aos pobres, o segundo atende aos idosos pobres. Maiores detalhes podem ser vistos no capítulo 3 a seguir, especificamente às páginas 121 a 123.

impondo assim ao Estado a necessidade de contrapor-se este poder dos provedores.

Uma terceira razão a ser considerada é a eficácia na utilização dos recursos, ou seja, cabe ao Estado cuidar para que os recursos produzam o impacto necessário sobre a saúde da população. Os riscos, por exemplo, de uma doença contagiosa ou epidêmica atingem a população como um todo e não apenas o indivíduo.

Considerando, portanto, a persecução da equidade de atenção à saúde e da eficácia e eficiência na alocação dos recursos, é decisiva a participação do Estado no mercado. O que isso tem representado em termos de custo e as políticas adotadas nos diversos países na conformação de seus sistemas de saúde é o que será tratado no capítulo seguinte.

No primeiro capítulo, foi feito um paralelo entre o processo de desenvolvimento do sistema capitalista e o desenho de Estado que daí emerge, a cada momento. Mantendo a mesma lógica aí adotada, neste segundo capítulo, buscou-se mostrar que a retomada das orientações de cunho liberal que dominam o cenário econômico, após a inflexão sofrida pelo capitalismo no início dos anos 1970's, impôs um movimento de retração da presença do Estado na Economia.

Esse movimento definiu um novo formato para a relação entre o Estado e o mercado, no qual, o Estado reduz sua atuação direta como produtor e prestador de serviços e, ganha uma nova função de intervir no mercado indiretamente, através da regulação.

A análise do debate sobre a regulação no mercado produtor de bens e serviços de saúde foi apresentada, com o intuito de trazer à tona as especificidades deste mercado, reafirmando a necessidade da presença do Estado, até mesmo pelas teorias mais conservadoras.

A contemporalização dos dois debates, feita nesta primeira parte do trabalho, é um instrumento básico para compreender as escolhas feitas pelos diversos países, em termos de sistemas de proteção social, assim como para entender as transformações por que têm passado, a partir dos anos 1980's.

A segunda parte do trabalho vai apresentar a experiência concreta em termos de adoção de sistemas de proteção social. Neste sentido, o capítulo 3, mostra e discute as experiências vivenciadas por alguns países desenvolvidos selecionados –

Inglaterra, Canadá, Espanha e Estados Unidos – e, o capítulo 4, discute o modelo de proteção à saúde adotado no Brasil.

PARTE II - A Evolução dos Sistemas de Saúde: avanços e dificuldades

All modern governments recognize a responsibility for the health of their people. They are all moving in the same direction towards the same objective, but they differ vastly as to the distance they have travelled along the way, and very significantly as to the route they have chosen. (T. H. Marshall)

Introdução

O capítulo anterior terminou com a conclusão de que, seja sob a perspectiva microeconômica de funcionamento dos mercados, seja sob a perspectiva macroeconômica da lógica de desenvolvimento do capitalismo e, finalmente, sob a ótica de proteção da sociedade, não é possível conceber um sistema de proteção social, e particularmente de saúde, entregue às livres forças de mercado. A presença do Estado se faz fundamental em qualquer uma destas linhas de raciocínio ou focos de análise.

Esta análise setORIZADA não deve ser invalidada pelo debate geral que, de acordo com Ibañez e Castro (2005), vem sendo travado nas últimas décadas, quanto ao papel do Estado e a definição de suas funções, em face de mudanças ocorridas nos campos, econômico, político, social, epidemiológico e técnico/científico.

O debate não se trava mais com o objetivo de discutir a presença ou ausência do Estado, mas de definir qual o seu papel ou quais as suas funções. Trata-se de discutir o que a sociedade em cada país vai eleger ou tem elegido, como elemento prioritário na proteção de seus cidadãos. Requer, principalmente, entender e apontar caminhos capazes de fazer a relação entre os setores público e privado no âmbito da saúde, efetivamente estar sob o controle da sociedade, através do aparato do Estado, responsável último pela prestação destes serviços, para que seja, resguardada a qualidade e equidade dos mesmos.

O objetivo último desta PARTE II do trabalho é refletir sobre a relação entre o Estado e o mercado ou o papel que tem sido desempenhado pelo Estado brasileiro

no âmbito da saúde, que continua sendo, após quase vinte anos de criação do SUS, um setor carente de atenção e repleto de iniquidades.

Considerando que a saúde, mesmo guardadas as devidas diferenciações, tem sido apontada como uma área de dificuldades na maioria dos países, o capítulo 3 vai levantar a experiência internacional, através da apresentação dos sistemas de saúde de alguns países selecionados.

Como conseqüência de questões diversas já discutidas na Parte I deste trabalho, na maioria dos países, especialmente nos desenvolvidos, pode ser verificada uma dominância de modelos públicos de Sistemas de Saúde, financiados com recursos fiscais, com exceção dos Estados Unidos, onde, desde sempre, a opção foi por um sistema regido pelas regras de mercado.

A partir dos anos 80's, o desaquecimento da economia, o aumento da demanda por serviços de saúde, a elevação dos custos e as iniquidades no acesso aos serviços em alguns países, têm levado a um processo de reforma nos sistemas de saúde nos diversos países desenvolvidos, assim como na América Latina.³⁵

Ainda que esta reforma tenha tomado contornos diferenciados, em função de processos históricos e políticos de desenvolvimento dos diversos países, de seus sistemas básicos de saúde e do próprio desenho institucional destes sistemas, em sua maioria, ela significou um redesenho ou uma reestruturação dos sistemas de saúde, **envolvendo questões relativas ao papel do Estado, do mercado e dos interesses sociais e individuais de proteção.**

Assim, no capítulo 3, o objetivo central é abordar os contornos desta reforma, buscando aprofundar suas origens e motivações, assim como o estado atual das mesmas, ressaltando seus avanços e dificuldades. Com isso, será possível apreender melhor o que tem ocorrido nos países mais desenvolvidos, entender como se dá a convivência entre os interesses do mercado e os interesses individuais e sociais de proteção, assim como apontar qual tem sido a atuação do setor público na busca da harmonização destes interesses, considerando que, como visto anteriormente, este é um papel, por excelência do Estado.

Para isso, inicia-se o Capítulo 3 com uma discussão dos motivos que levaram à implementação das reformas, particularmente a questão relativa à elevação dos

³⁵ Muitos autores têm tratado das reformas nos Sistemas de Saúde, entre os quais se destacam: Oxley e McFarlan (1994); Medice (2000); Cutler (2002); Giaimo (2002); Docteur e Oxley (2003); Colombo e Tapay (2004).

custos incorridos na prestação dos serviços de saúde. A seguir, serão apresentadas as estruturas de alguns sistemas de saúde, preparando as condições para que seja feita uma análise da reforma em si. Aqui, serão abordados os fundamentos teóricos da reforma, os contornos que ela tem adotado nos países desenvolvidos e os resultados que têm sido obtidos, *vis-a-vis* os objetivos perseguidos.

Sempre que possível, um contraponto com o que tem ocorrido nos países da América Latina, principalmente no Brasil, é também mostrado, além de apresentar uma reflexão sobre possíveis alterações no papel a ser desempenhado pelo Estado, com o que é concluído o presente capítulo.

Não se tem a pretensão de transpor as experiências vivenciadas em outros países, especialmente desenvolvidos, para analisar o sistema de saúde no Brasil, entretanto, entende-se que o seu conhecimento, particularmente das reformas e dos resultados obtidos nestes países, assim como das reflexões que têm sido feitas sobre estas experiências, é sempre um sinalizador na busca do que há de específico no sistema brasileiro e, ao mesmo tempo, impede o cometimento de erros semelhantes.

O capítulo 4 visa refletir sobre o Estado, a partir do desenho que foi tomando o sistema de saúde no Brasil, mostrando as especificidades e contradições que deram forma a uma relação particular entre o Estado e o mercado, sem perder de vista as questões discutidas nos capítulos 1 e 2 e aproveitando, no que couber, as experiências de reforma nos países desenvolvidos.

Neste sentido, inicia-se o capítulo 4 com uma abordagem da evolução e das particularidades do sistema de saúde no Brasil. Um questionamento sobre a oportunidade da reforma ocorrida no sistema de proteção social no Brasil, na Constituição de 1988, é feito, tomando por base a lógica do debate sobre o papel do Estado em nível mundial naquele momento. Por outro lado, o reconhecimento de um viés privatista no sistema brasileiro aponta para alguns dos problemas que foram gerados a partir de uma relação entre os setores público e privado, que se desenvolveu sem orientação ou “controle” bem delimitados.

Logo a seguir, é feita uma discussão dos contornos e do processo de acomodação que foi se delineando na convivência dos setores público e privado na saúde. O objetivo é apontar a dimensão da complementaridade destes dois sistemas, as dificuldades advindas da não delimitação de espaços de atuação e,

principalmente, os problemas gerados pela separação entre quem faz as regras e quem as cobra no âmbito do setor público, nas diversas esferas de Governo.

As dificuldades advindas do retardo na construção de um marco regulatório, considerando a presença constante de um setor privado na prestação dos serviços de saúde, também são tratadas, assim como os rumos seguidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, diferentemente do esperado, não foi capaz de amenizar as contradições geradas pela convivência, em todos os níveis de atenção à saúde, dos setores público e privado.

A seguir, a discussão das questões relativas à governança, das relações entre os atores presentes no amplo sistema de saúde serão fundamentais para completar o ciclo de análise das condições que definiram a estrutura que existe hoje.

3 APRENDENDO COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

3.1 O crescimento dos custos com a atenção à saúde: principais causas e conseqüências

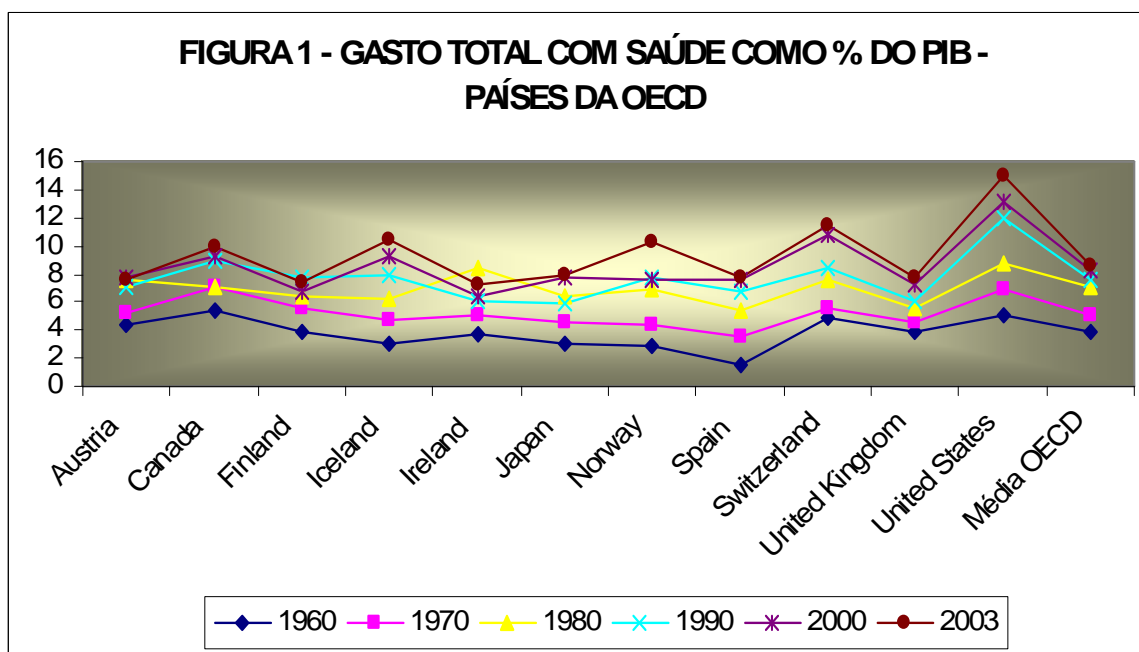
3.1.1 Evolução dos custos com os serviços de saúde

Os dados apresentados pela OECD em 2005, mostram que, nas últimas décadas, as despesas com os serviços de saúde têm crescido na maioria dos países desenvolvidos de forma vertiginosa, seja esta comparação feita em relação ao PIB (Produto Interno Bruto), seja em termos de gasto *per capita*. Países como os Estados Unidos, Suíça, Suécia, Inglaterra, Canadá e Espanha viram os gastos com saúde como percentual do PIB crescerem em montantes que vão de 1,8 vezes a mais de 5 vezes, entre 1960 e 2003.

A FIGURA 1 a seguir apresenta um grupo de países selecionados, para os quais é possível observar o crescimento das despesas com saúde nas últimas décadas como parcela do PIB, independentemente da forma de financiamento dos referidos gastos.

Observa-se que, na média dos 30 países desenvolvidos, membros da OECD, a parcela do PIB gasta com saúde salta de 3,8% em 1960 para 8,6% em 2003, um crescimento equivalente a 2,2 vezes.

Assim, nos Estados Unidos e Suíça, com sistemas de saúde praticamente privados, o gasto com saúde saltou de 5,2% e 3,3% do PIB em 1960 para 15,0% e 11,5% do PIB em 2003 respectivamente. Mesmo sem considerar o nível de cobertura destes sistemas, registre-se o significativo aumento na despesa como percentual do PIB.



Fonte: OECD Health Data 2005

Da mesma forma, tomando o Reino Unido, Dinamarca e Suécia, países que optaram por um sistema de proteção social e particularmente de saúde financiado com recursos públicos, advindos de tributos em geral, observa-se que seus gastos em saúde subiram de 3,9%, 3,6% e 4,7% do PIB em 1960 para 7,7%, 8,8% e 9,2% do PIB em 2002 respectivamente ³⁶ (dados não disponíveis para 2003).

No longo período que vai de 1960 a 2002, é possível fazer ainda algumas observações. Entre 1960 e 1980, a parcela do PIB gasta com saúde, na média dos países da OECD, salta de 3,8% para 7,1%, justificando a preocupação dos administradores e os conseqüentes encaminhamentos das reformas. Como conseqüência, foram envidados esforços nos países membros, no sentido de contenção de custos, os quais surtiram efeito, já que a taxa anual média de crescimento dos gastos com os serviços de saúde cai de 6,2% na década de 1970 para 3,1% nos anos 1980's e 3,3% nos anos 1990's (DOCTEUR, 2003).

Considerando apenas os últimos cinco anos de dados disponíveis (1998 a 2003), a parcela do PIB gasta com saúde, na média dos 30 países membros da

³⁶No Reino Unido, há previsão de crescimento deste gasto para 9,4% em 2007/8. Este tem sido um dos motivos a sustentar a discussão aí travada sobre a necessidade de buscar fontes mais direcionadas de financiamento do National Health Service até mesmo com um tributo específico para a saúde (PETER DRAPER, 2002; JULIAN Le GRAND, 2001)

OECD, cresce de 7,8% em 1997 para 8,6% em 2003. Se por um lado, isso contrasta com o período anterior – 1992 a 1997 -, quando o gasto com saúde ficou praticamente inalterado, por outro, demonstra o esforço deliberado de alguns países, como Reino Unido e Canadá, que viram surgir estrangulamentos em seus sistemas de saúde, devido à contenção de custos ocorrida na metade dos anos 1990's.

Apesar deste crescimento generalizado dos custos, a participação do gasto público no total despendido com saúde não se altera significativamente, representando, na média dos países, 72,3% em 1997 e 72,8% em 2003 (Vide gráfico no ANEXO A, com a parcela de gasto público nos diversos países). Em termos absolutos, entretanto, observa-se também uma elevação no gasto privado (OECD, 2004).

Fazendo a análise em termos de gasto *per capita*, conforme apresentado no QUADRO 1 a seguir, na média dos países desenvolvidos, o gasto salta de 66USD em 1960 para 2.308USD em 2003. Considerando os dados da tabela, conforme originalmente apresentados (preços correntes), significa que foram gastos em 2003, cerca de 35 vezes mais em saúde do que em 1960. Se porém, os valores forem deflacionados, o gasto de 2003 equivale a 6 vezes mais, aquele de 1960.

QUADRO 1 - GASTO TOTAL PER CAPITA EM SAÚDE (US\$ PPP)^{b,c}								
Países Seleccionados - OECD								
	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Alemanha	ND	ND	819	1.453	2.398	2.503	2.580	2.996
Austrália	87	ND	658	1.300	2.363	2.699	2.699	2.699
Bélgica	ND	130	576	1.245	2.260	2.490	2.515	2.827
Canadá	107	255	709	1.674	2.580	2.792	2.931	3.003
Dinamarca	66	ND	819	1.453	2.398	2.503	2.580	2.763
Espanha	14	83	328	813	1.497	1.600	1.646	1.835
Estados Unidos	144	347	1.055	2.738	4.540	4.887	5.267	5.635
França	ND	ND	ND	1.509	2.387	2.561	2.736	2.903
Itália	ND	ND	ND	1.321	2.060	2.212	2.166	2.282
Japão	26	130	523	1.082	2.002	2.131	2.139	2.139
México	ND	ND	ND	276	492	536	553	583
Noruega	46	132	632	1.363	2.755	2.920	3.083	3.807
Portugal	ND	46	265	611	1.519	1.613	1.702	1.797
Reino Unido	74	144	445	977	1.813	1.992	2.231	2.231
Suécia	89	270	850	1.492	2.195	2.270	2.594	2.594
Suíça	138	292	891	1.836	3.160	3.322	3.445	3.781
Média OECD	66	102	431	1.286	1.907	2.100	2.144	2.308

Fonte: OECD HEALTH DATA 2005

Nota: a) Austrália, dado relativo a 2001; Suécia, Reino Unido e Japão, dado de 2002

b) Convertido usando Purchasing Power Parities

c) Valores a preços correntes

Usando os mesmos países analisados acima, Estados Unidos e Suíça, a título de exemplo, observa-se que, em termos *per capita*, a diferença entre os dois períodos é ainda maior, ou seja, salta-se de 144 e 138 dólares em 1960 para 5.635 e 3.781 dólares, respectivamente, em 2003. Tomando, por outro lado, o Reino Unido, Dinamarca e Suécia, a análise do gasto *per capita* também demonstra alteração significativa. No Reino Unido, passa-se de um gasto *per capita* de 74 dólares em 1960 para 2.231 dólares em 2002. Na Dinamarca, o salto é de 66 para 2.580 dólares e, na Suécia, de 89 para 2.594 dólares no mesmo período.

A título de comparação, ainda que guardadas as restrições necessárias, o QUADRO 2, apresenta a despesa total com saúde, como percentual do Produto Interno Bruto e em termos *per capita* para os 18 países da América Latina nos anos de 1997 e 2003.

QUADRO 2 - INDICADORES DE DESPESA COM SAÚDE – PAÍSES DA AMÉRICA LATINA*				
	Gasto Total (% PIB)		Gasto Pcapita - USD	
	1997	2003	1997	2003
Argentina	8,1	8,9	1.014	1.067
Bolívia	4,7	6,7	104	176
Brasil	7,4	7,6	528	597
Chile	6,6	6,1	643	707
Colômbia	7,7	7,5	497	522
Costa Rica	6,7	7,3	445	616
Cuba	6,6	7,3	166	251
El Salvador	8,1	8,1	332	378
Equador	4,4	5,1	168	220
Guatemala	3,8	5,4	140	235
Haiti	4,9	7,5	51	84
Honduras	5,4	7,1	126	184
Nicarágua	6,2	7,7	117	208
Panamá	7,4	7,6	398	555
Paraguai	7,6	7,3	320	301
Peru	4,4	4,4	207	233
Uruguai	10	9,8	894	824
Venezuela	5,4	4,5	338	231
Média	6,41	6,99	360,44	410,50

Fonte: World Health Report, 2006

* O México foi excluído por ter sido computado nos países membros da OECD
Taxa de conversão - Tx Internacional do dólar

A parcela do PIB despendida com saúde foi, na média dos países latino-americanos, de 6,4% em 1997 e 6,99% em 2003, ou seja, houve um crescimento de 0,6 ponto percentual, entre os dois anos. No mesmo período, o conjunto dos países desenvolvidos passa de um gasto de 7,8% para 8,6%, tendo crescido 0,8 ponto percentual, mas certamente sobre valores absolutos muito superiores. Em termos de participação no PIB, os países desenvolvidos gastaram, em 2003, 33% a mais que o despendido pelos países da América Latina.

Ainda em termos de gasto como percentual do PIB, observa-se que o Uruguai e a Argentina são os países que mais gastaram quando comparados com os demais países. O Brasil é o quinto colocado entre os que gastaram as maiores parcelas do PIB com saúde em 2003 e, além disso, mantém praticamente inalterado o percentual despendido no período considerado, isto é, 7,4% em 1997 e 7,6% em 2003, ainda que tenha gastado um percentual superior à média da região.

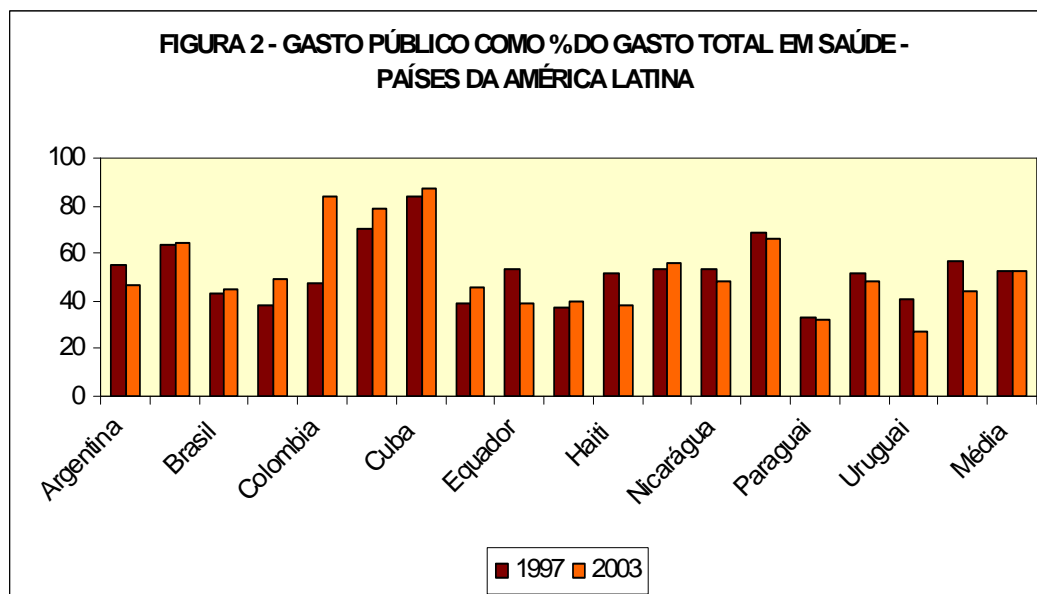
Sob a perspectiva do gasto *per capita*, na média, os países gastaram 360USD em 1997 e 410USD em 2003, ou seja, houve um crescimento de 14% no período³⁷. Aí se observa que o país que tem maior gasto é a Argentina – 1.067USD em 2003, e o que apresenta menor gasto é o Haiti, 84USD no mesmo ano. Quanto ao Brasil, cujo gasto *per capita* é de 597USD em 2003, um valor 45% superior à média da região, observa-se que tem um crescimento inferior a 15%, quando se compara o ano de 1997 e 2003.

A FIGURA 2 a seguir mostra a participação dos gastos públicos no montante total de despesas com saúde nos diversos países da América Latina.

Observa-se uma situação oposta ao que ocorre com os países desenvolvidos. Nestes, os gastos públicos representam, em média, valores sempre superiores a 70% (72,3% em 1997 e 72,8% em 2003), enquanto que, nos países latino-americanos, a participação dos gastos públicos no total despendido com saúde é de 52% em 1997 e em 2003, variando de 27% no Uruguai a 87% em Cuba.

Colocando em outros termos, enquanto nos países desenvolvidos houve e continua havendo uma clara opção por sistemas públicos de saúde, na América Latina, esta opção é diversificada. Mesmo no Brasil, onde há um sistema de saúde público e universal – SUS -, os dados demonstram que, do gasto total com saúde, o setor público participou com 43,5% em 1997 e 45% em 2003, um montante semelhante ao gasto público nos Estados Unidos, que representou 44% da despesa total em 2003 e que, entre os países desenvolvidos, é um *outlier* em termos de sistema público de saúde.

³⁷ Como, na média dos países desenvolvidos foram gastos 2.308USD em 2003, isso significa que nestes, foram despendidos com cada cidadão, quatro vezes mais recursos em saúde que na média dos países da América Latina.



Fonte: World Health Report, 2006

3.1.2 Principais causas de aumento dos custos com os serviços de saúde

Os elevados gastos com os serviços de saúde nos países desenvolvidos, conforme visto acima, têm levado a uma sociedade mais saudável, entretanto, para os *policymakers*, é preciso também determinar se o aumento dos custos é mesmo necessário e se os sistemas de saúde estão ficando mais eficientes. Para responder a esta questão, a primeira análise a ser feita é buscar as causas da elevação dos custos com os serviços de saúde.

Muitas razões podem e vêm sendo apontadas por diferentes autores (LE GRAND, 2001; OXLEY e MAC FARLAN, 1994; DOCTEUR, 2003) como determinantes do aumento dos gastos com os cuidados em saúde. Os principais motivos apresentados são o aumento da demanda por serviços de saúde em função do crescimento da renda; o envelhecimento da população; o aumento da cobertura dos sistemas de saúde; o surgimento e difusão de novas tecnologias; o aumento dos custos administrativos e com treinamento no setor.

Do lado da demanda, é possível mostrar que existe um crescimento na procura dos serviços de saúde por parte dos consumidores em função do aumento da renda. O atendimento às necessidades básicas vai permitindo e levando a outras

demandas. Por outro lado, o próprio setor público incentiva a busca dos serviços de saúde, visando a uma sociedade mais saudável.

O envelhecimento da população é outro fator do lado da demanda, apontado como determinante do aumento dos custos com os serviços de saúde. Docteur (2003), salienta que os custos com a atenção à saúde tendem a aumentar a partir da idade de 45 anos, voltando a cair para os muito velhos. Apesar disso, tanto a autora como Oxley e Mac Farlan (1994) mostram que, embora considerado um fator importante na elevação dos custos o aumento do tempo de vida e, portanto, o crescimento do número de pessoas idosas, este ainda é um fator com influência pouco significativa no resultado dos custos que vem ocorrendo nas últimas décadas. Mantendo-se no futuro o atual modelo de custo relacionado à idade, as projeções da OECD são de que “o fator idade fará elevar a despesa com saúde em uma média de 2% do PIB em 2050” (DOCTEUR, 2003, p.1tradução nossa).

No que tange à oferta, destaca-se que o aumento da cobertura dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos tem levado naturalmente a uma elevação absoluta dos custos com os serviços de saúde e em condições de crescimento mais lento da economia, isso levou também a uma maior participação deste dispêndio no Produto Interno Bruto.

Por outro lado, o aumento real dos custos com os serviços de saúde, também prende-se ao fato de que esta é uma área intensiva em trabalho e na qual tem havido uma crescente elevação dos custos para “manter médicos, enfermeiros e *support staff* bem treinados, além de um crescente custo com administração do sistema” (DOCTEUR, 2003, p. 1, tradução nossa), mesmo que alguns indicadores como a redução do número de leitos hospitalares, aponte na direção oposta ³⁸ reafirmando a importância do fator tecnologia na determinação dos custos.

Deixada propositalmente para o final, a análise do fator tecnologia mostra seu significativo peso para o aumento das despesas com os serviços de saúde, sendo isso um consenso entre os estudiosos do tema. Apesar disso, “a estimativa desta contribuição é objeto de grande debate, com estudos sugerindo que a tecnologia médica responde por valores entre 10% e 40% do aumento nos custos com saúde”

³⁸ Nos países desenvolvidos, tem havido um crescimento, ainda que lento, do número de médicos por 1.000 habitantes, sendo que em 2003, esta relação era de 2,9:1.000hab. Por outro lado, o número de leitos hospitalares tem reduzido nos últimos 20 anos, tendo passado de 4,4:1.000 hab em 1980 para 2,8:1.000hab em 2003, fruto da redução da média de permanência nos hospitais e do incremento de cirurgias ambulatoriais (OECD HEALTH DATA 2005, 2005).

(VIANNA e CAETANO, 2001).

A tecnologia em saúde pode ser entendida de forma mais abrangente como aquela que

incluiria um conjunto amplo de coisas, que vão desde conhecimentos concretamente incorporados em artefatos (novas drogas, novas vacinas e novos equipamentos), como também os vários conhecimentos subjacentes a novos procedimentos e técnicas e a novas formas organizacionais dos serviços de saúde. (VIANNA e CAETANO, 2001, p.18).

Assim, é possível dizer que as tecnologias em saúde poderiam ser agrupadas em fármacos, inclusive vacinas e produtos sanguíneos; equipamentos e dispositivos, inclusive marcapassos e kits de testes diagnósticos; procedimentos médico-cirúrgicos, psicoterapia e angiografia coronária, entre outros; sistemas de apoio, laboratórios e bancos de sangue, entre outros; sistemas organizacionais e gestão dos cuidados em saúde em geral (VIANNA e CAETANO, 2001).

O peso significativo que, acredita-se ter a tecnologia, no aumento dos custos com os serviços de saúde, advém da especificidade de sua utilização, que difere daquilo que ocorre nos outros setores da economia.

Nos diversos setores econômicos, a difusão da tecnologia é lenta porque é um fator importante da competição entre as empresas. Assim, aquela empresa que descobre um novo e em geral mais barato método de produção o defenderá da concorrência posto que isto será fator fundamental para o incremento dos lucros, ganhos de *market share*, etc. Por outro lado, trata-se de um processo de substituição: a nova tecnologia ocupa o espaço da velha, que se torna obsoleta, inclusive por ser mais cara.

Na saúde, o processo de difusão é mais rápido. Um novo procedimento médico ou uma nova técnica de tratamento são incorporados pelos diversos profissionais de forma acelerada, mas, em compensação, as tecnologias na área da saúde não são substitutas, pelo contrário, são cumulativas. Como se pode constatar no caso da utilização da ressonância magnética que não exclui o uso da tomografia computadorizada nos testes de diagnóstico; o uso de antibióticos não substituiu a

aplicação dos antiinflamatórios; a realização de uma ultra-sonografia não exclui o uso do diagnóstico com raios X para detectar o câncer de mama.³⁹

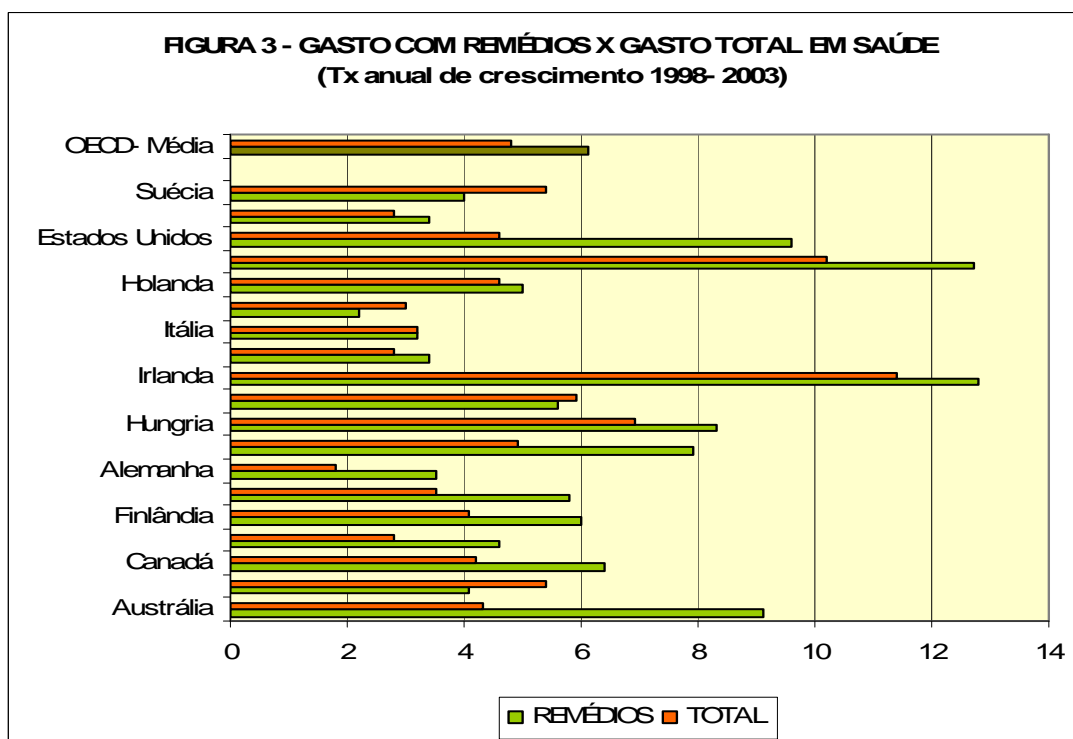
Um outro exemplo do peso do fator tecnologia no aumento dos custos em saúde pode ser visto através dos fármacos. Se, nos anos 70's, o crescimento dos serviços hospitalares foi considerado o fator mais importante na elevação dos custos, a partir dos 80's e anos 90's, os custos com os produtos farmacêuticos tem sobrepujado os demais custos na área da saúde, o que reflete a introdução de novas e mais caras drogas.

O gasto com produtos farmacêuticos cresceu mais que 70% em termos reais entre 1990 e 2001 na Austrália, Canadá, Finlândia, Irlanda, Suécia e Estados Unidos, representando, em 2001, aproximadamente 10% do gasto total na média dos países membros da OECD e mais de 20% na França e Itália (OECD HEALTH DATA, 2003).

Entre os anos de 1998 e 2003, o crescimento dos gastos com os fármacos (6,1%) deu-se na média anual, de forma mais rápida que o crescimento nos gastos totais com saúde (4,8%), atingindo um montante que varia de 9,8% na Dinamarca a 38,5% na República Eslováquia, dos custos totais com os serviços de saúde em 2003, nos diversos países desenvolvidos. Na média dos países, os fármacos responderam por 17,8% dos gastos totais com saúde em 2003 (OECD HEALTH DATA, 2005).

A FIGURA 3 a seguir, mostra a taxa média anual de crescimento dos gastos com os produtos farmacêuticos para alguns países desenvolvidos, comparando-os com indicador semelhante nas despesas totais com saúde. Chama atenção o caso dos Estados Unidos, Austrália, Áustria e Alemanha, onde a taxa média de crescimento dos custos com os fármacos entre 1998 e 2003 é maior que o dobro da taxa de crescimento anual dos serviços de saúde como um todo.

³⁹ Pesquisa sobre os custos agregados no acompanhamento de procedimentos de diagnóstico em um programa de *screening mammography* nos Estados Unidos mostra que, de cada 10.000 procedimentos de mamografia feitos para diagnosticar a existência de câncer, foram feitos outros exames complementares na seguinte proporção: Diagnóstico com raios X – 647, Ultra-sonografia - 358, *Fine needle aspirations* – 104, Biópsia – 209, Exames repetidos ou consultas cirúrgicas – 500; totalizando 1.818 procedimentos extras, ou seja, 18,18% dos procedimentos iniciais de mamografia, a um custo total de 234.868 dólares (MANSLEY e DUNET, 1997 in MANSLEY e MCKENNA, 2001).



Fonte: OECD Health Data, 2005

Em síntese, seja qual for a perspectiva utilizada para analisar a evolução dos custos dos serviços com saúde nos países desenvolvidos, o resultado será sempre de um crescimento, via de regra, acelerado. Por outro lado, o grande responsável pelo aumento dos custos tem sido apontado como sendo o fator tecnologia. Vale ressaltar que a utilização de novos, mais sofisticados e mais caros equipamentos de diagnóstico pode ser um fator explicativo de por que, mesmo reduzindo os custos hospitalares e buscando resolutividade através da atenção primária e secundária, em tese, com custos menores que os relativos à hospitalização, os custos totais com saúde não reduziram conforme seria esperado. A isso se acrescentem os gastos com os fármacos, que estão aumentando sua participação no gasto total, mostrando que seus custos têm crescido de forma mais acelerada que os gastos totais com saúde, conforme já explicitado.

A consequência deste comportamento dos custos tem sido uma preocupação constante dos *policymakers* no sentido de buscar alternativas capazes de, pelo menos, desacelerar as taxas de crescimento dos mesmos. Em outras palavras, a principal motivação para as reformas, que aqui se pretende analisar, encontra-se nesta elevação das despesas com saúde, que tem disputado com outros setores, como educação, a alocação dos recursos.

Alie-se a tudo isso o fato de que a desaceleração da economia, já aludida anteriormente, faz com que o setor público se sinta cada vez mais pressionado na prestação do serviço a uma população freqüentemente demandante, ao mesmo tempo em que se vê com mais dificuldades para atender a esta procura. Com isso, está traçado um quadro propenso a que sejam feitas reformas, em geral visando ampliar a participação do setor privado, com o objetivo de, em última instância, reduzir a despesa pública com saúde.

A questão que se coloca e que será analisada mais à frente é: até que ponto, a ampliação da participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde trouxe efetivamente uma redução dos custos totais e, especialmente, das despesas públicas?

3.2 A estrutura dos sistemas de saúde em países selecionados

Conhecer a estrutura do sistema de saúde de alguns países desenvolvidos é sempre um instrumento para pensar o sistema de saúde no Brasil. Assim, apresenta-se, a seguir, a conformação de alguns sistemas selecionados, tendo em mente exemplificar sistemas cujo modelo de financiamento é público e sistemas cujo modelo é basicamente privado.⁴⁰

3.2.1 Sistemas de saúde com predominância de financiamento público: o caso do Reino Unido, Canadá e Espanha

Enquadrados no modelo descrito como “institucional – redistributivo”, a característica principal que une estes sistemas de saúde é que existe um suporte conceitual de solidariedade entre os cidadãos para a proteção de todos. Isso significa que a saúde é eleita como importante para aquela sociedade e que cada cidadão terá direito aos serviços de acordo com sua necessidade e não sua

⁴⁰ A tipificação dos modelos de sistemas de proteção social que nascem no bojo do *Welfare State* é ilustrativa para a análise que será feita aqui (Ver capítulo 1).

capacidade de pagamento. O atendimento de caráter universal e financiado com recursos fiscais define este tratamento público dado ao sistema de saúde.

Muito embora tenham em comum o fato de serem financiados com recursos do Tesouro e serem estatutariamente universais, estes sistemas de saúde apresentam particularidades estruturais nos diversos países. Com o intuito de exemplificar formatos diferenciados de um mesmo conceito, apresenta-se, abaixo, a estrutura central dos sistemas mencionados.

A) O Sistema Inglês de Atenção à Saúde (NHS)⁴¹

Todos os residentes do Reino Unido possuem uma cobertura de saúde feita pelo *National Health System*, o qual é financiado com recursos fiscais. Ainda que seja permitida a existência de um sistema privado, ele é marginal e não mais que 10% da população possuía em 2000 alguma forma de cobertura de saúde privada (COLOMBO e TAPAY, 2004), que tem um caráter suplementar ou de substituição da proteção pública para uma pequena parcela da população. Esta baixa cobertura privada é refletida na parcela de cerca de 17% do gasto total com saúde, que, em 2002, vinha de formas diferenciadas de financiamento privado, sendo o restante de 83% do gasto total com saúde de responsabilidade do Estado.

Desde a criação do NHS em 1948 até final dos anos 80's, o Governo central tinha total controle sobre o sistema de saúde, mantendo a responsabilidade de garantir saúde universal, através de recursos tomados do Orçamento Global. O sistema era composto pelo Department of Health (DoH); os Regional Health Authorities (RHAs), que eram responsáveis pelo planejamento regional, serviços especiais e por supervisionar os District Health Authorities (DHAs). Estes cuidavam do planejamento para a população local e repassavam os recursos dos orçamentos regionais aos hospitais, que usavam estes recursos para operar os próprios hospitais e demais serviços de saúde da comunidade. A atenção primária era organizada em torno do médico de família, o qual sempre foi de livre escolha dos pacientes, e dos GPs (*gatekeepers*) e que eram supervisionados pelos Family

⁴¹ Obras consultadas para a descrição do NHS, Giaimo (2002) e Oxley e MacFarlan (1994).

Practitioner Committees, que, após 1989, passam a chamar Family Health Service Authorities (FHSAs) (GIAIMO, 2002).

Havia um controle rígido do orçamento, feito sob o comando do NHS, mas, de acordo com Oxley e MacFarlan (1994), isso só era obtido através de um sistema inflexível de alocação de fundos para os hospitais, o que foi sempre associado com longas filas e uma falta de sensibilidade quanto às necessidades e preferências dos pacientes.

Apesar do aparente controle e rigidez em termos de comando, diversos problemas eram apresentados pelo sistema. Na concepção de Margareth Thatcher, então primeira-ministra, os principais eram: a) dificuldades de governança no NHS, sendo que este era sempre responsabilizado pelos problemas da saúde, ao mesmo tempo que não tinha um controle efetivo sobre os médicos e sobre muitas das decisões administrativas tomadas nos níveis locais; b) a carência de flexibilidade no sistema de comando e controle fazia com que não houvesse incentivo para aumento da eficiência dos serviços médicos; c) a existência, de listas de espera, levava alguns pacientes a buscar atendimento privado, permitindo-os “furar” a fila, o que era visto por muitos como uma quebra no princípio da equidade.

A reforma levada a cabo por Margareth Thatcher tem, no centro, a idéia de incentivo à concorrência, buscando aumentar a eficiência dos médicos e administradores⁴², o que reafirma sua concepção de Estado, na qual, por um lado,

divide com os neoliberais o repúdio a uma excessiva interferência do Estado na economia e na proteção social, posto que isso causaria rigidez econômica e [...], por outro lado, defende a necessidade de um Estado forte no sentido de que deve ter autonomia da sociedade para estar apto a governar e tomar decisões com autoridade (GIAIMO, 2002, p. 49, tradução nossa).

Basicamente a reforma incluía a transformação dos atores do sistema em provedores e compradores de serviços de saúde, clínicos e hospitalares. O primeiro

⁴² A motivação da reforma se centrava na crença de que era possível ter um sistema alternativo, no qual as vantagens do NHS fossem mantidas - cobertura universal, atenção virtualmente gratuita à saúde e um efetivo controle de custos -, ao mesmo tempo, que fossem expandidas as possibilidades de escolha dos consumidores e fossem reduzidas as ineficiências da oferta de serviços através da competição entre provedores de serviços clínicos e hospitalares (OXLEY e MacFARLAN, 1994, p. 34, tradução nossa).

grupo de compradores são os DHAs, que, antes, tinham sob sua administração direta hospitais em sua área de atuação e que proviam os cuidados de saúde diretamente à população. Agora os District Health Authorities, que continuavam a operar sob orçamento definido, ganhavam a liberdade de comprar serviços de saúde tanto do NHS como de hospitais privados, se estes os oferecessem a um custo menor e com maior agilidade. Isso fazia com que os provedores de serviços, competissem entre si para “vender” os serviços aos DHAs, mas também, como “*money would follow patients*”, era possível *by* passar as filas de espera.

O segundo grupo de compradores eram os *fundholders*,

grupo de médicos de atenção primária (GP's) que administravam um orçamento, que era usado para assegurar um conjunto de serviços de atenção primária e hospitalar para seus pacientes (OXLEY e MacFARLAN, 1994, p. 35, tradução nossa).

Estes *fundholders* recebiam recursos fixos *per capita* para financiar a atenção primária, mas também compravam serviços diversos dos hospitais, para seus pacientes, inclusive pequenas cirurgias, diagnósticos e exames laboratoriais, competindo desta forma com os DHAs e seguradoras privadas na compra de certos serviços.

As reclamações dos médicos através da British Medical Association (BMA), principalmente contra os *fundholdings*, que eram considerados ineficientes por pulverizar as compras de serviços, fizeram com que, na primeira administração de Tony Blair, em 1997, uma nova reforma fosse proposta para o NHS. É retomada a lógica de governança fundada sobre um híbrido de corporativismo (domínio dos médicos) e de hierarquia estatal (é mantido o centralismo e a responsabilidade do governo central), enquanto que a competição é reduzida (GIAIMO, 2002).

A reforma de Blair amplia o tempo dos contratos dos provedores e compradores de um para cinco anos; são abolidos os GP's *fundholdings*, sendo criados os Grupos de Atenção Primária (PCGs), incluindo outros profissionais de saúde além de médicos; os *trusts* dos hospitais foram obrigados a incorporar representantes da comunidade; foram mantidos os procedimentos de auditoria médica, mas criou-se o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE) e a Comissão para Melhoria da Saúde (CHI).

Em resumo, a reforma feita pelo primeiro-ministro Tony Blair, cujo diagrama resultante pode ser visto no ANEXO B, traz uma relativização dos mecanismos de mercado anteriormente introduzidos, sem abandoná-los totalmente. Tony Blair busca modernizar o sistema, alocando mais recursos sem se afastar da manutenção de um orçamento centralizado, ao mesmo tempo que encorajava a compra de serviços privados, visando reduzir o tempo de espera dos pacientes, especialmente quando a oferta do setor público não era suficiente. Manteve os padrões de performance através do Instituto Nacional de Excelência Clínica e forneceu mais recursos e maior liberdade para a implantação de políticas locais.

B) O Sistema Canadense de Atenção a Saúde

O Sistema Público Canadense de Atenção à Saúde também tem uma cobertura de 100% da população residente, sendo financiado com recursos fiscais do Governo Federal e Provincial. Isso não impede que cerca de 70% da população tenha algum tipo de cobertura privada, ainda que em caráter suplementar aos serviços prestados pelo sistema público. Em termos do dispêndio com saúde, cerca de 70% do gasto total, em 2002, vinha de recursos públicos, sendo os restantes 30% complementados com financiamento privado. A título de comparação, em 1990, a parcela do gasto total financiada com recursos públicos era de cerca de 75% (OECD HEALTH DATA, 2004).

Em termos do financiamento dos serviços de saúde, existe um partilhamento entre o Governo Central e o Governo das Províncias, sendo que todas as dez províncias e três territórios do país recebem recursos através de transferências federais, aos quais se juntam recursos da renda geral do próprio província/território. Em alguns casos, existem taxas pagas pelos empregadores e contribuições dos próprios beneficiários, ainda que estas sejam suplementares.

Os recursos que as províncias recebem do Governo Federal estão condicionados aos termos do Canadá Health Act de 1984, termos estes que têm sido renovados periodicamente. É exigido que o sistema provincial/territorial garanta:

- ▶ Abrangência, significando a cobertura de todos os serviços médicos necessários;
- ▶ Universalidade, garantindo o acesso a todos os residentes legais, com um período de carência de três meses;
- ▶ Gestão pública, seja diretamente pelos governos estaduais ou por autoridades por eles investidas deste poder;
- ▶ Portabilidade ou a garantia do acesso fora de seu estado de residência;
- ▶ Acessibilidade, o que significa a inexistência de barreiras ou limites financeiros ao acesso, não podendo ser cobrada nenhuma taxa extra dos pacientes, embora seja permitido, eventualmente, o rateio de custos extras entre o Governo Federal e as províncias. (CANADÁ HEALTH ACT ANNUAL REPORT 2003/2004, 2004; WHITE, 1997, p. 11 e 12).

O volume de recursos transferidos a cada uma das dez províncias é diferenciado, havendo um processo redistributivo em benefício dos estados mais pobres. Por outro lado, é garantido um padrão mínimo e satisfatório de atendimento pelo sistema das diversas províncias, sendo possível haver diferenciações em termos de serviços complementares.

No sistema canadense, há uma explícita segmentação de mercado que permite a convivência dos setores, público e privado de atenção à saúde. Ao seguro privado é permitido atuar somente nos setores em que não haja cobertura de serviços da rede pública. Isso significa que é permitido ao paciente ter um tratamento diferenciado, por exemplo, um quarto particular, mas não é possível que um portador de seguro privado tenha “preferência” no internamento em dado hospital.

As despesas com medicamentos fora do hospital e tratamento dentário, em geral, não são cobertas pelo sistema público ou são parcialmente cobertas. Por isso, cerca de 70% da população possui um seguro privado que dê cobertura a estes serviços e algumas outras regalias, como cirurgias plásticas e terapias alternativas. Quando os serviços são financiados pelos empregadores, conforme é o caso de tratamento dentário, dá-se direito à dedução fiscal por parte dos empregadores.

Em termos da estruturação do sistema, cujo diagrama, pode ser visto no ANEXO C, embora o financiamento seja predominantemente público, os prestadores

de serviços, especialmente os hospitais, são privados e operam com orçamentos definidos pelos Governos Provinciais.

Em função dos problemas advindos da crise fiscal, “para os administradores de hospitais, a definição dos orçamentos provinciais está se tornando um processo cada vez menos semelhante a uma negociação e mais próximo de uma imposição” (WHITE, 1997, p.39, tradução nossa).

Quanto aos médicos, diferentemente do ocorre no Reino Unido, onde eles são assalariados, no sistema Canadense de saúde, cerca de 80% dos médicos que trabalham nos hospitais, são contratados e recebem por serviços prestados (*fee-for-service*). Nos serviços de ambulatório, os médicos são pagos a partir de uma tabela de serviços, definida em cada província.

Observa-se ainda a existência de alguns poucos médicos que atuam totalmente fora do sistema público, atendendo aqueles que se dispõem a um pagamento *out of pocket*, assim como clínicas particulares, que atuam principalmente nas categorias de tratamentos com alta tecnologia e cirurgias de curta estadia, tais como pequenas cirurgias plásticas.

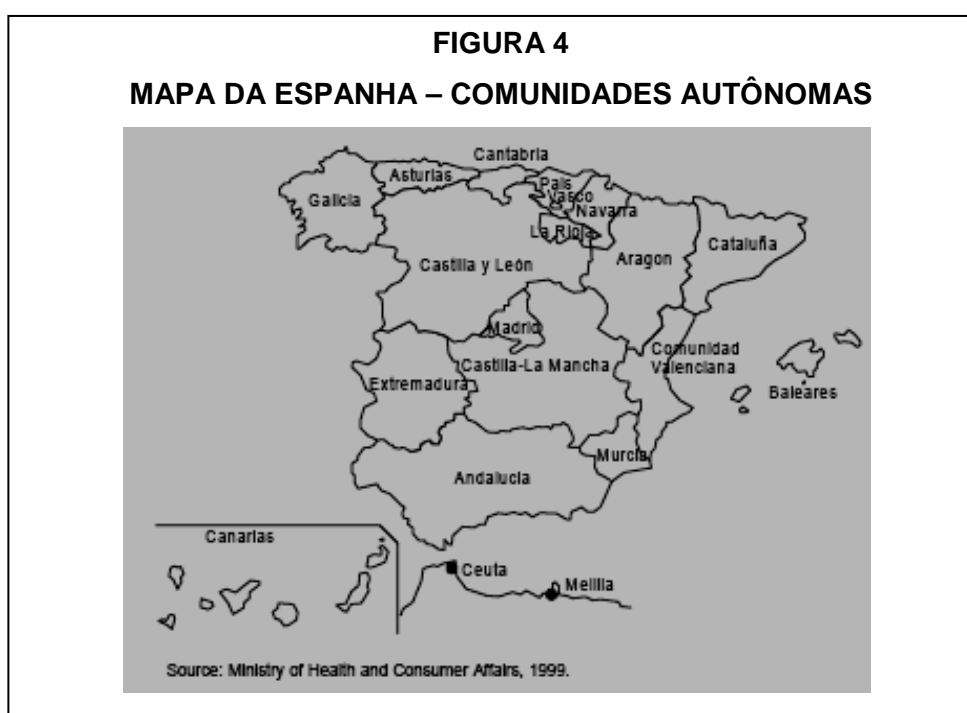
A reforma em andamento no Canadá não visa alterar o caráter universal e público do financiamento⁴³. Como tem havido uma redução na parcela transferida pelo Governo Federal para as províncias, em função do seu esforço para conter o déficit orçamentário (as transferências federais, que, em 1977, respondiam por 44% dos gastos totais, representaram 32% em 1995), o enfoque principal da reforma é sobre a distribuição da responsabilidade pelo financiamento entre os diversos níveis de Governo (LAZAR et al, 2002). Há uma nítida disputa entre as esferas de Governo, no sentido de determinar a responsabilidade financeira do Governo Central e das províncias/territórios.

⁴³ Embora não haja um desejo de alterar o sistema público de atenção à saúde no Canadá, também não é possível dizer que a situação seja sempre tranqüila. As grandes limitações à utilização do sistema privado, aliadas à incapacidade de atendimento do sistema público, conforme demonstram as filas de espera para exames e cirurgias, têm levado as pessoas a questionar esta obrigatoriedade de utilização do sistema público. A Suprema Corte tem tomado decisões no sentido de garantir aos usuários a possibilidade de usar o sistema privado, quando o público não pode suprir a necessidade. O que isso vai significar para o sistema como um todo ainda está por ser avaliado (THE NEW YORK TIMES, June 10, 2005)

C) O Sistema de Saúde Espanhol

Com uma população de cerca de 40 milhões de habitantes, uma renda per capita de US\$16,400 em 1998 e tendo uma expectativa de vida maior que a média europeia, a Espanha tem na Constituição de 1978 seu marco central no sentido do reconhecimento dos direitos fundamentais e da cidadania. Aí foi universalizado o direito aos serviços de proteção social, se reorganizou o aparato institucional, além de ter sido descentralizado o sistema de saúde, devolvendo às Comunidades Autônomas (CCAA) os serviços antes centralizados.

A Espanha está dividida em 17 regiões sanitárias ou Comunidades Autônomas, que desde a Constituição de 1978 vem assumindo gradativamente o seu papel de gestoras autônomas dos recursos repassados pelo governo central, para cumprimento das deliberações relativas às atividades de saúde, *stricto e lato sensu*. A FIGURA 4 a seguir, mostra o Mapa da Espanha com as respectivas Comunidades Autônomas.



Fonte: European Observatory on Health Care System, 2000

As razões para a divisão em Comunidades Autônomas, são dadas na “Ley de Cohesión y Calidad Del Sistema Nacional de Salud”,

a assunção de competências pelas comunidades autônomas [acima apresentadas] constitui um meio para aproximar a gestão da assistência sanitária do cidadão e facilitar assim, garantias quanto à equidade, qualidade e participação. (ESPAÑA... 2003, tradução nossa).

A todos os cidadãos espanhóis e estrangeiros legalmente residentes na Espanha, está assegurada a proteção à saúde, independentemente de sua situação econômica, tratando-se, portanto, de um sistema de caráter universalista;

É garantida a assistência integral compreendendo “as prestações relativas à saúde pública, atenção primária, atenção especializada, atenção sócio-sanitária, urgências, prestação farmacêutica, órtese e prótese, produtos dietéticos e transporte sanitário” (LEY 16/2003, art.7, 2003, tradução nossa);

O princípio da acessibilidade é garantido através do processo de regionalização sanitária que permite um atendimento mais equitativo além da desconcentração dos centros urbanos;

A estrutura e os serviços públicos fazem parte de um sistema coordenado, formando o Sistema Nacional de Saúde, integrado pelos serviços de saúde de cada Comunidade Autônoma, tendo como órgão de coordenação o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, formado por representantes das Comunidades Autônomas e do Governo;

A participação social, se dá em vários níveis, através dos Conselhos de Saúde de Área, do Conselho de Saúde da Comunidade Autônoma e de um Comitê Consultivo vinculado ao Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde;

A Espanha vem crescendo sua despesa com saúde, sendo que em 2003 despendeu 1.835 dólares per capita, conforme apresentado no QUADRO 1, além de ter aplicado 7,6% do Produto Interno Bruto (PIB). Deste montante os recursos públicos respondem por mais que 70% do dispêndio total em saúde.

Quanto ao financiamento, o sistema público que, é responsável pela cobertura de mais de 70% da população, é financiado através de recursos fiscais arrecadados de forma centralizada e alocado às comunidades com base “per capita” , além de recursos da Comunidade Autônoma.

Além deste, existe um sistema privado que cobre ao todo não mais que 17,9% da população e é livre a todos os cidadãos. A população coberta pelo seguro privado era de cerca de 8,9% em 1997, com maior incidência nas cidades maiores como Madri, onde, de 20% a 25% da população possuía seguro privado, em 1997.

A esta parcela (8,9%), somam-se os servidores públicos aos quais é permitido optar pelo sistema público ou pela compra de serviço privado (*civil servant's mutual funds*), sendo que pelo menos 50% destes servidores optaram pelo serviço privado. Estes representam cerca de 9% da população, somando assim o total de 17,9 da população coberta pelo sistema privado (EUROPEAN OBSERVATORY ON ... 2000, p. 46).

Em geral os seguros privados são usados para complementar os serviços públicos, como nas coberturas de tratamento dentário e co-pagamento de remédios.

Quanto à operacionalização do sistema de saúde, mesmo não sendo o único país a adotar a sistemática de separação das funções de provisão e de compra de serviços, o sistema espanhol cuja estrutura pode ser vista no ANEXO D e, especialmente, a Comunidade da **Catalunha**, desenvolveu um sistema que tem sido apontado como exemplar e tem atingido níveis satisfatórios em termos do atendimento às necessidades dos cidadãos e administrativos, na perspectiva do Estado.

A Catalunha possui um modelo que, após muito debate,

é hoje apoiado em amplo consenso político de várias tendências, [sendo que], na eventualidade de mudanças políticas no governo, o modelo catalão não corre o risco de sofrer modificações significativas, pois está pactuado politicamente e se sustenta numa tradição histórica (VÍA, 2001, p. 46).

O funcionamento do sistema é tal que a parte governamental ou o Ministério é responsável pela definição dos objetivos gerais e elaboração das políticas de saúde enquanto os provedores públicos ou privados se ocupam da prestação dos serviços.

Os serviços não são adquiridos diretamente pelo Ministério. Para esta função foi criada a agência de Serviço Catalão de Saúde, ou seja, um órgão autônomo do Ministério da Saúde, que conta com oito delegacias que executam o processo de compra dos serviços nas oito regiões do território.

Inversamente ao que ocorre na Espanha como um todo, na Catalunha os serviços públicos, especialmente os hospitalares, são atendidos por entidades públicas somente em um montante de 30%. Os demais 70%, ou a maioria dos serviços, são prestados por empreendimentos autônomos, dotados de personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos. Dain (2000) argumenta que enquanto,

o segmento estatal trabalha por hierarquização de serviços, responde a uma lógica funcional-orçamentária e responde à contabilidade administrativa, sendo responsável principalmente pela atenção primária, o setor autônomo obedece a lógica contratual e é onde se situa a maior parte dos hospitais. (DAIN, 2000, p. 60).

Muito embora, a separação entre as funções, de compra de serviços ou de financiamento daquela de provisão, se preste à introdução de mecanismos de mercado, particularmente ao incentivo da concorrência entre os provedores, visando à redução de custos ou aumento da eficiência, conforme ocorreu em países europeus (Finlândia, Itália, Reino Unido, Suécia, etc), na Catalunha, não foi incorporada a concorrência entre os prestadores de serviços. Ao contrário, os contratos em si foram os instrumentos utilizados para adesão às metas do Governo.

3.2.2 Sistemas de saúde com predominância de financiamento privado

O Sistema de Saúde dos Estados Unidos

Caracterizado no âmbito do modelo “residual”, o sistema de saúde nesse país tem como característica básica o fato de que a proteção social, particularmente a saúde, não conta com uma rede de solidariedade imposta pelo financiamento partilhado entre todos os membros da sociedade através da receita geral. Pelo contrário, neste modelo cada indivíduo ou grupo familiar busca no mercado formas de adquirir sua proteção contra os infortúnios da doença. Assim, o Estado tem um papel residual ou de suporte aos atores privados, protegendo aqueles deixados, por um motivo ou outro, à margem do mercado, para o que ainda conta com contribuições de empregadores e autônomos.

Certamente, o sistema de saúde americano é o representante maior deste modelo, chamando a atenção pela particularidade de ser um país onde as despesas com saúde são significativamente elevadas (15,0% do PIB em 2003, contra 8,6% na média dos países da OECD no mesmo período, conforme visto anteriormente), apesar de não ter um sistema com cobertura ampla para seus cidadãos.

Enquanto, na maioria dos países desenvolvidos, o Governo garante os cuidados com a saúde a toda a população, nos Estados Unidos, um verdadeiro “*outlier*”, o setor público presta assistência à saúde, somente a uma parcela dos cidadãos. Apenas cerca de 25% da população tem cobertura do sistema público, sendo que os demais 75% dependem da compra de seguros de saúde no mercado. Ainda que seja o país que mais despende com saúde entre os países desenvolvidos (USD 5,635 *per capita* contra USD 2,308 na média da OECD em 2003, conforme já demonstrado), a parcela do gasto total com saúde, financiado com recursos públicos, não ultrapassa a marca dos 44% (OECD HEALTH DATA 2005, 2005)

No sistema americano cuja estrutura esquemática pode ser vista no ANEXO E, a maioria dos médicos é ligada ao setor privado, ainda que não se observe aqui um comportamento corporativo. Os hospitais também são basicamente privados e contratados para prestação de serviços tanto ao grupo que recebe proteção pública como privada.

Diversas tentativas de mudança e reformas foram feitas desde o início do século XX até os anos 80's, sendo que, nesta época,

tanto pagadores privados e públicos, assim como as demais organizações e estruturas componentes do sistema de atenção à saúde, defendiam um arquétipo de liberdade máxima aos médicos individualmente em um modo de governança profissional (GIAIMO, 2002, p. 153), cuja lógica permanece até hoje.

Com recursos públicos, são financiados dois programas básicos - *Medicare* e *Medicaid* -, criados na década de 60, que atendem aos idosos e aos pobres, respectivamente, além de programas menores que protegem os veteranos e famílias dos militares e que cobrem uma parcela pequena da população total.

O *Medicare* é um programa do Governo Federal que dá proteção basicamente aos idosos pobres. No grupo de idosos, cerca de 70% dos americanos têm

cobertura, e quase a totalidade dos demais possui algum tipo de proteção através de seguros privados feitos na juventude. O programa possui uma cobertura menor que a média dos planos privados e, significativamente inferior, se comparado aos planos das grandes empresas. Embora não cubra benefícios farmacêuticos, como muitos dos planos privados, possui maior amplitude de escolha entre os provedores de serviços médicos e efetivamente pouca participação no pagamento dos serviços (*costsharing*), quando comparado com os planos privados.

O *Medicare* se compõe de um seguro hospitalar e um seguro suplementar para serviços médicos, sendo o primeiro disponível a todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que se enquadrem nas condições de participação no sistema de seguro social (basicamente, dez anos de emprego próprio ou do cônjuge). O seguro suplementar é um programa voluntário altamente subsidiado para os pobres e que os idosos não qualificados para o seguro hospitalar podem comprar através de um sistema comunitário.

Quanto ao financiamento, o *Medicare* agrega recursos de diversas fontes. O seguro hospitalar é financiado por uma “*payroll tax*” paga por empregados, empregadores e, autônomos, ou seja, pelos não beneficiários do programa. O seguro suplementar é financiado por recursos fiscais do Governo Federal e por uma parcela de pagamento dos próprios beneficiários. Estes, por serem pobres, são ajudados com recursos fiscais dos estados, através do *Medicaid*.

O *Medicaid* é um programa que assegura assistência médica para os pobres, sendo administrado pelos estados e financiado com recursos fiscais transferidos do Governo Federal e complementados por recursos dos próprios estados. Além dos beneficiários, o *Medicaid* também cobre pagamentos suplementares aos beneficiários do *Medicare*, que se enquadram nos padrões definidos naquele estado para o *Medicaid*.

Além disso, o programa cobre o seguro daqueles cuja renda é inferior ao padrão de pobreza definido no nível federal, ainda que acima do padrão estadual. Isso não significa que o *Medicaid* seja disponível a todas as pessoas definidas como pobres (renda anual de US\$14,880 para uma família de três pessoas em 2003, conforme, aponta o US Census Bureau, Current Population Survey, 2004). Somente a metade das pessoas nesta situação está coberta pelo programa. O enquadramento de uma pessoa no *Medicaid* é definido a partir de requerimentos federais e estaduais.

A principal clientela do *Medicaid*, cerca de 70%, é de mães e crianças pobres (WHITE, 1997).

Todas as demais pessoas que não se enquadram nas categorias cobertas pelo *Medicare* e *Medicaid* obtêm seguro de saúde através de contratos de emprego de algum membro da família, através de planos coletivos, planos individuais ou simplesmente pagam diretamente aos prestadores quando necessitam de atendimento (*out of pocket*).

À parte, a instabilidade crônica do sistema como um todo que depende da correlação de forças entre os partidos Democrata e Republicano ou “quem comanda o Senado e a White House” (NORSK SKOLE FORUM, 2001), o nível de insegurança do sistema americano ainda é maior quando se considera o fato de que grande parte da população não tem um seguro de saúde estável. Quando se alteram as condições que permitem a inclusão de uma pessoa em certo programa público ou em um seguro privado, como, por exemplo, a partir de seguros de grupo de dada empresa, é possível que, em parte do ano, esta pessoa esteja assegurada e, em outra parte, não possua nenhuma proteção.

No início dos anos 90's, Clinton propõe uma reforma para o sistema que mesmo mantendo a lógica de mercado, significava um grande avanço, posto que o Governo iria intervir no setor e regular o comportamento dos atores no mercado privado. Não apenas os médicos que viam sua liberdade ameaçada, mas também pequenas empresas e o público em geral, ficaram contra o que poderia ser o início de um encaminhamento para um sistema universal, temendo, por um lado, acréscimos nas contribuições e, por outro, perda nas possibilidades de escolha.

Apesar disso, a reforma continuou, ainda que parcelada e caracterizada “pelo processo de *unmanaged competition*, com aplicação das livres forças de mercado e com total ausência de um marco regulatório efetivo do Governo que pudesse proibir ou compensar as falhas de mercado [...] o esforço do Governo para expandir o acesso foi quase modesto”. (GIAIMO, 2002, p. 177 e 178).

Em resumo, o sistema americano é iníquo porque não cobre a população como um todo, sendo que cerca de 14% da população não possui cobertura e depende da caridade e/ou de pagamento *out-of-pocket*. Isso não significa que o serviço seja ruim. Para aqueles que possuem cobertura, o serviço é de qualidade, com especialistas e capacidade de diagnóstico elevados, ainda que o leque de

combinação dos seguros seja amplo, especialmente quanto às regras de co-pagamento.⁴⁴

3.3 A Reforma dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos

Pressionados por restrições orçamentárias, advindas principalmente do baixo crescimento econômico, os países desenvolvidos têm imposto aos seus sistemas de saúde reformas, muitas vezes conflituosas, a partir da década de 80. Uma espécie de reengenharia tem sido produzida, levando a questionamentos ou alterações na lógica de financiamento, na provisão dos serviços, nas estruturas administrativas e, principalmente, a uma reconfiguração dos arranjos de governança, definindo novos papéis aos agentes envolvidos e particularmente ao Estado.

De forma geral, é possível dizer que os objetivos perseguidos nesta reforma são o controle dos altos custos com a manutenção da saúde e o incremento na eficiência dos serviços, fazendo com que se obtenha um resultado melhor de cada unidade monetária aplicada, sem perder de vista a manutenção ou incremento de bem estar da população. Mantidas algumas nuances, o principal instrumento utilizado tem sido a introdução de mecanismos de mercado, com o objetivo de gerar concorrência entre provedores e entre compradores, além da aceitação da participação de cobertura privada, onde, antes, muitas das vezes, só havia proteção pública.

Como será visto, tudo indica que naqueles países que atingiram níveis de excelência no atendimento à saúde, como é caso do Canadá e do Reino Unido, a busca de uma maior eficiência no gasto com a atenção à saúde, frente às restrições orçamentárias, não tem sido feita a custo da equidade. A máxima “*equal care for equal need*” ou de que os cidadãos devem indistintamente ter acesso a um mínimo não compressível de atenção à saúde e que o tratamento deve estar baseado na necessidade por cuidados e não na disponibilidade de recursos ou capacidade de

⁴⁴ Alegando que os custos com a manutenção dos programas públicos tem se elevado entre outros motivos, pelo crescimento do número de pessoas cobertas, os governadores dos estados americanos estão se mobilizando no sentido de estender a idéia de co-pagamento a estes programas como forma de reduzir custos (NEW YORK TIMES, May 9, 2005).

contribuição se mantém.⁴⁵ Nos Estados Unidos, berço da proposta de “*managed competition*”, não se conseguiu dar nem mesmo este passo, fazendo com que não haja indicativos de efetivos avanços, no sentido de buscar maior equidade na conformação do sistema de saúde.

Estudos têm sido feitos no sentido de avaliar os contornos, problemas e resultados destas reformas (vide nota na pág 59), mas, mesmo assim, ainda não há uma clareza absoluta sobre os resultados dos instrumentos utilizados, sendo que várias dúvidas se encontram ainda por serem sanadas.

Para os objetivos deste trabalho, algumas questões podem ser apontadas: a) O que está sendo entendido como “lógica de mercado”, quando se discute a reforma nos países desenvolvidos? b) Como a lógica de mercado introduzida nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, particularmente aqueles com sistemas baseados no modelo redistributivo, afetou o papel desempenhado pelo Estado? c) Até que ponto os países que optaram por aumentar a participação de sistemas privados de saúde (PHI) têm conseguido uma redução de custos, o principal objetivo das reformas?

3.3.1 A introdução de mecanismos de mercado: o conceito de competição administrada

O principal instrumento utilizado nas reformas por que passam os países desenvolvidos tem sido a introdução de mecanismos de mercado, entretanto, para entender e delinear o que está sendo definido como “mecanismo de mercado”, e assim refletir sobre a primeira questão apresentada acima, é necessário retomar o momento desta discussão, seus pressupostos e principais conceitos.

Como pontuado anteriormente, os países desenvolvidos, a partir da década de 80, têm vivido uma situação de desaceleração no crescimento econômico, que aliada à inflação ocorrida nos custos dos serviços de saúde, definiu um aumento geral nas despesas *per capita* com saúde, assim como um crescimento na participação destas despesas no Produto Interno Bruto dos diversos países.

⁴⁵ Prova disso encontra-se na observação dos participantes do Third Summit of the Americas, que afirmam: “Nós enfatizamos que, uma saúde de qualidade e acesso igual, à atenção médica, serviços de saúde e remédios capazes de cura, são essenciais para o desenvolvimento humano, e o atingimento de nossos objetivos, políticos, econômicos e sociais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, p. 10, tradução nossa).

Juntando-se a isso o fato de que, nessa mesma época, o crescimento das orientações políticas de tendência Neoliberal, coloca em xeque, a presença do Estado na economia como um todo, ao mesmo tempo em que, ressalta as qualidades do mercado, está posto um cenário perfeito para questionar os sistemas de saúde da maioria dos países desenvolvidos, onde o Estado se encontrava presente de forma maciça.

Em momento algum as análises e propostas feitas visavam a um retorno ao *laissez-faire*, sendo mais elaboradas e sofisticadas. Reconhecendo e aceitando a existência de falhas de mercado que justificam a presença do Estado, e as especificidades do mercado de serviços de saúde, inclusive devido à própria presença de falhas, como assimetria de informações e seleção de risco neste mercado, a proposta era no sentido de que, se os objetivos eram obter ganhos de produtividade, eficiência e, portanto, redução de custos, o alargamento da presença do mercado ou a introdução de mecanismos de mercado era a solução, ainda que adaptações ao conceito fossem necessárias e bem-vindas.

Essa orientação política no setor produtor de serviços de saúde se fundamenta nos estudos de Allan Enthoven, cujos trabalhos, iniciados na década de 70 e formalizados principalmente em 1988 e 1993, são construídos sobre o sistema americano e trazem um novo conceito sobre a lógica de mercado, “*managed competition*”, que reafirma a supremacia do mercado, mas relativiza sua liberdade.

A análise de Enthoven (1988; 1993) pode assim ser descrita:

- Parte do pressuposto de que o sistema americano de atenção à saúde é, em termos de financiamento e organização, baseado nas forças de mercado, porém modificadas por arranjos de regulação, programas e incentivos fiscais do Governo Federal. Embora não seja perfeito, também não se pretende abrir mão da diversidade e capacidade de escolha existente neste sistema;

- Considera que, embora os Estados Unidos estivessem se movendo no sentido da competição, principalmente através do crescimento das Health Maintenance Organizations - HMO's (iniciado nos anos 70's) e dos planos do tipo Preferred Provider Insurance – PPI, não estavam adotando uma “estratégia de competição” no seu sentido mais amplo;

- Considera que, para que um sistema de saúde, baseado na lógica de mercado, tanto em termos de financiamento como de produção dos serviços, seja razoavelmente eficiente e equitativo, muitas condições ainda deveriam ser

satisfeitas, especialmente ser construído de forma a se ter uma escolha baseada na consciência dos custos (por parte dos consumidores dos serviços), existir competição entre os provedores de serviços, além de ter cobertura universal;

- Aceita a existência de particularidades no mercado de serviços de saúde que vão além da presença de falhas de mercado como assimetria de informações e seleção de riscos, o que define a necessidade de um tratamento diferenciado para este mercado.

Desta forma, quanto à estratégia proposta de uma competição administrada, trata-se, essencialmente,

do uso dos instrumentos disponíveis para estruturar a escolha de plano de saúde pelo consumidor, com base em uma consciência dos custos, visando (no sistema como um todo) obter eficiência e equidade no financiamento e fornecimento dos serviços de atenção à saúde (ENTHOVEN, 1988, p. 28, tradução nossa).

A operacionalização do sistema é proposta pelo autor, com base em um tripé formado por, consumidores, planos e seguros de saúde e patrocinadores (*sponsors*), sendo este último o item especial neste sistema proposto de competição administrada. Os patrocinadores são agentes coletivos ativos que podem ser instituições com ou sem fins lucrativos assim como os governos, estaduais e federal, dadas suas funções de grandes compradores. A estas Instituições caberia fazer o papel de comprador ou de intermediário na aquisição dos planos de saúde, representando os grupos de consumidores, como, por exemplo, um grupo de empresas, categorias profissionais reunidas em um sindicato, etc.

A base de análise é, de que os fornecedores de Planos de Saúde teriam que concorrer entre si para fornecer seus serviços. Como o patrocinador (*sponsor*) representa muitos consumidores, ele estaria em condições de exigir mais dos planos e seguros de saúde, administrar e coibir comportamentos de seleção de risco, definir e administrar contratos e formas de filiação, ao mesmo tempo em que seria criada uma forma de escolha para os consumidores (grupos, jamais indivíduos), baseada na consciência de custos, ou seja, cada patrocinador ofereceria uma gama de planos, com preços diferenciados, em função dos serviços cobertos e caberia aos consumidores optarem por um ou outro plano, sendo sempre possível mudar de plano quando da renovação dos contratos.

Esta reengenharia era vista pelo autor como capaz de reduzir os custos do sistema americano de atenção à saúde, intensificando a competição no mercado, ainda que entre grandes grupos ou blocos e de forma controlada, reafirmando sua crença de que “as forças de mercado são a única forma prática de conter custos e manter a qualidade” (ENTHOVEN e SINGER, 1997, p. 27, tradução nossa).

Essa seria a maneira de atender à lógica de acesso universal à saúde, ou seja, fazer o mercado funcionar de forma a substituir a proteção universalista sob o controle do Estado, pois “só assim o acesso aos serviços de saúde seria amplo, disponível e eqüitativo” (ENTHOVEN e SINGER, 1997, p. 28, tradução nossa).

É interessante observar que o autor não dispensa a participação do Estado, seja como grande comprador e, portanto, capaz de definir padrões neste mercado, seja como regulador geral. Deixa, entretanto, a operacionalização para os *sponsors*, reafirmando a supremacia do mercado posto que, para Enthoven,

o Governo como alocador de recursos é inerentemente ineficiente, [...] e, onde possível, a ação coletiva privada deve ser preferível à intervenção governamental”(ENTHOVEN e SINGER, 1997, p. 26 e 28, tradução nossa).

Em resumo, não se trata de retomar o *laissez-faire*, trata-se de incentivar a concorrência, como forma de reafirmação dos benefícios do mercado, mas não uma competição qualquer e sim uma competição administrada, controlada por instituições que estariam visando ao bem da comunidade e, portanto, fortalecidas e capazes de coibir os abusos dos provedores de serviço. Do lado da demanda, trata-se de proteger os consumidores, tornando-os representados por instituições fortalecidas, mas também de imputar-lhes a responsabilidade na escolha dos serviços que lhes serão prestados *vis-a-vis* os prêmios a serem pagos, ou seja, a idéia de um consumidor *cost-conscious*.

Assim, “tão bem-estruturadas e bem-intencionadas”, as análises de Enthoven encontraram eco em um momento que se acreditava que o retorno à uma liberdade maior dos mercados era a solução para todas as mazelas que afetavam as economias, fossem elas relativas ao baixo crescimento econômico, fossem devidas à elevação dos custos, resultado da ineficiência de setores dominados ou com grande presença do Estado, conforme nos sistemas de saúde.

O Reino Unido é um exemplo de onde a proposta de Enthoven encontra um terreno fértil – a orientação política da primeira ministra Margareth Thatcher - e produz transformações no sistema de saúde, visando aumentar a concorrência entre os provedores de serviços. A criação dos *fundholdings* também foi uma forma de implementar as orientações teóricas de Enthoven, ampliando os grupos capazes de adquirir serviços, ou seja, gerando uma concorrência entre os demandantes de serviços, pelos fundos disponibilizados pelo Governo central.

Certamente que o resultado esperado era de redução dos custos e ampliação da qualidade dos serviços. A realidade mostrou uma competição predatória sendo que, alguns anos depois, no Governo do primeiro-ministro Tony Blair, uma nova reforma é feita, como já foi relatado antes.

3.3.2 Os contornos da reforma: objetivos perseguidos, sucessos e falhas

Análises feitas por diversos autores, especialmente sobre os sistemas Inglês e Americano, chamam atenção para as políticas de introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, basicamente entre os provedores, visando aumentar sua eficiência. Oxley e Mac Farlan registram que, na Inglaterra,

a motivação para as reformas está centrada na crença de que um sistema alternativo pode ser obtido, mantendo as vantagens do NHS – cobertura universal, virtually free care e efetivo controle de custo enquanto é expandida a possibilidade de escolha dos consumidores e reduzidas as ineficiências **através da competição** entre os provedores de serviços, sejam os hospitais ou as clínicas (OXLEY e Mac FARLAN, 1994, p. 34, tradução e grifo nossos).

Também Giaimo (2002), ao analisar o processo de regulação da incorporação dos mecanismos de mercado pelos sistemas de saúde, destaca o peso que têm os fatores históricos e políticos no desenho deste processo. Chama a atenção para o fato de que a configuração institucional do sistema de saúde em cada país, as relações de força entre os atores envolvidos (Estado, médicos, hospitais, etc), definiram contornos diferentes neste processo. Tanto isso é verdade que, embora

seguissem a mesma lógica de mercado, Estados Unidos e Inglaterra evoluíram para situações diferenciadas, colocando por terra a tese que sustentava a proposta.

Apesar dos Estados Unidos seguirem implantando os mecanismos de mercado, a eficiência esperável da concorrência não se deu. Hoje, embora tenham o sistema de saúde mais caro entre os países desenvolvidos, têm a pior cobertura. Por outro lado, como a maioria das pessoas se encontra submetida a uma possibilidade de seguro privado, seria razoável que houvesse uma regulamentação ampla que pudesse proteger os cidadãos. Este, entretanto não é o caso. Nos Estados Unidos, é possível ter “cinco estados com cinco diferentes regimes de regulação” (WHITE, 1997, p. 20). Alguns planos podem cobrir enfermidades progressivas dos trabalhadores e outros não. Na maioria das vezes cobrem só o período em que o empregado está registrado em uma empresa, o que leva a períodos de não cobertura quando há troca de emprego. Quanto às empresas, também a regulação é frouxa. Os empregadores não são obrigados a manter seguro saúde para seus empregados.

Um outro fator que tem ampliado a crise no sistema americano de atenção à saúde, é que a baixa performance da economia norte-americana nos últimos anos “tem exposto uma fraqueza estrutural da abordagem de mercado” (SELBY, 2002, p. 1).

Em condições normais, os empregados perdem seu seguro de saúde quando perdem o emprego. A isso se acrescenta hoje o fato de que os empregadores impulsionados pelos baixos lucros e os crescentes custos dos serviços de atenção à saúde, estão reduzindo sua participação no financiamento dos seguros de seus empregados.

As grandes empresas estão reagindo ao crescimento dos custos, repassando parcelas cada vez maiores aos trabalhadores. As pequenas empresas e os autônomos estão ficando sem cobertura (SELBY, 2002, p. 1).⁴⁶

Em resumo, o que se observou nos Estados Unidos é que o objetivo perseguido, conforme apontava Enthoven, de fazer o mercado substituir o Estado, mas produzir maior acesso e equidade no sistema de saúde, não funcionou.

⁴⁶ Em análises sobre os custos de sistema de saúde nos Estados Unidos, Márcia Angell da Harvard Medical School afirma que há um crescente custo de administração e, com os demais negócios que envolvem os serviços de atenção à saúde, de tal forma que se estima que hoje estes custos responderiam por cerca da metade do custo total. A título de ilustração, cita ainda que, no Canadá, estes custos de administração são de aproximadamente 3% do gasto total com saúde (Márcia Angell in Selby, 2002).

Na Inglaterra, apesar da grande fragmentação ocorrida após a introdução dos mecanismos de mercado, o Estado, ancorado no desejo firme da sociedade, impede que haja um efetivo retrocesso em termos das vantagens do NHS. Apesar disso não tem sido seguro o caminho escolhido e ainda existem dúvidas sobre os ganhos advindos da reforma. Hoje um dos principais questionamentos se prende à redefinição do papel a ser exercido pelo Governo Central.

A incorporação de mecanismos de mercado ou a inserção da concorrência entre compradores e entre provedores criaram na Inglaterra o que Propper e Le Grand chamaram de “*quasi-markets*”, referenciando uma situação em que os mecanismos de mercado estão presentes: a concorrência, mas que ela não é livre.⁴⁷ Trata-se de uma situação em que “o Governo central distribui os fundos para compra entre agentes de compra”, em vez de fazê-lo diretamente (PROPPER e Le GRAND, 1997. p.3).

Trata-se de uma competição administrada pelo Estado, que, em última instância, é quem financia praticamente todo o Sistema de Saúde.

Em síntese, observa-se que onde o Sistema de saúde em sua origem privilegiou o mercado na expectativa de, através da concorrência obter a eficiência, não conseguiu alcançá-la, e, ao mesmo tempo, gerou um sistema vulnerável. Onde inicialmente o Sistema de saúde era universal e financiado com recursos públicos, hoje, na busca de maior eficiência através da introdução de mecanismos de mercado, ou seja, de um sistema de competição ainda que “administrada”, não se tem ainda segurança de poder atingir o objetivo relativo à redução de custos, embora a equidade tenha sido preservada. Isso demonstra as dificuldades que estão sendo enfrentadas pelos diversos países na administração de seus Sistemas de Saúde, sejam eles desenvolvidos ou não.

Para uma análise de contraponto com o que ocorre na América Latina e de forma particular no Brasil, chama atenção o fato de que, nas experiências anteriormente apresentadas, há uma clara delimitação de espaços dos setores público e privado, o que permite também um processo mais claro de Regulação das atuações visando ao bem-estar dos usuários. Assim é que na Inglaterra e Catalunha,

⁴⁷ Novamente aqui podem ser trazidas as observações de Giaimo. Embora a lógica adotada na Inglaterra seja semelhante ao proposto por Enthoven para aos EUA (concorrência com administração do Estado e, portanto, uma espécie de “*quasi-markets*” também). A conjugação dos fatores de governança ou relação entre os agentes não permitiu que lá o sistema retrocedesse a ponto de por em risco a equidade (GIAIMO, 2002).

o fato de ser o financiamento da atenção à saúde quase que integralmente público permite uma maior capacidade de regulação sobre os provedores, os quais podem ser públicos ou privados; no caso do Canadá, há uma separação clara de espaços a serem ocupados pelos setores público e privado. Lá é possível falar efetivamente de um setor privado “suplementar”, já que este só atua em nichos específicos, onde o setor público não está presente, porém este sempre garante um atendimento mínimo satisfatório para os seus cidadãos.

Quanto aos Estados Unidos, que tem um sistema eminentemente privado, chama a atenção o fato de que os gastos públicos no âmbito das despesas totais com saúde representam cerca de 44%, um valor não desprezível que tem induzido as preocupações com reformas no sentido de reduzir estes custos. Lá são claras e rígidas as delimitações do espaço onde são aplicados os recursos públicos. Em outras palavras, nos Estados Unidos, existem “barreiras à entrada” das pessoas nos programas financiados com recursos públicos. São bem definidos aqueles que podem ser atendidos pelo *Medicare e Medicaid*. Sob este aspecto, que não esgota o assunto, deveria haver maiores condições para a regulação.

Por outro lado, estas reformas estão trazendo mudanças nas relações interinstitucionais, gerando a necessidade de uma redefinição das funções dos Governos. “Hoje ‘mais de 40 países’ (OMS, 1996) têm em curso algum tipo de reforma no sentido de reforçar o lado financiador/regulador do Estado e desfazer-lhes as antigas funções de provisão” (VIANA, GERSCHMAN, IBAÑEZ E PARADA, 2002. p. 202), reafirmando a amplitude do debate sobre o papel do Estado, principalmente na área da saúde.

3.4 O papel reservado ao Estado: alteração ou reafirmação do modelo?

O que emana das análises já feitas é que, até o presente momento as reformas que vêm sendo feitas nos diversos países desenvolvidos têm em comum o fato de terem caminhado no sentido de inclusão de mecanismos de mercado, de estarem buscando redução de custos, mas que o resultado relativo ao objetivo de maior eficiência e baixos custos, não foi atingido. Conforme visto no início deste capítulo, por motivos diversos, os países desenvolvidos têm enfrentado um

crescimento acelerado dos custos na manutenção de seus sistemas de produção de serviços de saúde.

Isso significa que, se, por um lado, as reformas não estão completas, por outro, a ilusão de que o aumento da concorrência levaria, indistintamente, à redução de custos também não se confirmou. Conforme visto, seja pelo aumento da demanda em si, seja pela elevação de custos administrativos, como nos Estados Unidos, seja pelo crescimento generalizado dos custos com a introdução de novas e mais sofisticadas tecnologias, o resultado é sempre de custos maiores.

Neste caso, o principal aprendizado que resulta é a desmistificação da supremacia do mercado quanto a eficiência na alocação dos recursos. Isso significa que, independentemente, das dificuldades e das iniquidades provocadas por um sistema de serviços de saúde que privilegia o mercado, a questão mesma de custo ou o cerne do discurso Liberal de que o mercado é sempre preferível ao Estado, conforme observado por Enthoven (vide pág. 87), não se confirma.

Quanto ao papel desempenhado pelo Estado, novamente vale retomar a discussão de Giaimo (2002) e Dain (2000) sobre os condicionantes de determinação de um dado sistema de saúde. Mesmo considerando que existem mudanças nas relações entre os atores que compõem o grande complexo da produção de serviços de saúde, e, por consequência, do papel do Estado em cada sistema, não houve uma alteração tal que definisse mudança de rumo na concepção do sistema.

Assim é que, nos Estados Unidos, apesar das tentativas de introdução de um papel mais ativo para o Estado na coordenação ou como um *sponsor* de peso, no âmbito da proposta de Enthoven, a força dos atores (médicos, hospitais, etc), mas principalmente a sociedade, através de seus representantes, reafirma a cada momento, a sua opção por um sistema dominado pelo mercado em nome da “livre escolha”, apesar das iniquidades e da baixa proteção dos cidadãos, resultantes.

No Reino Unido, ao contrário do que ocorre nos Estados Unidos, mas reafirmando a opção feita há muito, se aceita a presença do mercado, se aceita que alguns possam buscar sistemas privados de proteção, mas, em momento algum, existiram indicativos de um retrocesso na proteção que a sociedade, através do Estado, elegeu como prioritária. Mesmo quando, nos anos 80's, houve uma tentativa de redução significativa do Estado, isso só durou até a entrada de um Governo trabalhista. Registre-se, entretanto, que nada disso é ou foi feito sem disputa ou esforço da sociedade, mas, se as condições de Governo parlamentarista e

centralizado permitiram Margareth Thatcher fazer suas reformas, também a sociedade foi capaz de resistir e reafirmar seus princípios maiores.

O Canadá também, com a definição de espaços delimitados ao setor privado, somente nos serviços não cobertos pelo setor público, tem mantido e reafirmado a opção da sociedade por um sistema público, solidário e financiado com recursos fiscais. Apesar disso, as dificuldades do país em termos de filas de espera e de dificuldades na obtenção de consultas de especialistas têm levantado muitas questões (vide pág. 77) sobre como melhor dosar a relação entre os dois setores.

A escolha do sistema de proteção social, particularmente de proteção da saúde, reflete, a cada momento, o que é valorizado em cada sociedade. Se a equidade é o valor maior, a opção será por um sistema solidário, financiado com recursos fiscais e terá no Estado seu comando maior, ainda que isso possa trazer transtornos (filas de espera, como no Canadá e Inglaterra), eles serão suportados igualmente pelos seus cidadãos. Se, por outro lado, é valorizada a “livre escolha” de alguns, como é o caso dos Estados Unidos, a opção será por um sistema em que predomina o mercado.

Em resumo, o presente capítulo apresentou a experiência internacional em termos de sistemas de proteção social e particularmente dos serviços de atenção à saúde. Além de descrever a estrutura dos sistemas selecionados – Inglaterra, Canadá, Espanha e Estados Unidos -, foram trazidos à análise, os motivos e os resultados das reformas empreendidas nos países desenvolvidos, a partir de meados dos anos 1980's.

Embora a elevação dos custos com a manutenção dos serviços de saúde oferecidos, tenha sido o motivo aparente para as propostas de reforma, não é possível dissociar o momento em que elas tomam parte daquele, descrito nos capítulos anteriores, em que o papel mais atuante do Estado é questionado.

As propostas de introdução de mecanismos de mercado, com vistas à redução de custos e, ampliação das opções dos consumidores de serviços de saúde é uma clara manifestação da orientação ideológica predominante naquele momento.

Foi mostrado ainda que, muito embora as reformas que ainda estão em curso nos países desenvolvidos, conforme apontam os dados e Relatórios da OECD, não tenham demonstrado resultados em sua totalidade, é possível ter conclusões preliminares nas quais observa-se que: a) Não houve a redução geral esperada dos custos; b) Onde os mecanismos de mercado foram introduzidos não houve uma

redução da demanda pelos serviços públicos; c) Ampliou-se a necessidade e preocupação dos *policymakers* com a função regulatória do Estado, dado a maior presença do setor privado na prestação dos serviços de saúde.

Finalmente ressalte-se que a análise das experiências dos países desenvolvidos permitiu reafirmar a força da conjugação de fatores históricos, econômicos e políticos, na determinação ou escolha do modelo de proteção social, conforme delineado na primeira parte deste trabalho.

Naqueles países cuja opção havia sido por sistemas públicos e universais de saúde, a introdução dos mecanismos de mercado ficou restrita a um papel marginal. Naqueles onde a opção foi o mercado, as tentativas de ampliar os sistemas públicos têm sido recorrentemente impedidas.

Tendo em mente estas experiências, o próximo e último capítulo, pretende analisar o percurso adotado no Brasil na construção do seu sistema de proteção social e especialmente de atenção à saúde, buscando mostrar como se desenvolveu a relação entre o Estado e o mercado.

4 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REPENSANDO O PAPEL DO ESTADO

A análise e reflexão sobre um sistema de saúde, conforme se pretende neste capítulo, requer a compreensão da lógica e da dinâmica, dos interesses e relações, entre os diversos atores envolvidos nesse sistema. Por outro lado, a contextualização histórica, política e das relações institucionais é sempre um instrumento que permite visualizar os caminhos seguidos e o desenho escolhido pelos diferentes países quanto a seus sistemas de saúde.

Ainda que ocorra também em outros países, no Brasil, o entendimento da relação entre o público e o privado, entre o Estado e o mercado, ganha dimensões específicas frente à *démarche* seguida na construção do seu sistema de saúde, ao longo do tempo.

Desta forma, a digressão sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, levantando alguns dos seus pontos de inflexão, e sobre o processo de regulação não tem o objetivo de esgotar o assunto, ou sequer de retratar a história em si. Visa apontar e recolher particularidades ou aquilo que é comum ao longo do processo de desenvolvimento da saúde no Brasil, para instrumentalizar a reflexão sobre o papel que vem sendo desempenhado pelo Estado ou ainda, como tem sido a convivência entre Estado e mercado.

O estabelecimento da correlação entre a rota escolhida pelo Brasil, nas políticas de proteção social, particularmente da saúde, e o desenvolvimento do capitalismo é uma forma de analisar uma das hipóteses aqui levantadas. Argumenta-se que o caminho feito pelo Brasil na contramão dos rumos que tomava o sistema capitalista em nível mundial e com ele a maioria dos sistemas de proteção social, foi um dos entraves à concretização de um modelo de caráter universalista, como se pretendia com a implantação do SUS, na Constituição de 1988.

O nascimento do SUS, e com ele o direito universal à saúde, é um marco. O caminho, porém, que foi sendo trilhado ao longo do tempo também gerou espaços de convivência público/privada que apontam no sentido da permanência da *dubiedade seguro X seguridade*. Mostra ainda, a retomada de algumas distorções neste relacionamento, que não foram suplantadas, nem mesmo com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como seria esperado e desejado.

Assim, assumir os sistemas público e privado de saúde no Brasil como se fossem excludentes ou de uma forma dicotômica é deixar de ver as interfaces que se foram formando entre os dois. Da mesma forma, conhecer os atores envolvidos neste amplo e misto sistema que se organizou e, delinear suas relações e interesses é um instrumento condicional, para refletir sobre o papel e espaço de atuação do Estado ou sobre sua capacidade de governança.

4.1 Particularidades na evolução do sistema de saúde no Brasil

4.1.1 O seguro social como modelo: a exclusão de muitos

Como na maioria dos países, uma preocupação sistematizada com os destinos da saúde da população, para além dos cuidados prestados, pela caridade com os pobres - marca registrada do período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX, quando nasce a maioria das Santas Casas de Misericórdia -, ou ainda, através do atendimento particular (*out-of-pocket*) pelos que tinham posses, ocorre, no Brasil, a reboque das transformações econômicas.

Essa situação se dá também na maioria dos demais países da América Latina, conforme aponta Médici (2000, p. 9), ao analisar as Reformas ocorridas nestes sistemas de saúde:

A conjuntura econômica conduziu ao desenvolvimento de medidas de saúde pública para sanear os portos e dotar as cidades de ambientes mais saudáveis, com vistas a favorecer a exportação e a livre circulação de mercadorias nas principais cidades, sem que estivessem presentes os riscos de grandes endemias.

No Brasil, já nas primeiras décadas do século XX, é visível este comportamento por meio das campanhas de vacinação, que tiveram o papel de introduzir a preocupação pública com a saúde, ao mesmo tempo em que respondiam a uma demanda de sustentação sanitária aos trabalhadores do cais do porto no Rio de Janeiro. Assim, **tratava-se de responder a uma demanda de cunho econômico e não de uma decisão de proteção social.**

Com o aparecimento das primeiras indústrias, um processo mais sistemático de proteção ganha força através da constituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Definidas com base na Lei Eloy Chaves (1923), o seu financiamento era resultado da junção de recursos dos empregados e dos empregadores. A proteção social aqui criada beneficiava os empregados de cada organização.

O sistema assim estruturado adquire um caráter público, no sentido de ser coletivo e obrigatório, mas, ao mesmo tempo, trata-se de um sistema com a inclusão de poucos ou a exclusão de muitos. Só estão protegidos aqueles que contribuem. Observe-se que, embora se aperfeiçoando e se modificando, especialmente para abranger paulatinamente um grupo cada vez mais amplo de trabalhadores, o modelo de seguro social é, em sua essência, o que vai vigor até a década de 80.

Ao abordar a gênese do sistema de saúde brasileiro, Levcovitz alerta que

A proteção social como política pública surgiu baseada na **concepção de previdência como seguro**, acessível apenas a extratos específicos da massa trabalhadora, mediante contribuição prévia [...]. Desta forma, a inspiração "Bismarkiana" das origens do sistema de proteção social brasileiro distanciou-se da idéia de seguridade social (LEVCOVITZ, 1997, p.17, grifos do autor).

A formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) pode ser considerada uma segunda etapa no desenvolvimento do sistema de proteção. Em moldes semelhantes às CAP em termos de constituição, mas agora já com uma participação maior do Estado como indutor das agregações, estes institutos deixam de congrega e beneficiar somente os empregados de uma dada empresa para englobar categorias inteiras de trabalhadores. Aqui permanecem e se aprofundam as diferenciações, com o aval do Estado, como apontam Faveret Filho e Oliveira, ao descrever mais uma particularidade deste modelo,

Os benefícios auferidos por cada categoria passavam então a ter uma relação direta com sua capacidade de financiamento e de articulação com o Estado, o que gerou uma intensa diferenciação na extensão e qualidade dos serviços prestados pelos distintos IAP. (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990, p.153).

Reafirma-se assim, como no caso das Caixas, um modelo de proteção à saúde vinculado à Previdência e à capacidade contributiva – só faz jus à proteção ou só tem direito quem contribui -, permanecendo seu caráter obrigatório e coletivo.

Para Vianna,

A segmentação corporativa, institucionalizada pelos IAP, foi a **ação discriminatória exercida pelo Estado** na identificação dos cidadãos. Outorgava-se o estatuto de cidadania apenas aos membros da comunidade nacional [urbanos], localizados em ocupações regulamentadas pelos preceitos legais, o que transformava em pré-cidadãos todos aqueles cujo trabalho a lei desconhecia [...], ou seja, a maioria da população (VIANNA, 1994, *apud* LEVCOVITZ, 1997, p. 17).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, se dá com a unificação dos IAP, um passo importante na redução das diferenças entre aqueles que estavam protegidos, porém, em sua essência, é mantido o caráter de seguro social. Tratava-se de uma mudança que encontrou muitas resistências entre as antigas categorias, particularmente aquelas que gozavam das benesses de Institutos mais bem-estruturados, porque se viam agora subordinadas a um sistema comum a “todos”, ainda que por “todos” entendam-se trabalhadores que possuíssem uma relação contratual de emprego legalmente formalizada.

Com a criação do INPS, ocorrem alterações em diversos níveis. Em termos de assistência aos segurados, a sua incapacidade de atender à demanda fortemente acrescida pelos serviços de saúde gerou a contratação de uma rede de provedores privados. Mesmo não sendo o momento de nascimento da atuação do setor privado na saúde, é, por excelência, aquele no qual o Estado fortalece o seu empresariamento. É o momento do nascimento do convênio – empresa, como aponta Cordeiro (2001).

Em termos estruturais, o mesmo autor, que nomeia este momento de “empresariamento tardio”⁴⁸, chama a atenção para o fato de que, a criação do INPS gera no setor governamental um movimento de concentração da regulação e da arrecadação, mas desencadeia uma descentralização da execução dos serviços de saúde na direção dos Municípios (CORDEIRO, 2001). Estão postas as bases da futura Municipalização.

⁴⁸ O termo é usado em contraposição ao chamado empresariamento incipiente que Cordeiro utiliza para denominar o período entre 1925 a 1964. (CORDEIRO, 2001).

Ao longo dos anos 70's, outros avanços ocorrem na linha da inclusão, sendo que novos trabalhadores têm acesso ao sistema previdenciário e, com ele, aos serviços de saúde. Aos poucos e gradativamente, vão sendo incorporados os trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticos.

No nível administrativo, também são feitas alterações. Ações como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) em 1974 permitem que sejam tomadas decisões e implementadas políticas sociais, sem a intermediação das áreas de gestão macroeconômica (LEVCOVITZ, 1997). As páginas 37, o mesmo autor procura salientar que

a autonomização do INPS do Ministério do Trabalho e sua subordinação ao MPAS representam um **primeiro passo**, de natureza administrativa, para a desvinculação das políticas de proteção social do mundo das categorias profissionais formalmente reconhecidas.

É, contudo, do seio do pólo previdenciário e “[...] a partir do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que se inicia o processo de universalização do acesso à saúde no Brasil” (DRAIBE, 1994, *apud* LEVCOVITZ, 1997, p. 38).

A partir daí e durante toda a década de 80, o sistema de atenção à saúde vai sendo aberto a toda a população, independentemente de alguma relação formal ou não de trabalho. Mudanças vão ocorrendo de forma que medidas como a supressão da carteira do INPS foram sendo tomadas, fazendo com que mais um passo fosse dado na direção da universalização.

4.1.2 Do seguro à seguridade social: o longo caminho da inclusão

O rompimento do conflito sobre a universalidade, personificado na contraposição seguro X seguridade, aparentemente estava completo nos termos definidos na Carta Magna de 1988. A Constituição traz um grande avanço no sentido da solidariedade, da “conciliação entre a independência individual e a responsabilidade coletiva” (VIANA, ELIAS E IBÁÑEZ, 2005, p. 9), ao incorporar a

proteção aos cidadãos, sob o aparato conceitual de Seguridade Social. Esta pode ser entendida como

um sistema de cobertura de contingências sociais, destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não restringindo os benefícios nem aos contribuintes nem à perda da capacidade laborativa (VIANNA, 2005, p. 91).⁴⁹

Nesse momento, com a saúde incluída no âmbito do conceito mais amplo de Seguridade e a sua definição constitucional como “direito de todos e dever do Estado”, além da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), entendia-se que estava completa a longa caminhada na busca de um modelo público, amplo, protetor e universal de atendimento à saúde, ou ainda um longo, gradual e contínuo processo de inclusão das diversas camadas da população, sob a proteção do Estado.

Com isso, a atenção à saúde deixava de estar atrelada à Previdência e principalmente deixava de ser restrita apenas aos contribuintes do sistema. Conceitual e formalmente, era a mudança de um modelo de Seguro Social para um modelo Redistributivo. Estava, assim, garantida a universalidade de acesso aos serviços e ações de saúde.

A concretização do conceito viria com o asseguramento dos recursos, o que também é feito na Constituição através do Orçamento da Seguridade Social. Para Lessa,

a existência de um orçamento próprio da seguridade social [...] é um pilar fundamental para assegurar a universalização, por sua característica de que é a despesa que define a receita, em completa oposição à característica central do orçamento fiscal, onde é a receita que condiciona a despesa (LESSA, 1994 *apud* LEVCOVITZ, 1997, p. 132).

À primeira vista, parece que, ao adotar um modelo universalista e publicamente financiado e, portanto, solidário, o Brasil teria atingido um patamar semelhante àquele dos países desenvolvidos, aproximando-se, assim, do modelo

⁴⁹ Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Seguridade Social é “a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, invalidez, velhice e morte e também a proteção na forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos” (OIT, 1984 in VIANNA, 2005, p. 91).

inglês de proteção social. Poderia ser entendido ainda que a política social brasileira que, até os anos 70's, sempre foi pensada como subproduto da Política de desenvolvimento econômico tivesse ganhado vôo próprio.

Posteriormente, ao longo de sua implementação, mesmo reconhecendo os avanços do sistema rumo à universalidade, a história mostrou e tem demonstrado a incapacidade de rompimento com algumas características do modelo anterior, como “a articulação público X privado na provisão dos serviços; a natureza do contrato dos médicos que prestam serviço ao setor público; a insuficiente regulamentação do setor saúde suplementar até 1998” (ARRETCHE, 2003, p. 331).

A par das diversas dificuldades político-ideológicas⁵⁰ já sentidas logo após a aprovação do texto Constitucional, os problemas administrativos de atender a uma demanda ampliada e aqueles relativos à disponibilidade de recursos mostravam os entraves e desafios na implantação de um conceito mundialmente avançado.

Sobre o primeiro ponto, uma análise mais próxima da questão mostra que, à medida que a cobertura era ampliada, incluindo toda a população brasileira, também gerava um “congestionamento” na rede de serviços disponível que, aliado à pequena oferta ou à baixa qualidade dos serviços, expulsava do sistema público aquelas camadas da população com melhor remuneração, particularmente a classe média, direcionando-as ao sistema privado de assistência à saúde.

No início do processo, são afastadas as classes de maior poder aquisitivo, que encontram nos planos privados de assistência à saúde uma forma de atender às suas demandas. Posteriormente, em um movimento de segmentação ampliado, cada vez mais, são expulsas camadas mais pobres da população, que encontram nos planos de saúde modalidades capazes de atender, ainda que parcialmente, as suas demandas, a preços possíveis de ser cobertos por seus salários.⁵¹

Neste sentido, reafirmando o processo de “universalização excludente” em contraposição a um modelo incluyente do sistema inglês, Faveret Filho e Oliveira, apontam o sentido que tomou cada reforma,

⁵⁰ Para maiores detalhes sobre as dificuldades de diversos matizes, especialmente as discussões e entraves de ordem político-ideológicas, consultar Levcovitz (1997), particularmente o capítulo 6.

⁵¹ Não é por acaso que proliferam e fortalecem as operadoras de planos e de seguro e assistência à saúde nos anos 90, fruto do descrédito do serviço público, levando à necessidade de regulação das relações entre empresas e usuários, o que culminou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas somente em 1998. Este é um tema que, sob nuances e focos diferentes, tem sido estudado por autores como Medici (2000), Dain (2000), Bahia (1999) e Andreazzi (2002), sendo Faveret Filho e Oliveira (1990) que cunharam a expressão “universalização excludente”, usada amplamente para descrever o movimento apresentado acima.

para o caso brasileiro, podemos supor então um caminho de universalização radicalmente distinto do caso inglês. Neste ocorreu um processo de “universalização inclusiva”, onde a afirmação do acesso à saúde como um direito social teve como contrapartida a efetiva inclusão dos beneficiários no sistema público de saúde, inibindo a ampliação do subsistema privado. No caso brasileiro, por outro lado, podemos supor a existência de um processo de “universalização excludente”, onde cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas etc) que expulsa do sistema diversos segmentos sociais (FAVERET FILHO E OLIVEIRA, 1990, p. 154-155).

O movimento de expulsão de usuários e o crescimento dos planos privados, levaram à dominação de um argumento a favor do setor privado, considerando que, “tendo sido coberta parte da população com a atenção privada, o SUS poderia se dedicar aos mais pobres” (BAHIA, 1999, p. 3). Tratava-se, portanto, já ao longo da década de 90, de antepor um processo de focalização à orientação universalista recentemente desenhada na Constituição.

Paradoxalmente, o SUS, que nasceu para ser um sistema universal, público e de caráter central no processo de cobertura aos infortúnios advindos da doença, passa a ser visto por muitos, inclusive pela opinião pública, como uma segunda opção, sendo considerado um sistema público “para os pobres”, ou “para aqueles que não podiam pagar um plano de saúde”.

Muito embora o tema da relação público/privado não se esgote em uma dicotomia “sistema público – pobre e sistema privado – rico”, posto que as interfaces e inter-relações dos dois sistemas são mais complexas, esta é, por certo, uma primeira aproximação da análise e o que é visível no ideário popular.

Reforçando as dificuldades de implantação de um sistema que fosse realmente universal e, portanto, sem barreiras de acesso aos serviços de saúde, as questões relativas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) merecem destaque.

De um lado, se posicionavam as despesas relativas à seguridade social, ou seja, Previdência, Saúde e Assistência Social, do outro, estavam as receitas compostas por Contribuições Sociais, além de recursos do Tesouro, que deveriam complementar os recursos “necessários” para dar suporte ao conjunto de despesas.

Como já dito, assegurar o financiamento do conjunto das despesas, via OSS, era uma forma de garantir o conceito de seguridade e de manter a universalidade de proteção à saúde.

O primeiro e grande golpe sobre a unicidade do Orçamento da Seguridade Social vem com a separação da “Contribuição Previdenciária”, que incide sobre os salários e que passa, a partir de 1993, a financiar apenas a Previdência. Se, com isso, a saúde fica desprovida de uma forte fonte de financiamento, também o conceito de seguridade social, como proteção social unificada, assina seu atestado de morte.

A partir daí, alegando dificuldades financeiras de diversas formas e criando subterfúgios como o Fundo Social de Emergência (FSE) e o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, finalmente, a Desvinculação da Receita da União (DRU)⁵², a União abocanha parcelas cada vez maiores dos recursos destinados à saúde, dificultando assim, a implantação do conceito desenhado e formalizado na Constituição.

Conseqüentemente se é certo que o desenho constitucional da Seguridade Social “respondeu, à época, às expectativas da sociedade organizada de ampliação do estoque de direitos sociais associados à cidadania” (VIANNA, 2005, p. 90), também é correto afirmar que condicionantes estruturais e circunstanciais impuseram dificuldades e entraves à sua implantação, fazendo com que o conceito de seguridade fosse rompido antes que a Constituição completasse uma década.

4.2 O Sistema Único de Saúde: dificuldades na consolidação

4.2.1 SUS: uma construção na contramão da história

Na maioria dos países, particularmente os desenvolvidos, que optaram pela adoção de sistemas de saúde públicos e universais, estes processos ocorrem no momento em que a crença na força e efetividade da presença do Estado na Economia dominava o *mainstream* econômico e político.

⁵² A Desvinculação da Receita da União representa hoje um montante de 20% da arrecadação das Contribuições Sociais (CSLL, COFINS, Contribuição para o Plano da Seguridade Social do Servidor) e 15,8% da CPMF.

A par de outras condicionantes, o significativo papel reservado ao Estado permitiu que estes sistemas se desenvolvessem e se fortalecessem de forma que, quando nos anos 80's e 90's do século XX, há uma reversão nos rumos e orientações políticas e econômicas, trazendo à tona as orientações liberais e fazendo com que o Estado se retraia, os sistemas já amadurecidos conseguem resistir às incursões privatistas, mantendo seu caráter redistributivo.

No Brasil, embora seja possível traçar o caminho no sentido da universalização, que foi percorrido ao longo de décadas no século XX, o grande salto se dá na Constituição de 1988. O momento em que o país opta efetivamente por um sistema de saúde público e universal, financiado com recursos fiscais, coincide com a inflexão da orientação econômica e política dominante, especialmente nos países emergentes, em direção à retração do Estado.

Assim, embora, à primeira vista, seja possível identificar um processo progressivo de inclusão de camadas da população no sistema de proteção social, também é mister não perder de vista que entre as particularidades do sistema brasileiro, está o fato de ter seguido um caminho na contramão da história, ou ainda, a sua “extemporaneidade, seu atraso relativo às mudanças que já ocorriam nos países centrais e na maior parte da América Latina” (ANDREAZZI, 2002, p. 54).

Detalhando um pouco mais, do início do século XX, até a década de 70, quando a maioria dos países desenvolvidos que optaram por sistemas de proteção social universalistas faz sua escolha no bojo de uma orientação de política econômica de cunho Keynesiano, que aceitava uma interferência maior do Estado na Economia, o Brasil adota um modelo de proteção social meritocrático, deixando a saúde, particularmente, atrelada à previdência e permitindo proteção apenas àqueles que participavam em termos contributivos. No momento em que a maior presença do Estado é aceita, o Brasil não faz este movimento, no sentido de acompanhar o que ocorria nos países cêtricos.

O Brasil assume uma alteração na rota do seu modelo de proteção e adota um sistema público de caráter universalista, exatamente no final dos anos 80's, em meio à retomada das orientações liberais e os questionamentos sobre o papel a ser desempenhado pelo Estado, em nível mundial, que passa a ser responsabilizado pela crise.

Em outras palavras, quando o Estado está sendo “convidado” a recuar ou se retirar, o Brasil cria um sistema que depende basicamente de um Estado forte e atuante. Ao analisar a questão, Levcovitz (1997, p. 109) afirma que:

Nada [...] mais conflitante com o “senso geral sobre o moderno” [à época] do que a formulação e inscrição constitucional de um modelo de proteção social concebido como ação do Estado, universal, de diretrizes solidárias e baseado em políticas públicas abrangentes, unificadoras e redistributivas.

As condições concretas de esgotamento do modelo desenvolvimentista na América Latina como um todo e no Brasil em particular, além da crescente dependência de recursos dos organismos de financiamento internacionais, os quais impunham orientações na condução da política econômica, só reforçam a extemporaneidade da criação do SUS, sem que com isso haja aqui qualquer juízo de valor sobre o sistema em si. Apenas cumpre alertar que as dificuldades econômicas e as opções e orientações político-ideológicas que contornavam o momento de criação do SUS foram fatores que obstaculizaram sua consolidação.

Nas outras esferas da atividade econômica, o país não ficou imune ao chamamento vindo das odes liberais, o que pode ser constatado pela onda de privatizações ocorridas no país nesta época⁵³. A saúde, mesmo considerando a força e pressão da sociedade organizada, também não poderia ser poupada, independentemente do discurso estatizante e universalizante que ocorria em suas esferas.

A conseqüência daí advinda é a existência de um sistema real que difere daquele imaginado e desenhado na Constituição. Um sistema que não suportou, até mesmo por sua incipiência, a pressão da conjuntura econômica e política que defendia a retração do Estado e, portanto, uma reorientação na alocação dos recursos públicos. Neste sentido, é como se o Sistema Único de Saúde conforme idealizado no texto constitucional, tivesse se tornado uma obra inacabada.

⁵³ Para um conhecimento maior sobre o processo de privatização por que passa o país nesse momento, recorra à literatura já apresentada anteriormente no capítulo 2. Particularmente ver nota 20.

4.2.2 O viés privatista no sistema de saúde brasileiro

Uma segunda dificuldade na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, que complementa a análise acima, é que sempre houve uma dicotomia entre o desenho feito na Constituição e sua implementação real no que tange à publicidade da assistência à saúde.

Como se viu, o sistema brasileiro de saúde passa por fases diversas, em que pode ser identificado inicialmente um modelo meritocrático, sem caráter redistributivo e no qual o protagonista é o “contribuinte”, momento em que o Estado desempenha uma função mais organizativa. A seguir, é feita uma agregação maior, mas, ainda assim, mantendo a cobertura apenas para uma parcela da sociedade, ou seja, os trabalhadores ligados às empresas que tem um sistema de proteção.

Quando, ao final da década de 60, é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e com ele é feita a ampliação da assistência à saúde, que passa a abranger todos os “contribuintes”, a rede pública existente não é suficiente para atender à demanda do novo seguro social. Nesse momento, mais que qualquer outro, ao recorrer à prestação de serviços de saúde através de uma rede privada lucrativa, indo além do atendimento até então majoritário das Santas Casas de Misericórdia⁵⁴, o Estado dá sustentação para o empresariamento se instalar definitivamente no âmbito da prestação de serviços de saúde.

Observe-se que isso não significa, a julgar pela prática brasileira, uma mudança de rumo, pelo contrário, aproveitando uma análise de Dain (2002) de que “o Estado desenvolvimentista brasileiro é um Estado que privatiza no sentido amplo, ainda que os grupos que se apropriam da renda sejam diferentes em cada momento”, quase é possível dizer que este seria o caminho normal.

Certamente que não é quem presta o serviço de saúde (prestadores públicos ou privados) que define se o sistema é público ou privado. Há muito, Dain (2000), chama atenção de que a definição se o sistema é público ou privado está em “quem financia e não em quem presta o serviço”. Porém, como uma primeira aproximação, é possível afirmar que dado o grau de dependência do setor público em relação ao

⁵⁴ Até a década de 60, as Santas Casas de Misericórdia eram responsáveis por mais da metade dos leitos hospitalares disponíveis no país, enquanto que os leitos privados lucrativos não passavam de 10%. Em 1975, estes respondiam por 31% do total (BARROS, 2003, p. 20).

setor privado, neste caso, não é possível que este seja considerado apenas “complementar” ou “marginal”.

Se, no início ou nos anos 90's, há um discurso, ainda que pouco claro, de que o crescimento do setor privado se deve a uma insuficiência de atendimento do SUS ou que, ao atender a uma parte da população, a existência do setor privado “libera” ou “permite” que o SUS atenda os mais necessitados (BAHIA, 2001), o seu desenrolar não viabiliza qualquer dúvida sobre o movimento crescente e dominante do setor privado.

Bahia (2001) alerta que, entre os anos 60's e 80's, ocorrem dois movimentos simultâneos, que definem o fortalecimento do setor privado na saúde:

► Por um lado, se dá a constituição de uma rede privada de serviços de saúde, que nasce ou cresce em formas diversas com o objetivo duplo de atender à sólida demanda do Estado, através do INPS, e àquela demanda do mercado de compradores institucionais. Cumpriam um objetivo duplo porque não se tratava via de regra, de bases físicas diferenciadas. Geralmente o mesmo hospital atendia à demanda pública e à privada;

► Pelo oposto, ocorre conjuntamente, uma intensificação na comercialização de planos individuais, a entrada das seguradoras no mercado de saúde de forma definitiva e, não menos importante devido a sua representatividade, se dá a adesão à assistência privada, de novos e importantes estratos de trabalhadores, particularmente os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações (BAHIA, 2001).

Não se trata aqui da simples formação de uma rede de provedores privados de serviços que pudessem atender a uma demanda publicamente financiada conforme ocorre em países como a Espanha, já explicitado anteriormente. À medida que parcelas da população vão sendo expulsas da assistência pública, o sistema privado vai ganhando autonomia e se segmentando, gerando uma rede confusa de prestação de serviços e, ao mesmo tempo, desigual no atendimento à população.

A segmentação ganha contornos mais definidos e visíveis quando, em um mesmo hospital privado, lucrativo ou não lucrativo, são atendidos, em acomodações diferenciadas, pacientes do SUS e pacientes de Planos de Saúde. Situação esta que

é exacerbada quando posteriormente, alguns hospitais passam a comercializar seus próprios Planos de Saúde.⁵⁵

Em resumo, a especificidade do momento histórico de nascimento do SUS, aliada a condicionantes estruturais, que impossibilitaram seja a prestação direta de serviços de qualidade seja o seu financiamento, proporcionou o fortalecimento do setor privado, inicialmente como prestador de serviços de saúde, mas, posterior e

crescentemente, com o aval do Estado, como um sistema independente de fornecimento de serviços de saúde, ou ainda de um sistema privado de saúde.

Identifica-se, assim, um **viés privatista** que acompanha toda a implementação do sistema público de saúde no Brasil, que permitiu e gestou em suas entranhas o modelo dual que se tem hoje, reafirmando nesta relação entre o Estado e o Mercado uma convivência contraditória de seguridade e seguro; universalidade e focalização e de equidade e diferenciação.

Corroborando este viés privatista do sistema de saúde brasileiro, Ugá e Santos (2005) chamam a atenção para o fato de que no modelo prévio à criação do SUS, o “papel do Estado [no âmbito do sistema de saúde] teria sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado” (UGA e SANTOS, 2005, p.9), o que corresponde e se observa na estrutura de gasto atual. Para as autoras, trata-se de

um sistema de saúde constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura de gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho *welfariano*, mas que se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde. Evidência disso é o fato de que, [...] enquanto o gasto em saúde do Reino Unido, Dinamarca e Suécia é respectivamente 97%, 84% e 78% público e financiado preponderantemente por impostos gerais, no Brasil a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 44% - sendo, portanto, igual à norte-americana, de 44%, cujo sistema de saúde é tido como padrão do modelo liberal (UGÁ e SANTOS, 2005, p. 10).⁵⁶

⁵⁵ A situação das Santas Casas de Misericórdia que são beneficiárias da atenção e de recursos públicos, das diversas esferas de governo, mas que atendem pacientes do SUS, pacientes de Planos de Saúde e ainda tem uma área especial para os pacientes dos seus próprios Planos de Saúde, é um típico exemplo.

⁵⁶ Os dados se referem ao ano de 2002. Para outros dados, inclusive relativos à participação do financiamento público nos países da OECD, ver capítulo 3 e ANEXO A do presente trabalho.

A partir do quadro até aqui traçado de convivência dos setores público e privado, para além da relação financiador X provedor de serviços de saúde existente no Brasil, seria esperado que, frente a esta **permissividade** do Estado em relação ao crescimento e fortalecimento do setor privado, em todos os níveis da assistência, frente às orientações políticas dominantes que apontavam no sentido de reservar um papel cada vez mais indireto de atuação do Estado sobre o mercado, houvesse sido desenvolvido um marco regulatório consistente e sistematizado. Não foi o que ocorreu. Somente ao final da década de 90, será consolidada a regulamentação do setor.

4.3 Regulação na saúde: A Agência Nacional de Saúde Suplementar

4.3.1 Uma longa convivência com a assistência privada

A existência da saúde suplementar no Brasil ganha reforço na década de 60, mais especificamente com a criação do INPS, que passa a demandar seus serviços. Aí é possível constatar a existência de empresas prestadoras de serviços de saúde, semelhantes às aquelas existentes hoje. Estas “empresas médicas” nascem da organização empresarial dos prestadores de serviços em detrimento de uma prática médica liberal, sendo que, no início contam, inclusive, com redes próprias de atendimento (CORDEIRO, 1984).

A relação entre as empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo) e os beneficiários ocorria basicamente por meio dos convênios – empresa, fossem estes mediados pela Previdência Social, fosse o convênio feito diretamente entre uma empresa empregadora e a empresa de prestação de serviços de saúde. Neste último caso, a Previdência ressarcia à empresa contratante com base no número de empregados.

Este modelo de assistência à saúde, atrelado à Previdência e com uma mútua dependência entre os setores público e privado, vai perdendo força ao longo da década de 80, de tal maneira que, no final da década, a maioria absoluta (91%) dos estabelecimentos de saúde privada eram financiados através de planos de saúde, ainda que apenas 31% prestassem serviços ao SUS (IBGE, 2000). Desta forma,

estava se consolidando a independência das empresas em relação ao esquema direcionado pela Previdência.

Em função das dificuldades de atendimento pelo serviço público de saúde a uma demanda cada vez mais ampliada, já na década de 80, as empresas de planos de saúde consolidam-se como uma alternativa assistencial para os trabalhadores especializados da Região Sudeste (BAHIA, 2001). É esta demanda proveniente, seja de trabalhadores autônomos, vinculados a empresas ou ainda funcionários públicos, durante a década de 80, que levará à consolidação do mercado de planos e seguros de saúde nos moldes atuais.

Por tomar a saúde como de relevância pública, é que na Constituição, além da criação do SUS e a “permissão” da atuação empresarial, se estabelece a regulação da iniciativa privada na saúde pelo Estado.

Assim, uma primeira etapa da regulamentação do sistema de saúde suplementar teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e se estendeu até a aprovação da Lei 9.656/1998, que “regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde” (BRASIL, 1998).

Ainda que a Lei 9.656/98 representasse um avanço no processo de regulamentação do mercado de saúde suplementar, seja dando garantias mínimas aos consumidores, seja na área econômico-financeira, definindo condições de funcionamento para as empresas no setor, em termos da ação fiscalizadora do Estado, foi mantida uma separação administrativa de tal forma que, enquanto o

Ministério da Saúde regulava a produção da assistência à saúde, através do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) [...], o Ministério da Fazenda permaneceu com a regulação econômico-financeira com controle de reajustes e a estrutura das operadoras, por meio da Superintendência de Saúde Suplementar (SUSEP) (BRASIL, 2003, p. 233).

O esperado insucesso desta dupla administração do mercado de saúde suplementar, ao longo do ano de 1999, levou à unificação das responsabilidades no Ministério da Saúde. O CONSU torna-se um Conselho Ministerial com a participação dos Ministros da Saúde e da Fazenda, possuindo caráter deliberativo e, juntamente com a Câmara de Saúde Suplementar, à qual é atribuído caráter consultivo, passam a abranger todos os aspectos econômicos relativos à regulação, normatização e fiscalização do setor.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um marco central desta etapa de transformações, as atribuições aludidas passam a ser de sua responsabilidade.

4.3.2 Estruturação da ANS e conformação do mercado

A) O nascimento da Agência

Criada em 2000 pela Lei nº. 9.661, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nasce com a função de regular toda a ação do setor privado de saúde, estando subordinada às diretrizes do CONSU e sendo suas ações orientadas por um Contrato de Gestão, assinado com o Ministério da Saúde. Enquanto autarquia sob um regime especial, possui autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de gestão de recursos humanos e tem como missão

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil (ANS, 2002).

O modelo de regulação no Brasil, é apontado por Montone (2001) como sendo de um formato diferente daquele encontrado na experiência internacional.

[Enquanto] na maioria dos países a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e a competitividade no mercado, no Brasil, a **opção foi por regular também – e fortemente - o produto oferecido**, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos (MONTONE, 2001, p. 2. grifos nossos).

Talvez por esta opção em sua estrutura básica, a ANS tenha elegido como foco prioritário o consumidor, “por ser, entre todos, o mais vulnerável do mercado [se

comparado às operadoras] e o que apresenta a mais baixa capacidade de negociação” (ANS, 2002).

De forma semelhante às demais agências de regulação criadas no Brasil no bojo do processo de privatização dos anos 90’s (ANEEL, ANP, ANATEL), a ANS, assim como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), possui autonomia orçamentária e decisória, além de ter uma estrutura organizacional baseada em um modelo de diretoria colegiada.

Quanto à natureza das ações regulatórias, a ANS difere das demais. Bahia (2001) chama a atenção de que, enquanto

as agências dos setores de comunicações e energia voltaram-se à formação e diversificação dos mercados, [...] as da saúde [ANS e ANVISA] surgiram a partir da **expectativa de constituição de mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços mais potentes** (BAHIA, 2001, p. 338, grifos nossos).

Em outros termos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar não nasce com a função de regular o mercado no sentido estrito da concorrência, ainda que deva também fazê-lo. Nasce como sendo um braço do Estado no sentido de fiscalizar as relações entre operadoras e consumidores de planos de saúde, no âmbito de um mercado onde se opera um serviço que, reafirme-se, é de responsabilidade última do Estado.

Neste sentido, a especificidade do “mercado” sobre o qual age a ANS e a conformação sobreposta dos sistemas no Brasil, como será visto, não deixam dúvidas sobre o papel de representante do Estado a ser exercido por esta Agência, assim como de co-partícipe na definição de estruturas e políticas de saúde no país.

B) Conformação do Mercado

Ao se falar de um mercado de serviços privados de saúde ou de uma medicina supletiva no Brasil, há que se também pontuar o tamanho e a estrutura deste mercado com vistas a evitar um super ou subdimensionamento do mesmo.

De acordo com informações da ANS (2005)⁵⁷, existem cerca de 40 milhões de vínculos a planos de saúde, distribuídos em contratos individuais ou coletivos e com coberturas diferenciadas. Considerando este número como equivalente ao número de beneficiários, isso significaria uma cobertura de 22% da população, para um total de 184 milhões de habitantes.⁵⁸

Os dados apontam que 85% deste contingente se referem a vínculos a planos com cobertura de assistência médica em diversos níveis e os demais 15% se prendem a vínculos com planos odontológicos. Sendo que, dos 85% com cobertura médica, a maioria ou 66% são planos com assistência hospitalar e ambulatorial.

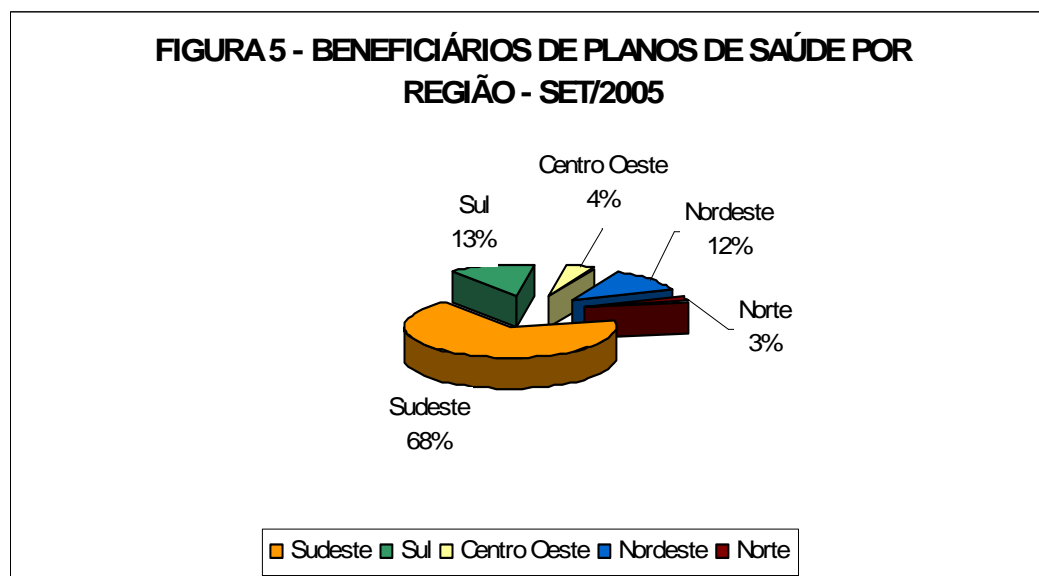
Quanto à concentração dos vínculos, observa-se uma situação especial. De acordo com informações do “diretor da Amil, os clientes de planos de saúde estão concentrados nos segmentos de menor poder aquisitivo, sendo 30% na classe D e E, 41% na classe C e somente 29% na classe A” (BAHIA,2001, p. 336)

Regionalmente, observa-se ainda, na FIGURA 5 apresentada a seguir, uma grande concentração de beneficiários, na Região Sudeste (68%), seja pela concentração de renda, seja pelo maior volume de trabalhadores especializados, seja pela própria localização das operadoras (58,9% das operadoras têm sede no Sudeste) e concentração dos profissionais da saúde.

No que tange às demais regiões, concentram 13% dos beneficiários na Região Sul, 12% na região Nordeste, e 7%, nas regiões Norte e Centro-Oeste.

⁵⁷ Os dados apresentados foram obtidos por meio do Relatório da ANS referente a setembro de 2005.

⁵⁸ As dificuldades de se ter um número preciso de beneficiários se deve entre outros motivos, ao fato de que alguns deles estão vinculados a mais de um plano, influenciando na sua forma de contabilização. Pela PNAD 2003 – Suplemento Saúde, são 43,2 milhões de beneficiários ou 24,6% da população.



Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS (2005)

Quanto às operadoras de planos de saúde com cobertura médica de diversos níveis, com ou sem odontologia, ou seja, excluindo aquelas com planos odontológicos unicamente, o mercado contava, em setembro de 2005, com 1.326 no total, das quais a maioria não possui uma rede própria de atendimento, utilizando-se de contratos diversos com profissionais da saúde e hospitais.

Há uma grande concentração de beneficiários em algumas operadoras. Fazendo uma análise através da “Curva ABC”, apenas 48 operadoras ou 4% do total cobrem 50% dos beneficiários. Ainda 17% das operadoras ou 233 cobrem 80% dos beneficiários.

Observa-se que o mercado está concentrado nas modalidades de Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas, sendo que, juntas, as duas respondem por 70% dos beneficiários.

Uma outra observação que confirma os dados acima é a taxa de crescimento dos beneficiários por modalidade de operadora. No período entre setembro de 2000 e setembro de 2005, os beneficiários cobertos por Cooperativas Médicas cresceram 31%, contra 7% dos cobertos por planos de Hospitais Filantrópicos e 5% por Medicina de Grupo. As seguradoras e a modalidade de Auto-Gestão tiveram crescimento negativo no período analisado.

Em resumo, as informações acima mostram a existência de um imponente mercado de saúde suplementar no Brasil, mesmo considerando que o número de beneficiários é um pouco menor que o número de vínculos conforme apresentados

(40 milhões). Isso é corroborado pelo volume de gasto privado no total dos dispêndios com saúde no país, que atinge um percentual de mais de 50%, como já explicitado (este valor inclui também o gasto direto).

Vale a pena ressaltar que o contingente de usuários envolvidos confirma, por um lado, a necessidade de um melhor dimensionamento deste mercado e uma regulamentação mais eficiente do mesmo e, por outro, um melhor entendimento das interfaces dos setores público e privado.

4.3.3 A força regulatória da ANS

Falando de forma ampla, a regulação pode ser vista como uma alternativa na atuação do Estado sobre a Economia. Desde que foi questionada a ação mais direta do Estado, nos anos 70's, o *mainstream* econômico e político defende a tese de que ao Estado caberia intervir de forma indireta, ou seja, poderia “orientar” as relações no mercado, sempre que necessário, através da regulação. Mesmo nos casos em que é inconteste a sua presença, como tipicamente pode ser apontada a atenção à saúde, ainda assim acredita-se ser a atuação através da regulação a melhor forma.

No que tange à atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, os diversos atores têm posição diferenciada sobre esta questão. Os defensores do mercado argumentam a favor da regulamentação em função das assimetrias do mercado; médicos e consumidores a defendem no sentido de regular cobertura, restrições no atendimento etc. As empresas (operadoras) defendem a redução do tamanho da interferência do Estado. No âmbito do Governo, também não existe uma opinião única, sendo que o ministro da Fazenda defende uma interferência pequena e o ministro da Saúde, uma ação mais efetiva do Estado a ser protagonizada pelo Ministério da Saúde (BAHIA, 2001).

Em meio a posições, pelo menos diferentes, se não conflituosas; pressupondo que, dadas as características do sistema de saúde brasileiro, seria esperado que a regulação assumisse um papel importante e fosse um braço forte do Estado sobre o mercado e, finalmente, considerando o espectro do presente trabalho, cumpre analisar duas ordens de questões.

Uma primeira dificuldade em termos da capacidade regulatória da ANS pode ser apontada considerando que, aparentemente, a Agência não se coloca de forma

efetiva como Estado e, portanto, como reguladora de um “serviço público”, que, em última instância, é de responsabilidade do Estado.

Alerta Ocké (2003) que, se a ANS o fizesse, teria mais força para agir e regular o mercado. O autor também observa que a capacidade de impor regras ao mercado, de forma mais precisa, especialmente quanto à internalização social da atenção à saúde, só seria alcançada com uma revisão do desenho institucional da ANS (OCKÉ, 2003).⁵⁹ Com isso, embora o Estado financie o setor, por exemplo, através de renúncia de arrecadação, não o regulamenta, senão indiretamente

Em segundo lugar, mas complementando o que foi abordado, a relação ANS X Ministério da Saúde (MS) apresenta fissuras estruturais. Embora subordinada ao MS, a autonomia da ANS e sua “opção” pelos consumidores de serviços de saúde fizeram com que se tornasse uma representante dos possuidores de planos de saúde ou quase um PROCON da saúde. Com isso, a Agência perde o seu papel de representante do Estado passando a ser uma representante de um grupo de usuários e, portanto, de um grupo de cidadãos, uma situação no mínimo paradoxal para uma instituição pública por natureza.

Em resumo, a prática tem mostrado que há uma divisão em termos de comando de tal maneira que o setor privado de assistência à saúde é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de forma autônoma até mesmo em função de sua estrutura. Por outro lado, ao ministro da Saúde cabe a responsabilidade somente pelo sistema público (SUS) e não sobre todo o sistema de saúde no país, como deveria ser. Na verdade o conceito de Sistema Único de Saúde deveria representar a idéia de um sistema capaz de regular todo o conjunto da assistência ou da atenção à saúde. Isso leva a dificuldades ao traçar as políticas de saúde, ao mesmo tempo em que enfraquece a capacidade regulatória do Estado.

Complementando o quadro, o comportamento da ANS faz com que a empresa, enquanto instituição pública, perca este seu caráter e passe a representar um grupo específico de usuários ou de cidadãos, como se ela tivesse sendo “capturada” por este grupo, para usar a terminologia das teorias de regulação como

⁵⁹ A disputa entre o mercado e a ANS tem sido uma constante desde sua criação. O desrespeito das operadoras em relação aos consumidores tem criado situações críticas de diversas ordens: a disputa entre os médicos e as operadoras quanto aos ajustes dos valores da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) tem levado o usuário ao pagamento direto ao médico consultado ou ao hospital, valores superiores àqueles que lhe serão ressarcidos. Com relação à mesma seguradora, usuários têm passado pelo constrangimento de ser rejeitados em ‘hospitais conveniados’ também por falta de acordo entre os hospitais e a operadora. Tudo causado por disputas na definição dos valores de ajuste dos prêmios das operadoras.

visto anteriormente, o que é contraditório com o princípio universalista da Constituição.

4.4 Contradições entre o público e o privado: o conflito da equidade

Várias discussões tem sido feitas no posicionamento quanto à presença dos setores público e privado no sistema de saúde brasileiro. De um lado, há o discurso de que, se reforçado o setor privado, o SUS estaria liberado para atender “aqueles mais necessitados”. Em outro extremo, se encontram os que defendem que, considerando a saúde como um bem público e a definição constitucional de que é um direito de todos e dever do Estado, caberia a este dar conta de ter um sistema efetivamente público, universal, integral e de qualidade.

Se possível fosse criar um terceiro lado, este seria representado por aqueles que defendem o mercado e a existência do sistema privado, portanto uma nuance do primeiro grupo, mas não querem abrir mão do “direito” de “usar” o SUS, por aquela parte da população que também é coberta por planos privados, quando isso for mais conveniente ou quando o serviço prestado for de melhor qualidade.

A par desta gama de enfoques, parece que a realidade não cabe em nenhum deles ou pode expressar o seu conjunto. Fugindo do lugar comum de soluções fáceis ou de detenção da verdade, mas com o intuito de reposicionar as condições atuais do sistema, a prática tem demonstrado que, apesar do caráter público e universal como desenhado na Constituição de 1988, o que resultou é um sistema de saúde que:

- não é inteiramente público porque há cerca de 1/4 da população que financia diretamente seus cuidados com saúde, seja através de planos e seguros de saúde seja com desembolso direto, em todos os níveis da atenção;

- que não é totalmente privado porque outros 3/4 da população dependem do sistema público, além do que, a renúncia de arrecadação através de isenção fiscal das empresas que fornecem assistência à saúde de seus empregados, ou do declarante pessoa física, faz com que seu financiamento seja indiretamente público;

- que não é equitativo porque o acesso aos serviços não é distribuído regionalmente de forma a atender a todos e principalmente porque “alguns” têm acesso mais fácil que outros, têm um leque maior de opções, e são justamente

aqueles que têm planos de saúde que obtêm mais facilidades, conforme dito anteriormente.⁶⁰

Em resumo, o sistema resultante, além de não cumprir sua opção universalista, gerou classes de usuários com um maior ou menor leque de opções em termos assistenciais. Foram criadas interfaces dos setores público e privado, definindo relações conflituosas e promíscuas, particularmente devido à sobreposição ou à ausência de delimitação de espaços.

Como conseqüência, foram desenvolvidas diversas contradições que geram insatisfação dos diferentes agentes envolvidos nos dois sistemas: o Estado, pela dificuldade de controle e regulação; o setor privado, porque não se vê atendido ampla e livremente como desejado por seus componentes; e os usuários, porque não têm um modelo com acesso amplo e eqüitativo, nem a qualidade desejada na prestação dos serviços.

Como visto, muitas das interfaces entre os setores público e privado existentes no Brasil, e de forma particular na saúde, vêm sendo tratadas por estudiosos do tema, como Cordeiro (2001), Dain (2000), Cohn e Elias (2002), Bahia (2001), Santos e Gerschman (2004), entre outros, com o intuito de aprofundar o entendimento do sistema de saúde brasileiro e avançar nas discussões para além de um tratamento dicotômico ou apenas da concepção de uma estrutura dual deste sistema.

Duas perspectivas na convivência do público e privado da inter-relação entre o Estado e o mercado chamam a atenção porque tornam transparentes alguns dos conflitos ainda não superados. A ausência de delimitação dos espaços de atuação dos setores público e privado na saúde leva a um tratamento desigual de iguais e, a análise da questão relativa ao seu financiamento faz transparecer uma das mais difíceis ou a principal barreira à concretização do princípio da universalidade. Por isso, estes dois temas serão explorados a seguir, com vistas a contribuir com o debate.

⁶⁰Existem discrepâncias, sendo que cerca de 80% dos médicos que têm atividade em consultório particular e mais de 50% do total dos hospitais mantêm convênio com as operadoras de planos de saúde. Isso para atender 25% da população que acessa os serviços privados (BAHIA, 2001).

4.4.1 Ausência de uma delimitação precisa de espaços no mercado

A primeira característica que pode ser apontada no sistema de saúde brasileiro e que o diferencia de outros países onde convivem sistemas público e privado de saúde é que aqui há uma sobreposição dos dois sistemas. Diferentemente do que ocorre em outros países, no Brasil, há uma intercambialidade dos setores público e privado que gera uma relação perversa entre os dois setores, delineia diversas anomalias a partir da interface público/privado que se estabelece, ao mesmo tempo em que dificulta a regulação por parte do Estado.

Não existe no país um Sistema de Atenção à Saúde, dentro do qual haja funções cumpridas por agentes públicos e funções cumpridas por agentes privados, conforme seria esperado em função das definições constitucionais e como, por exemplo, seria identificável na experiência internacional. Nestes países, ou o sistema privado atua em esferas não cobertas pelo setor público, como é o caso do Canadá, onde há uma precisa delimitação de áreas de atuação, fazendo com que o sistema majoritário seja de fato o público e cabendo ao setor privado uma parcela marginal de atendimento. Há ainda casos em que o setor privado atua, por exemplo, como prestador de serviços, os quais são contratados pelo setor público, o que não desvirtua o sentido de publicidade do sistema, posto que o financiamento é claramente fiscal. Aqui podem ser citadas a Inglaterra e a Espanha. Em outras situações, o sistema principal é privado, caso dos Estados Unidos, e o sistema público atende os “rejeitados” pelo mercado, mas define previamente quem são eles, determinando barreiras específicas que delimitam a inclusão das pessoas nos programas financiados com recursos públicos (*Medicare e Medicaid*).

Em termos do desenho do sistema brasileiro, sua distância em relação ao americano é grande, entretanto, na prática diária, ela se torna reduzida, fato este já apontado anteriormente por autores como Vianna (2000), Bahia (1999) e Ugá (2005).

Em função da sobreposição ou da excessiva intercambialidade dos dois sistemas e das definições constitucionais, o que aqui se produziu foi uma espécie de mercantilização dos serviços públicos, na qual o SUS, que é financiado com recursos fiscais, é “usado” pelo mercado (sistema privado) quando lhe convém. Não é sem propósito que isso ocorre, especialmente para os procedimentos de alto

custo, os quais, em geral, não são cobertos pelos planos de saúde, como, por exemplo, a Terapia Renal Substitutiva, ou ainda para serviços públicos de excelência, como aqueles realizados em hospitais universitários.

Esta anomalia na interface público - privado no sistema de saúde brasileiro, ou seja, o uso dos serviços públicos por clientes de planos de saúde, se torna mais perversa e discriminatória devido às “facilidades de inclusão dos segmentos cobertos pelos planos [que] permitem aos mesmos transitar nos serviços remunerados pelo SUS” (BAHIA, 2001, p.), não sendo entretanto a recíproca verdadeira.

Em outras palavras, trata-se, geralmente, de uma via de mão única, pois o atendimento a um paciente do SUS em estabelecimento privado só ocorre em circunstâncias especiais, ou quando

[...] [é] portador de uma patologia exigente da realização de um procedimento de alto custo, quase que exclusivamente financiado pelo SUS. Paradoxalmente, é o status de saúde negativo que pode conduzir o doente crônico para uma condição de cidadão de primeira classe (BAHIA, 2001, p.).

Como se trata de um sistema universal, não existe barreira ao atendimento das pessoas no sistema público, sendo que a universalidade do sistema ou o seu dispositivo constitucional tem sido um argumento amplamente usado pelos que querem utilizar-se do “melhor dos dois mundos” e, particularmente, pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

A luta pela recuperação dos custos incorridos no atendimento aos pacientes, com cobertura de planos e seguros privados de saúde, **o ressarcimento**⁶¹, embora exista há muito, tem sido uma constante na relação entre os diversos setores e empresas envolvidas, mas também tem recebido críticas das administradoras de planos e seguros de saúde, e agora mais recentemente também

de entidades de representação de hospitais privados [que] expõem argumentos contrários à tese da cobrança pelo atendimento de clientes de planos, realizada em serviços públicos ou conveniados pelo SUS. As principais razões da

⁶¹ O ressarcimento ao SUS vem sendo considerado, desde os anos 90's, por gestores públicos, agências multilaterais, como o Banco Mundial e o BID e setores da sociedade civil, uma ferramenta adequada à obtenção de maior equidade no financiamento da saúde (BAHIA, 2001).

defesa contrária ao ressarcimento são sua inconstitucionalidade e, por vezes, inocuidade (BAHIA, 2001, p.).⁶²

A consequência da inexistência de uma delimitação precisa dos espaços a serem ocupados pelos dois sistemas e da convivência promíscua entre um sistema universal e público e um sistema privado é que o SUS atende integralmente aqueles que não podem pagar um plano de saúde, mas é obrigado também a atender aqueles que o têm.

Isso poderia não ser problema, se houvesse o ressarcimento dos custos incorridos, evitando a drenagem dos recursos públicos, se não houvesse renúncia fiscal em relação aos gastos com os planos e seguros de saúde e, principalmente, se não se tivesse delineado uma segmentação regressiva, criando claramente duas categorias de cidadãos – os que têm “acesso fácil” aos dois sistemas, ampliando seu leque de opções e se tornando pacientes de primeira categoria, e aqueles que têm seu acesso dificultado, os cidadãos de segunda classe, os quais, por incapacidade de arcarem com um plano de saúde, dependem integralmente do serviço do SUS.⁶³ Em resumo um tratamento desigual de iguais, que é apontado por Cohn e Elias (2002), ao analisarem a questão da “dupla porta” no caso de um Hospital Universitário em São Paulo

Do ponto de vista do atendimento médico propriamente dito ela [a porta dupla] não apresenta discriminações entre usuários do SUS e usuários SSAM [pacientes dos planos de saúde conveniados]. O que ela ilustra é a discriminação social no que diz respeito a partilhar espaços, seja nos casos de uma **incômoda convivência entre pobres e não pobres** (usuário SUS e usuário SSAM), seja na discriminação quando da partilha de espaços mais privativos (os quartos), em que **os pobres são condenados a conviver no mesmo espaço com até quatro pessoas, enquanto os quartos dos não pobres**

⁶² De acordo com dados da ANS, o valor ressarcido é muito pequeno em relação à utilização dos serviços. Em 2002, este volume não passou de 23% das solicitações (MONTONE, 2003). Por isso há uma proposta em estudo, no sentido de que em vez de ressarcimento, os hospitais fizessem pré-pagamento. É interessante lembrar que este pode ser um caminho posto que solução semelhante foi obtida em muitos municípios na cobrança do ISS, gerando uma legislação que obrigava os maiores tomadores de serviço a fazerem o recolhimento do imposto no lugar da empresa prestadora, ou seja, tornando-se solidários no cumprimento das obrigações tributárias.

⁶³ Há estudos demonstrando que grande parte do pagamento *out-of-pocket* relativo a procedimentos de alto custo, como no caso de exames diagnósticos como, por exemplo, Ressonância Magnética, é feito por pessoas mais pobres. Também têm surgindo planos de baixíssimo custo e cobertura, mas que ao possuí-lo, o paciente, galga o “direito” de solicitar ao seu médico um exame de diagnóstico ou um tratamento pelo SUS, de forma mais facilitada (furando a fila).

são partilhados por somente até duas pessoas (COHN e ELIAS, 2002. p. 179, grifos nossos).

4.4.2 Iniquidades na lógica de financiamento: o peso relativo dos gastos com a saúde sobre a renda das famílias

A discussão do financiamento como centro de análise das muitas contradições visíveis e invisíveis no sistema de saúde brasileiro significa chamar a atenção para seu ponto mais nevrálgico, mas que, equivocadamente interpretado por alguns, não é o único. Ainda no interior da discussão, diferentemente do que possa aparentar, a questão do financiamento não envolve apenas os problemas relativos ao volume de recursos, sendo este só o seu lado mais visível e imediato na rota do aperfeiçoamento deste sistema.

Aparentemente o padrão dual de financiamento da assistência à saúde adotado no Brasil não diferencia muito do que ocorre em vários outros países desenvolvidos, como visto no capítulo 3.

Por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), ou o sistema público de saúde no Brasil, é financiado com recursos fiscais, pelas três esferas de Governo - União, estados e municípios. Hoje o financiamento é regido pela Emenda Constitucional (EC) 29⁶⁴, que determina que a União aplique anualmente o investimento feito em saúde no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados e o Distrito Federal são obrigados a aplicar, pelo menos, 12% do somatório de suas receitas tributárias mais as transferências recebidas e os municípios devem aplicar, no mínimo, 15% também da soma das receitas tributárias mais as transferências recebidas da União e do estado a que pertencem.

O sistema privado é financiado com recursos das famílias e instituições – públicas e privadas -, quando se refere aos planos e seguros de saúde ou diretamente pelas famílias quando se trata de pagamento *out-of-pocket*.

Esta estrutura formal, se guardadas algumas particularidades, não difere do que existe em outros países onde convivem sistemas públicos e privados de saúde.

⁶⁴ A EC 29 está em processo de regulamentação e enquanto não é efetivada, continua valendo a regra que tinha sido definida para o período até 2004.

Trabalhos desenvolvidos no âmbito da OECD, entretanto, mostram que o sistema privado não tem um papel importante nos países desenvolvidos que optaram por sistemas universais, ainda que tenha havido um crescimento na prestação de serviços financiada com recursos privados, mas, via de regra, isso ocorre naqueles países onde o serviço público deixa a desejar (COLOMBO E TAPAY, 2004). Por isso mesmo, quando se compara o Brasil com os países que optaram por um sistema “público e universal” de saúde, as diferenças começam a aparecer.

Enquanto não há termos de comparação entre o volume total de gasto entre os países desenvolvidos e o Brasil, é possível, como forma de ilustração, comparar o gasto per capita dos mesmos. O Brasil despendeu, em 2002, aproximadamente, R\$115,0 bilhões (UGÁ e SANTOS, 2005) em saúde, o que equivale a um gasto per capita de cerca de US\$300. Neste mesmo ano, o gasto médio da OECD para os países membros, foi de US\$2.144.⁶⁵ As diferenças se aprofundam, à medida que avança o detalhamento.

Enquanto na maioria dos países cêntricos, os recursos de origem fiscal respondem por montantes que variam de 70% (Canadá) a 83% (Reino Unido) do gasto total com saúde, no Brasil, este montante não ultrapassa a casa dos 44%, sendo que, deste valor, a União é responsável por 58% do total; os estados, por 20% e os municípios, por 22%. O montante de 44% de recursos públicos é um volume que está mais próximo do gasto americano (45%), um sistema basicamente privado de saúde, conforme pode ser visto no ANEXO A.

Assim, sob a perspectiva do gasto per capita e principalmente da participação do gasto público no total despendido em saúde, há uma diferença fundamental entre o que ocorre no Brasil, *vis-a-vis*, outros países desenvolvidos e que optaram por sistemas públicos e universais.

Complementando os 44% de financiamento da assistência à saúde, advindos de recursos públicos, no Brasil, em 2002, cerca de 22% se referem a gastos financiados pelas famílias através de planos e seguros de saúde e o restante, 34%, através de dispêndio direto ou gasto *out of pocket*.

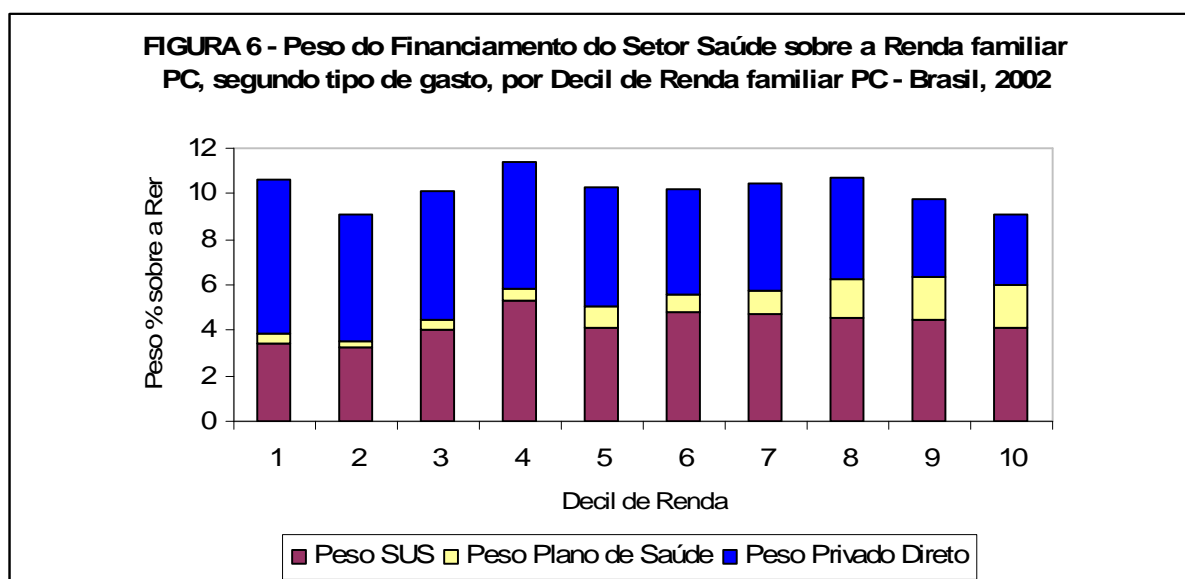
As iniquidades presentes no sistema de saúde brasileiro saltam quando se analisa o peso que os gastos têm sobre o orçamento das famílias nas diversas faixas de renda. Se as despesas com saúde absorvem não menos que 9,7% da

⁶⁵ O capítulo 3 apresenta maiores informações sobre o gasto de cada país membro.

renda total das famílias, conforme resultados apresentados na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002 (IBGE, 2002; UGA e SANTOS, 2005), este montante não é distribuído de forma eqüitativa entre as diversas faixas de renda.

Dividida a população em dez faixas de renda familiar, sendo a primeira (primeiro decil) “até R\$400,00” e a última “mais de R\$6.000,00” (10º. Decil)⁶⁶ de renda per capita familiar, observa-se que o gasto com saúde tem um peso relativamente maior na renda das famílias mais pobres, sendo de 10,6% para as famílias com renda per capita pertencente ao primeiro decil e 9,1% para as famílias mais ricas, pertencentes ao último decil. (UGA e SANTOS, 2005).

Se a análise for aprofundada, o desequilíbrio fica maior, posto que, como se observa na FIGURA 6 a seguir, o gasto privado direto com saúde (*out of pocket*) tem um peso significativamente maior entre as famílias mais pobres *vis-a-vis* as de renda per capitã mais elevada (10º decil).



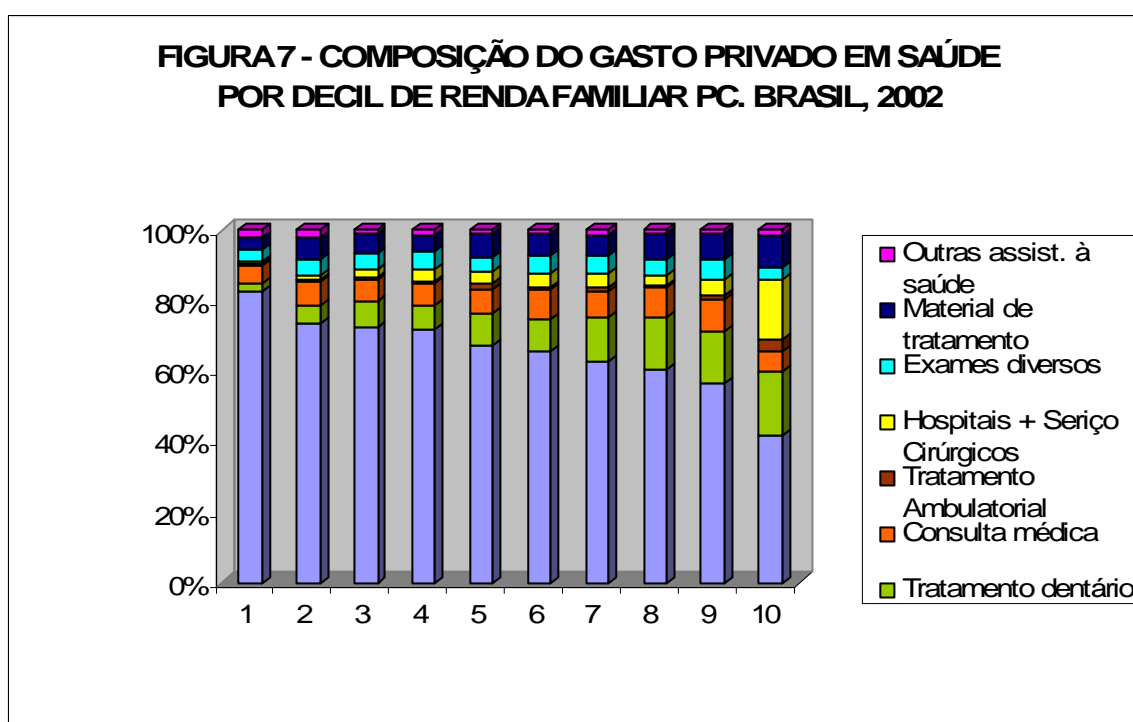
Isso só vem corroborar a observação feita anteriormente de que, devido às dificuldades de acesso a procedimentos contingenciados pelo SUS, dado seu elevado custo, como, por exemplo, diagnósticos por ressonância magnética, ou tomografia computadorizada, a tendência é que as famílias de menor renda

⁶⁶ As dez faixas de renda, correspondentes aos decis, consideradas pelo IBGE são: até 400; mais de 400 a 600; mais de 600 a 1.000; mais de 1.000 a 1.200; mais de 1.200 a 1.600; mais 1.600 a 2.000; mais de 2.000 a 3.000; mais de 3.000 a 4.000; mais de 4.000 a 6.000 e mais de 6.000 (IBGE, 2000).

busquem centros particulares e paguem para fazer seus exames. Quanto às famílias de maior renda, estes tratamentos tendem a ser cobertos por seus planos de saúde, principalmente aqueles planos especiais, nos quais não existe limite de gasto, que ganharam força nas camadas mais elevadas de renda.⁶⁷

Ampliando a análise para incluir um maior detalhamento da composição da despesa no âmbito do setor saúde, é visível, a partir da FIGURA 7 a seguir, que o gasto com medicamentos tem um peso significativo em todas as faixas de renda. Este comportamento corrobora análises anteriormente feitas no presente trabalho, especificamente no capítulo 3, que demonstram o crescimento do peso das despesas com fármacos, também na maioria dos países desenvolvidos.

Considerando as faixas de renda distribuídas nos dez decis, observa-se que os gastos com medicamentos têm maior peso nas faixas de menor renda familiar per capita. O percentual varia de 40% para as famílias pertencentes ao último decil de renda, a mais de 80% para as famílias pertencentes ao primeiro decil de renda.



Fonte: POF/ IBGE 2002/2003

⁶⁷ Ao analisar esta questão, Uga e Santos apontam que, no item “exames”, este comportamento pode ser observado de forma semelhante para os nove primeiros decis de renda, indicando que somente as famílias pertencentes ao último decil de renda estariam cobertas em relação às despesas relativas aos tratamentos e exames mais dispendiosos (UGA e SANTOS, 2005). Informações colhidas verbalmente em empresa prestadora deste tipo de serviço na cidade de Juiz de Fora- MG e não conveniada com o SUS mostram, porém, que, no caso específico dos exames mais caros, a análise se aplicaria somente às faixas mais baixas de renda, ou seja, famílias que realmente não possuem plano de saúde e são dependentes do SUS.

4.4.3 Renúncia fiscal: quem financia quem ?

A renúncia fiscal, renúncia de arrecadação ou despesa tributária, pode ser considerada como “o abandono do padrão normal de tributação, para fins de incentivo” (DAIN, QUADROS E CAVALCANTI, 2002, p. 225), sendo que seria justificada a partir da existência de um objetivo preciso, como, por exemplo, proteção de determinado setor industrial, incentivo ao desenvolvimento de uma área de prestação de serviços como a produção de software para exportação, como ocorreu no programa SOFTEX no Brasil. Pode ainda ser entendida como incentivo à formalização da relação empregatícia, como o atual caso de dedução da contribuição previdenciária dos empregados domésticos, na tributação do Imposto de Renda das pessoas físicas, proposta recentemente pelo atual Governo.

Em quaisquer circunstâncias, a renúncia de arrecadação não é uma particularidade brasileira e ocorre na maioria dos países, sendo, em geral, questionada, posto que traz

distorções nas decisões de investimento⁶⁸, consumo e poupança, que aumentam a complexidade do sistema tributário e acentuam as dificuldades de se realizarem avaliações regulares de seu impacto (DAIN, QUADROS E CAVALCANTI, 2002, p. 224).

Tem sido considerado, inclusive por muitos países desenvolvidos, que o gasto direto pode ser mais efetivo que a renúncia fiscal, porque as perdas de receita nos programas dela dependentes são menos visíveis que os custos devidos a gastos diretos, sendo mais difícil a avaliação dos benefícios derivados destas perdas (DAIN, QUADROS E CAVALCANTI, 2002).

Mesmo no setor saúde, há experiências de renúncia fiscal em países mais desenvolvidos, como, por exemplo, na França, Canadá, Irlanda e Austrália, sendo que, aí, a homogeneidade da renda, aliada a um sistema privado suplementar pouco representativo, faz com que seu peso não seja grande.

⁶⁸ Um clássico exemplo das distorções que a renúncia fiscal traz à estrutura tributária de um país como um todo, e particularmente às decisões de investimento, está na conhecida “guerra fiscal” existente entre os estados brasileiros e que tem sido apontada como uma verdadeira fonte de perda de receita, sem que seus resultados possam ser considerados como positivos.

No que tange ao Brasil, a renúncia de arrecadação se dá de formas diversas. No caso das pessoas físicas, possuidoras de planos e seguros de saúde, ou ainda que fazem desembolso direto (despesas *out of pocket*), é feito o desconto integral de seus gastos no Imposto de Renda a pagar, conforme legislação pertinente, desde 1991.

As pessoas jurídicas que financiam parcial ou integralmente a assistência à saúde aos seus empregados podem descontar parcialmente do Imposto de Renda a ser pago as despesas efetuadas, conforme legislação de 1994. Além disso, as operadoras de planos e seguros de saúde têm recebido um “alívio fiscal” do Governo, como o relativo à Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Para entender o papel da renúncia de arrecadação que ocorre no setor saúde no Brasil, é preciso se ter em mente que, em princípio, como o sistema público é universal, mas precário, o financiamento público parcial do sistema privado teria a função de promover um tratamento fiscal mais equânime, dando sustentação àqueles que tivessem necessidade de recorrer ao sistema privado para seus cuidados com a saúde.

Dada a lógica de funcionamento e a sobreposição dos sistemas, acima aludida, a renúncia fiscal gera uma situação “*sui generis*”, além de iníqua. Aqueles que podem pagar por um serviço de maior qualidade ou pelo menos mais seletivo, a parte da população com renda mais elevada e que faz declaração de Imposto de Renda, têm o privilégio de ser atendida pelos serviços privados, sendo parcialmente reembolsada com recursos públicos, via isenção fiscal. Ao mesmo tempo, este grupo tem acesso ao serviço público de saúde, posto que é constitucionalmente um direito de todos e, como se viu, é este o grupo que, via de regra, consegue ter acesso privilegiado aos serviços públicos de saúde.

Desta forma, há iniquidade porque um grupo consegue ampliar suas possibilidades de escolha, as quais são sustentadas pelo outro grupo ou pelo restante da população (3/4 da população como visto), que não faz jus ao mesmo leque de opções, mas que as financia.

Acrescente-se a esta situação o fato de que, como qualquer renúncia fiscal, esta também resulta em um financiamento público indireto, ou seja, ao renunciar parcialmente à arrecadação do Imposto de Renda, o Estado está imputando a toda

a sociedade o pagamento da atenção à saúde daquele grupo que tem condições de ter um plano de saúde.

Se isso não rompe formalmente com a universalidade, o faz de maneira indireta já que, ao drenar recursos que poderiam estar sendo direcionados aos serviços públicos, torna-se mais difícil a implementação de políticas capazes de levar à concretização do conceito da universalidade. Assim, a renúncia fiscal acaba por gerar mais distorções, privilegiando um grupo em detrimento de outro, tornando-se, neste sentido, um sistema regressivo.

O conhecimento da parte sombria gerada pelas interfaces do público e do privado no sistema de saúde, traz à tona o debate sobre as limitações impostas à concretização do conceito de universalidade. Para aprofundar e avançar nesta discussão, com vistas a refletir sobre o sistema de saúde brasileiro, requer um maior entendimento da dinâmica dos interesses e relações dos agentes nele envolvidos.

4.5 Conflitos Interinstitucionais na relação entre o público e o privado: a capacidade de governança do Estado brasileiro

Ao longo deste capítulo, se procurou deixar claro que, diferentemente do que ocorre em outros países, particularmente aqueles analisados anteriormente no capítulo 3, no sistema de saúde brasileiro, há uma grande e pouco dimensionada interface do público e privado de natureza, financeira assistencial e administrativa.

A ausência de uma delimitação de espaços, como no caso do Canadá, da Espanha e, mesmo às avessas, nos Estados Unidos, imprime um formato particular ao sistema de saúde no Brasil que, se, por um lado, deixa turva a relação entre o que é público e o que é privado e com isso dificulta o processo de regulação e de ação do Estado sobre o mercado, por outro traz obrigatoriamente um tratamento desigual entre os cidadãos que, via de regra, beneficia aqueles com maior penetração social. Resultados parciais de uma pesquisa mostram que

O uso, pouco visível e não totalmente dimensionado, das possibilidades de crédito, financiamento e assistência oferecidos pelos órgãos governamentais às empresas de planos de saúde e prestadores de serviços privados vinculados ao atendimento de clientes de maior *status* parece mais intenso do que aquele realizado pela rede empresarial constituída em

torno das clientela menos diferenciadas. (COHN *et all*, 2003. p. 145)

Assim, a questão das filas duplas nos hospitais universitários (HU's) ou o discurso de quem reclama dos impostos de maneira geral, quando na verdade tem que “pagar seu próprio plano de saúde” porque o Estado não atende às suas demandas ou só serve aos pobres, são manifestações de um mesmo problema.

Se, no primeiro caso, ao se conveniarem com operadoras de planos e seguros de saúde, os Hospitais Universitários, a título de uma publicização de recursos privados ou de um “subsídio cruzado”, acabam por fazer o inverso, ou seja, uma privatização de recursos públicos; no segundo, a isenção fiscal dada às pessoas físicas, em função das despesas com os serviços de saúde em geral, é apenas mais uma forma de imputar a toda a sociedade, de onerá-la, ou de tornar público o que é particular ou que é privado.

Ainda que ganhem uma dimensão diferenciada no Brasil, dadas suas condições de desigualdades sociais e econômicas, seu caráter de país ausente do circuito de países cêntricos e preso a um circuito de endividamento, as dificuldades no relacionamento entre o público e o privado têm sido consideradas como uma questão mundial, particularmente depois dos anos 70's, frente aos questionamentos sobre o papel do Estado, conforme já foi observado no primeiro capítulo do presente trabalho. Sobre esta questão, Giaimo (2002) salienta que

algumas das maiores mudanças que estão acontecendo no âmbito dos sistemas de proteção social envolvem esforços para reescrever o desenho dos arranjos de governança entre o Estado e os atores setoriais e para redefinir as relações de poder entre estes atores (GIAIMO, 2002. p. 8, tradução nossa).

Assim, retirar das sombras as interfaces público/privada é a forma de entendê-las, tornar claras as tensões existentes neste relacionamento, é um passo para poder suplantá-las. Da mesma maneira, conhecer e entender os interesses dos agentes envolvidos no sistema de saúde brasileiro como um todo é uma forma de, por um lado, delinear as dificuldades enfrentadas pelo poder público no cumprimento de sua função regulatória do mercado, com vistas a reduzir desigualdades e inibir abusos de todas as ordens, mas, por outro lado, é também uma forma de caminhar no sentido de suplantar velhos dilemas.

Entendendo a governança como a capacidade gerencial dos governos ou como “as formas [pelas quais] os *policymakers* tentam administrar, coordenar e controlar as atividades dos atores setoriais” (LINDBERG, CAMPBELL, HOLLINGSWORTH, 1991 *apud* GIAIMO, 2002. p. 9, tradução nossa), a análise aponta no sentido de conhecer os atores envolvidos, seus interesses e relações para, a partir daí, refletir sobre a capacidade do Estado brasileiro de exercer a coordenação e controle destes atores ou sua **capacidade de governança**.

No sistema de saúde brasileiro, aqui entendido de forma ampla, para incluir qualquer demanda ou fornecimento de serviços de saúde, sejam públicos ou privados, é possível identificar os diversos atores envolvidos. O Ministério da Saúde como representante do Estado, as operadoras de planos e seguros de saúde e os prestadores privados de serviços inclusive os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros etc), como representantes do mercado, os usuários dos serviços de saúde individualmente e a sociedade como um todo.

A começar pelo Estado, não é possível considerá-lo como um bloco coeso e muito menos defensor incontestado do sistema público de saúde ou do SUS. Aí existem interesses políticos, por exemplo, das prefeituras, que são as executoras das políticas de saúde, que nem sempre coincidem com as orientações ou interesses do Governo Federal. Nem sempre as prefeituras demandam serviços de saúde dos prestadores públicos, ou seja, não usam recursos públicos para dar sustentação a serviços públicos.⁶⁹ Em outras palavras, o próprio SUS não é monolítico nas suas orientações e execução de políticas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é pública e está ligada ao Ministério da Saúde e que deveria ser o braço forte do Estado na regulação do mercado, está estruturada de uma maneira que não ajuda em sua função de contribuir para a “melhoria da saúde dos brasileiros” (BAHIA, 2003, p. 5).

Segundo Bahia (2003), a ANS tem uma Diretoria de Operadoras, uma Diretoria de Produtos, uma de Ressarcimento e nada de saúde. “Nada disso fala da Saúde, ninguém fala com o Ministério da Saúde” (BAHIA, 2003. p. 5).

⁶⁹ O estado de penúria em que se encontram os hospitais universitários é causado, entre outros motivos, porque muitas vezes as prefeituras não cumprem o preceito de primeiro usar “todo” o serviço disponível das instituições públicas, optando por demandar serviços de provedores privados com ou sem fins lucrativos.

Desta forma, seja sob a perspectiva do relacionamento com as outras esferas de Governo, seja pelo desenho da estrutura regulatória, não há confluência de interesses sequer no âmbito do setor público.

No chamado “mercado”, a outra ponta desta interface, embora tenha como ponto de união o fato de que é, movido pelo objetivo de lucro, também tem o lado da disputa por espaços ou a concorrência, inclusive com os prestadores públicos.

Em primeiro lugar, cumpre dizer que as operadoras de planos de saúde só vendem o direito à assistência. O serviço de saúde mesmo é prestado por uma rede de profissionais, clínicas e hospitais, privados com ou sem fins lucrativos e públicos, como no caso dos hospitais universitários. Isso não significa que as operadoras só dependam do livre jogo das forças de mercado, posto que, ao se relacionarem com o setor público, conveniando com os HU's, também dependem da capacidade financeira do SUS ou do financiamento público.

Os provedores da assistência à saúde sejam as instituições, sejam os profissionais, servem “a dois senhores”, ou seja, prestam serviços tanto ao sistema público como ao privado. No caso das instituições como as Santas Casas de Misericórdia, o conflito de interesses é grande, pois dado sua condição de “filantrópicas”, recebem recursos públicos seja diretamente através de convênios e doações, seja através da prestação de serviços ao SUS. Em um extremo de segmentação, inclusive de acomodações, elas são prestadoras de serviços aos usuários dos planos de saúde conveniados, assim como de seus planos próprios.

No caso dos médicos, o conflito não é menor. O mesmo profissional tem consultório próprio onde atende pacientes conveniados dos diversos planos de saúde e consultas com pagamento direto; atuam nos hospitais onde, via de regra, atendem a pacientes do SUS e pacientes conveniados; trabalham no SUS, onde são remunerados com recursos públicos; se forem professores universitários ou médicos contratados dos HU's, terão um salário fixo como professores, mas, direta ou indiretamente, são beneficiados com os convênios feitos pelos HU's com as operadoras de planos de saúde e finalmente; se forem cooperados da UNIMED têm de responder por um interesse próprio de “dono do negócio”.

Os usuários dos serviços de saúde, individualmente, querem ser atendidos com qualidade e com especialidade. Se forem usuários do SUS, aceitam um tratamento, por exemplo, de enfermagem nos hospitais, de maior espera nas filas de atendimento porque o consideram uma “benesse do Governo”.

Se forem possuidores de planos de saúde, querem um tratamento diferenciado, mesmo que estejam sendo atendidos em instituições públicas. As observações de Cohn e Elias (2002), ao lembrarem da dificuldade em analisar o fenômeno da “porta dupla” ou ainda da necessidade de melhor entender o que efetivamente significa esta porta dupla, podem ser aproveitadas aqui para mostrar o comportamento dos usuários:

O que marca a distinção entre os dois públicos de usuários [do SUS e conveniado] é a reprodução no âmbito do espaço hospitalar [HU], do *apartheid* social existente fora de suas paredes. [...] elas se manifestam no **desconforto** de os usuários do SSAM [Hospital Universitário] partilharem as mesmas salas de espera com os usuários do SUS (COHN E ELIAS, 2002, p. 178, grifo nosso).

Finalmente, a sociedade como um todo também não tem um comportamento coeso. Em geral, quer um sistema público de qualidade, mas pagando menos impostos. Um sistema que possa atender a todos, mas que mantenha as “diferenciações” individuais, ou seja, como grupo defende o SUS, como indivíduo defende o plano de saúde “financiado” indiretamente por todos, via isenção fiscal.

Como resultado, a sobreposição de papéis dos diversos atores, que ora são mercado, defendendo o “livre jogo da concorrência” e ora são Estado, defendendo o sistema público e o uso dos recursos públicos para o SUS, e a dificuldade de fazer coincidir os interesses intragrupos não podem ser considerados os únicos determinantes, certamente constituem um fator dificultador na capacidade de governança do Estado.

De forma sintética, o capítulo 4 que completa a segunda parte do presente trabalho mostrou a construção e a estrutura atual do Sistema de Saúde Brasileiro, sob a perspectiva da relação entre o Estado e o mercado.

Desde os primeiros passos na construção de um sistema de proteção social, até o nascimento do SUS na Constituição de 1988, é possível identificar um viés privatista do sistema brasileiro, onde o mercado sempre conta com a conivência do Estado.

Por outro lado, a criação do sistema público e universal conforme o que emerge em 1988, após um longo período em que o seguro social prevaleceu, se dá

exatamente quando a fase áurea do capitalismo se esgota. Este é o momento em que o discurso dominante prega a retração do Estado, sendo, portanto, a extemporaneidade da opção brasileira, um entrave à constituição do sistema idealizado.

Neste sentido, o cotejamento da *démarche* brasileira na construção do seu sistema de atenção a saúde, com o caminho seguido por outros países mais desenvolvidos, conforme apresentado no capítulo 3, mostrou a ampliação dos desafios a serem transpostos no Brasil. Enquanto nos países desenvolvidos os sistemas de proteção social nascem e se fortalecem, no bojo de uma conjuntura favorável à maior atuação do Estado, no Brasil, isso se dá quando o Estado é “convidado” a se retrair.

Finalmente, o capítulo 4 se ocupou de apresentar e refletir sobre as interfaces, que foram sendo tecidas entre o setor público e privado, no sistema brasileiro de proteção à saúde e, as conseqüências e entraves daí advindos para a construção de um sistema mais eqüitativo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que perpassa todo o presente trabalho é a discussão do Estado ou de sua conformação ao longo do tempo e, de como seu papel deve ser entendido na relação com o mercado, no âmbito dos sistemas de proteção social, particularmente do sistema de saúde brasileiro.

A condução do estudo através de um paralelo entre o processo de desenvolvimento das forças produtivas capitalistas e a atuação do Estado, sustenta-se na concepção de que, a definição do papel a ser desempenhado pelo Estado na economia é fruto de uma conjugação de fatores históricos, econômicos e ideológicos, a cada momento.

O que se apresenta a seguir é uma síntese dos principais pontos abordados em cada um dos capítulos e a contribuição daí advinda para a melhor compreensão da relação entre o Estado e o mercado, no sistema de saúde brasileiro.

Assim, o primeiro capítulo analisou as três clássicas fases do desenvolvimento do capitalismo, definidas pelos dois pontos de inflexão representados pelas crises do sistema nos anos 1930's e 1970's. Procurou-se mostrar que, na primeira fase, a orientação liberal que pregava o *laissez-faire*, coadunava com a conjuntura histórica e econômica de desenvolvimento das forças produtivas capitalistas. Naquele momento a necessidade de desenvolvimento do sistema e, de abertura de mercados, sobrepunha a demanda por maior presença do Estado, tornando assim dominante, a proposta de Estado mínimo.

É com a grande crise dos anos 30's que se coloca de forma mais definitiva o questionamento sobre a confluência de interesses individuais e coletivos. As análises de Keynes mostrando um novo entendimento da lógica de funcionamento do sistema capitalista, principalmente quanto à sua instabilidade crônica, abre espaço para uma atuação mais perene do estado na economia.

Essa nova visão sobre o papel do Estado deu sustentação a avanços na área da proteção social. Assim, pode-se dizer que, a própria orientação teórica de cunho Keynesiano; o momento histórico representado pela destruição de muitos países europeus, com a II guerra mundial o que levou a um aumento da solidariedade; além das condições econômicas propícias (fase áurea do capitalismo, entre os anos 1940's e início dos anos 1970's), foram importantes, senão decisórias, para o

nascimento dos sistemas de proteção social de caráter mais universalista, nos países desenvolvidos.

Vale ainda ressaltar que no longo período que intermedia as duas grandes crises vividas pelo capitalismo, o nascimento e crescimento dos sistemas de proteção social ao se consubstanciarem na prestação de serviços, geraram demandas, de diversas naturezas, que deram sustentação à acumulação capitalista. Neste sentido, há uma convivência pacífica entre mercado e Estado, determinada por uma permissividade do mercado, que desta convivência se beneficia.

A terceira fase do desenvolvimento do sistema capitalista, que ocorre a partir da crise dos anos 1970's conjuga, fatores referentes ao esgotamento de um ciclo de crescimento econômico com a dominação de uma orientação político-ideológica, que pregava a retração do Estado, por considerar a sua "grande" presença na economia a causa da crise.

O segundo capítulo, que complementa a análise iniciada no primeiro, buscou apresentar os condicionantes definidores de uma nova conformação do Estado, que nasce com as propostas de retração de sua atuação sobre o mercado. A função de regulação aí estudada, é vista como uma forma alternativa de atuação do Estado sobre o mercado, aceita pelo *mainstream* econômico, que em momento algum, ao propor a redução do Estado, a entendia como um retorno ao *laissez-faire*. O que se propunha era que o Estado devia atuar indiretamente sobre o mercado, através da regulação das relações entre os agentes econômicos, mas sem impedir ou sem se sobrepor ao mercado.

A análise do mercado produtor de bens e serviços de saúde foi importante no sentido de apontar suas especificidades, assim como de mostrar que mesmo as teorias mais conservadoras aceitam que as particularidades deste mercado, não deixam dúvidas sobre a necessidade de atuação do Estado.

Assim, a conclusão que emerge desta primeira parte do trabalho, é que a compreensão das condições histórico-econômicas, representadas pelo processo de desenvolvimento do capitalismo, se faz necessária para entender o desenho de estado que se delineia nos diversos momentos e que; mesmo sabendo que em quaisquer circunstâncias, a escolha do modelo de proteção social sempre reflete uma opção da sociedade sobre o que deve ser privilegiado, se a solidariedade ou se a "liberdade" do mercado, estas escolhas também não podem ser entendidas de forma descolada desta contextualização.

No capítulo 3 a análise da experiência internacional de sistemas de proteção social foi feita, através da descrição dos sistemas de saúde de alguns países (Inglaterra, Canadá, Espanha e Estados Unidos). A opção por modelos de proteção social de caráter público e universal feita pelos países europeus, só faz reafirmar as observações trazidas anteriormente quanto às condições propícias do momento em que nascem. Por outro lado, a experiência americana também não deixa dúvidas sobre o grau de liberdade de cada sociedade nesta definição.

Além disso, foi mostrado que a maioria dos países desenvolvidos tem passado por reformas em seus sistemas de proteção social, visando a introdução de mecanismos de mercado. Embora o aumento generalizado de custo com a manutenção dos sistemas em geral e os públicos em particular, seja um motivo importante para as reformas, não é possível desconhecer que elas ocorrem também como fruto dos questionamentos sobre a atuação do estado pós anos 1970's.

Nos diversos países, a discussão e reestruturação dos sistemas de proteção social e de saúde em particular, envolveram definições relativas ao papel do Estado, do mercado e dos interesses sociais e individuais de proteção. Não se tratava de redefinir as suas opções, mas de delimitar espaços de forma a não perder os avanços alcançados e consolidados em termos de proteção aos cidadãos.

Alguns estudos desenvolvidos pela OECD demonstram que as reformas empreendidas nos países desenvolvidos ao longo da década de 1990 não lograram o sucesso esperado. Mostram que, embora os arranjos privados no setor saúde estejam hoje presentes na maioria dos países, isso não representou redução de custos dos sistemas públicos e sequer uma representativa alteração no leque de opções dos usuários como um todo.

O aprendizado que emerge da análise das reformas nos países desenvolvidos é que, mesmo não sendo seus resultados definitivos, eles apontam no sentido de que é falaciosa a idéia do mercado ser sempre capaz de reduzir custos e/ou aumentar a opção dos usuários. Mostra que a abertura à participação do mercado no setor produtor de serviços de saúde, não significa a redução do papel do Estado, responsável último pela prestação deste tipo de serviço, mas impõe a necessidade de rever seu papel de regulador. Mostra ainda que, a convivência público/privada no setor saúde, requer que os espaços de atuação do mercado sejam delimitados.

Uma outra questão importante, particularmente para a compreensão do sistema brasileiro de saúde, que emerge da análise da experiência internacional se refere aos aspectos da Governança. As análises de Giaimo (2002) mostram que diferentes contornos podem ser delineados nos sistemas de proteção social em função da interação de atores políticos, setoriais e institucionais, produzindo desenhos diferenciados em termos da relação entre o Estado e o mercado.

O capítulo 4 se voltou para a reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, buscando identificar, ao longo do seu desenvolvimento, as particularidades que se foram formando na relação entre o Estado e o Mercado.

A primeira análise feita sobre o sistema brasileiro diz respeito à contextualização de sua opção por um sistema de caráter universal. O sistema brasileiro de proteção à saúde nasce atrelado à previdência e tem um caráter de seguro social. Ao longo do século XX, vai se transformando em um movimento de inclusão de parcelas cada vez maiores da população, mas é na Constituição de 1988, que a saúde se torna um direito de todos e dever do estado.

Sob a perspectiva das condições econômicas e ideológicas pode-se dizer que o Brasil adota um sistema de saúde universal (SUS), financiado com recursos fiscais e, dependente de um Estado forte, exatamente no momento em que a presença do estado é questionada ou que o *mainstream* econômico pregava a retração do Estado. Esta extemporaneidade da opção brasileira é apontada no texto como um fator dificultador à consolidação do conceito de universalidade.

A segunda questão que foi destacada diz respeito à convivência entre o público e o privado no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Diferentemente do que ocorre em outros países, aqui não há uma delimitação de espaços para os dois setores. Como convivem, em todos os níveis da atenção à saúde, um sistema público de caráter universal com um sistema privado, há uma parcela da população, via de regra aquela de maior status social, à qual se abre um maior leque de opções (hospitais, clínicas, médicos e exames), ou seja, um grupo que transita entre os dois sistemas, *vis-à-vis*, à maioria da população que só tem acesso ao sistema público.

A terceira questão que mereceu destaque frente a sua importância na determinação de iniquidades no sistema de saúde brasileiro é aquela relativa ao financiamento da assistência à saúde. Esta questão ganhou destaque porque, provavelmente, é aí onde mais se torna visível a perversidade da interface público/privado, através da privatização de recursos públicos.

O modelo de isenções fiscais seja, diretamente aos usuários de planos e seguros de saúde, seja indiretamente, através das empresas que fornecem proteção aos seus trabalhadores ou às operadoras, imputa à sociedade como um todo o ônus de sustentação de privilégios, mais uma vez, dirigidos a grupos de maior penetração social.

Frente às constatações de publicização dos ônus privados, de uma permissividade do Estado quanto ao avanço da mercadorização da assistência à saúde, do processo de afloramento das interfaces público/ privado, assim como dos problemas daí advindos, a pergunta que se segue, no transcorrer do trabalho, é sobre a capacidade do Estado de administrar os interesses e conflitos envolvidos neste relacionamento, ao qual voluntária ou involuntariamente ele deu sustentação.

A discussão da capacidade de Governança do Estado, no âmbito do Sistema de Saúde Brasileiro, ganha uma conotação mais complexa do que geralmente se apresenta nos países mais desenvolvidos porque, a sobreposição dos sistemas público e privado, faz com que os atores envolvidos (Governo, Agência de regulação, hospitais e profissionais da saúde) também tenham interesses sobrepostos.

Avançar neste debate visando enfrentar velhos e novos dilemas e contradições na relação público / privado, que se apresentam no Sistema de Saúde no Brasil requer desde já, porém, definir qual o nível de autonomia que a sociedade brasileira quer dar à atuação do capital privado no âmbito do sistema de proteção aos riscos à saúde. Talvez esteja no momento de reverter a lógica criada ao longo do tempo, quando foram delimitados os espaços do público em vez do privado.

A transformação de instituições como a Agência Nacional de Saúde Suplementar em um efetivo instrumento de atuação do Ministério da Saúde, na implementação das políticas e diretrizes de Saúde, pode ser um passo importante e condicionante na retomada dos conceitos de universalidade e equidade que afloraram na Constituição, assim como da supremacia do Estado sobre o Mercado.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. **Teias e Tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90**. 350f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ANS. Relatório de Gestão: os primeiros 30 meses – jan/2000 a jun/2002. **ANS**. Rio de Janeiro. 2002

ANS. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos. **ANS**. Rio de Janeiro. Nov/2005.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, EUA, n. 5, p.941-973, 1963.

_____. The Organization of economic activity: issues pertinent to the choice of market versus non-market allocation. 1969. In: EATWELL, J.; MILGATE, M.; NEWMAN, P. **The new Palgrave: a dictionary of Economics**. London: Macmillan, 1998. v.4.

ARRETCHE, Marta. Financiamento Federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. . **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ASSIS, J. Carlos de. **A nêmesis da privatização**. Rio de Janeiro: Mecs, 1997.

BAHIA, Lúgia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: nota sobre a utilização de procedimentos de alto custo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

BAHIA, Lúgia. Forum de Saúde Suplementar (exposição). Julho. 2003. Disponível em www.ans.gov.br/portal/site/eventoforum. Acesso em 25 de março de 2006.

_____. Planos privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

_____. **Mudanças e padrões das relações público–privado:** seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. 228 p. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial:** o estado num mundo em transformação. Washington: Oxford University, 1997.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil:** marco legal e comportamento do gasto. Brasília: OPAS: Ministério da Saúde, 2003. (Série Técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)

BELLUZZO, L. G. M. O Mercado e os direitos sociais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 abr. 2003. Lições Contemporâneas.

_____. Keynes, o retorno. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 fev. 2002. Lições Contemporâneas.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para Entender a Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS. 2003

_____. Senado Federal. Lei no. 9.656 de 3 de junho de 1998. Brasília. Senado Federal. 1998

_____. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRIGGS. A. The welfare state in historical perspective. 1961. In: EATWELL, J.; MILGATE, M.; NEWMAN, P. **The new Palgrave:** a dictionary of Economics. London: Macmillan, 1998. v.4.

CANADA HEALTH ACT DIVISION. Annual Report 2003/2004. Ottawa, Dec. 2004.

CARVALHO, F. J. Cardim. Keynes, a instabilidade do capitalismo e a teoria dos ciclos econômicos. São Paulo. **Pesquisa e Planejamento Econômico**. v. 18 n.3, p. 741-763. 1988

COHN, Amélia. ELIAS, Paulo E. M. Equidade e Reformas na Saúde nos anos 90. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 18 (suplemento): p. 173 – 180. 2002

COHN, Amélia. *et all.* Estrutura e Dinâmica do mercado de planos e seguros de saúde: relações entre o público e o privado. *Ciência & Saúde Coletiva*. VII

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Anais do Congresso. Rio de Janeiro. Abrasco. Livro de Resumos II. 2003. 872 p.

COLOMBO, Francesca; TAPAY, Nicole. **Private health insurance in OECD countries**: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris: OECD, 2004. (Health Working Papers no. 15).

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Ed Graal, Rio de Janeiro. 1984.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, Uuniversalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

_____. **Análise de Sistemas e Políticas no Brasil**. 2001. Notas de aula

CUTTLE, David M. **Health care and the public sector**. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2002. (Working Paper no. 8802).

DAIN, Sulamis. Palestra realizada no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em julho de 2005.

_____. **Conceptual and operational framework on exclusion in social protection for health**. Brasília: Pan American Health Organization, 2003.

_____. **Introdução à política social**. 2002. Notas de aula.

_____. **Do direito social a mercadoria**. 2000. 190f. Tese (Concurso para Professor Titular)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

DAIN, Sulamis; QUADROS, Waldemir Luiz; CAVALCANTI, Carlos Eduardo G. Renúncia fiscal e assistência médica suplementar. In: **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

DALMAZO, Renato Antonio. A regulação como espaço da política pública. **V Encontro de economistas de língua Portuguesa**. Recife, nov. 2002
DAVIDSON, Paul. **Money and the real world**. London. Macmillan Press. 1986.

DOCTEUR, Elizabeth. Health Care: a quest for better value. **OECD Observer**, Paris, Sept. 23 2003.

DOCTEUR, Elizabeth; OXLEY, Howard. **Health care systems**: lessons from the reform experience. Paris: OECD, 2003. (Working Papers no. 9).

DOMESTIC COUNCIL REVIEW GROUP ON REGULATION REFORM, 1977. In: EATWELL, J; MILGATE, M.; NEWMAN, P. **The new Palgrave**: a dictionary of Economics. London: Macmillan. 1998. v. 4.

DRAPER, Peter. The NHS: world class again in 10 years? In: **NHS Consultant's Association with Health Matter Magazine**. Insight 2. Oct. 2002.

EATWELL, J; MILGATE, M.; NEWMAN, P. **The new Palgrave**: a dictionary of Economics. London: Macmillan, 1998.

ENTHOVEN, Alain C. The History and principles of managed competition. **Health Affairs**, 1993. Supplement.

_____. Managed competition: an agenda for action. **Health Affairs**, p. 25-47, Summer 1988.

ENTHOVEN, Alain C; SINGER, Sara J. Markets and collective action in regulating Managed care. **Health Affairs**, p. 26-32, Nov./Dec. 1997.

ESPANHA, Lei 16/2003 de 27 de dezembro de 2003. **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Espanha. 2003.

ESPING-ANDERSEN, G. Power and distributional regimes. **Politics and Society**, USA, v. 14, n. 2, 1987.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS. Health Care Systems in Transition: Spain. LSE. 2000. 144 p.

EVANS, Peter. The state as problem and solution: predation embedded autonomy and structural change. 1992. In: VELASCO JR., Licinio. **A Economia política das políticas públicas**: as privatizações e a reforma do estado. Rio de Janeiro: BNDES, 1997. (TD n. 55).

FARIA, J. Eduardo. Introdução. In: FARIA, J. E. (Org.). **Regulação, direito e democracia**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 3, p. 139 -162, jun. 1990.

FIANI, Ronaldo. **Teoria da regulação econômica**: estado atual e perspectivas futuras. Rio de Janeiro: IE/ UFRJ, 2001. (TD n. 423).

GIAIMO, Susan. **Markets and medicine**: the politics of health care reform in Britain, Germany and the United States. USA: University of Michigan Press, 2002. 307 p.

GUASH, J. L.; SPILLER, Pablo. **Managing the regulatory process**: design, concepts, issues, and the Latin American and Caribbean story. Washington: World Bank, 1999.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças públicas**: teoria e prática no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 380 p.

GIAMBIAGI, Fábio; ALMEIDA, P. Roberto. **Morte do consenso de Washington?**: os rumores a esse respeito parecem muito exagerados. Rio de Janeiro: BNDES, 2003. (TD n. 103).

HAYEK, Friedrich A. **O caminho da servidão**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

HEALTH CARE SYSTEMS IN TRANSITION: SPAIN. **European Observatory in Health Care Systems**. London School of Economics and Political Science. London. 2000.

HOBSBAWM, Eric. **A Era dos Extremos: o breve século XX, 1914 – 1991**. São Paulo. Cia das Letras. 1995. 598 p.

HUTTON, Will. **O Estado que temos hoje**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela. 1998.

IBAÑEZ, Nelson; CASTRO, P. Carrara. Proteção social e instituições filantrópicas: panorama atual do estado de São Paulo. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. Estatísticas da Saúde: assistência medico sanitaria 1999. IBGE. Rio de Janeiro. 2000.

KEYNES, J. Maynard. **The collected writings of John Maynard Keynes**. London: Macmillan, 1979. v. XIII e XIV.

_____. **The collected writings of John Maynard Keynes**. London: Macmillan, 1973. v. XXIX.

_____. **The General theory of employment, interest and money**. London: Macmillan: Harcourt, Brace, 1964.

_____. **Essays in persuasion**. London: Macmillan, 1931.

_____. O fim do laissez faire, 1926. In: SZMRECSÁNYI, Tamás (Org). **Keynes**. São Paulo: Ática, 1978. p. 106-126.

KORNIS, G. **A Crise do Estado de bem-estar**: problemas e perspectivas da proteção social. Tese de Doutorado. IEI/ UFRJ. Rio de Janeiro. 1994.

LAZAR, Harvey et al. Federal-provincial relations and health care: reconstructing the partnership. In: **Summary Report Fiscal Federalism and Health for Comission on the Future of Health Care in Canadá**. Quebec: Institute of Intergovernmental Relations School of Policy Studies Queen's University, 2002.

LE GRAND, Julien. We can save the NHS: if we're ready to pay for it. **Guardian Unlimited. The Observer**. Oct. 21, 2001.

LESSA, Carlos. **15 anos de Política Econômica**. S. Paulo. Brasiliense. 1983. 173 p.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição X Consolidação: o dilema estratégico do SUS.** Tese Doutorado -Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LINDBERG, Leon N. CAMPBELL, John L. HOLLINGSWORTH, J. Rogers. Economic Governance and the Analysis of Structural Change in American Economy. 1991 In: GIAIMO, Susan. **Markets and medicine: the politics of health care reform in Britain, Germany and the United States.** USA: University of Michigan Press, 2002. 307 p.

MAJONE, G. The Rise of regulatory state in Europe. In: BALDWIN, R.; SCOTT, Collin; HOOD, C. (Ed.). **A Reader on regulation.** Washington: Oxford University Press, 1998.

MANSLEY, E. C. McKENNA, Mathew T. Importance of perspective in economic analyses of cancer screening decisions. **The Lancet.** Health economics quintet. V. 358. p 1169-1173. October 6, 2001.

MARSHALL, T. H. **Class, citizenship and social development.** Chicago: University of Chicago Press, 1977.

_____. **Social policy.** London: Hutchinson, 1975.

MARX, Karl. **El Capital:** crítica de la economía política. México: Fondo de Cultura Económica. 1980. 3 v.

MEDICI, André. Las Reformas de salud en América Latina y el Caribe. In: SANCHEZ, HECTOR; ZULETA, Gustavo (Ed). **La hora de los usuários:** reflexiones sobre la economía política de las reformas de salud. Washington: BID, 2000.

MINSKY, Hyman P. **Stabilizing an unstable economy.** USA. Yale University Press. 1986. 353 p.

MONTONE, Januário. Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde pela ANS: avaliação, perspectivas e interfaces SUS- Saúde Suplementar. **Apresentação no Conselho Nacional de Saúde.** 06 de junho de 2001.

_____. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde Suplementar. In: **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2003. (Série ANS no. 4).

NORSK SKOLE FORUM, 2001. The American Health Care System. Disponível em www.skoleforum.com/essaydet.asp?eid=2508. Acesso em 8 de maio de 2003.

OCKE, Carlos. A Regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? In: **Jornada de Economia da Saúde**, 1., 2003, São Leopoldo.

OECD Health Data 2003. 3. ed. Paris: OECD, 2003.

OECD Health Data 2004. Paris: OECD, 2004.

OECD Health Data 2005. Paris: OECD, October, 2005.

OIT. Introdução à seguridade social. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, P.E. M; IBANEZ, Nelson (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

OLSON, Mancur. The Logic of collective action, 1965. In: VELASCO JR., Licinio. **A Economia política das políticas públicas: as privatizações e a reforma do estado**. Rio de Janeiro: BNDES, 1997. (TD n. 55).

OXLEY, Howard; MacFARLAN, Maitland. **Health care reform controlling spending and increasing efficiency**. Paris: Economic Department, 1994. (Working Papers no. 149).

PARETO, Vilfredo. **Manual de economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Os Economistas; v. II).

PELTZMAN, Sam. The Economic theory of regulation after a decade of deregulation. In: **Political participation and government regulation**. Chicago: University of Chicago Press, 1998. 364 p.

PEREIRA, L. Carlos Bresser. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo estado. In: PEREIRA, L. Carlos Bresser; SPINK, Peter (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

PEREIRA, L. Carlos Bresser; SPINK, Peter (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. 314 p.

PINTO JR, Helder Q.; PIRES, Melissa Cristina P. **Assimetria de informação e problemas regulatórios**. Rio de Janeiro: ANP, 2000.

POLANYI, Karl. **A Grande transformação**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PRZEWORSKI, Adam. Sobre o desenho do estado: uma perspectiva agent x principal. In: PEREIRA, L. Carlos Bresser; SPINK, Peter (Org). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. 314 p.

RICARDO, David. **Princípios de economia política e tributação**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os Economistas).

SADER, Emir. Padrões de intervenção do estado. 2002. Notas de aula.

SANTOS, M. A. Borges. GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SALGADO, L. Helena. **Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional**. Brasília: IPEA, 2003. (TD n. 941).

SAY, Jean-Baptiste. **Tratado de economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Economistas).

SELBY, Jim. American Health System leaves a growing number of workers without coverage. American Federation of Labour. October. 2002. Disponível em www.telusplanet.net/public/afllabournews/oct02-27.html. Acesso em 8 maio 2003.

SKIDELSKY, Robert. **John Maynard Keynes: fighting for freedom, 1936 – 1946 England**. Penguin Books. 2000.

SMITH, Adam. **A Riqueza das nações**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Economistas).

STIGLER, G. J. The Theory of economic regulation. **Bell Journal of Economics and Management Science**. USA, Spring, n. 2, p.3-21,1971.

STIGLITZ, J. O Pós Consenso de Washington. **Folha de São Paulo**, São Paulo. 12 set. 1998.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Estados sem cidadãos**. Tese de Doutorado. IUPERJ. Rio de Janeiro. 1992.

TITMUSS, R. **Essays on the welfare state**. London: G. Allen & Unwin, 1958.

UGA, Maria Alcía D.; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**: relatório de pesquisa. Projeto Economia da Saúde. Rio de Janeiro: Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, 2005.

US CENSUS BUREAU CURRENT POPULATION SURVEY: **2004 Annual Social and Economic Supplement**. Disponível em: <www.usccb.org/cchd/poverty/povfact9.shtml>. Acesso em: 03 maio 2005.

VELASCO JR, Licínio. **A Economia política das políticas públicas**: as privatizações e a reforma do estado. Rio de Janeiro: BNDES, 1997. (TD n. 55).

VÍA, Jose Maria. Experiências Internacionais: A experiência da Catalunha. In: SEMINÁRIO A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2001, Brasília. **Anais do Seminário**. Brasília: Ministério da Saúde, Banco Mundial, 2001. p. 41 – 55.

VIANA, Ana Luiza; GERSCHMAN, Sílvia; IBAÑEZ, Nelson; PARADA, Roberto. Estado e regulação na saúde. In: **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VIANA, Ana Luiza, ELIAS, Paulo Eduardo M., IBAÑEZ, Nelson. **Proteção Social**”dilemas e desafios. São Paulo. Hucitec. 2005.

VIANNA, Cid M. de Mello; CAETANO, Rosângela. Tecnologia em saúde: alguns conceitos úteis para a gestão tecnológica no setor saúde. **Disciplina de Gestão de Tecnologia**. IMS. UERJ. 2001.

VIANNA, M. L. Werneck. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, P.E. M; IBANEZ, Nelson (Org). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 288 p.

WHITE, Joseph. **A comparative study of health care policy in the United States and Canada:** what policymakers in Latin American might and might not learn from their neighbors to the north. USA: CEPAL/United Nations, 1997.

WILLIAMSON, J. 1990. In: GIAMBIAGI, Fábio; ALMEIDA, P. Roberto. **Morte do Consenso de Washington?:** os rumores a esse respeito parecem muito exagerados. Rio de Janeiro: BNDES, 2003. (TD n. 103).

WILLIAMSON, O. E. The economic institutions of capitalism. In: PINTO JR., Helder Q.; PIRES, Melissa Cristina P. **Assimetria de informação e problemas regulatórios.** Rio de Janeiro: ANP, 2000.

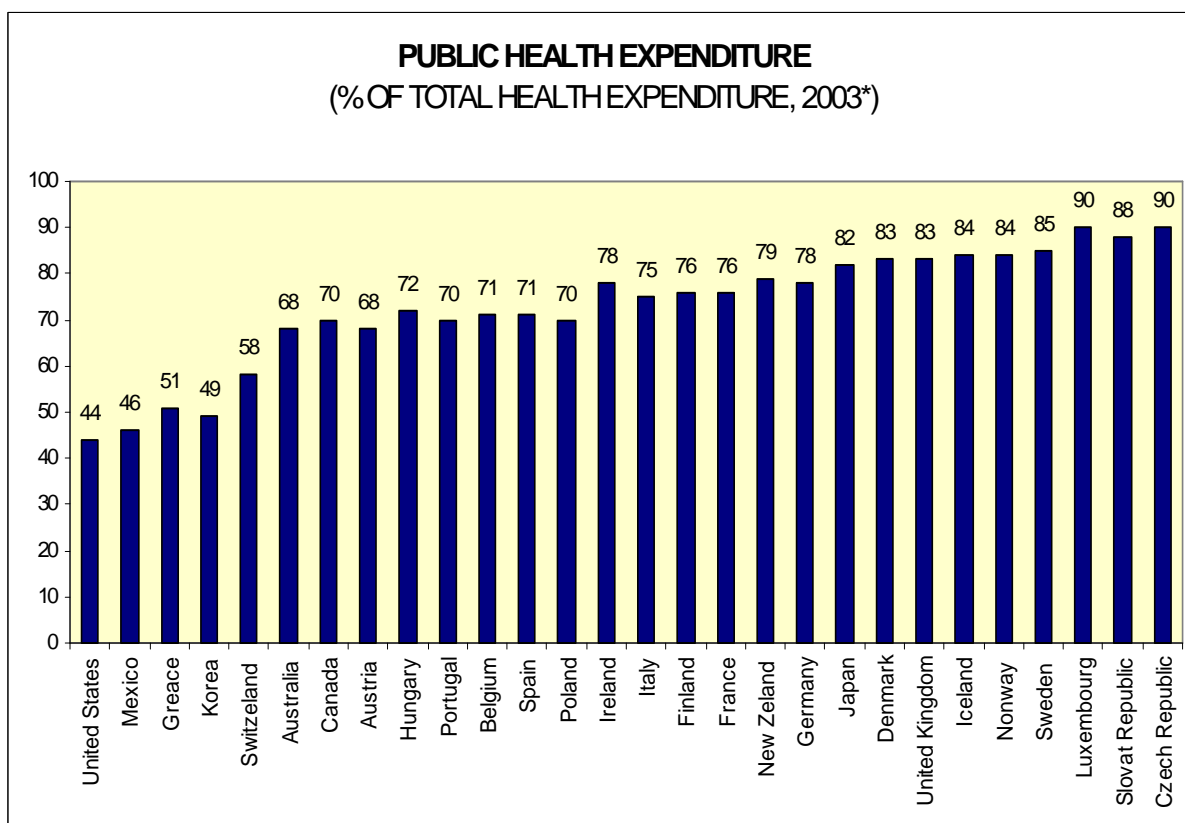
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006.** Geneve: WHO, 2006

_____. **The World Health Report 2003.** Geneve: WHO, 2003

_____. **Report on the Third Summit of the Americas.** 43. Directory Council. Washington, 24 -28 September 2001.

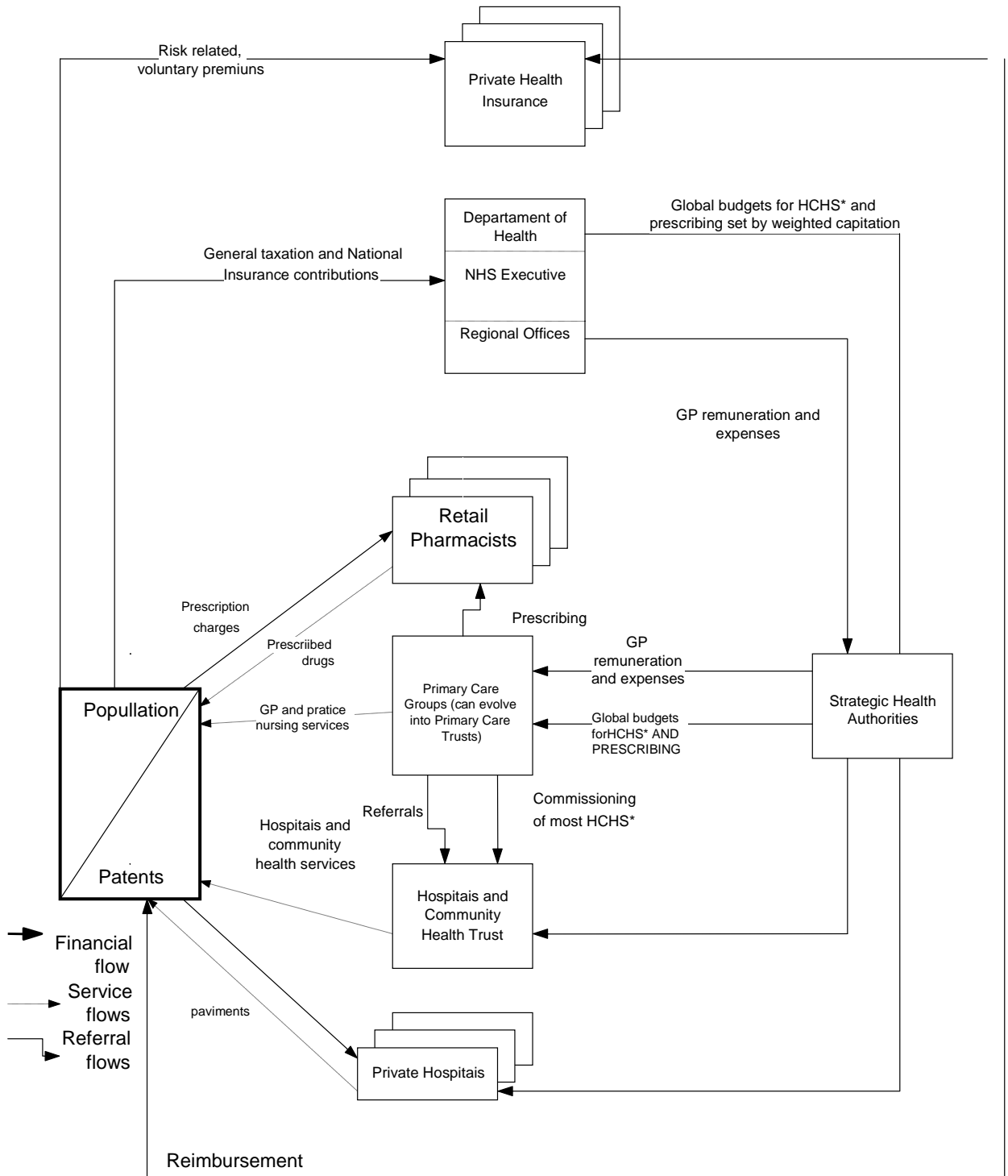
_____. **The World Health Report 2000:** health systems, improving performance. Geneve: WHO, 2000.

ANEXO A



ANEXO B

THE ENGLISH HEALTH CARE SYSTEM AFTER THE 1999 REFORMS.

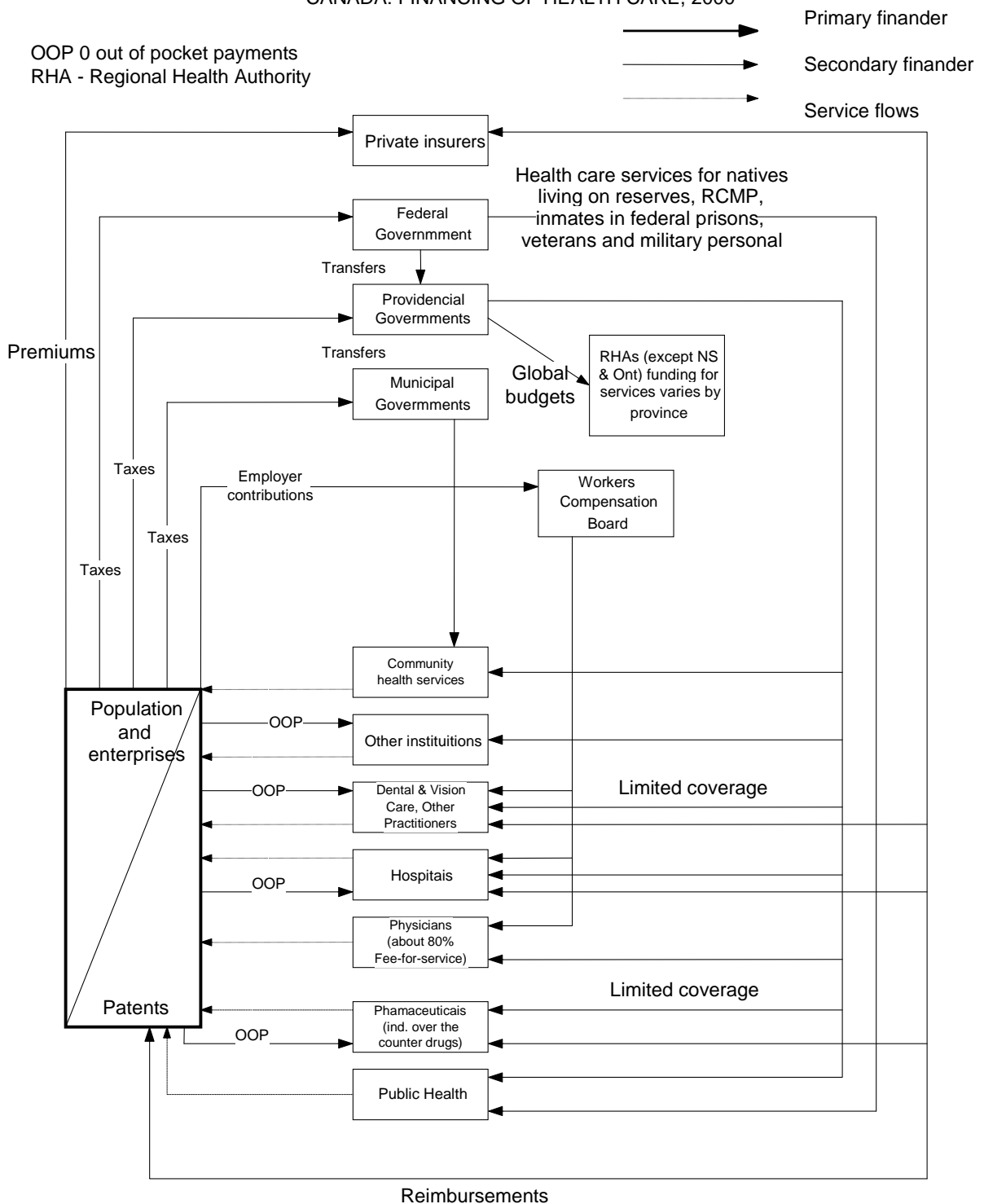


Source: Department of Health, ENGLAND.

* HCHS: Hospital and Community Health Services

ANEXO C

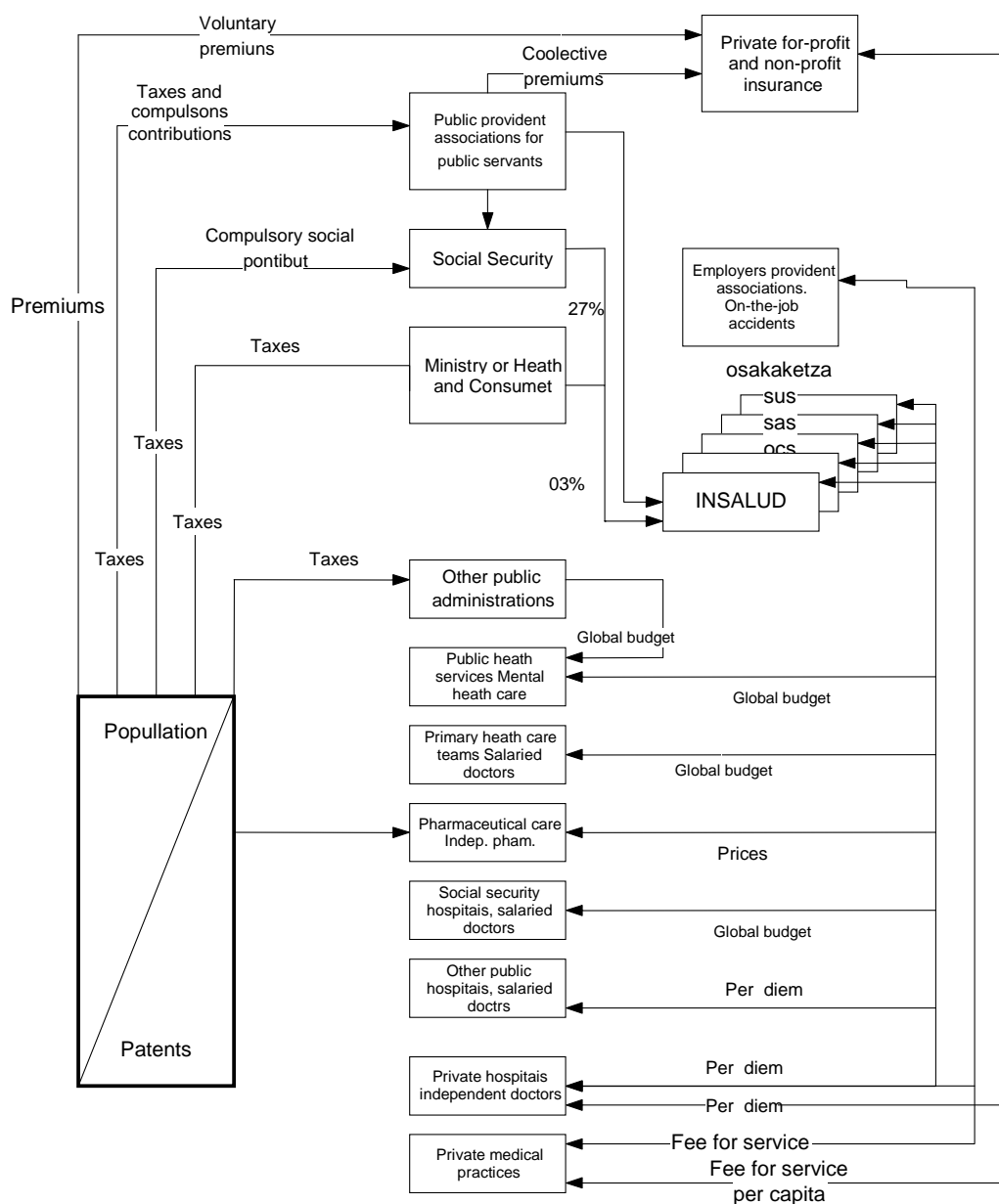
CANADÁ: FINANCING OF HEALTH CARE, 2000



Source ODECK Secretariat

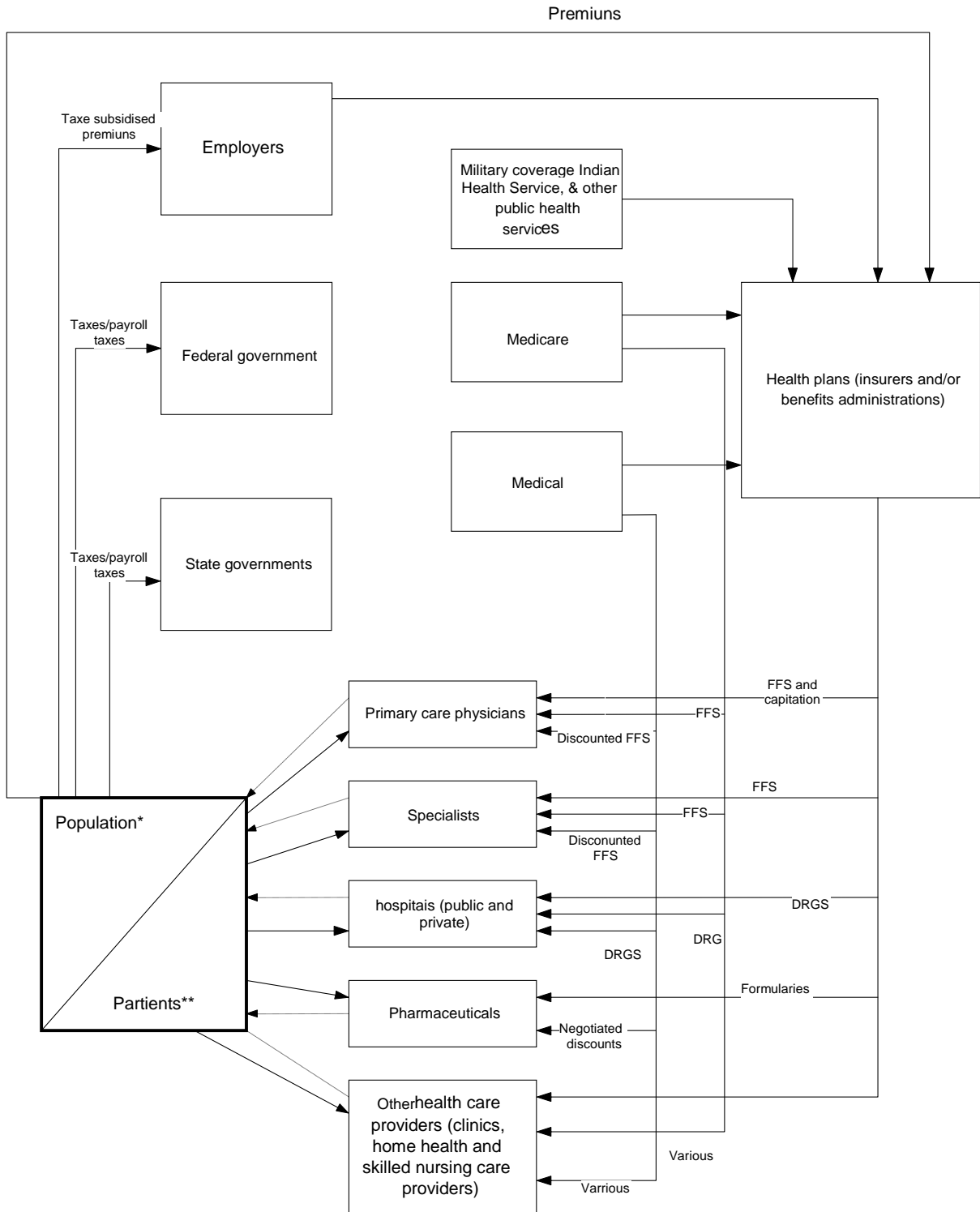
ANEXO D

MAJOR SERVICES AND FINANCIAL FLOWS IN THE SPANISH HEALTH CARE SYSTEM AFTER THE REFORME OF THE 1980s



Source: The Reform of Health Care - A comparative analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies No. 2, OECD.

HEALTH CARE FINANCING IN THE UNITED STATES, 2003



NOTE: ffs IS fee-for-service payment. DRGs are case-based payments to hospitals based on a diagnosis-related group system. Health care for the 14% of the population lacking health insurance coverage is financed by publicly subsidised charity care and patients' out-of-pocket payments to health care providers. **Patient cost-sharing arrangements vary widely by type of coverage. Indemnity coverage generally includes deductibles and co-insurance. Managed care plans often require co-payments for certain services.

Source: OECD Secretariat, 2003.