

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

Elza Maria Santos Schultz

AVALIAÇÃO MICROECONÔMICA DO AUMENTO DOS GASTOS NAS EMPRESAS
BRASILEIRAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – PERÍODO DE 2000 A 2009

Porto Alegre

2010

ELZA MARIA SANTOS SCHULTZ

AVALIAÇÃO MICROECONÔMICA DO AUMENTO DOS GASTOS NAS EMPRESAS
BRASILEIRAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – PERÍODO DE 2000 A 2009

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Orientador: Professor Dr. Sergio Marley Modesto Monteiro

Porto Alegre

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Responsável: Biblioteca Gládis W. do Amaral, Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS

C268e

Schultz, Elza Maria Santos

Avaliação microeconômica do aumento dos gastos nas empresas brasileiras de saúde suplementar – período de 2000 a 2009 / Elza Maria Santos Schultz. – Porto Alegre, 2010.

93 f. ; il.

Ênfase em Economia Aplicada.

Orientador: Sérgio Marley Modesto Monteiro.

Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre, 2010.

1. Economia da saúde. 2. Saúde suplementar ; Custos. I. Monteiro, Sérgio Marley Modesto. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia. III. Título.

CDU 61:33

ELZA MARIA SANTOS SCHULTZ

AVALIAÇÃO MICROECONÔMICA DO AUMENTO DOS GASTOS NAS EMPRESAS
BRASILEIRAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – PERÍODO DE 2000 A 2009

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Aprovada em: Porto Alegre, 3 de novembro de 2010.

Prof. Dr. Sérgio Marley Modesto Monteiro – orientador

UFRGS

Prof. Dr. Pedro César Dutra Fonseca

UFRGS

Prof. Dr. Stefano Florissi

UFRGS

Prof. Dr. Paulo Renato Lessa Pinto

FURG

Dedico esse trabalho às

“Mulheres Maravilhosas” da minha família.

Por me legarem um exemplo de coragem e determinação imensuráveis, que tem sido transmitido de geração à geração, reforçando a sensação de que estando juntas, estamos sempre seguras.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho só foi possível pela colaboração de muitas pessoas e amigos. Seria muito longo nominá-los, mas gostaria de agradecer àqueles cuja citação fica muito aquém da relevante ajuda que me deram.

Meu orientador Sergio Marley Modesto Monteiro, cuja competência e dedicação foram inspiradoras. Sua presença vigilante possibilitou corrigir tempestivamente os desvios de foco de meu trabalho. Não há com o expressar meu carinho e gratidão por sua orientação.

Meus professores Ronald Otto Hillbrecht e Stefano Florisse, o primeiro, por ter me ensinado a tocar os primeiros acordes desse violino chamado economia, o segundo com sua inteligência privilegiada e contagiante me motivou a estudar mais e mais na busca de respostas e, principalmente, me ensinou a amar microeconomia.

Aos meus pais Selma e Soriano pelo seu exemplo e pela grande influência que sempre exerceram em minha vida, mas principalmente por terem me educado e me encorajado com seu apoio e amor incondicionais.

Ao meu amigo Sergio Andrade por discutir aspectos diversos ligados a este trabalho, de uma forma inteligente e generosa, agregando ao assunto novos enfoques relacionados às políticas sociais.

A Denis Cogo que me enviou, incansavelmente, muitos dados e informações relacionadas ao tema.

Ao sistema Unimed pela formação cooperativista e pelas inúmeras oportunidades de pesquisa que me franquearam. Especialmente também à Federação do Rio Grande do Sul, através de seu presidente, Dr. Nilson Mae, que me permitiu usufruir da biblioteca ao longo dos três últimos anos.

Ao meu marido Luiz Antonio pela calma, paciência e pela dedicação com que me tem apoiado neste e em todos os meus projetos.

Esse trabalho e tudo o que faço é dedicado aos meus filhos Ândria, Rafael, Fernanda, Leonardo, Paulo, João e aos meus netos Mariana, Flávio e Luiza com quem tenho compartilhado as maiores e melhores experiências da minha vida.

Muito Obrigada a todos.

*“Mestre não é quem sempre ensina,
mas quem de repente aprende”*

João Guimarães Rosa

RESUMO

O aumento de gastos com a atenção à saúde apresenta-se como um fato econômico de merecida relevância no cenário internacional, sendo resultante da elevação progressiva de preços dos produtos e serviços deste mercado. Pela sua importância social e peculiaridades recebe um tratamento especial nos estudos econômicos. A economia da saúde avalia os fatores que influenciam demanda e oferta neste mercado, direcionando suas observações à interação entre seus agentes e atores, destacando seus comportamentos em relação às suas reações com o tratamento do risco de ficar doente. Possíveis falhas de mercado, envolvendo risco moral, assimetria de informação e seleção adversa, podem ser atribuídas como causas de uma demanda que foge às regras de equilíbrio econômico e favorece a elevação da oferta. Esses problemas remetem à discussão sobre como a mudança de incentivos pode acarretar aumento de gastos e perda de eficiência no provimento dos bens e serviços de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) e no mercado de saúde suplementar brasileiro, levando em conta que a situação de elevação dos gastos com saúde, que se agrava no Brasil nos últimos dez anos, já vem sendo vivida há mais tempo em outros países e particularmente nos EUA, mostrando que o problema apresenta tendência de ser persistente.

Palavras-chave: Aumento de gastos com saúde. Economia da saúde. Risco de ficar doente. Risco moral. Assimetria de informação. Seleção adversa. Saúde nos EUA. Saúde no Brasil.

ABSTRACT

The health care expenditure increase that presents itself as an economic fact of worldly relevance on the international scene, being the result of the gradual increase of prices of products and services in this market. Due to its social relevance and peculiarities it deserves a special treatment in economic studies. Health economics evaluates the factors influencing supply and demand in this market, directing its comments to the interaction between actors and their agents, highlighting their behaviors in relation to their reactions to the treatment of the risk of getting sick. Possible flaws in this market , involving moral hazard, information asymmetry and adverse selection can be attributed as causes of a demand that evades the rules of economic equilibrium and favors lifting the offer. These problems relate to discuss how changing incentives may lead to increased expenses and loss of efficiency in the provision of goods and services of health of United States of America (USA) and the Brazilian health plan market, taking into account the situation of rising health spending, which deepens in Brazil over the past ten years, as has been the longest lived in other countries and particularly the USA, showing that the problem shows a trend to be persistent.

Key words: Health care expenditure increase. Health economics. Risk of getting sick. Moral hazard. Asymmetric information. Adverse selection, U.S.A health system, Health system in Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Curva de indiferença do indivíduo	20
Gráfico 2 - Evolução do gasto federal com saúde nos EUA, por fonte de recursos, em percentuais do PIB (1962 - 2007)	52
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médico / odontológica, por modalidade da operadora (Brasil - setembro/2009)	71
Gráfico 4 - Evolução do número de beneficiários de planos de saúde no Brasil por modalidade da operadora (2000 - 2009)	72
Quadro 1 - Segmentação das operadoras do mercado de saúde suplementar no Brasil	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto com saúde em diversos países - Per capita (2003 a 2007, em US\$).....	36
Tabela 2 - Gasto com saúde em diversos países - Total (2003 a 2007, em US\$ x 1000)	37
Tabela 3 - Gasto com saúde em diversos países - Total (2003 a 2007, percentuais do PIB)	38
Tabela 4 - Gasto público com saúde em diversos países (2003 a 2007, em % do total)	39
Tabela 5 - Gasto privado com saúde em diversos países (2003 a 2007, em % do total)	40
Tabela 6 - Companhias de seguro de saúde no EUA (por número de inscritos - 2008)	49
Tabela 7 – Tipos de planos de saúde nos EUA, por coberturas e faixas etárias, (em percentuais do total - 2008)	55
Tabela 8 – Características da provisão de serviços de saúde em alguns países da OCDE	64
Tabela 9 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2003 – 2010, em R\$).....	66
Tabela 10 - Modalidade das operadoras de planos de saúde no Brasil (Dezembro / 2009)	68
Tabela 11 - Número de operadoras registradas, canceladas e ativas no Brasil (1999 – 2009)	74
Tabela 12 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2003 – 2010, em R\$)	75
Tabela 13 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial (Brasil, 2009)	75
Tabela 14 – Evolução do número de beneficiários de planos de saúde no Brasil por data de ingresso no plano 2000 – 2009	76
Tabela 15 - Distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre operadoras, inclusive odontológicas (Brasil 09/2009)	77
Tabela 16 - Receita de contraprestações e Despesa assistencial das operadoras de planos privados de saúde, inclusive odontológicas (Brasil 2001-2009*, em R\$)	77
Tabela 17 - Beneficiários de planos privados de saúde, inclusive odontológicos (Brasil – 2001 - 2009*)	78
Tabela 18 – Freqüência média de utilização de serviços de saúde por tipo de plano (2002 – 2007 / variação em percentuais no período)	79
Tabela 19 - Relação entre o gasto per capita EUA / Brasil (2003 - 2007)	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OS PRINCÍPIOS MICROECONÔMICOS DA ECONOMIA DA SAÚDE	16
2.1 A Demanda no mercado de saúde	16
2.2 O Risco no mercado de saúde	18
2.3 A Oferta no mercado de saúde	21
2.4 A Teoria agente-principal	22
2.5 O Risco moral	25
2.6 A Seleção Adversa	28
2.6.1 Estimando seleção adversa em saúde	31
2.7 Assimetria de informações e aumento de custos em saúde suplementar	33
3 O AUMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DOS EUA	35
3.1 Contexto histórico da saúde dos EUA	42
3.1.1 Medicare e Medicaid	44
3.1.2 A necessidade da atenção gerenciada (Managed Care)	46
3.1.3 As disputas entre o "Blue" e as seguradoras comerciais	48
3.2 Estrutura, gastos e funcionamento do sistema de saúde nos EUA	49
3.2.1 Os gastos do sistema de saúde nos EUA	51
3.2.2 Funcionamento do sistema de saúde nos EUA	52
3.3 Interpretações para o caso americano	55
4 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	57
4.1 Aspectos Históricos da Saúde Suplementar no Brasil	57
4.2 O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil	59
4.3 A oferta de novas tecnologias e o aumento de gastos	64
4.4 A segmentação do mercado de saúde suplementar do Brasil	66
4.4.1 Segmento e modalidades das operadoras de planos de saúde	67
4.4.2 Segmento beneficiário de planos de saúde	70
4.4.3 Segmento prestadores de serviços de saúde	72
4.4.4 Evolução da medicina suplementar no Brasil	73
4.4.5 A demanda por planos de saúde no mercado brasileiro e sua elevação de preços	75
4.4.6 A utilização dos planos de saúde	78
4.5 Da experiência americana para o caso brasileiro	79
6 CONCLUSÃO	83

REFERÊNCIAS	87
--------------------------	----

1 INTRODUÇÃO

O aumento de gastos em saúde é um fenômeno que vem se intensificando em todo o mundo e as razões frequentemente evocadas para justificá-lo são o aumento da esperança média de vida, a natalidade médica¹ alterando a oferta de médicos e serviços assistenciais e o avanço tecnológico. Estes fatores têm, sem dúvida, grande importância, porém não conseguem ser suficientes para explicar o aumento. Há fatores econômicos que criam incentivos para aumento da demanda e da oferta de prestação de serviços, assim podendo impactar o bem estar relacionado ao nível de saúde populacional em um segmento que apresenta, de forma generalizada em muitos países, gastos que crescem em ritmo superior ao seu Produto Interno Bruto (PIB).

Gestores, Estado e pesquisadores têm se debruçado sobre essa questão e vêm dedicando grande atenção aos gastos crescentes da assistência. A chamada inflação na saúde não se restringe aos programas de saúde pública, penetrando os limites da saúde privada tanto no Brasil como no exterior.

Os indicadores relativos aos gastos da atenção à saúde suplementar vêm sendo sistematicamente levantados no Brasil particularmente, a partir de 1998, após a publicação da Lei 9656, que trata da regulamentação do mercado de saúde suplementar e que culminou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, durante o governo Fernando Henrique Cardoso.

Quando analisado do ponto de vista social, o aumento dos gastos em saúde é um fato extremamente relevante e vem suscitando múltiplas perguntas ainda não respondidas. Usuários, fornecedores, prestadores de serviços e governantes assistem ao crescente aumento e é inevitável questionar por quanto tempo as empresas conseguirão manter sua saúde financeira? O que acontecerá com as empresas que não conseguirem manter sua competitividade e compatibilizar custos crescentes com receitas, cuja variação, se espera, tendam à estabilidade? No caso de falência do sistema de saúde suplementar de que forma o sistema público, que já tem dificuldades em atender suas demandas, poderá dar atendimento adequado à massa de usuários que hoje é atendida pela medicina suplementar? O que fazer para reduzir os gastos que vêm se avolumando a partir da edição da lei 9656/98 que

¹ Natalidade médica: taxa que expressa o crescimento da população médica (formados).

regulamentou a atuação das operadoras de planos de saúde no Brasil?

Devido à relevância destas perguntas este trabalho se propõe a realizar uma avaliação das causas econômicas determinantes desse aumento no período de 2000 a 2009 para, a partir dessa avaliação, identificar medidas econômicas que auxiliem na solução da alocação eficiente dos recursos promovendo melhorias do bem-estar social no Brasil. Objetivando o atendimento dessa proposta, será utilizada a experiência dos EUA, que já vivencia o mesmo problema há mais tempo que o Brasil.

O trabalho lança um olhar técnico sobre o problema, questionando e analisando dados do período, com base em um referencial teórico de economia da saúde. Pode-se acrescentar que o assunto é instigante, adequado dentro da conjuntura social e que poderá contribuir do ponto de vista acadêmico.

O presente trabalho pretende avaliar os aspectos econômicos relevantes para o significativo aumento dos gastos em saúde, focalizando as empresas brasileiras de saúde suplementar em período recente (2000 a 2009). Discorridos da seguinte forma:

- a) mostrar como o aumento de gastos em saúde que vem se registrando no Brasil, acompanha uma tendência internacional;
- b) acrescentar uma situação internacional representativa, devido às similaridades do problema, vivida há mais tempo do que no Brasil, como base de análise e encaminhamento de soluções, sendo os Estados Unidos da América (EUA) o escolhido;
- c) apresentar os aspectos históricos que levaram à criação das empresas de saúde suplementar no Brasil, percorrendo a segmentação deste mercado em medicina de grupo, cooperativas, autogestões públicas e privadas, filantropias e seguradoras de planos de saúde, bem como a evolução de preços e gastos;
- d) avaliar em que medida os princípios econômicos de saúde podem ser utilizados para explicar o aumento significativo de gastos nestas empresas; e
- e) identificar os fatores determinantes dos aumentos.

O primeiro capítulo analisará conceitos econômicos relevantes no âmbito da medicina suplementar e planos de saúde, as características de formação desse mercado, a natureza de seus contratos e suas demandas, o risco como incentivo a oferta, assim como a forma de atuação de seus atores. No referencial teórico será apresentado um panorama dos principais

autores do cenário da economia da saúde e um resumo das principais formulações teóricas para lidar com os problemas da assimetria de informações, o risco moral e a seleção adversa, considerados intrinsecamente relacionados à renda das famílias e a inserção no mercado de trabalho.

A seleção adversa é feita pela operadora, que seleciona dentro de um grupo de indivíduos aqueles que apresentam risco diferenciado do risco médio da população total do plano. A seleção adversa ocorre porque, quando um contrato de plano de saúde é adquirido, os consumidores de alto risco têm incentivo a comprar maiores coberturas que os consumidores de baixo risco, dentro do mesmo prêmio de risco médio. Entre os principais modelos teóricos que abordam a seleção adversa em vários mercados, serão apresentados os modelos de Arrow (1963), Akerlof (1970) e Rothschild e Stiglitz (1976).

Diversos estudos têm analisado o comportamento dos indivíduos quanto à utilização dos serviços de saúde diante de diferentes formas de financiamento dos mesmos e em geral, pode ser observado que maiores coberturas correspondem a maior utilização do plano ou seguro de saúde. Essa mudança de atitudes é classificada de risco moral.

Nesse trabalho, analisamos uma das possíveis conseqüências da presença de assimetria informacional entre os agentes após o estabelecimento de um contrato de seguro de saúde que acarretam o problema de risco moral. O risco moral é caracterizado como a sobreutilização dos serviços de saúde na presença de plano de saúde, ou seja, os indivíduos que possuem algum tipo de plano de saúde tendem a sobreutilizar os serviços, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero.

Os modelos de Rothschild e Stiglitz (1976) e Cutler e Zeckhauser (2000) são apresentados como forma de revelar o risco individual e minimizar as distorções no uso dos serviços resultando em ganhos de bem estar social, daí a importância de se conhecer a magnitude desses efeitos.

O segundo capítulo abordará a evolução dos gastos com saúde inicialmente de caráter internacional e para isso será apresentado um panorama destes gastos em dez países que apresentam similaridades com o perfil nacional particularizando-se o cenário de saúde dos EUA para o qual se aprofundará o histórico, a organização, o funcionamento e as mudanças ocorridas quanto ao financiamento da saúde.

A escolha daquele país em particular leva em consideração o fato de que lá, o aumento

de gastos é um problema que já se estende por mais de 40 anos. A experiência americana servirá como ponto de partida para compreensão e encaminhamento de soluções da situação de elevação dos gastos em saúde no Brasil, além de servir como balizadora das alternativas propostas, através de sua experiência e resultados e por que se considera que os EUA se encontram em fase mais evoluída que a enfrentada no Brasil.

No terceiro capítulo, apresenta-se uma revisão da história da criação e a evolução da medicina suplementar brasileira, fazendo correlação com os diferentes momentos políticos e as políticas desenvolvidas pelo Estado, principal financiador dos programas de saúde suplementar, e do empresariamento médico em nosso país.

Essas mudanças serão avaliadas com a finalidade de identificarmos nesse mercado os determinantes do aumento dos gastos com assistência médica, aumento das mensalidades dos planos de saúde e pela migração forçada dos usuários de planos privados para a previdência social, relatada na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, demonstra que cerca de 16% dos entrevistados abriram mão de seu plano de saúde por aumento dos preços praticados ou por terem saído da empresa que oferecia esse benefício (BAHIA, 1999).

Finalmente apresentaremos um comparativo entre a situação de aumento dos gastos verificada entre EUA e Brasil e as conclusões oriundas da análise das similaridades da situação analisada neste trabalho.

No decorrer deste estudo a metodologia utilizada será a revisão bibliográfica dos tratados de economia que se julga contextualizem o problema, acompanhada pela observação de diversas séries de dados, empiricamente dispostos, originárias de instituições oficiais ligadas aos interesses da saúde no Brasil, EUA e restante do mundo, especialmente destacando as séries de dados do Banco Mundial, do Serviço de Pesquisa do Congresso Americano (CRS) e da ANS no Brasil, que serão utilizadas como suporte para referendar o arcabouço teórico defendido tanto na investigação como nas recomendações que serão prescritas para o problema.

2 OS PRINCÍPIOS MICROECONÔMICOS DA ECONOMIA DA SAÚDE

Os aumentos progressivos de gastos no mercado de medicina suplementar são decorrentes de múltiplos fatores e podem estar relacionados a falhas de mercado. Segundo Castro (2002), para que as forças de mercado atuem é preciso que possam ser identificadas todas as condições de concorrência perfeita e se uma delas não for identificada encontra-se uma falha de mercado que justificaria mecanismos de intervenção estatal na economia. O entendimento de determinados conceitos econômicos que serão relacionados a seguir constitui a base da discussão sobre esse mercado e suas falhas no qual a relação de oferta e demanda se comporta de maneira própria e diferente de outros mercados de bens e serviços.

2.1 A Demanda no mercado de saúde

O setor saúde tem peculiaridades que o diferenciam de outros setores econômicos entre as quais está a demanda em saúde porque suas determinantes são multifatoriais e há muitas vezes, sobreposição de fatores aumentando ainda mais a demanda. Desta forma, o conceito de elasticidade é relevante para esse mercado pois o consumo de bens de saúde é determinado por uma necessidade já que o indivíduo não escolhe deliberadamente adoecer.

Para Médici (1989), a doença constitui um incentivo extra econômico acompanhado de forte conteúdo emocional, o indivíduo estará disposto a pagar o que for necessário desde que consiga resolver os seus problemas de saúde e quem determina os produtos que serão consumidos é o médico quando faz o diagnóstico.

Visto desta forma podemos considerar a demanda por bens e serviços de saúde como uma demanda inelástica em relação ao preço. Como não há outro bem que se equipare a saúde e a vida, ou que possa substituí-la e porque torna-se difícil encontrar substitutos para atendimento médico, então pode haver também inelasticidade-preço cruzado. Finalmente observa-se que o paciente e sua família estão propensos a fazer sacrifícios orçamentários, financeiros e patrimoniais para garantir o acesso aos bens e serviços de saúde e isso pode caracterizar uma inelasticidade-renda. O mercado de saúde a partir dessa informação pode

determinar preços não competitivos gerando uma concorrência imperfeita com características monopolistas.

Uma das maiores contribuições para a economia da saúde foi o artigo de Kenneth Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, publicado em 1963. Nesse artigo o autor mostra que o mercado de saúde tem peculiaridades próprias e que tentar solucioná-las pode aumentar as distorções observadas nesse mercado.

Segundo o autor serão elencadas abaixo algumas características do mercado de saúde:

- a) a doença é uma circunstância anormal que determina aumento de demanda pelo atendimento e pode afetar a racionalidade da decisão do consumidor;
- b) o consumo dos bens e produtos de saúde pode determinar alguns riscos para o paciente, pois um procedimento bem sucedido não dá garantias de que outras intervenções serão bem sucedidas também. Não há uniformidade do produto, ao contrário de outros mercados, onde um produto do qual o consumidor tenha gostado, serve de informação para induzir novas demandas do mesmo produto;
- c) a reputação e a confiança estabelecida entre o médico e o paciente e um rigoroso código de ética determinando que as indicações e condutas sugeridas devem ser isentas de interesses pessoais do médico, reforçam a crença de que o médico fará indicações guiadas pelas necessidades do paciente independente da capacidade orçamentária do mesmo;
- d) a formação e especialização são requisitos que funcionam como barreiras de entrada vedando a prática médica a indivíduos sem titulação;
- e) restrições éticas que vedam a propaganda e a competição interprofissional dentro da categoria, restringem as informações disponíveis sobre qualidade e preços para os consumidores;
- f) discriminação de preços também é observada e pode haver grandes diferenças entre os preços praticados por diferentes profissionais para um mesmo tipo de procedimento e essas diferenças podem ser acentuadas entre diferentes regiões do país;
- g) as relações médico-paciente são reconhecidas pelo fato de que o médico detém conhecimento maior sobre a condição de saúde do paciente do que ele próprio tem de si.

Os fatores e, f e g estão relacionados com a oferta de serviços, mas Phelps (1997) chama atenção que a diferença de conhecimentos observada entre médicos e pacientes e o aumento da natalidade médica (oferta) podem, determinar demanda induzida com o objetivo de aumentar os lucros do prestador de serviços (médico).

Os exemplo mais frequentes dessa indução são o elevado número de internações de pacientes que poderiam ser tratados com cuidados domiciliares, o elevado percentual de cesareanas quando comparado ao número de partos normais e finalmente a permanência hospitalar com médias acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2008).

O plano de saúde por sua vez como terceiro pagador induz de certa forma um deslocamento da curva da demanda para a direita, pois como o usuário não contribui para o pagamento das despesas assistenciais ele pode desenvolver um certo relaxamento tanto em relação aos preços dos serviços, quanto em relação às quantidades demandadas junto aos prestadores (ANDRADE; LISBOA, 2000).

Do ponto de vista individual a demanda pelos serviços de saúde é irregular imprevisível e frequentemente pouco racional, pois a maior parte dos indivíduos não escolhe adoecer e o aparecimento da doença pode alterar seus aspectos psicológicos e sua racionalidade. Da mesma forma é muito difícil prever antecipadamente os custos decorrentes do evento doença, diagnóstico e tratamento.

A conjugação desses fatores é responsável por um elevado nível de incerteza relativas aos riscos. Ao adquirir um plano de saúde o indivíduo está na verdade abrindo mão do consumo de outros bens para se proteger financeiramente dos gastos ligados ao risco de adoecer.

2.2 O Risco no mercado de saúde

A palavra risco diz respeito às incertezas que envolvem as perdas financeiras e patrimoniais e também está relacionada ao perigo ao qual uma pessoa está exposta e em relação à qual contrata um seguro. A conceituação de risco repousa também sobre a idéia de que as incertezas em relação ao futuro e suas intercorrências não podem ser calculadas com

precisão, mas seus resultados podem causar grandes impactos sobre os indivíduos ou sobre as empresas. Para Costa e Kale (2001), na tentativa de gerar seguranças futuras, o indivíduo procura medir os riscos e minimizá-los através da formação de um fundo prévio que possa compensar de prejuízos futuros. Esse conceito trata do risco individual mas pode ser estendido aos grupos de indivíduos que utilizam um plano de saúde.

A definição de risco se relaciona à frequência esperada da ocorrência de eventos indesejados e se define pela equação

$$R = \text{Prob}(MP) ,$$

sendo R risco, Prob probabilidade e MP magnitude da perda. Depreende-se daí que eventos cuja a ocorrência é altamente provável ou cuja magnitude da perda é alta são considerados os de maior risco. Variações da probabilidade de ocorrência de perdas são determinantes da tomada de decisão pois constituem um elemento importante do risco.

Segundo Douglas (1996) a adoção desses conceitos para planos de saúde, que resguardam as pessoas do risco de adoecer, está certamente impregnada de subjetividade em relação ao que é realmente perigoso e depende de fatores culturais, aversão ao risco, a importância e gravidade dos riscos que merecem ser compensados e essas preferências variam de indivíduo para indivíduo.

A análise do risco é importante para as operadoras de planos de saúde, pois variações da probabilidade de sinistralidade determinam variações de despesas e conseqüentemente custos maiores que irão impactar no preço final do produto. Esse trabalho se debruçará sobre o risco calculado conforme também o conceituam as operadoras.

Pelo lado do consumidor o risco é bastante relevante pois percebemos que a aquisição do plano tende a aumentar o nível de bem estar ao diminuir o grau de incertezas aos quais os indivíduos estão expostos.

No Gráfico 1, de acordo com Cutler e Zeckhauser (2000) temos um indivíduo com renda y que apresenta duas condições:

A primeira condição, **D**, diz respeito à doença e a segunda condição, **S**, refere-se ao estado saudável. O m corresponde à necessidade de desbolso por despesas médicas e E e E'

curvas de indiferença.

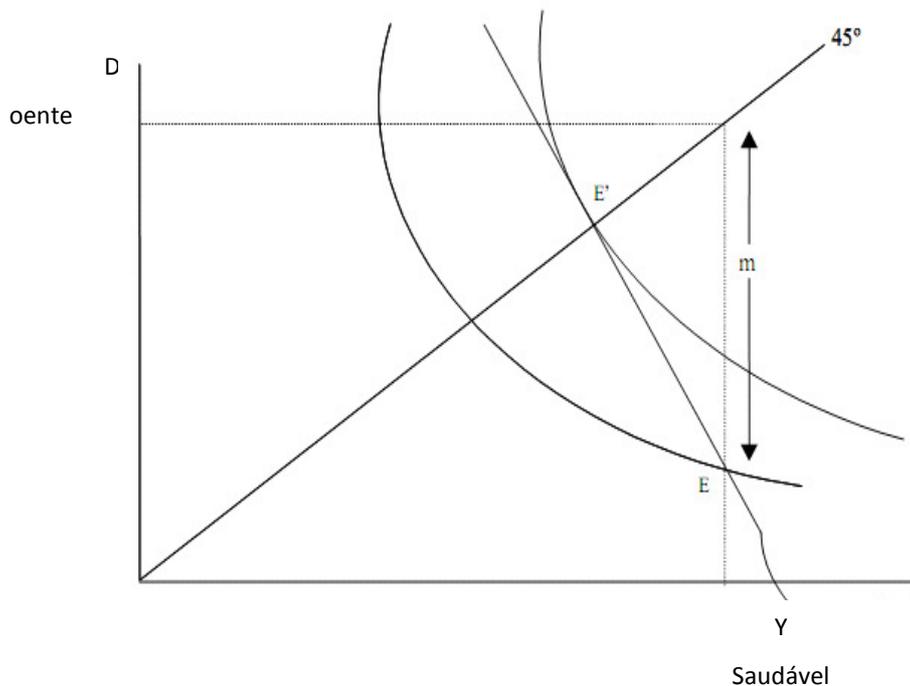


Gráfico 1 – Curvas de indiferença do indivíduo

Fonte: Cutler e Zeckhauser (2000).

Nesse exemplo o objetivo é a maximização do consumo em duas situações a de saúde ou a de doença.

Enquanto está saudável esse indivíduo pode utilizar toda a sua renda para o consumo de bens, mas quando fica doente ele precisará desembolsar recursos para as despesas médicas (m), e passa a dispor de $[y-m]$ que corresponde ao ponto E.

Quando adere a um plano de saúde nosso usuário começa a transferir a renda de seu momento saudável para o momento em que eventualmente fique doente, quando ele precisará contar com assistência e será atendido pelo plano de saúde sem desembolsos adicionais, maximizando assim sua utilidade total pois a utilidade marginal do consumo é maior quando o indivíduo apresentar a doença já que nessa condição seu nível de consumo diminui e a utilidade marginal é decrescente.

Ao comprar um plano de saúde o indivíduo melhora o seu bem estar deslocando-se

para o ponto E', pois apesar de diminuir o consumo em relação ao seu momento saudável ele consegue aumentar o consumo de seu momento doente. Essa suavização dos níveis de consumo gera aumento de bem estar e demonstra as vantagens de adquirir o plano de saúde

Em mercados capitalistas, a demanda e o consumo dos bens e serviços de saúde estão intimamente ligados a um conjunto de valores culturais, políticos, individuais ou familiares relacionados aos padrões de desenvolvimento social e econômico do mercado

Para Queiroz (1993) diversos fatores são determinantes do consumo, entre eles o autor destaca as políticas governamentais de saúde, estratificação social, distribuição de renda e as condições de produção da oferta.

2.3 A Oferta no mercado de saúde

A oferta de bens e serviços de saúde teve um grande aumento nos países desenvolvidos nos últimos dez anos. As pressões sociais por melhorias da política de assistência à saúde decorrentes das demandas da população podem ter contribuído para esse aumento. Há no entanto outros determinantes como o progresso tecnológico agregado à prática médica, associado a multiplicação dos centros de excelência e a difusão dessas novas tecnologias em saúde exercendo pressões sobre oferta e demanda.

O processo onde o preço é determinado a partir da experiência de gastos dos usuários, após a análise dos fatores individuais e probabilidade de utilização ou risco, é conhecido como *experience rating*. No entanto, a identificação acurada dos riscos não é uma tarefa simples, exigindo das operadoras grandes investimentos em marketing e mecanismos de bloqueio como a contratação de peritos, aos quais cabe monitorar as ações dos indivíduos ou grupos e fazer dos cálculos probabilísticos de avaliação de riscos correspondentes às taxas de utilização.

Os beneficiários de planos de saúde formam uma população bastante heterogênea quanto a faixa etária, gênero, tipo de ocupação, e condições prévias de saúde. Por isso as probabilidades de utilização do plano, naturalmente, variam muito dentro de um mesmo grupo impactando os custos de diferentes maneiras.

As diferenças de maximização de bem estar entre os diversos atores desse mercado destacadamente prestadores, plano de saúde e os indivíduos que o contratam pode ser caracterizada como uma relação de agência (agente-principal).

2.4 A teoria do agente-principal

Entre as teorias que estudam o aumento de custos, a corrente que se destaca por sua magnitude e pela quantidade de trabalhos, é a Teoria do Agente-principal, ou Teoria da Agência. Jensen e Meckling, em 1976, desenvolveram esse tema em seu artigo *Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure*. A teoria do agente-principal aborda o relacionamento entre os atores nas trocas econômicas, onde um ator (o principal) delega poder ou autoridade a um outro indivíduo (o agente) para agir em seu favor, e onde o bem-estar do principal é influenciado pelas decisões do agente. Os autores explicam assim a relação de agência:

Definimos um relacionamento de agência como um contrato através do qual uma ou mais pessoas (denominada/s Principal/ais) contratam um terceiro indivíduo (Agente) para executar um trabalho em favor dele/s e que envolva delegar, ao agente, algum poder de decisão e autoridade. Se ambas as partes do relacionamento são maximizadores de utilidade há boas razões para acreditar que o agente nem sempre agirá de acordo com os melhores interesses do principal. (JENSEN; MECKLING, 1976, p. 5).

Jensen e Meckling (1976) avaliam vários estudos existentes fazendo uma nova abordagem sobre o relacionamento de agente-principal, acrescentando aspectos comportamentais e discorrendo sobre a estrutura do capital, que passam a denominar estrutura da propriedade, que eles dividem em administração, *insiders* e acionistas, que não fazem parte da administração, e *outsiders* e concluem que os custos de agência nascem da diferença de interesses entre esses dois grupos.

Segundo Williamson (1963), o agente para preservar seus bens deve ser avesso ao risco, pois está ligado a um único principal, enquanto o principal pode agir com neutralidade em relação ao risco, já que a ele compete as escolhas entre vários participantes. Daí decorrem os atritos na relação agente-principal, já que o bem estar do principal depende do agente para

ser maximizado e há uma nítida diferença entre os objetivos e predisposições ao risco.

Para Hath (1997), os problemas de agência podem ocorrer se o agente atuar de acordo com seus interesses pessoais, desconsiderando os interesses do principal e os contratos serviriam para evitar os problemas de conflito de interesses entre agente e principal.

Eisenhardt (1985) afirma que os problemas de caráter informacional (assimetria de informações) dependem da habilidades em saber se a atuação dos agentes corresponde aos interesses do principal e que tais informações podem ser descobertas, de forma direta, através de monitoramento das ações dos agentes, ou de forma indireta acompanhando os resultados finais. Salienta ainda que como os resultados dependem de outros fatores nessa situação eles passam a se responsabilizar por parte do risco.

Para se protegerem seria necessário instituir algumas medidas que reduzissem as chances de ações em desacordo com os interesses dos principais. Essas medidas determinam custos que são denominados de custos de agência e que representam o montante dispendido na observação de comportamentos inadequados, (monitoramento) e na punibilidade dos comportamentos indesejados dos agentes (penalização) que o principal implementar, somando-se aos custos da dependência dos agentes e as perdas residuais do principal.

Arrow (1985) identificou como problemas de agência duas situações: o *moral hazard*, ou risco moral, que se relaciona a acobertar ações, e a seleção adversa, que corresponde a acobertar informações. O risco moral ocorre em situações onde as ações dos agentes não são totalmente conhecidas pelo principal ou onde o ônus de observá-las é muito alto. A seleção adversa refere-se ao fato de os agentes possuírem informações não reveladas ao principal ou com altos custos de obtenção. O custo decorrente dessa pesquisa sobre as informações e monitoramento das atitudes chama-se custo de agência e, de um modo geral, está associado à perda do bem estar.

No caso dos planos de saúde, o paciente possui informações privilegiadas sobre seu risco pessoal *ex-ante*, enquanto o plano de saúde é incapaz de diferenciá-los. Os prestadores de serviços atuam como agentes em relação à operadora pois podem alterar suas ações diante da mudança de incentivos. Segundo Roemer (1993), a oferta de bens e serviços de saúde é capaz de determinar sua própria demanda.

De acordo com Baumol (1967), os prestadores (agentes) são altamente qualificados e desempenham funções em que a mão de obra não pode ser substituída pelo capital, esperando ver um aumento de sua renda no mínimo proporcional à média do aumento social da renda,

determinando também um aumento de custos para as operadoras.

As operadoras de planos de saúde na tentativa de obterem informações completas sobre os agentes têm um custo adicional, visto que os indivíduos doentes não têm interesses de revelar informações sobre o seu risco e reputação, uma vez que o aumento de utilização pode determinar gastos maiores e, conseqüentemente, um aumento no valor das mensalidades (contraprestação).

Arrow (1963) observa que nesse mercado há uma tendência de diluir os custos derivados do risco entre os participantes do plano ao invés de criar planos com preços diferenciados. Esse mecanismo distributivo faz com que pessoas com baixo risco de adoecer compartilhem pagando mais para compensar as mensalidades daqueles indivíduos que tem maior probabilidade de utilização do plano devido à doença.

Sendo a assimetria de informações um fato real no mercado de planos de saúde, percebe-se que pelo lado da empresa que comercializa o plano há uma informação imperfeita sobre o risco da população assegurada, assim para Akerlof (1970), o mercado de seguros, se existir pode ser ineficiente e isso se evidencia quando pessoas realmente doentes ou idosas não conseguem adquirir planos devido aos preços praticados pelas empresas, para tais casos

Observa-se também que há poucos incentivos por parte das operadoras para a criação de planos abrangentes para esses grupos de segurados, principalmente, após a regulamentação dos planos de saúde, que determinou um rol de coberturas mínimas muito mais abrangente e que ocasionou um *trade-off* entre garantia de acesso e eficiência econômica.

É importante ressaltar que, a partir dos trabalhos de Arrow (1963) e Akerlof (1970), surgiu um importante conjunto de modelos com o objetivo de explicar a seleção adversa e o impacto que ela provoca na alocação eficiente dos recursos bem como os mecanismos de controle e redução desses impactos.

Primeiramente foi desenvolvido um modelo que visava diminuir a ineficiência de mercados que apresentam seleção adversa, através da auto-seleção. Partindo do pressuposto de que os indivíduos revelam seu tipo de risco através de suas escolhas de contrato, nesses modelos os indivíduos de maior risco de utilização tendem a preferir coberturas maiores em contratos mais amplos, apesar do preço, nesse caso, ser maior.

Para Rothschild e Stiglitz (1976), os planos deveriam ter um leque de opções contratuais que oferecessem essas coberturas, para que o próprio segurado revelasse seu risco a

partir de suas escolhas. A alocação eficiente de recursos, nessas condições, seria superior àquela que se obtém quando se estabelece um preço médio para a população assegurada.

Em um modelo diferente, esses autores demonstraram que o conhecimento *ex-ante* do histórico de doenças do indivíduo permitia realizar a classificação do risco e que isso melhorava a eficiência econômica desse mercado, daí a importância das informações completas.

A teoria dos contratos teve um campo de testagem importante, a partir dos dados que as seguradoras armazenaram, pois possibilitavam a testagem empírica dos diferentes modelos preditivos, através da análise dos contratos, perfil de utilização dos contratados e demais informações referentes à necessidade de transferência de rendas intercontratuais.

As restrições de origens transacionais referem-se à natureza dos contratos e determinam aumento nos preços à medida que os fatores como a assimetria de informações, sejam capazes de interferir na relação contratual. Para Laffont e Tirole (1993), situações pouco previsíveis e, ou, de difícil detalhamento, podem causar impacto nos custos de transação, principalmente em ambientes que agregam tecnologia avançada como é o caso do mercado de saúde.

As restrições de caráter informacional são especialmente relevantes no mercado de bens e serviços de saúde e dela decorrem duas situações que geram grande impacto nos custos e perda de eficiência econômica, são elas a seleção adversa e o risco moral.

2.5 Risco moral

O risco moral está relacionado a uma tendência de utilização individual dos serviços oferecidos e das coberturas disponibilizadas pelo plano de saúde, acima da média esperada para um mesmo tipo de grupo, mesmo que essa sobre-utilização não se traduza em mudança na condição de saúde do indivíduo.

Esse comportamento reflete um tipo de oportunismo que se observa entre os agentes econômicos, que é a capacidade de alterar sua atuação após celebrarem um contrato. No caso dos bens e serviços de saúde se traduz em aumento da demanda por serviços e cuidados

médicos acima do que normalmente seriam demandados, caso não tivessem celebrado o contrato.

De acordo com o que foi anteriormente exposto, o risco moral acontece em consequência da assimetria de informações, pois não é possível determinar, *a priori*, que tipo de utilização e cuidados médicos o indivíduo irá necessitar e conseqüentemente o tipo de coberturas mais adequado ao seu perfil.

Devido ao fato de os gastos com saúde serem imprevisíveis não há como se estabelecerem contratos completos, daí decorrendo a possibilidade de os indivíduos aumentarem o consumo desse bem quando estão cobertos por um plano de saúde, sem participação adicional em seus custos.

Segundo Cutler e Zeckhauser (2000), o comportamento dos agentes que inicialmente dependem de suas preferências e das restrições que limitam suas escolhas e que geralmente tem causas orçamentárias, podem sofrer alterações quando as restrições orçamentárias deixam de existir.

Nesse caso, quando ocorre a contratação de um plano de saúde, o indivíduo deixa de estar sujeito a essa restrição de caráter financeiro. Ao adquirir um plano de saúde o indivíduo deixa de ser responsável pelo ônus financeiro derivado de sua demanda e sofre alteração dos incentivos de utilização de serviços médicos, podendo acarretar comportamentos oportunistas ou risco moral.

Há diferentes tipos de risco moral na literatura e a cada um deles correspondem determinadas políticas de controle citaremos abaixo a classificação de Santerre e Neun (1996), que se relaciona ao comportamento de risco moral em planos de saúde.

Segundo os autores os indivíduos podem atuar das seguintes formas:

- a) diminuir as condutas preventivas ou hábitos mais saudáveis e que redundariam no aparecimento de doenças impactando nos custos do plano de saúde;
- b) aumentar a demanda por serviços acima do nível de eficiência;
- c) agir com despreocupação em relação aos preços que otimizem a relação custo/benefício;
- d) desleixo no monitoramento das ações de médicos e prestadores que podem determinar tratamentos ou intervenções e exames supérfluos;

e) a agregação de tecnologia avançada sem benefícios adicionais, mas com alto custo.

Uma variação dessa classificação de risco foi desenvolvida por Zweifel e Manning (2000) e trata o risco moral como risco moral *ex-ante* quando o paciente descuida da prevenção, *ex-post* estático relacionado para uma dada tecnologia e *ex-post* estático e dinâmico definido pela adoção de novas tecnologias mais avançadas sem ganhos da relação custo/benefício.

Todas as formas de classificação de risco moral, acima descrita, dizem respeito a alterações do comportamento de indivíduos, seja através da maior exposição ao risco ou da maior utilização ambas determinam aumento de custos. Essas alterações de comportamento são possíveis porque ao contratar um plano de saúde o indivíduo sabe que o plano não dispõe de mecanismos para monitorar suas ações.

O risco moral *ex-post* estático representa a forma de aumento de utilização de serviços médicos para uma dada tecnologia determinado pelo usuário enquanto o risco moral *ex-post* dinâmico é decorrente de um círculo vicioso entre as demandas de utilização e as novas tecnologias, pois à medida que aumentam as novas tecnologias aumentam os serviços que as oferecem, mas Zweifel e Manning (2000) salientam que os ordenadores das despesas não participam dos custos derivados da utilização

A agregação destas novas tecnologias também incentiva a aquisição de planos, pois determinam que os gastos com saúde tornem-se progressivamente maiores, aumentando os incentivos para que indivíduos adquiram planos de saúde para terem acesso a elas.

De acordo com Santerre e Neun (1996), quanto ao agente causador do risco moral abordado nas classificações anteriores, temos a figura do paciente como agente determinando a quantidade de serviços que irá utilizar e, ou, alterando seu comportamento de forma oportunista após celebrar um contrato com uma operadora de plano de saúde. Vale ressaltar que o paciente tem pouco controle sobre o montante de recursos médicos consumidos ou sobre os custos decorrentes desse consumo.

Ainda de acordo com os autores, o médico pode atuar como agente, pois na verdade o paciente tem uma grande assimetria de informações relativas ao seu médico e essa assimetria também determina uma relação de agência em que o agente é o médico e o principal é o próprio paciente. Nessa relação o paciente não dispõe das informações necessárias ao seu tratamento e o custo para obtê-la seria muito alto por isso ele dependerá dos conhecimentos

do médico para indicar o melhor tratamento.

Geralmente o médico vai indicar o melhor tratamento para seu paciente, mas uma mudança nos incentivos aos quais o médico está sujeito pode determinar alterações de seu comportamento induzindo uma demanda ou manipulando o consumo de consultas internações e super-indicando procedimento e materiais. A essa alteração de comportamento denomina-se demanda induzida pelo provedor.

Estudos atuais tentam demonstrar se as decisões dos médicos podem ser afetadas pelo fato de o paciente ter plano de saúde. Um estudo que analisa a escolha em prescrever medicamentos genéricos ou de referência foi desenvolvido por Hellerstein (1998). É importante salientar que os remédios genéricos, em tese, têm a mesma eficácia que remédios de referência e são consideravelmente mais baratos. O código de ética garante aos médicos a liberdade de prescrição tanto para genéricos quanto para referência e em face de uma mesma patologia seria esperado que houvesse uniformidade na prescrição.

Hellerstein (1998) defende em seu artigo que o médico não é totalmente isento, respondendo também a incentivos e como a obtenção de informações sobre eficácia e confiabilidade dos genéricos tem um custo adicional o médico pode decidir prescrever medicamentos de referência até contar com maiores esclarecimentos a respeito dos genéricos.

No mesmo artigo ela observa que alguns médicos tendem a receitar genéricos para a população de pacientes cujo plano de saúde não cobre a compra de medicamento e remédios de referência para indivíduos que contam com coberturas medicamentosas.

A partir desse estudo é possível concluir que a presença de plano de saúde cria incentivos para os médicos alterarem seu comportamento e não alocarem da maneira mais eficiente os recursos disponíveis o que caracterizaria risco moral.

2.6 A Seleção Adversa

Através da análise econômica relativa aos contratos das firmas, foi demonstrado que a teoria do agente-principal também representa um referencial teórico adequado para compreender os problemas da seleção adversa já que esta é decorrente da impossibilidade do

principal identificar com precisão as características dos agentes devido a assimetria de informações. Nessa relação há uma parte que detém as informações denominada agente e uma outra que não tem acesso a todas as informações disponíveis que é o principal. O agente conhece todo o conjunto de informações e características pessoais enquanto o principal desconhece parcial ou totalmente essas mesmas informações. Quando esse conceito é transferido para o mercado de saúde suplementar pode ser observado por um lado o usuário, detentor do conhecimento sobre sua saúde, seu histórico médico, seus hábitos de vida e de trabalho e por fim seu risco de utilização, e por outro lado o plano de saúde que desconhece essas informações.

A assimetria de informação existente entre os usuários e as empresas de planos de saúde, pode alterar as formas de utilização do plano favorecendo o aumento de custos e a seleção adversa.

Arrow (1963) define por seleção adversa o processo desenvolvido pelas operadoras a fim de selecionar indivíduos com risco acima da média de risco da população total, e que no caso das operadoras de planos de saúde resultará em aumento de sinistralidade e consequentemente dos custos.

Quando uma empresa não consegue identificar de forma precisa os consumidores no que diz respeito ao risco, ela precisa cobrar um preço médio para todos os agentes envolvidos, que é denominado equilíbrio de *pooling*. Esse equilíbrio acaba por se tornar inviável pois o contrato seria muito atrativo para os indivíduos com maior probabilidade de utilização enquanto os indivíduos saudáveis seriam desencorajados a adquirir o plano, pois sempre haveria um contrato mais adequado às sua característica de risco fora do *pooling*.

Para Rothschild e Stiglitz (1976), o equilíbrio de mercado é alcançado quando a gama de contratos é tão diversificada que cada indivíduo disponha de um modelo contratual que maximise o lucro esperado. A partir do modelo desenhado por aqueles autores, outros modelos foram propostos por Cutler e Zeckenhauser (2000) através da segmentação dos grupos de risco. Num primeiro modelo os autores propõem o equilíbrio com seleção adversa em uma economia com somente dois tipos de planos e dois grupos de risco, um plano generoso que foi desenvolvido para a população de risco elevado e um plano moderado desenhado para os indivíduos de baixo risco, entretanto os indivíduos de alto risco poderiam participar do plano moderado. Nesse modelo o equilíbrio não é eficiente pois os indivíduos não pagam o plano compatível com seu risco e sim por uma média.

A eficiência nessa economia, segundo os autores, aumentaria em um equilíbrio separador, ou pela manipulação de planos ou através do subsídio cruzado. A manipulação de planos consiste na introdução de um terceiro tipo de plano, o plano básico, com menores coberturas, que passa a ser oferecido.

Os indivíduos de baixo risco tenderão a adquirir esse plano básico, com cobertura menor, mesmo que o plano generoso continue disponível e somente os indivíduos de alto risco continuarão no plano generoso. Ao agirem dessa forma os indivíduos revelam suas preferências e também seu risco, mas haverá uma perda de eficiência já que os indivíduos de baixo risco contribuiriam com os benefícios líquidos sociais se optassem por continuar no plano moderado, devido aos ganhos obtidos pelo compartilhamento do risco.

O subsídio cruzado decorre da criação de uma taxa adicional cobrada sobre os valores do plano moderado e que fará com que indivíduos de alto risco prefiram migrar para o plano generoso e assim revelem seu risco. A saída desses indivíduos com risco elevado, do plano moderado, determinará a redução dos prêmios mensais dessa modalidade melhorando a eficiência econômica.

O segundo modelo que os autores desenharam parte de um equilíbrio com indivíduos de tipos diferentes de baixo e alto risco e com preferências similares sobre o seguro mesmo pertencendo a grupos diferentes de baixo ou de alto risco.

Partindo ainda da idéia de oferecermos três tipos de planos o básico, o moderado e o generoso haverá uma tendência de que os indivíduos de baixo risco escolham racionalmente o plano moderado ao invés do plano generoso, enquanto as preferências dos indivíduos de alto risco se dividirão entre o plano moderado e o plano generoso sendo que os mais avessos ao risco ficarão no plano generoso. A esse equilíbrio com baixo risco no plano moderado e alto risco dividido entre moderado e generoso chamamos equilíbrio híbrido que é relativamente estável, pois o plano moderado tem muitos indivíduos de alto risco não revelados impactando seus custos e isso incentiva os indivíduos de baixo risco a preferirem o plano básico com custos menores e sob esse enfoque o equilíbrio torna-se separador.

Por fim temos um terceiro modelo que tem não apenas dois grupos de indivíduos, mas um contínuo de grupos de risco, aos quais são ofertados dois tipos de planos, o moderado e o generoso.

Nesse modelo há uma distribuição contínua que vai levar os indivíduos a aderirem a

um dos tipos de plano, dependendo da expectativa de gastos individuais, no qual as contraprestações dependem da revelação do risco individual. A distinção observada entre o valor dos prêmios dos dois planos, moderado e generoso, pode ser entendida pela diferença de custos média oferecida pelo plano moderado à sua carteira e pela diferença de sinistralidade média (ocorrência de doenças) entre os dois planos. Essas diferenças são consequência da seleção adversa pois, na decisão de compra os indivíduos vão se deslocar para o plano de menor custo, fazendo com que a população do plano generoso (mais doente) fique progressivamente menor e as mensalidades deste plano aumentem significativamente, já que haverá nesta população uma concentração da doença em consequente aumento de gastos com a manutenção dessa carteira.

Háverá uma tendência de que com o passar do tempo esse plano se torne tão caro que os indivíduos não possam comprá-lo e ele acabe por deixar de ser comercializado por ser economicamente inviável. A esse processo ocasionado pela seleção adversa denomina-se espiral, e ele determina que indivíduos de alto risco comercializem plano inferiores ao seu nível de cobertura ótimo, enquanto os indivíduos de baixo risco permanecem em sua apólice com menores coberturas.

A seleção adversa em saúde pode acarretar uma lógica cruel ao ser a determinante de perda de bem estar ou exclusão assistencial principalmente entre os grupos mais vulneráveis devido a doença ou idade avançada.

2.6.1 Estimando seleção adversa em saúde

A forma comumente utilizada para analisar seleção adversa de indivíduos em um mercado de bens e serviços de saúde é a base longitudinal, pois ela é capaz de avaliar um mesmo indivíduo em diferentes momentos temporais e os efeitos decorrentes das variações nas coberturas do plano de saúde de acordo com o tipo de risco.

Cutler e Zeckhauser (1997) desenvolveram um importante trabalho de análise de seleção adversa usando uma base longitudinal de cobertura de seguro de saúde, a partir do seguro saúde dos funcionários da Universidade de Harvard.

Esse trabalho forneceu informações muito relevantes pois possibilitou uma análise de

diferentes momentos temporais e do comportamento desses indivíduos diante da mudança de incentivos para adquirir planos de saúde com diferentes tipos de cobertura.

A partir de mudanças na política de pagamento dos prêmios que eram subvencionados pela universidade, para um modelo em que os prêmios eram custeados por uma divisão de pagamentos compartilhados meio a meio por empregadores e funcionários houve uma migração desses indivíduos para planos com menor abrangência.

Essa migração determinou aumentos progressivos dos prêmios entre os indivíduos que permaneceram nos planos mais abrangentes fazendo com que em três anos esses planos deixassem de ser oferecidos nesse mercado.

Nesse caso pode ser visualizado o efeito da seleção adversa nos planos mais generosos onde permaneceram apenas os indivíduos de maior risco enquanto os de baixo risco migraram para planos de menor cobertura e custo mais baixo.

Os resultados dessa análise longitudinal comprovam o modelo teórico de seleção adversa em espiral anteriormente apresentado onde as variações de preço mesmo pequenas acarretam grandes migrações na alocação de indivíduos entre os planos e determina perda de eficiência econômica para o maior risco.

Com base nos dados fornecidos pela reforma no mercado de seguro de saúde de Harvard, Cutler e Reber (1998) avaliaram as perdas e ganhos decorrentes do *trade-off* da seleção adversa e da competição nesse mercado e concluíram que enquanto o tipo de consumidor afeta custos, a competição entre seguradoras pode se traduzir em resultados ambíguos.

Assim, permitir que os indivíduos escolham entre diferentes planos de saúde pode favorecer a alocação eficiente, mas a competição induz a seleção adversa através das preferências individuais que podem recair em planos mais básicos para participarem de um *pool* mais saudável e fazer com que os planos sejam menos generosos em suas ofertas com os indivíduos mais doentes.

Ainda segundo os autores, a seleção adversa responde por uma perda de aproximadamente 2% a 4% da base de gastos inicial enquanto a redução dos prêmios posteriores a competição oscilou entre 4% a 8% da base de gastos iniciais resultando em um ganho líquido.

Outro resultado importante aponta no sentido de que para a sociedade o resultado

líquido foi de perda após a seleção adversa, pois a redução dos lucros da seguradoras foi transferida para a Universidade de Harvard como empregador.

Até o ano 2000 uma base de dados com informações semelhantes as que estão disponíveis nas seguradoras era relativamente rara no Brasil, mas a criação da ANS vem possibilitando a formação de um banco de informações capazes de alimentar uma base longitudinal de dados onde possam ser acompanhados os eventos, os tipos de risco, as coberturas e a sinistralidade relacionadas a um mesmo indivíduo ao longo de um intervalo de tempo, assim como outras informações relevantes no mercado de saúde suplementar brasileiro.

No Brasil, possivelmente uma forma icentivada de aquisição de planos de saúde somente pode ocorrer após a inserção de seguradoras de saúde, o que aconteceu em 1988, ano de mudança constitucional, na qual se afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém sem uma clara definição referente à origem dos recursos para o custeio e manutenção da qualidade de assistência médico-hospitalar pública.

Este novo modelo foi bem definido por Médici (1989), que o designou “liberal-privatista”, pois, segundo o autor, do lado do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), era estatal-universalizante, enquanto do outro lado aceitava o financiamento de Planos e Seguros independentes da intermediação estatal.

2.7 Assietria de informações e aumento de custos em saúde suplementar

Segundo Del Nero (1995), observa-se que os custos da saúde suplementar são extremamente elevados e que parte desses custos sequer é mensurada.

Enquanto Willianson (1985, 1996) ao tratar dos custos de transação, orienta os estudos sobre regulação e ações entre agentes para o campo multidisciplinar da economia, do direito e da administração à medida que bens e serviços se diferenciam em termos tecnológicos podendo aumentar as incertezas contratuais, mecanismos de governança são introduzidos pelos agentes de modo a controlar estas incertezas e orientar escolhas cuja racionalidade não pode ser completa. Desta forma, teorias de custos transacionais submetem os problemas de assimetrias informacionais às lógicas embutidas em contratos e nas estratégias das empresas

em economizar os custos aí envolvidos. A transação se caracteriza nesse caso pela presença de uma interface tecnologicamente separável envolvendo a transferência de bens ou serviços. Neste sentido envolve os custos comparados de planejar, adaptar e monitorar a execução de tarefas sob estruturas de governança alternativas. Tais considerações encontram campo adequado no setor de saúde devido à densidade tecnológica agregada.

A impossibilidade de obtenção de informações completas e de seu processamento mental adequado pelos indivíduos coloca em relevância os mecanismos de governança no âmbito dos contratos. Desta forma, como assinalado anteriormente, assimetrias informacionais podem ser manejadas como “atritos”, assim como as condições oportunistas. Estes fatores inerentes às relações contratuais podem ser manejados mais adequadamente por mecanismos contratuais que incluam arbitragem, revisão de decisão, flexibilidade contratual, e diversos outros fatores de atualização e adaptação de decisões. O balanço entre maiores ou menores custos de transação seriam os principais fatores a orientar a solução organizacional decorrente da relação entre agentes. Caso a integração vertical e a incorporação à empresa reduzam o “atrito”, a hierarquização se institui como solução. Caso os problemas de déficit de incentivos inerentes às relações internas às empresas e grandes organizações sejam elevados, como bem expressa a teoria agente-principal, a boa governança contratual pode orientar soluções como terceirizações e contratualização direta entre empresas ou indivíduos.

Para Laffont e Tirole (1993), as falhas de informação da qual decorre o risco moral, relacionado a variáveis endógenas e seleção adversa relacionada a variáveis exógenas, assumem especial relevância nesse mercado e, partindo da observação do aumento de gastos com a assistência a saúde suplementar brasileira, a análise microeconômica tem grande relevância possibilitando o entendimento e a busca de soluções efetivas, principalmente se compararmos esse aumento com o aumento de gasto de saúde internacional e particularmente com os Estados Unidos, país selecionado como balizador por sua trajetória de gastos crescente na avaliação do mercado de seguros.

3 O AUMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DOS EUA

Conceituar o que seja considerado gasto com saúde pode de ser uma tarefa difícil devido à falta de uniformidade com que o assunto é tratado ao nível internacional. Para o Banco Mundial (WORLD BANK, 2010) a abordagem mais próxima da definição e que facilita as comparações internacionais consiste nas despesas que visam melhorar e prevenir a deterioração da saúde.

A Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômicos (OCDE)², segundo Anderson e Poulter (1999), considera como gastos com saúde as despesas totais decorrentes de atendimento médico, despesas hospitalares, medicamentos pesquisas biomédicas, saúde pública, administração, infra-estrutura e outros serviços.

A análise da evolução de gastos com saúde em diferentes países vem evidenciando uma tendência crescente de aumentos, não apenas em valores nominais, como também em percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) em nível internacional, e tal evolução, vem ensejando inúmeros estudos que tentam encontrar justificativas para essa tendência.

O aumento de gastos com saúde tem se constituído de uma preocupação persistente no cenário econômico internacional. A Tabela 1 mostra como esse aumento atinge alguns países em período recente, de 2003 a 2007. A relação contempla dez países, escolhidos por apresentarem um mix público/privado de atenção à saúde. Entre os países escolhidos estão na Europa (Alemanha e Espanha) nas Américas (Brasil, Estada Unidos da América (EUA), Bolívia, Canadá, Chile e Colômbia). O Brasil e os Estados Unidos da América (EUA), serão avaliados de forma aprofundada pois são objetos do presente estudo. Essa escolha tentou contemplar um grupo de países onde a atenção com a saúde demonstrava diferentes estágios de implantação temporal em relação ao Brasil. Nessa tabela estão os valores per capita, em US\$, destacado na linha final a variação percentual do período. O Brasil apresentou elevação de 163,93% no período, sendo o país com a variação mais destacada do grupo, enquanto EUA

² OCDE - *Organisation de coopération et de développement économiques* - organização internacional de 31 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado. São economias de alta renda, com um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e considerados países desenvolvidos.

Fonte: Wikipedia, disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_para_a_Coopera%C3%A7%C3%A3o_e_Developmento_Econ%C3%B3mico>. Acesso em: 08 set. 2010.

apresentou a variação menos expressiva do grupo, de 24,48%.

**Tabela 1 - Gasto com saúde em diversos países - Per capita *(1)
(2003 a 2007)**

(valores em US\$ *1, variação do período em percentuais)					
Ano	Brasil	EUA	Alemanha	Argentina	Australia
2003	229,48	5.852,10	3.183,82	284,13	2.338,87
2004	279,07	6.195,64	3.495,23	384,63	2.888,12
2005	387,97	6.562,75	3.628,18	492,51	3.156,98
2006	490,00	6.931,18	3.716,81	560,89	3.352,48
2007	605,66	7.284,70	4.209,18	662,62	3.985,93
variação:	163,93%	24,48%	32,21%	133,21%	70,42%

(valores em US\$ *1, variação do período em percentuais)					
Ano	Bolivia	Canada	Chile	Colombia	Espanha
2003	51,22	2.688,13	302,53	145,71	1.706,35
2004	55,40	3.051,16	372,80	172,52	1.991,53
2005	55,19	3.481,68	444,65	211,03	2.168,04
2006	61,91	3.950,21	529,47	229,19	2.327,77
2007	68,54	4.409,12	615,29	283,95	2.711,68
variação:	33,81%	64,02%	103,38%	94,87%	58,92%

Fonte: World Bank (2010)

Nota do Web site: *(1) – Series: Health expenditure per capita (current US\$), row: year column.

A Tabela 2 traz ainda o valor nominal do gasto total de cada país, em US\$ (x 1000), mostrando que além do aumento relativo à média de suas populações, nos montantes efetivamente despendidos, este igualmente se verifica. Nota-se, na linha final da relação, onde aparece a variação percentual do período, que todos os países apresentaram aumentos em índices expressivos. De forma semelhante ao ocorrido com o gasto per capita, em termos nominais, Brasil e EUA, apresentaram as variações mais e menos significativas no período, respectivamente.

**Tabela 2 - Gasto com saúde em diversos países - Total *(1)
(2003 a 2007)**

(valores em US\$ *1000, variação do período em percentuais)					
Ano	Brasil	EUA	Alemanha	Argentina	Australia
2003	41.660,00	1.699.731,70	262.671,91	10.803,43	46.538,76
2004	51.310,58	1.816.511,05	288.324,69	14.758,98	58.146,44
2005	72.190,53	1.941.892,56	299.201,25	19.075,88	64.402,40
2006	92.197,71	2.070.724,16	306.146,25	21.933,91	69.399,71
2007	115.148,72	2.197.218,04	346.234,25	26.167,16	83.772,35
variação:	176,40%	29,27%	31,81%	142,21%	80,01%
(valores em US\$ *1000, variação do período em percentuais)					
Ano	Bolivia	Canada	Chile	Colombia	Espanha
2003	452,55	85.052,57	4.826,85	6.082,13	71.675,28
2004	499,08	97.457,25	6.012,06	7.314,17	85.022,22
2005	506,79	112.266,87	7.246,66	9.084,86	94.088,75
2006	579,06	128.681,93	8.718,89	10.016,72	102.580,00
2007	652,77	145.201,07	10.236,10	12.595,75	121.681,29
variação:	44,24%	70,72%	112,07%	107,09%	69,77%

Fonte: World Bank (2010)

Nota do Web site: *(1) – Series: Health expenditure, total (current US\$ x 1000), row: year column.

A Tabela 3, por sua vez, considera a proporcionalidade em percentuais do (PIB) dos gastos anuais totais. Dos dez países analisados, sete apresentaram elevação no seu nível de gastos com saúde, ficando de fora somente Bolívia, Chile e Colômbia. Os EUA é o país onde o gasto com saúde é o mais expressivo quando relacionado com o PIB em todos os períodos, atingindo 15,68% em 2007, ou seja, trata-se de aumento real independentemente de moeda ou território, nos casos onde a variação foi positiva.

**Tabela 3 - Gasto com saúde em diversos países - Total *(1)
(2003 a 2007)**

(valores em percentuais do PIB, variação do período em percentuais)					
Ano	Brasil	EUA	Alemanha	Argentina	Australia
2003	7,55	15,33	10,80	8,33	8,52
2004	7,74	15,38	10,56	9,63	8,81
2005	8,17	15,44	10,67	10,40	8,72
2006	8,48	15,53	10,55	10,22	8,83
2007	8,44	15,68	10,43	9,98	8,88
variação:	11,79%	2,28%	-3,43%	19,81%	4,23%
(valores em percentuais do PIB, variação do período em percentuais)					
Ano	Bolivia	Canada	Chile	Colombia	Espanha
2003	5,60	9,82	6,52	6,63	8,15
2004	5,69	9,81	6,29	6,43	8,19
2005	5,31	9,90	6,13	6,28	8,28
2006	5,06	10,02	5,95	6,17	8,35
2007	4,97	10,12	6,24	6,06	8,45
variação:	-11,25%	3,05%	-4,29%	-8,60%	3,68%

Fonte: World Bank (2010)

Nota do Web site: *(1) – Series: Health expenditure, total (% of GDP), row: year column; country.

A conveniência de inteirar-se do histórico, da organização, do funcionamento, dos gastos e das alternativas propostas e implementadas no sistema de Saúde dos EUA, em período recente, justifica-se por similaridades com o Brasil nas dificuldades enfrentadas com a elevação de gastos, na proporcionalidade dos níveis de participação público-privada (Tabelas 5 e 6) e na forma do tratamento regulatório que o setor recebe das autoridades governamentais, além das dificuldades observadas nas relações de consumo como o risco moral e a seleção adversa. Entendido ainda que a complexidade associada à prática de liberdade de mercado que se entende ser lá praticada, nos ofereça condições de conduzir uma análise e formulação de alternativas dentro de parâmetros referenciais de modernidade econômica e respeito ao mercado e instituições, reservada a necessidade, da condução de tal análise, considerar os interesses sociais e privado-empresariais, neste ordenamento de prioridades.

Na Tabela 4, na qual se relacionam os percentuais de participação dos recursos públicos em proporção do gasto total com saúde de cada país, observa-se que dentre os países relacionados, Brasil e EUA são os que apresentam os índices que mais se aproximam.

**Tabela 4 - Gasto público com saúde em diversos países *(1)
(relativo, 2003 a 2007)**

(valores em percentuais do gasto total)					
Ano	Brasil	EUA	Alemanha	Argentina	Australia
2003	41,29	43,91	78,72	52,34	66,11
2004	43,30	44,28	77,00	45,54	66,68
2005	40,14	44,43	76,96	44,83	66,89
2006	41,69	45,29	76,79	46,38	66,59
2007	41,59	45,54	76,88	50,76	67,51
variação:	0,73%	3,71%	-2,34%	-3,02%	2,12%
(valores em percentuais do gasto total)					
Ano	Bolivia	Canada	Chile	Colombia	Espanha
2003	66,21	70,21	55,99	84,08	70,45
2004	67,06	70,24	55,85	84,13	70,54
2005	71,79	70,27	56,60	84,17	70,58
2006	70,03	69,82	57,81	84,26	71,24
2007	69,19	69,98	58,75	84,22	71,79
variação:	4,50%	-0,33%	4,93%	0,17%	1,90%

Fonte: World Bank (2010)

Nota do Web site: *(1) – Series: Health expenditure, public (% of total health expenditure), row: year column; country.

Da mesma forma, quando relacionados o percentuais de participação de recursos privados relativizados ao gasto total com saúde naqueles mesmos países, a semelhança se repete com Brasil e EUA. A Tabela 5 apresenta esta relação, mostrando ainda que, além dos percentuais de Brasil e EUA ficarem bastante próximos, em ambos os casos, essa participação relativa vem decaindo. Este decréscimo, quando particularizadas as situações de Brasil e EUA, foi mais expressivo no caso dos EUA entre 2003 e 2007.

**Tabela 5 - Gasto privado com saúde em diversos países *(1)
(relativo, 2003 a 2007)**

(valores em percentuais do gasto total)					
Ano	Brasil	EUA	Alemanha	Argentina	Australia
2003	58,71	56,09	21,28	47,66	33,89
2004	56,70	55,72	23,00	54,46	33,32
2005	59,86	55,57	23,04	55,17	33,11
2006	58,31	54,71	23,21	53,62	33,41
2007	58,41	54,46	23,12	49,24	32,49
variação:	-0,51%	-2,91%	8,65%	3,32%	-4,13%

(valores em percentuais do gasto total)					
Ano	Bolivia	Canada	Chile	Colombia	Espanha
2003	33,79	29,79	44,01	15,92	29,55
2004	32,94	29,76	44,15	15,87	29,46
2005	28,21	29,73	43,40	15,83	29,42
2006	29,97	30,18	42,19	15,74	28,76
2007	30,81	30,02	41,25	15,78	28,21
variação:	-8,82%	0,77%	-6,27%	-0,88%	-4,53%

Fonte: World Bank (2010)

Nota do Web site: *(1) – Series: Health expenditure, private (% of total health expenditure), row: year column; country.

Entende-se também oportuna e tempestiva a experiência, pois a extensão dos problemas com elevação dos gastos no caso americano remonta de datas mais distantes que a enfrentada pelo Brasil, por isso já contemplada de um maior volume de abordagens no campo acadêmico e institucional.

Antes de ponderar semelhanças é preciso considerar que diferentemente do Brasil, nos EUA a saúde não é um direito do cidadão explícito na constituição e garantido pelo Estado, lá não há garantias da universalização dos serviços, exceto para grupos definidos e restritos (pobres, incapacitados e incapazes juridicamente).

Médici (1991) nos alerta sobre a inconsistência comparativa da classificação das empresas de saúde brasileiras segundo critérios aplicados as suas similares *Health Maintenance Organization* (HMO) e seguradoras. No entanto as tentativas de continuar comparando o sistema de saúde americano tem sido mantidas como recurso didático para explicitar as semelhanças e diferenças entre as modalidades empresariais do mercado de planos e seguros.

Saliente-se a distinção entre os seguros e os planos de saúde nos EUA, particularmente quanto à forma de acesso e de remuneração dos provedores de serviços que desempenham atividades nas seguradoras e nas HMO, para compreender melhor o mercado de saúde

suplementar brasileiro. Tais comparações ajudam a analisar o segmento, pois sinalizam para a existência de outros modelos empresariais estabelecidos e por trazerem a luz determinados elementos relevantes para a análise de mudanças e transformações ocorridas no empresariamento da saúde suplementar.

Entretanto a comparação rigorosa entre os dois mercados demandaria esforços e recursos proporcionais a grande complexidade do sistema de saúde dos USA e a não menos complexa realidade do sistema de saúde suplementar do Brasil.

Mantidas em vista essas limitações, cabe reunir informações, que se não mostram analogias absolutas entre os dois países ensejam a visualização de problemas relacionados ao tipo de organização e desenvolvimento do empresariamento médico de nosso país. Nesse intuito mostrar-se-á um breve panorama da medicina assistencial dos USA que nos permita comparar as origens e similaridades do empresariamento da medicina suplementar do Brasil.

O sistema de saúde norte americano está alicerçado no seguro-saúde privado. Mesmo assim, o mercado de serviços de saúde naquele país, onde, dada a sua liberdade e eficiência esperada, já que se trata da maior economia do planeta, quando observado sob o ponto de vista econômico, não demonstra um encaminhamento ao equilíbrio, pois registra o maior custo per capita do mundo em serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 2007), mesmo que lá ocorram os menores tempos de internações hospitalares, pós utilização do sistema de atenção gerenciada (AUSTIN; HUNGERFORD, 2009), exista volume e capacidade de consumo, e a oferta seja abundante e contemplada em larga escala de avanços tecnológicos. - Como explicar essa falha de mercado em ambiente tão paradigmaticamente balizado por princípios de uma economia clássica e liberal, como entender a ausência igualmente do esperado desenvolvimento com redução de preços capaz de elevar o bem estar social, ou, pior ainda, como explicar nesse cenário, indicadores de saúde insatisfatórios como a expectativa de vida do americano e a ausência de mais de 46.3 milhões de americanos (CRS, 2009) de qualquer forma previdente de assistência à saúde?

A preocupação com esta situação se demonstra extremamente relevante para o povo americano, pois a proposta de uma reforma no sistema de saúde dos EUA, em sua campanha, foi determinante para levar ao poder supremo daquele país o candidato Obama nas últimas eleições presidenciais, num diagnóstico contundente de que a falta de solução ou alternativas para a questão da saúde dos americanos foi uma falha sentida pela população nas administrações anteriores.

Para entendimento destes acontecimentos e utilização de suas lições e soluções ponderadas nas investigações e alternativas apontadas em estudos de Ribeiro (2006) para a ANS e de Austin e Hungerford (2009) para o Congresso Americano, conhecer o sistema de saúde dos EUA aparece como base preliminar deste estudo, começando pela evolução histórica, a compreensão da estrutura, o funcionamento e os gastos do sistema de saúde nos EUA.

Os relatos que seguem, relativo ao histórico, estrutura, funcionamento e gastos do sistema norte americano de saúde, foram redigidos a partir de informações constantes em relatório do Serviço de Pesquisa para o Congresso Americano (CRS) realizada em 17/11/2009 pelo analista de política econômica, D. Andrew Austin e o especialista em finanças públicas, Thomas L. Hungerford. A escolha deste trabalho como referência se deve a sua atualidade e confiabilidade na origem das informações. Quando da incidência de considerações e apartes críticos, as demais fontes serão devidamente explicitadas.

3.1 Contexto histórico da saúde dos EUA

Antes da II Guerra, as seguradoras americanas tinham dúvidas se despesas médicas e hospitalares poderiam se tornar um risco segurável. Historicamente, uma estrutura de seguros de saúde americana começou a ser desenhada com a grande depressão, em 1929, quando o hospital da universidade de Baylor, em Dallas criou um plano de hospitalização pré-pago para um grupo de 1250 professores, que previa a cobertura de 21 dias de internação por ano e o uso do centro cirúrgico e dos serviços auxiliares a partir de um pré-pagamento mensal de US\$ 0,50. Isto ocorreu a partir da observação de um executivo do hospital, que notou que a dívida dos professores com o hospital era expressiva. Essa iniciativa não demorou a ser copiada por outros hospitais de Dallas como forma de garantir receitas constantes e menores riscos de calote.

Para Noronha e Ugá (1995), a grande depressão foi o fator decisivo para que as empresas de seguro de saúde se consolidassem no mercado americano, na medida em que o setor médico-hospitalar teve grandes dificuldades de financiamento. Para esses autores, efetivamente pode se falar em um sistema de saúde americano a partir da década 1930,

quando a capacidade de manutenção dos hospitais comunitários sofreu uma drástica redução devido ao aumento de populações incapazes de arcar com os custos assistenciais, mas que não eram pobres o suficiente para conseguir serviços de saúde grátis.

Em 1932 e 1933 iniciativas semelhantes se estenderam à Califórnia e New Jersey e outros planos baseados em soluções comunitárias vieram em seguida em St. Paul, Minnesota, Washington, DC, e Cleveland. Nesta época o símbolo de uma cruz azul, *Blue Cross* como passou a ser conhecido, foi usado pela primeira vez em St. Paul e logo depois adotado por outros hospitais associados a *American Hospital Association* (AHA) para simbolizar o plano.

Durante a década de 1930, os planos *Blue Cross* se multiplicaram: em 1937 já possuía um milhão de assinantes, em 1939, 25 estados já possuíam legislação para reger e permitir os planos de internação. Em alguns estados o plano era considerado de caridade (sem fins lucrativos) e ocorreram isenções de alguns impostos para seus vendedores.

Através dos vínculos com AHA haviam negociações de grupos e interatividade entre hospitais de diferentes regiões, mas um atendimento integrado aos associados era bastante restritivo.

Para Austin e Hungerford (2009), mesmo com o ambiente pós depressão de 1929 favorecendo a estabilidade de preços, o *Blue Cross* encontrou dificuldades em transformar-se em um seguro de saúde mais abrangente devido a oposições da Associação Médica Americana (AMA), tanto ao seguro quanto aos planos de pré-pagamento, por considerá-los uma concorrência destrutiva, e a certas leis restritivas em diversos estados. Até o ano de 1940 os membros da AMA se recusavam a atender os pacientes de seguros e de pré-pagamento e negavam também o uso de serviços hospitalares aos médicos que desobedecessem esta norma.

As sociedades médicas estaduais por sua vez, também desenharam um plano mais abrangente, o *Blue Shield* para serviços médicos, que na maioria dos estados foi incorporado pelo *Blue Cross*, antecipando um plano de iniciativa do Estado. Os planos *Blue Cross* cresceram de forma acelerada durante a II Guerra e atingiram quase todos os estados americanos.

Até 1954 nenhuma disposição legal, ao nível federal, excluía a tributação sobre os valores dos planos de saúde pagos pelas empresas aos seus empregados. Antes, porém, em 1943, a legislação passou a permitir que o empregador registrasse os valores como despesa em seus balanços, mas foi somente em 1954 que passou a considerar rendimento tributável do

trabalhador.

O benefício recebido pelo empregador e a margem existente nos limites tributáveis dos empregados motivaram as empresas a optarem pela ofertas de planos com maiores coberturas, que aliadas à recuperação econômica e elevação dos custos médicos no mercado, incentivavam o empregado, de forma previdente, a optar por coberturas melhores.

Nos anos 1940, segundo Bahia (1999), o esforço de guerra levou as empresas (empregadores) a oferecerem melhores condições de trabalho a seus empregados que, através de seus sindicatos, passaram a negociar o seguro saúde como benefício e atrativo do empregador, alavancando mais ainda a quantidade de planos consumidos. Até 1950 os planos de saúde passaram a ser considerados pela Suprema corte Americana como benefícios legítimos decorrentes dos processos de negociação de contratos coletivos de trabalho e seu numero naquela década passou de 12 milhões para 70,6 milhões.

De acordo com a autora em 1940, 30,8% dos 12 milhões de usuários eram clientes das seguradoras, 50 % do *Blue's* e os demais de outras modalidades de planos, e as coberturas tiveram amparo através de deduções fiscais, beneficiando os empregadores, e de recursos federais que visavam ampliar e dar suporte aos hospitais.

Paralelamente ao crescimento do *Blue Cross*, seguradoras comerciais passaram oferecer coberturas semelhantes e o mercado de saúde passa a ser ambiente de competição da iniciativa privada.

3.1.1 Medicare e Medicaid

No final dos anos 1950 os planos e seguros saúde faziam parte da oferta de qualquer empregador e, em 1959, o congresso americano criou o Plano de Saúde e Benefícios dos Funcionários Federais (FEHBP), que previa planos *Blue Cross* e *Blue Shield* para os funcionários federais de todo o país.

Na passagem das décadas 1950-1960, a elevação dos custos hospitalares aliados a melhor condição dos trabalhadores levaram os afiliados dos planos *Blue Cross* a demandarem por alterações e melhores coberturas. Constantes atritos entre assegurados dos planos *Blue*

Cross, dificuldades de ingresso de novos assegurados pela limitação de suas rendas e as barreiras impostas à entrada de novos hospitais, conduziram à atuação de diversos estados na intervenção e regramento dos planos.

Neste mesmo período, foram criados sistemas de ajuda federal aos estados para cobrir serviços de saúde e situações de risco da população de baixa renda que não podiam adquirir um plano. Idosos, cegos e deficientes foram inicialmente os maiores beneficiados por coberturas mais abrangentes do Estado.

O *Kerr-Mills Act*, de 1960 é o programa precursor do *Medicaid*, na forma de assistência social que custeava os serviços de saúde de idosos, cegos e incapacitados, conferindo aos estados a decisão de quais os pacientes necessitavam desse tipo de financiamento de assistência. Quarenta estados aderiram ao programa, mesmo assim, menos que 2% dos idosos americanos faziam parte dele em 1965.

Em 1965 é criado o *Medicare*, programa do governo federal de seguro-saúde com cobertura a idosos com mais de 65 anos. O *Medicare* combinava seguro hospitalar e serviços médicos de voluntariado. Na evolução do *Medicare* o *Blue Cross* acaba se tornando seu intermediário e operador de serviços (*back office*), como pagamento de fornecedores. Ainda em 1965 é criado também o *Medicaid*, programa de assistência à saúde, financiado pelo Governo Federal e fundos federais direcionado a famílias e pessoas de baixa renda, além de deficientes, cuja elegibilidade é bastante controlada. Cada estado instituía seu próprio plano ao abrigo de regras federais, que ao longo dos anos vem se tornando mais complexas, na opinião de Austin e Hungerford (2009). As empresas de seguros privados de saúde desempenharam os maiores papéis na execução dos programas de saúde federais.

Segundo Bahia (1999), a década de 1960 foi acompanhada pela eclosão de manifestações pelos direitos de negros, direitos civis, com o desemprego crescente, guerra e a retomada do poder pelos Democratas. Esses acontecimentos sociais culminaram com a introdução de uma política de saúde para idosos e pessoas pobres entre outros benefícios do seguro social *Medicare*, financiado através de contribuições compulsórias de empregados e de empresas sobre a folha de pagamentos salariais e por recursos fiscais e prêmios pagos pelos trabalhadores e o *Medicaid* financiado a partir dos recursos fiscais, levando assim a um importante passo na participação federal no sistema de saúde, comprometendo de certa forma os defensores de um seguro federal e seus opositores.

3.1.2 A necessidade da atenção gerenciada (*Managed Care*)

Mesmo enfrentando fortes oposições da AHA e AMA, operadoras de planos de seguro e outros serviços de saúde se tornaram empresas fortes em mercados locais e surgem os sistemas cooperativos entre empregadores, empregados e funcionários públicos, ao longo das décadas 1930-1940, mas nenhum particularmente chegou a obter expressão nacional até a década 1970.

Em 1971, o presidente Nixon anuncia incentivos a planos pré-pagos em grupo, que juntassem seguro e serviços de saúde, como alternativa aos crescentes custos que os serviços médicos vinham apresentando, sobretudo após a criação dos programas *Medicare* e *Medicaid*. Em 1973, o *Health Maintenance Act* de 1973 é considerado por Nichols e Blumberg (1998) como sendo a primeira intervenção federal no mercado de seguro saúde e destinou recursos da união visando alavancar as HMO's e tornava sem efeito leis estaduais restritivas às intervenções do governo federal

As HMO's eram organizações que agregavam as funções federais de promoção de serviços e seguros de saúde e este ato não somente amplia os incentivos, como também cria o financiamento e garantias para ampliação de suas unidades e formulação de novos convênios para atendimento direto com o objetivo de que tal abrangência atingisse 90% do país em 10 anos, entretanto tal objetivo não foi alcançado até o final da década 1980.

A intervenção estatal, segundo Bahia (1999), alterou a oferta e o provimento de saúde causando profundas mudanças no cenário empresarial deste mercado, decorrentes principalmente das novas formas de arranjos financeiros e organizacionais. A partir desta intervenção emerge uma mentalidade empresarial de atenção à saúde com significado ideológico representativo.

Durante esse período, os planos e seguradoras de saúde passaram a adotar o sistema de atenção gerenciada, ou *Managed Care*, que consiste em um conjunto de instrumentos que objetivavam racionalizar o uso de recursos como forma de reduzir seus custos, utilizando-se de requisitos de pré-aprovação de procedimentos e internações e outros mecanismos de fiscalização sobre médicos e prestadores de serviços. A atenção gerenciada provocou fortes reações dos consumidores, fazendo com que alguns planos desistissem desta estratégia.

Mais especificamente, os planos de atenção gerenciada têm em comum o uso de mecanismos capazes de restringir a utilização de serviços intermediários. Nesse sentido, a perda de autonomia dos médicos é uma das principais discussões éticas desse modelo de atenção, posto que são os agentes designados pelas empresas e seguradoras de saúde que atuam para obter sempre o melhor resultado entre contenção de custos e atendimento da clientela, conforme suas demandas.

Em contrapartida, para Ugá (2003), a adoção integral dessa prática - vigilância preventiva sobre os custos - garantiria um fluxo de pacientes para os profissionais já que as HMO's passam a contratar médicos individualmente ou em grupos sem exigir dedicação exclusiva a seus associados.

O *Department of Health and Human Service*, em 1997, relata o crescimento de 174 HMO's em 1976 para 628 Unidades em 1996 e, naquele período, a população americana coberta passa de 2,8% a 19,9%. A ampliação destas organizações decorreu do estreitamento dos vínculos entre as empresas empregadoras, os consumidores e ao gerenciamento adotado na utilização dos serviços *Managed Care*.

Ao final de 1998, 22,2% dos americanos tinham assistência do *Medicare* ou *Medicaid*, enquanto 54,4% da população americana, tanto do setor público quanto do privado, tinham coberturas através de planos empresariais. Os planos de saúde passam a utilizar prioritariamente das *preferred provider organizations* (PPOs), uma espécie de prestadores credenciados de cada plano, que se multiplicaram rapidamente na década 1980 e início da década de 1990. As PPOs são uma variação das HMOs, pois possuíam hospitais próprios e todos os serviços, oferecendo às empresas descontos por níveis de escala e utilizando-se da atenção gerenciada de forma restritiva.

Paralelamente aos serviços oferecidos através de planos/seguros de saúde nas PPOs e das HMO's havia também os *point-of-service plans* (POS), que prestavam serviços integrados de saúde, sendo as PPOs e POS, via de regra, pós utilização da atenção gerenciada, mais flexíveis que as HMOs no que se refere a opções e menores restrições. Nas PPOs era possível optar por serviços restringidos pela atenção gerenciada se o usuário pagasse por fora do plano, o que não ocorria nas HMOs. Novas opções de planos passaram a ser oferecidas aos trabalhadores que estivessem dispostos a pagar prêmios maiores para fugir das restrições da atenção gerenciada.

Outra mudança observada nesta época, segundo Ribeiro (2006), foi a migração de

beneficiários de planos restritivos (HMOs) para os mais abrangentes (PPOs e POS). Esta mudança foi significativa e a filiação a modalidades menos restritivas gerou um crescimento, de 33% do conjunto de planos patrocinados pelas empresas em 1993 para 59% em 1998.

3.1.3 As disputas entre o "Blue" e as seguradoras comerciais

Em 1985, alterações na legislação federal, tornaram elegíveis aos benefícios do *Medicare* novos grupos: pessoas de baixa renda, órfãos e seus tutores, cegos e pessoas com deficiência. No final deste mesmo ano foram incluídos pacientes em fase final de diálise renal.

Em 1986, a reforma fiscal retira incentivos (isenções) dos planos *Blue Cross/Shield* (qua até então eram considerados de caridade) por acreditar que tal concessão significava diferencial de competição desleal com os demais planos de seguro saúde privados.

Na década de 1990 os planos de saúde enfrentaram dificuldades com aumentos de custos dos serviços médicos e de saúde em geral. Os planos *Blue Cross/Shield* de West Virginia faliram e diversas outras filiais enfrentaram sérias dificuldades financeiras.

Ainda no transcurso da década de 1990, a compra e incorporação de diversos *Blue Cross/Shield* por grandes seguradoras de saúde alimenta a concentração do mercado em poucas mãos: a seguradora Anthem Blue adquiriu as filiais *Blue Cross/Shiel* localizadas no Colorado, Connecticut, Indiana, Kentucky, Maine, Missouri, Nevada, New Hampshire, Ohio, Virgínia e Wisconsin; em 2004, a Anthem WellPoint Inc. Comprou os planos *Blue Cross/Shiel* na Califórnia, Georgia e New York e agora opera sob o nome WellPoint.

A Tabela 6 mostra a concentração das companhias no *ranking* das 30 maiores seguradoras de saúde dos EUA pelo total de inscritos em planos de saúde no final de 2008. O total de americanos inscritos em planos de saúde privados até 2007 foi de 168,2 milhões. Nas informações da tabela pode se observar que apenas 6 companhias concentram mais de 60% de todos os inscritos em planos de saúde nos EUA.

**Tabela 6 - Companhias de seguro de saúde - EUA
(por número de inscritos - 2008)**

COMPANHIA	INSCRITOS
UnitedHealth Group, Inc.	32.702.445
WellPoint, Inc.	30.622.381
Aetna, Inc.	16.318.625
Health Care Service Corporation	12.218.623
CIGNA HealthCare, Inc.	9.922.135
Kaiser Permanente	8.532.951
Humana, Inc.	8.486.913
Health Net, Inc.	6.180.395
Highmark, Inc.	5.182.186
Blue Cross Blue Shield of Michigan	5.011.359
Coventry Health Care, Inc.	4.762.000
EmblemHealth, Inc.	4.035.710
Medical Mutual of Ohio	3.929.677
WellCare Group of Companies	3.537.777
Independence Blue Cross	3.480.168
Horizon Healthcare Services, Inc.	3.149.279
CareFirst, Inc.	3.044.880
Blue Cross Blue Shield of North Carolina	2.789.587
Regence Group, The	2.545.973
Blue Cross Blue Shield of Minnesota	2.483.968
Lifetime Healthcare Companies	1.797.053
Wellmark, Inc.	1.745.372
Premera, Inc.	1.720.057
AMERIGROUP Corporation, Inc.	1.549.000
Molina Healthcare, Inc.	1.313.211
Centene Corporation	1.275.829
MVP Health Care Preferred Care	931.844
CareSource, Inc.	678.654
Group Health Cooperative	566.156
University of Pittsburgh Medical Center (UPMC)	514.377

Fonte: Austin e Hungerford (2009)

Em 1997 o congresso americano aprova a criação do *Children's Health Insurance Program* (CHIP), com financiamento do governo federal para implementação dos governos estaduais, que previa a inclusão em seguros de saúde de crianças não cobertas por seguros de famílias de baixa renda.

Em dezembro de 2003, no Governo Bush, foi criada a *Health Savings Account* (HSA), uma modalidade de conta de poupança, com destinação exclusiva para uso em serviços de saúde, que recebe taxas diferenciadas, dirigida a consumidores com altos índices de dedução

com despesas médicas em sua renda. No início de 2009, o número de contribuintes que apresentavam altos índices de dedução em saúde atingiam aproximadamente 8 milhões de americanos.

3.2 Estrutura, gastos e funcionamento do sistema de saúde nos EUA

As seguradoras de saúde nos EUA aparecem como intermediárias nas transações entre pacientes e prestadores de serviços de saúde, trabalhando no reembolso dos fornecedores em nome dos pacientes associados, ao mesmo tempo em que exercem controles sobre os serviços, estabelecendo regras e contratos entre paciente e prestador. A grande maioria dos planos existentes nos EUA é de atenção gerenciada (HMOs, PPOs), mas existem também planos de saúde que oferecem reembolso ilimitado por um prêmio fixo.

Além dos agentes diretos do mercado privado de atenção à saúde aparecem os empregadores, o governo federal e os estados. O governo federal atende diretamente seguros de saúde através do programa *Medicare* e outros serviços e planos de benefícios e de saúde são oferecidos pelo *Department of Veterans Affairs* (VA). O governo federal e dos estados compartilham a responsabilidade do programa *Medicaid* e a regulação dos planos de saúde privados.

Uma visão econômica superficial sobre o mercado de saúde nos EUA mostraria que este se encontra em perfeita competição (equilíbrio), mas em ponderação de Austin e Hungerford (2009), um mercado se apresenta em perfeita competição se a alocação de bens e serviços nele produzida for eficiente, ou seja, quando o custo social dos recursos utilizados para produzir a última unidade vendida for igual ao benefício social do consumo dessa unidade. Para que tal ocorra pressupõe-se a existência de muitos compradores e vendedores; que nem consumidores, nem vendedores gerem benefícios ou custos extraordinários ou indiretos; que não existam restrições de entrada; haja informação perfeita; ausência de custos de transação e; que as empresas maximizem seus lucros enquanto consumidores maximizam seu bem estar.

Os autores acreditam, porém, que muitas dessas condições não se verifiquem no mercado de planos de saúde nos EUA e inferem que a sua ausência prejudica o mercado e o

conduz à ineficiência. Uma intervenção seria eficaz se estivesse ligada a causas subjacentes, ao baixo desempenho do mercado. A informação assimétrica pode desempenhar uma falha particularmente importante nesse mercado de planos de saúde, pois a maioria dos consumidores confia nos seus intermediários (seguradoras, empregadores, sindicatos, médicos e outros) aos quais delega a responsabilidade de agir (agente) em nome de seus interesses (principal) estabelecendo-se aí uma relação de agência.

3.2.1 Os gastos do sistema de saúde nos EUA

Mantidas as proporções, fica evidente que embora as escolhas de consumo estejam limitadas pela capacidade de seus consumidores, o dispêndio relativo, seja das famílias, ou seja do Estado quando se fala em serviços de saúde nos EUA, cresceram de forma desproporcional quando balizado pelo PIB americano.

A Figura 2 mostra a evolução dos valores gastos em saúde nos EUA 1962 - 2007, distribuídos por origem dos recursos, em percentual do PIB americano. Enquanto o PIB cresceu 2302,39% neste período de 45 anos, passando de US\$ 586 bilhões em 1962 para US\$ 14.078 bilhões em 2007 (AUSTIN; HUNGERFORD, 2009), os gastos com saúde cresceram 6.900,00%, passando de US\$ 32 bilhões para US\$ 2.240 bilhões no mesmo período, elevando sua participação de 5,46% para 15,91%, respectivamente (AUSTIN; HUNGERFORD, 2009).

Nas informações da figura percebe-se que o gasto individual (área em verde) com saúde cresceu relativamente, em termos percentuais, menos que a economia do país, enquanto que os gastos aportados pelo governo e pelas operadoras privadas de planos de saúde (áreas azul, vermelha e amarela) cresceram relativamente mais que toda a produção do país representada por seu PIB. Nos EUA as operadoras de planos de saúde são responsáveis pela maioria dos pagamentos dos serviços de saúde, sejam de recursos oriundos do governo federal e estadual ou privados.

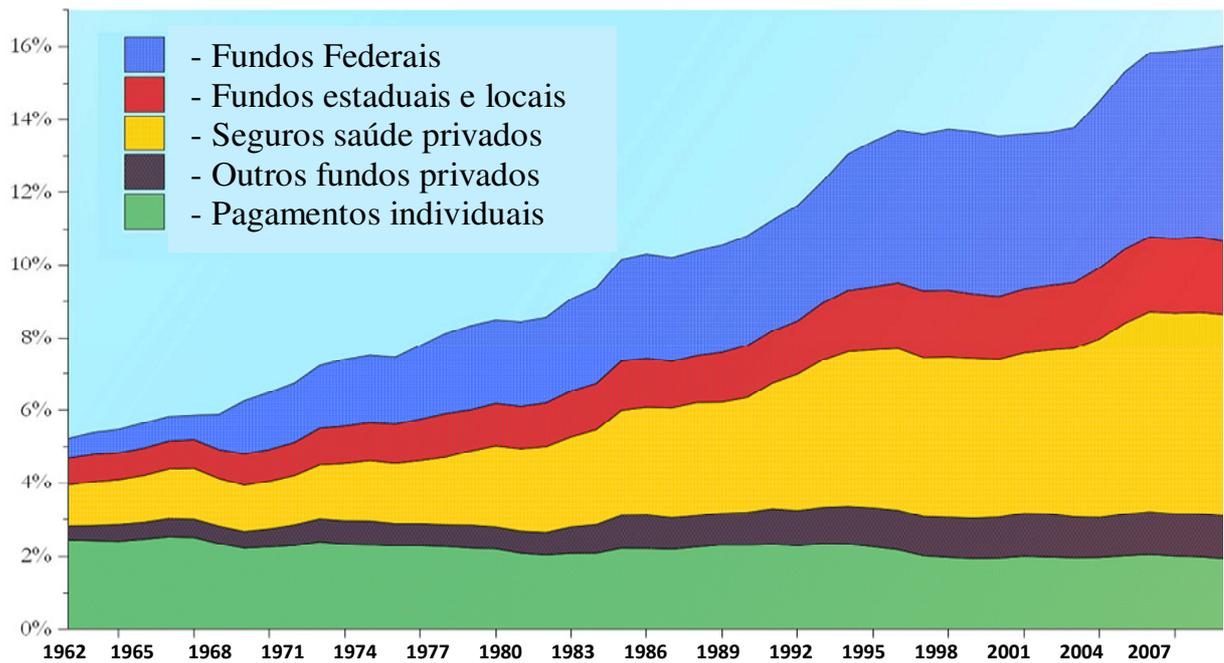


Gráfico 2 - Evolução do gasto federal com saúde nos EUA, por fonte de recursos, em percentuais do PIB (1962 - 2007)

Fonte: Austin e Hungerford (2009)

3.2.2 Funcionamento do sistema de saúde nos EUA

A cadeia de produção e consumo dos serviços de saúde nos EUA, da forma em que se operacionaliza é fortemente tipificada pela presença de intermediários, planos de saúde, seguradoras, empregadores e hospitais entre outros, que movimentam grandes somas de dinheiro, seja de origem privada, ou seja, de origem pública (mais de 15% do PIB). As escolhas dos consumidores não são tratadas diretamente com seus fornecedores. Planos de saúde negociam com hospitais e laboratórios, empregadores com seguradoras e sindicatos com empregadores, enquanto os consumidores finais julgam obter, através da expertise desses agentes, as barganhas mais vantajosas. Para Austin e Hungerford (2009), esta dependência de intermediários é uma característica chave do mercado atual de saúde nos EUA.

A confiança dos consumidores americanos nos intermediários da saúde pode apresentar visões contraditórias do benefício. Na opinião dos autores, ao mesmo tempo em que a filiação a um plano de saúde pode protegê-lo do risco de uma grande despesa em casos

emergenciais (compartilhamento do risco), isto também o afasta do contato direto com o mercado de saúde e, nesta situação, ele deixa de tomar conhecimento dos custos dos serviços de saúde que utiliza e pode assim, dentro do paradigma econômico, falhar ao desconsiderar a real utilidade dos serviços, ou restringí-los para adaptar-se ao seu plano de saúde, ao não levar em conta a relação de utilidade para o seu bem estar. As empresas, por sua vez oferecem muitos serviços como forma de conseguir mais clientes, nem sempre adaptados à demanda e utilidade do comprador. As interações entre os intermediários pode ainda limitar ou até mesmo restringir as escolhas e utilidade deste comprador, a exemplo do plano adquirido através do empregador.

Fora dos planos de saúde, consumidores não encontram alternativas vantajosas, médicos e prestadores de serviços de saúde cobram valores mais elevados em seus atendimentos a pacientes que os contratam de forma pessoal. Some-se a essa situação as vantagens fiscais obtidas por empregadores e por planos de saúde nos atendimentos contratados que não podem ser usufruídas pelo consumidor direto dos serviços. Em ambas as situações são obtidas menos vantagens.

Na visão de Austin e Hungerford (2009), a interação dos intermediários da saúde gera importantes conseqüências no mercado, pois empregadores e seguradoras de saúde interagem na composição dos benefícios oferecidos nos pacotes de saúde dos empregados, políticos intercedem no Congresso, por seus constituintes, na edição de atos e regulações, além de favorecer ou dificultar desembolsos públicos em favor daqueles determinados programas de saúde que lhes interessem. Neste ambiente, a interação entre estes intermediários da saúde pode ser benéfica ou danosa à eficiência, ao controle de custos e à qualidade dos serviços devido a assimetrias de informação nesta relação de agência.

Naturalmente a partir da assimetria dessas duas situações decorrem também distorções relacionadas à demanda e oferta dentro do mercado de saúde americano.

Na visão de Austin e Hungerford (2009), de acordo com os princípios básicos da economia, a demanda por planos de saúde está diretamente relacionada com a atitude e disposição do consumidor em relação ao risco e com a sua renda, mas inversamente relacionada ao preço do prêmio.

Pelo lado da oferta, o preço do prêmio de um plano de seguro saúde depende dos valores pagos aos prestadores de serviços de saúde e de uma taxa de carregamento. Nesta taxa de carregamento estão incluídos o custo administrativo do negócio e o lucro pretendido.

Sendo a taxa de carregamento a responsável direta pelo preço final do plano, *ceteris paribus*, quanto maior for esta taxa de carregamento menor será a demanda.

O custo dos prestadores irá depender da gama e complexidade dos serviços oferecidos, aliados ao tamanho da estrutura exigida e ao poder de barganha entre seguradora e prestador ressaltando-se que nos custos administrativos estão incluídos o custo dos serviços e do capital.

Isto posto, o tamanho do mercado irá depender ainda da vontade dos consumidores e disposição dos prestadores em atender pelo preço negociado e dentro das restrições impostas pela atenção gerenciada dos planos de saúde, além da habilidade da seguradora em vender mais e maiores prêmios a empregadores e consumidores.

De forma simples: os prestadores obterão melhores ganhos se os preços dos serviços e a quantidade consumida forem maiores até o limite em que não reduzirem a demanda; Os consumidores demandam maior quantidade de serviços enquanto os preços forem os mais baixos até o limite em que existam prestadores dispostos a oferecê-los. Maiores compartilhamento de riscos e restrições de atenção gerenciada exigirão maiores desembolsos por parte de consumidores que estiverem dispostos a pagar para fugir das restrições.

As seguradoras (operadoras de planos de saúde) ganham quando o compartilhamento do risco for menor e as taxas de carregamento são elevadas até o limite de não reduzirem a demanda. Se a competição no mercado for alta, as seguradoras tenderão a reduzir suas taxas de carregamento, aumentar o compartilhamento dos riscos e reduzir preços, até o limite das resistências aos prêmios maiores exercida pelos consumidores.

O maior volume de recursos dedicados a saúde nos EUA circula através de convênios com empregadores e planos de saúde. A Tabela 7 mostra essa distribuição em percentuais de recursos despendidos e por quantidade de inscritos.

Tabela 7 – Tipos de planos de saúde nos EUA, por coberturas e faixas etárias, (em percentuais do total, 2008)

	Faixa etária			Total
	< 19 anos	< 65 anos	65 anos +	
População (* 1.000.000)	78,7	263,7	37,8	301,5
Tipo de cobertura				
Convênio de empregador	60,00%	63,30%	35,50%	59,80%
Privado	5,10%	6,30%	26,70%	8,90%
Medicare	0,80%	2,90%	93,40%	14,30%
Medicaid ou outro público	29,70%	14,90%	9,10%	14,10%
Militar / veterano	3,00%	3,30%	7,50%	3,80%
Sem cobertura (em %)	10,30%	17,30%	1,70%	15,40%
Sem cobertura (em * 1.000.000)	8,1	45,7	0,6	46,3

Fonte: Austin e Hungerford (2009)

Nota: Alguns percentuais podem apresentar somatórios superiores a 100% porque algumas pessoas possuem mais de um tipo de cobertura.

Nesta tabela observa-se que os convênios entre empregadores e empresas de saúde agregam a maior parcela de recursos aplicada em saúde nos EUA, 59,80%. Nesta parcela, o montante dos prêmios pagos é rateado entre empregador e empregado. Na pesquisa de Austin e Hungerford (2009), porém, foi observado que os empregadores repassam ao empregado, além da parcela do prêmio, uma parcela do seu risco financeiro no convênio, em valores reduzidos.

3.3 Interpretações para o caso americano

Estruturas ramificadas pela especialização de agentes atuando em diversas áreas compõem o organograma dos serviços de saúde americano e onde muitos agentes precisam ser remunerados, o gasto total dessa remuneração pode ser alto. O dispêndio total dessa teia pode ainda incluir os custos de burocracias e de sistemas institucionais de marketing, propaganda e proteção, além da pesquisa e composição dos instrumentos da atenção gerenciada, que não são convertidos em benefícios diretos para o consumidor final de serviços de saúde, mas elevam os custos de transação de manutenção da estrutura.

De acordo com a interpretação de Austin e Hungerford (2009), o sistema é impulsionado pelas forças de um mercado concentrado onde se praticam altos preços e uma oferta reduzida e se baseiam mais em compromissos temporários entre poderosos interesses

do que o acordado em qualquer política nacional. O resultado final é um sistema marcado por contradições: Os EUA são líderes mundiais em inovações tecnológicas ao mesmo tempo em que mais de 46 milhões de cidadãos americanos não possuem qualquer cobertura em serviços de saúde.

Em seu recente estudo para o congresso Americano (nov. 2009), os autores sugerem ainda a existência de forças desiguais no mercado e apontam a interação (prejudicial) entre seus diversos segmentos como uma estrutura complexa e difícil de atingir, mas que políticas capazes de reduzir esta interatividade poderiam ser efetivas.

Na opinião de Ribeiro (2006), porém, existem outros elementos associados à causa apontada por Austin e Hungerford (interação dos segmentos): a própria estrutura interna das empresas integradas nestes segmentos reforça a idéia de ação reguladora como política eficaz, mesmo considerando o risco de encolhimento do número de competidores neste mercado.

Problemas relacionados ao grau de verticalização do mercado e a integração das empresas dizem respeito aos tipos de contratos e modelos de governança adotados. Nesse enfoque institucionalista, a questão central não estaria no número de empresas em competição, nem na adoção do pressuposto de que o melhor equilíbrio está associado ao maior número de competidores. A questão principal remete à redução do "atrito" e aos custos políticos e administrativos associados aos contratos e ao tipo de governança. A ação reguladora estatal poderia, dessa forma, reorientar sua atuação no sentido de favorecer as melhores e mais fluidas relações contratuais, mesmo que à custa de um número mais reduzido de competidores (RIBEIRO, 2006).

Para Bahia (1999), as mudanças do mercado de planos e seguros nos EUA tem sido acompanhadas com interesse pelos empresários, pesquisadores e entidades médicas brasileiras e mantém aceso o debate sobre a conveniência e os danos que uma versão brasileira para o sistema de *managed care* poderia ocasionar.

As discussões acerca do tema e possíveis implicações sobre o assistencialismo brasileiro são relevantes e por certo exigirão uma análise mais aprofundada diferente do objeto deste estudo onde, busca-se somente fazer uma comparação sobre elementos comuns ao mercado de seguros de saúde americano quanto a seus gastos crescentes e a medicina suplementar no Brasil que vem apresentado progressivamente a mesma tendência ao aumento.

4 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

4.1 Aspectos históricos da saúde suplementar no Brasil

No século passado, os sistemas de saúde eram uma decorrência da atuação social dos médicos na maioria dos países. A Segunda Guerra Mundial atuou como divisor de águas nessa relação médico-paciente (nesse caso entendido como populações de pacientes) e o provimento de saúde passou a ser objeto de disputa por parte de governos, seguradoras e profissionais de saúde no Brasil. Corporações e sindicatos trabalhavam pelo aumento das benesses sociais destinadas às classes trabalhadoras até o golpe militar em 1964, quando os representantes de classes foram alijados das decisões políticas. Esse período é marcado por um governo fortemente centralizador, nessa época, se unificaram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), institutos esses originários do Estado Novo, e em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS. A centralização dos recursos previdenciários possibilitou a compra de serviços médicos privados. Para Bahia 2005 o afastamento das entidades de classe do centro de decisões tornou possível a criação de canais de negociação entre a Previdência e os prestadores, determinando o surgimento dos planos de saúde e seguros saúde no país.

A conjuntura política determinada pelo regime de exceção estimulou as privatizações e o surgimento de um neo-empresariado em diversos setores de cunho social, entre eles, o da assistência à saúde. A literatura relaciona esse período à gênese comum dos serviços médicos dentro das grandes empresas, concomitante à criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Partindo de uma provisão estatal para a compra de serviços o governo brasileiro alocou recursos significativos para a contratualização entre os provedores e os prestadores de serviços de atenção à saúde.

O surgimento do complexo médico empresarial seria uma consequência do processo capitalista de produção ao qual o provimento de saúde estaria subordinado e intimamente relacionado. Caberia ao complexo a função de selecionar funcionários, controlar o absentismo e atrair mão-de-obra qualificada através da oferta de benefícios. Oliveira e Fleury Teixeira (1978). Para estes autores, a medicina suplementar é a resultante do pensamento

capitalista de manter e reintegrar rapidamente a força de trabalho. Um exemplo que suporta a hipótese de integração da medicina ao trabalho é a criação do Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional.

Os serviços médicos empresariais e a medicina suplementar estão intimamente ligados à reprodução do capital, assim, enquanto o primeiro melhora a força de trabalho, o segundo reduz os custos de contratação de médicos através da assistência à saúde do trabalhador realizada por empresas de medicina de grupo que venderão atendimento aos empregados por uma quantia fixa per capita.

Cabe ressaltar que a crise do sistema previdenciário, que ocorreu durante os anos de 1970, fez surgir empresas médicas de seguro saúde, de caráter privado com um grau de dispersão em hospitais de pequeno e médio porte além de clínicas e outras empresas que operavam com pré-pagamento.

Segundo Cordeiro (1984), a junção do capital estrangeiro e o ingresso de empresas médicas com expertise internacional seriam os ingredientes faltantes para que se estabelecesse uma concentração progressiva desse complexo. Esse processo foi, provavelmente, o determinante de uma expressiva ampliação no número de hospitais privados, uma mudança no foco de atenção filantrópica em particular, e o surgimento de grupos médicos empresariais que se organizaram nas medicinas de grupo. Assim, os interesses das duas empresas - medicina de grupo e empresa contratante - são contemplados.

Entre 1967-1970 e 1973-1979 são criados canais de acesso aos centros de decisão previdenciária cujas articulações dos setores médicos empresariais fomentam de forma acelerada o empresariamento médico. Para Cordeiro (1984) esses canais criam dentro do setor saúde os chamados “anéis burocráticos”, responsáveis pela eclosão do complexo médico empresarial.

A partir deste momento, observa-se a ampliação de hospitais privados decorrente da mudança de caráter filantrópico das instituições pela orientação voltada para o lucro e o surgimento de um sólido grupo de médicos que detém a base empresarial da medicina de grupo.

Desenvolve-se, então, a rede assistencial entre empresas médicas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que são em última instância o complexo médico – empresarial gerador da saúde suplementar.

Para Giffoni (1981) a oferta de serviços médicos dentro das empresas no início da industrialização e a compra da assistência através dos convênios com a medicina suplementar respondem a momentos diferentes da relação capital – trabalho e do caráter do Estado (liberal ou intervencionista).

O crescimento da medicina suplementar, segundo Bahia (1999), também está fortemente relacionado com a perda de qualidade dos serviços oferecidos pela rede pública decorrentes da universalização da saúde, garantida pela constituição de 1988, geradora de aumento dos gastos públicos e determinante de racionamento da assistência a saúde.

A autora assim se refere ao assunto:

Muitos funcionários de secretarias municipais, incluindo as de saúde, passam a dispor de planos e seguros saúde. O paradoxo da construção de um sistema universal que não atende aos seus próprios funcionários os impede simultaneamente de participarem “interessadamente” nas arenas de negociação das reformas setoriais publicistas e “tecnicamente” nas de debate sobre a regulamentação dos planos e seguros saúde privados. (BAHIA, 1999, p. 57)

Some-se a isso a renúncia fiscal encorajadora dos planos privados de pessoas físicas e jurídicas.

4.2 O mercado de saúde suplementar no Brasil

O mercado de planos de saúde suplementar se define pela área em que empresas privadas são responsáveis por financiar o risco de utilização dos eventos relativos à saúde. Segundo dados da ANS esse mercado movimentou no ano de 2009 aproximadamente R\$ 64 bilhões. Atuando como um terceiro-pagador, essas empresas celebram contratos de pré-pagamento ou de pós-pagamentos e se tornam intermediárias e garantidoras do acesso aos serviços privados de saúde e ao financiamento desses serviços. Tornam-se também responsáveis pela proteção dos seus segurados do custo associado ao risco de adoecer. Desse mercado, fazem parte ainda, pessoas ou grupos de pessoas que compraram o direito ao consumo de serviços de saúde (demanda) tanto em caráter individual quanto coletivo e, finalmente, prestadores de serviços médico-hospitalares ou de diagnóstico (oferta) que

vendem seu trabalho. A relação empresa-segurado possibilita, entre outras facilidades, uma redução do valor de desembolso direto das famílias, já que seu gasto potencial pode ser diluído entre o conjunto da população assegurada e há garantia de receita para o grupo dos prestadores conforme já foi demonstrado por Cutler e Zeckhauser (2000).

Desde o final da década de 1960, um número crescente de trabalhadores vem sendo coberto por planos de saúde suplementar, quer seja via contratos individuais, quer seja mediante a adesão de contratos empresariais ou associativos. Dessa forma, para Luz (1991), a assistência à saúde passa a ser um bem de consumo, mais especificamente um bem de consumo médico que figura como um dos principais incentivos no âmbito do mercado de trabalho. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 despontou com a promessa de reverter pelo menos parcialmente essa situação, dado o acesso universal de seus serviços. O SUS não conseguiu atingir os grupos e as famílias que constituíam a massa de trabalhadores, fenômeno denominado grosso modo como universalização excludente (FAVERET; OLIVEIRA, 1990).

Uma das causas atribuídas a esse fenômeno, por Ocké-Reis (2003), foi à escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público. Ainda assim ao analisar o papel do Estado fica evidente o seu impacto decisivo na mobilização de recursos para criar e sustentar o mercado de planos de saúde nas últimas décadas. Essa avaliação permite, de certa forma, explicar teoricamente um processo econômico à luz dos conflitos políticos, admitindo que o Estado assuma a organização de atividades privadas, por razões ligadas a problemas de rentabilidade do capital e de legitimação, seguindo a linha de argumentação desenvolvida por Vogt (1980). De outra forma, ajuda a compreender e refutar a política de privatização e o controle indiscriminado de custos propostos ao SUS, como já foi mencionado por Campos (1983)

É importante verificar como a relação entre Estado e o mercado é entendido pela literatura no tocante à economia política da saúde, de modo a nos esclarecer acerca das causas dessa relação, principalmente se considerarmos os sistemáticos incentivos governamentais determinados pelo financiamento público no setor (OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2003).

O Estado brasileiro tem uma forte tradição como financiador do setor de saúde. Essa tendência pode ser observada a partir do financiamento direto, mas também pelas diferentes formas de atuação, como a concessão de subsídios, incentivos ou isenções fiscais que

resultaram no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para alguns de seus segmentos. Assim, para Médici (1991), parece que o Estado brasileiro desempenhou um papel facilitador do setor privado de saúde.

Para Baumol (1993), é importante avaliar que apesar da trajetória de custos crescentes e compostos o mercado de planos de saúde brasileiro exigiu o apoio do Estado para fomentar sua consolidação e expansão. Chama a atenção também que os subsídios em favor do consumo de planos de saúde, via renúncia de arrecadação fiscal, poderiam ser destinados ao SUS para o provimento de assistência médica aos segmentos sociais mais vulneráveis da população.

O surgimento das cooperativas médicas em 1970 é relacionado por Donnangelo (1975) como decorrente do estímulo extra-previdenciário aos convênios através da redução dos gastos com a saúde no Imposto de Renda.

A redemocratização, que ocorreu no país no final de 1980, registra a entrada das seguradoras de saúde após a mudança constitucional de 1988, que, ao mesmo tempo em que afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, omite-se em relação à origem dos recursos para o custeio e manutenção da qualidade de assistência médico-hospitalar pública.

O objeto do estudo da saúde em termos microeconômicos relaciona-se aos cuidados médicos empresariais, mais precisamente ao complexo mercado de serviços médicos, hospitalares e aos grupos de atenção à saúde pública ou privada. Uma das características deste mercado é o fato de os bens por ele produzidos serem considerados públicos e /ou meritórios (BAHIA, 1999)³.

Bens públicos associam-se a valores históricos, culturais ou políticos compartilhados por um grupo ou nação, em que são estabelecidos fluxos de redistribuição de recursos em diferentes estados sociais. Não está excluída a dimensão de proteção social que a saúde assume decorrente do entendimento desta como direito do cidadão e dever do Estado, assim como a prerrogativa da sociedade em poder decidir que todos tenham acesso a determinados bens que são denominados de bens meritórios (ANDREAZZI, 1990).

O bem estar social está profundamente alicerçado na provisão, por parte dos governos,

³ A teoria econômica define bens públicos, como sendo aqueles que não têm consumo rival e não excluem ninguém de seu consumo, ou seja, uma vez produzidos não se pode evitar que outros venham a consumi-lo assim, o consumo de uma pessoa não reduz a quantidade do bem disponível para o consumo de outras. Esse bem pode ser consumido sem que seja preciso pagar por ele, através de ação coletiva, ou seja, pelo Estado.

de serviços sociais como a saúde e assistência social e a educação sendo estes últimos enquadrados também na categoria dos bens meritórios.

Outro aspecto relevante nesse mercado é a presença de externalidades, (ou efeitos sobre o exterior) que decorrem de atividades que envolvem a imposição não voluntária de custos ou de benefícios a indivíduos isto é, que têm efeitos positivos ou negativos sobre terceiros sem que estes tenham oportunidade de escolha e sem que tenham a obrigação de pagar pelos direitos ou ser indenizados pelos prejuízos.

A alocação dos serviços de saúde envolve também dificuldades complexas, entre as quais está a operacionalização do equilíbrio de oferta e demanda de modo equânime e universal e a seleção do risco que, neste caso, se refere à prestação de serviços financiados pela empresa e seguradoras médicas. A alocação de recursos não pode ser baseada apenas na otimização custo-efetividade. Primeiramente pela dificuldade de estabelecer todos os custos envolvidos em saúde e em segundo lugar porque é necessário distribuí-los adequadamente com eficiência e equidade.

A ocorrência de eventos graves gera uma incerteza que se associa ao risco financeiro potencial exigindo subsídios ou seguro público. Todo o plano de saúde é um contrato que exige um pagamento, em troca do qual o plano garante a compensação financeira para determinado risco comum. Este cálculo permite diluir entre os indivíduos que adquirem o plano, as indenizações, os custos administrativos acrescidos dos lucros da operadora e determinar a prestação mensal. A partir daí é fácil entender que aumento de risco determinará aumentos nos custos e conseqüentemente nas mensalidades praticadas pela operadora.

O seguro social atua como um financiador do grupo e estimula o consumo dos segurados, que, por não precisarem pagar taxas adicionais de utilização, extrapolam o uso dos recursos disponíveis, o que não aconteceria caso tivessem que pagá-los de sua própria renda ou pelo menos participarem com parte do pagamento.

Em contrapartida, as operadoras desenvolvem uma seleção adversa através da qual, empresas de assistência à saúde selecionam indivíduos que não interessam na carteira por apresentarem patologias ou pela idade devido ao custo assistencial demandado nestes grupos.

Visando proteger-se da combinação planos barato-altos risco, as empresas investem na criação de setores de seleção de risco com crescentes gastos administrativos e criam barreiras à adesão de indivíduos doentes ou idosos. Decorre daí uma lógica cruel de exclusão dos

usuários que realmente necessitam da assistência.

Tanto a seleção adversa quanto o risco moral são decorrentes da assimetria de informações existentes no setor, pois ambos os lados possuem informação incompleta, gerando falhas de mercado e competição imperfeita. A consequência destas falhas determinará, no caso do alto risco e do paciente crônico, o sub-segurado e o alto custo dos prêmios, secundário aos esforços de filtragem do risco.

Os limites entre a atuação pública ou privada deste mercado devem ser definidos em função de suas falhas e do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de consumidores racionais bem informados. Na maior parte dos casos, é a forma de organização estatal mais ou menos meritória ou intervencionista e é a sua atuação na oferta de serviços assistenciais de saúde que define a área e dimensão do setor privado de saúde.

Em geral a medicina suplementar será relevante em três situações:

- a) em populações inegáveis pelo serviço público como pode ser observado nos EUA, onde o *Medicare* e *Medicaid* assistem apenas populações idosas ou pessoas abaixo da linha de miséria e os *teenagers* (até dezenove anos) conforme relatos de Kirkmann-Liff (1998);
- b) atendimento suplementar à população que possui sistemas públicos universais incompletos, como Brasil ou Inglaterra;
- c) cobertura à pessoa que se exclui por opção pessoal do sistema público universal, cujo melhor exemplo é o sistema alemão.

Nestes casos, o setor de saúde suplementar atua oferecendo complementação, em função de coberturas incompletas do seguro público, como taxas adicionais de consulta, serviços especializados não cobertos, em casos de hospitalizações que excedem os limites definidos pelo credenciamento público

A Tabela 8 mostra a distribuição do provimento de saúde em países da OCDE, quanto à sua forma de financiamento e tipo de prestadores. Pode se observar que o financiamento estatal ocorre na maioria dos países avaliados e que quanto à fonte de financiamento há predomínio dos recursos fiscais sobre o seguro social. A assistência à saúde na maioria desses países é realizada pelo mix público-privado (assim como no Brasil) ou somente pelo setor privado.

Tabela 8 – Características da provisão de serviços de saúde em alguns países da OCDE

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Austria, Japão, Luxemburgo.	Seguro social	Mix público/privado
Holanda	Mix seguro social/privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia.	Recursos fiscais	Público
Canadá	Recursos fiscais	Privado
EUA, Suíça.	Seguro voluntário	Privado
Itália	Seguro social/ recursos fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos fiscais	Mix público/ privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público/ privado

Fonte: Farias e Melamed (2003)

4.3 A oferta de novas tecnologias e o aumento de gastos

Como foi mencionado ao longo desse trabalho a inovação tecnológica no mercado de saúde é uma das causas de aumento de gastos e conseqüentemente dos preços acarretando gastos crescente em saúde pública e privada e tem exigido. Em relação as políticas sociais brasileiras de assistência à saúde, um marco importante na produção e oferta no mercado de saúde, foi a assinatura do Mais Saúde: Direito de Todos 2008/2011, também conhecido como PAC Saúde, pelo Ministério da Saúde.

Esse acordo prevê entre outra medidas a necessidade de fortalecer o setor produtivo da saúde, tornando-o menos vulnerável ou dependente do mercado externo. A intenção é aumentar a competitividade em inovações das empresas e dos produtores públicos e privados do complexo industrial da saúde, promovendo um vigoroso processo de substituição de importações de produtos e insumos para a saúde e conferindo maior densidade de conhecimentos voltados às necessidades de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde, houve um aporte financeiro significativo da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) comprometendo, entre 2003 e 2007, mais de R\$ 410 milhões no fomento à pesquisa em saúde. Vale frisar que esses recursos são incrementais aos oriundos

das demais áreas do Ministério da Saúde, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Educação, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e das agências estaduais de fomento⁴.

O Ministério da Saúde reconhece o aumento dos custos da saúde, em seu boletim Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e informa que nos últimos anos, o Brasil se tornou mais dependente dos países estrangeiros no que diz respeito ao acesso a novos fármacos e medicamentos, equipamentos de saúde, materiais (órteses e próteses), hemoderivados, vacinas e insumos para diagnóstico de doenças.

O déficit acumulado passou de aproximadamente US\$ 700 milhões ao ano, no final dos anos 80, para um patamar superior a US\$ 5 bilhões em 2007. Além da dependência das importações, a pouca articulação entre os setores público e privado, a alta defasagem tecnológica, as oscilações do mercado financeiro internacional e as estratégias competitivas globais, nem sempre compatíveis com os interesses nacionais, deixam a política nacional de saúde em situação vulnerável.

Em um contexto pautado pela contínua elevação de gastos, pela crescente produção de conhecimento e pelas mudanças no perfil epidemiológico das populações, os planos de saúde são pressionados por usuários, profissionais de saúde, juízes e promotores e representantes da indústria para a rápida incorporação de novos produtos e processos e para a utilização de novas tecnologias. Com uma oferta crescente e preços de insumos igualmente crescentes, a política da formação de preços do setor de medicina suplementar tende a repassar para o usuário os custos da assistência.

De acordo com a ANS, as empresas de saúde suplementar adotam a prática de discriminar os preços fundamentalmente de acordo com a morbidade e as despesas de serviços médico-hospitalares de seus usuários, adicionadas à despesas de comercialização, despesas de administração, garantias e reservas legais e o lucro.

A Tabela 9, desenvolvida pela ANS (2010), demonstra a evolução das receitas e despesas assistenciais dos planos de saúde registradas no período 2003 a 2010, onde se observa um aumento de 128,34% nas receitas e 133,11% nas despesas até o final de 2009.

A ANS está considerando nessa tabela a evolução das despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares do período.

⁴ Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br>

Tabela 9 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico- hospitalares (Brasil - 2003-2010*, nominal em R\$ e variação em percentuais)

Ano	Receita de contraprestações	Despesa assistencial	Variação da receita anual acumulada		Variação da despesa anual acumulada	
2003	28.015.808.675	22.784.778.036				
2004	31.622.102.461	25.756.585.317	12,87%	12,87%	13,04%	13,04%
2005	36.396.870.458	29.629.270.789	15,10%	29,92%	15,04%	30,04%
2006	41.157.766.429	32.812.629.440	13,08%	46,91%	10,74%	44,01%
2007	50.776.024.165	40.898.463.172	23,37%	81,24%	24,64%	79,50%
2008	59.164.291.002	47.538.648.584	16,52%	111,18%	16,24%	108,64%
2009 (1)	63.970.270.882	53.114.223.516	8,12%	128,34%	11,73%	133,11%
2010 (2)	15.667.394.023	12.286.632.624				

Fonte: ANS (2010)

Notas: (1) Dados preliminares, sujeitos a revisão / (2) 1. Trimestre / * Série 2003 – 2009 revisada pela ANS em 06/2010

Segundo o Relatório da ANS, a receita das operadoras médico-hospitalares (de R\$ 64,0 bilhões em 2009), cresceu 8,12% em relação a 2008. As despesas assistenciais tiveram crescimento um pouco maior (de 11,73%), aumentando a taxa de sinistralidade.

Cabe lembrar que neste mercado os custos com a assistência são calculados em função da sinistralidade, e a partir da experiência acumulada pela utilização do plano são definidos os preços nos diferentes seguimentos de assistência à saúde suplementar.

4.4 A segmentação do mercado de saúde suplementar no Brasil

A segmentação do setor de saúde suplementar é extremamente complexa devido às relações que se estabelecem entre as empresas operadoras de planos de saúde que disponibilizam assistência médica (ambulatorial e/ou hospitalar) a gama de beneficiários e uma rede de prestadores de serviços por sua vez contratados, muitas vezes, tanto por essas empresas como pelo setor público. Além disso, as operadoras ainda não fornecem todas as informações exigidas pela ANS e há divergências entre os dados apresentados quando comparadas com as informações oriundas das entidades que representavam as diferentes operadoras como ABRANGE, SUSEPE e FEDERAÇÃO DAS UNIMEDS entre outras onde os indicadores tradicionalmente eram obtidos antes da criação da ANS, no ano 2000. Aqui

serão sistematizadas as informações que já estão disponíveis a partir de dados oficiais. No futuro outros trabalhos poderão acompanhar a evolução desse setor usando uma base de dados mais consistente, com séries históricas mais amplas e com indicadores desenvolvidos a partir regulamentação da saúde suplementar.

4.4.1 Segmentos e modalidades das operadoras de planos de saúde no Brasil

A Lei Nº 9.656/98, em seu artigo 1º, define operadoras de plano de assistência à saúde como pessoas jurídicas constituídas sob modalidade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que operem produto, serviço ou contrato mediante prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso a atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador por conta e ordem do consumidor.

As operadoras de planos de saúde são apresentadas, segundo a classificação da ANS nas seguintes modalidades:

- a) administradora, que se subdividem em administradoras de planos e serviços;
- b) cooperativa médica;
- c) cooperativa odontológica;
- d) autogestão que se subdividem em não patrocinadas e patrocinadas;
- e) medicina de grupo;
- f) odontologia de grupo;
- g) filantropia;
- h) seguradoras.

Essa nomenclatura atende aos requisitos legais e regulamentares que a ANS determina

para a atuação das diversas modalidades e segmentos de operadoras, e traz diferentes implicações de acordo com o tipo de informações que devem ser fornecidas periodicamente para o acompanhamento de seu desempenho assistencial e constituição das garantias financeiras obrigatórias. Para a constituição de garantias financeiras, as operadoras sem fins lucrativos (filantrópicas, cooperativas e autogestão) informam provisão para operação e devem manter um patrimônio, a qualquer tempo, maior ou igual a zero; já as operadoras com fins lucrativos devem constituir um capital mínimo e manter o patrimônio líquido igual ou superior a esse capital. No segmento terciário as operadoras devem constituir margem de solvência como uma reserva adicional e provisões técnica para suportar os riscos inerentes às suas operações.

O número de operadoras das diferentes modalidades segundo a ANS está representado abaixo, na Tabela 10:

**Tabela 10 - Modalidade das operadoras de planos de saúde no Brasil
(Dezembro / 2009)**

Modalidade da operadora	n.	%
Total	1697	100,00%
Administradoras (1)	23	1,36%
Autogestão	249	14,67%
Cooperativa médica	343	20,21%
Cooperativa odontológica	136	8,01%
Filantropia	97	5,72%
Medicina de grupo	493	29,05%
Odontologia de grupo	343	20,21%
Seguradora especializada em saúde	13	0,77%

Fonte: ANS (2009)

(1) Inclui as operadoras da modalidade Administradora de Benefícios.

A Resolução da Diretoria Colegiada 13 N° 39 de 30 de outubro de 2000 classifica as operadoras pelo tipo atenção à saúde prestada, por modalidade e por segmentação. Pelo tipo de atenção, as operadoras classificam-se em médico-hospitalares e odontológicas - estas operam serviços exclusivamente odontológicos, comercializando planos diretamente ou prestando serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

A segmentação das operadoras é feita conforme o percentual de gastos de serviços médicos ou hospitalares em sua rede própria:

- a) Segmento primário principal - SPP: operados que despendem, em sua rede própria,

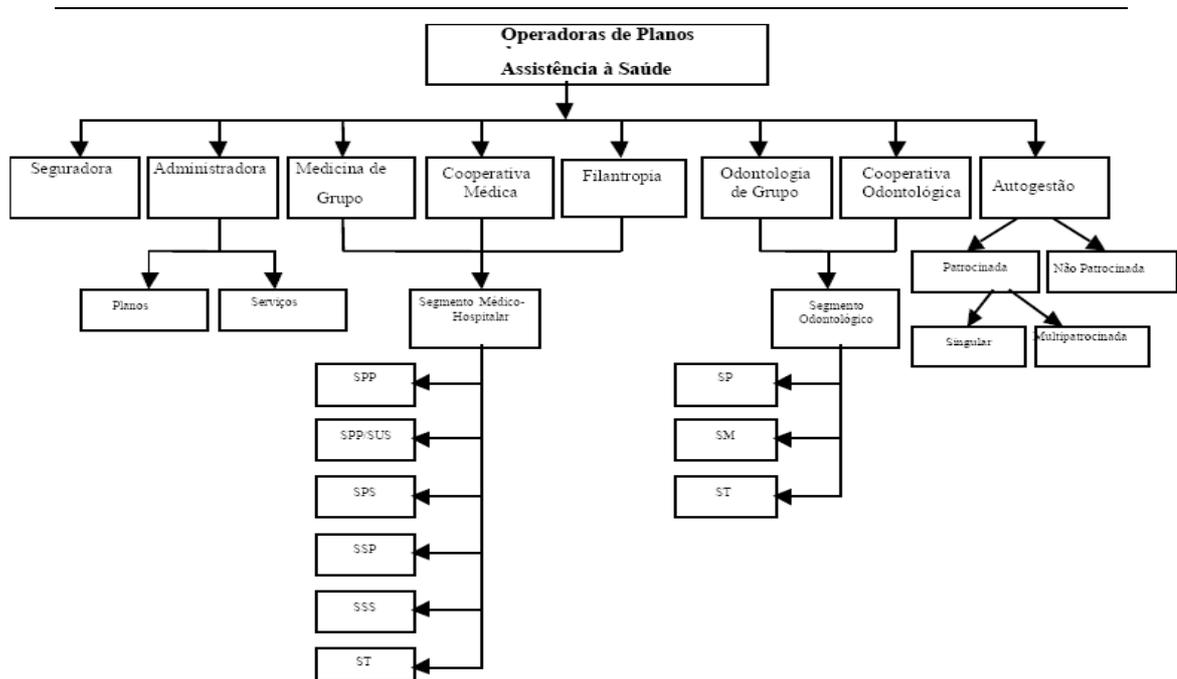
mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos;

- b) Segmento primário principal/ SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- c) Segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos;
- d) Segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus planos;
- e) Segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus planos;
- f) Segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus planos.

Para as operadoras odontológicas, a segmentação é classificada da seguinte forma:

- a) Segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais de menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos;
- b) Segmento misto - SM: as que dependem em sua rede própria entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos;
- c) Segmento terciário – ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos.

Os detalhes desta classificação de acordo com a segmentação podem ser visualizados de forma esquemática no Quadro 1:



Quadro 1 – Segmentação das operadoras do mercado de saúde suplementar no Brasil

Fonte: Covre e Alves, 2002

4.4.2 Segmento beneficiário de planos de saúde no Brasil

Beneficiário é a pessoa física que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, observada a legislação vigente, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de adesão (contratação) e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será contado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

Contudo, a partir de julho de 2007, só é possível fazer inclusões, alterações,

reinclusões e exclusões cadastrais ocorridas há menos de cinco anos da competência em curso (Instrução Normativa nº 25 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – ver em www.ans.gov.br, link Legislação).

Segundo dados informados pela ANS referentes a setembro de 2009 o número de beneficiários (usuários) de planos de saúde suplementar é de 41,9 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica e 12,3 milhões de vínculos de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos. Quanto a sua distribuição entre as operadoras, os percentuais de participação dos beneficiários de planos de assistência médico/odontológica, por modalidade da operadora, no mercado de saúde suplementar estão demonstrados no Gráfico 3.

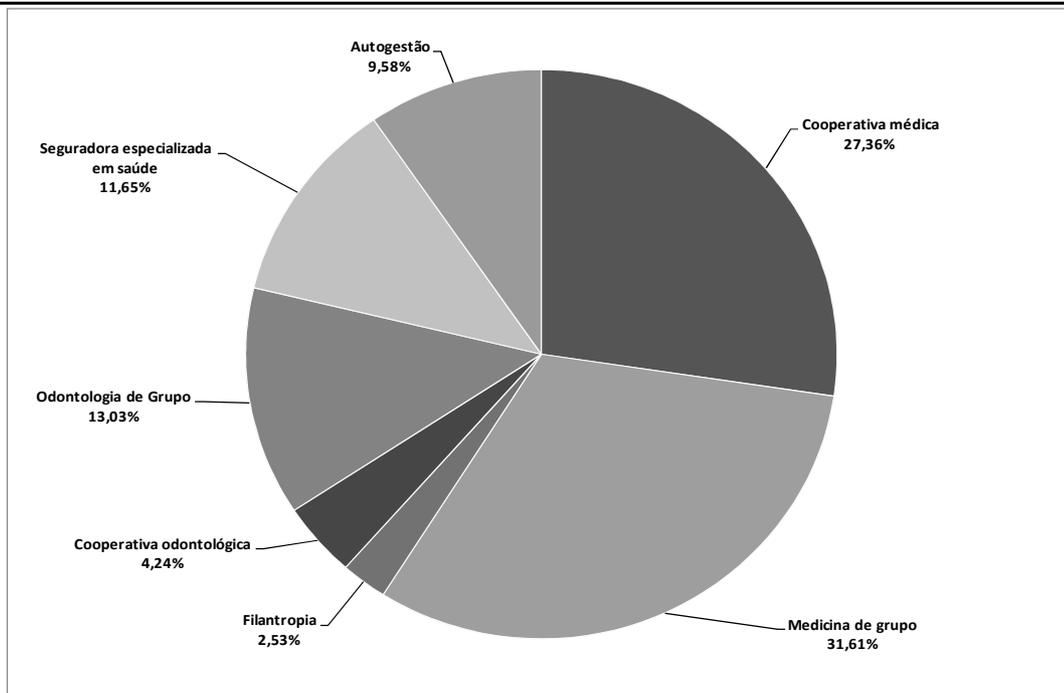


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médico/odontológica, por modalidade da operadora (Brasil - setembro/2009)

Fonte: ANS (2009).

Nota: O registro na ANS só é obrigatório para os planos comercializados após a Lei 9656/98. O termo “beneficiários” refere-se a vínculo aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo

No que se refere a como se chegou a esse contingente de beneficiários distribuídos nas diferentes modalidades de operadoras, o Gráfico 4, mostra que tem havido um aumento do número de usuários das medicinas de grupo, das cooperativas médicas, odontológicas e das seguradoras de saúde, que vem se mantendo constante partir de 2003, enquanto as demais

modalidades da medicina suplementar não têm registrado aumentos significativos.

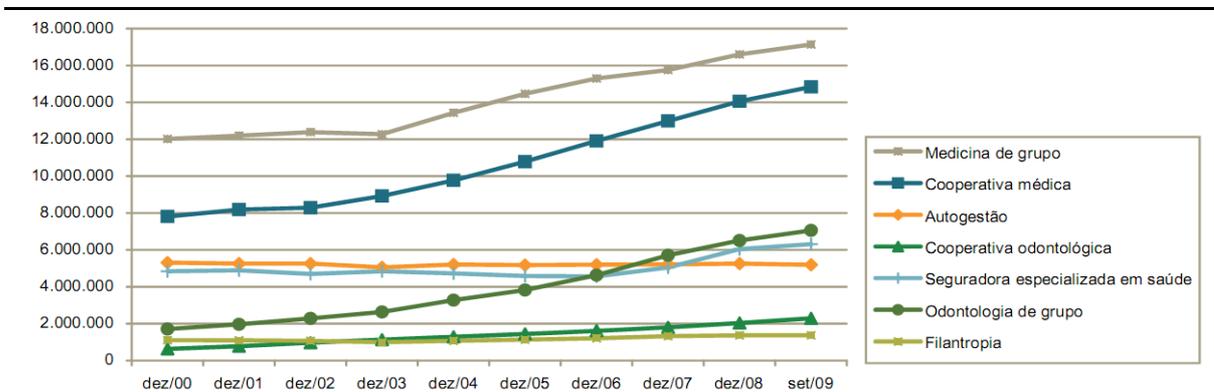


Gráfico 4 - Evolução do número de beneficiários de planos de saúde no Brasil por modalidade da operadora (2000 – 2009*)

Fontes: ANS (2009) / Nota: * - setembro/2009

4.4.3 Segmento prestadores de serviços de saúde

De acordo com a ANS prestadores de serviços de saúde são o conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação. Nesse trabalho adotamos a mesma classificação, e as informações apresentadas serão relativas a esses estabelecimentos de saúde conforme abaixo relacionamos:

- clínica ou ambulatório especializado: clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência;
- consultório isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior;
- hospital especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência, Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT) e procedimentos de alta complexidade. Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual;
- hospital geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades

- básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade, podendo realizar ou não procedimentos de alta complexidade;
- e) policlínica: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Pode oferecer ou não SADT e pronto atendimento 24 Horas;
 - f) pronto socorro especializado: unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato;
 - g) pronto socorro geral: unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Pode ter ou não internação;
 - h) unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (SADT): unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

4.4.4 Evolução da medicina suplementar no Brasil

Na história econômica vemos a competição entre empresas como a determinante da melhoria da qualidade e da redução de custos de produtos e serviços. Para Porter, 2007, o setor de saúde suplementar brasileiro vem apresentando resultados pífios que parecem fundamentar este princípio econômico de forma inversa: se a competição for menor, maior qualidade e menores preços não serão esperados.

Vale observar que de acordo com os dados da ANS, o número de operadoras de planos privados de saúde tem se reduzido nos últimos anos, com a diminuição do número de novos registros e o aumento do número de cancelamentos, embora o número de operadoras com beneficiários venha apresentando ligeiro aumento.

A Tabela 11 mostra o número de novas operadoras registradas, operadoras que foram

canceladas devido a pedidos espontâneos de cancelamento, descumprimento da legislação e insolvência e as operadoras ativas, desde a promulgação da lei 9656/98 que criava a ANS, de 1999 até 2009, além do número de operadoras com beneficiários.

Tabela 11 - Número de operadoras registradas, canceladas e ativas no Brasil (1999 – 2009*)

ano	Operadoras em atividade			Operadoras com beneficiários
	novos	cancelados	total	
Até 1999	2825	186	2.639	1.424
2000	235	151	2.723	1.539
2001	143	157	2.709	1.613
2002	17	319	2.407	1.600
2003	35	169	2.273	1.492
2004	32	127	2.178	1.438
2005	30	117	2.091	1.437
2006	52	76	2.067	1.456
2007	62	199	1.930	1.476
2008	31	199	1.762	1.501
2009	34	99	1.697	1.516

Fontes: ANS (2009).

Nota: * - setembro/2009

Como pode ser observado o número de cancelamentos de operadoras foi expressivo especialmente em 2002 quando houve 319 cancelamentos. Outro dado importante é que houve uma diminuição no número total de operadoras registradas que em 1999 era de 2639 e no ano de 2009 caiu para 1697 operadoras.

A partir da Tabela 12 observa-se que, embora o número de operadoras tenha diminuído as suas receitas contabilizadas em período compreendido neste mesmo intervalo de tempo, de 2003 a 2009, apresentaram um aumento significativo, 128,34%. Saliente-se que neste intervalo o número de cancelamentos de registros de operadoras superou os novos registros em todos os anos.

Tabela 12 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico- hospitalares (Brasil - 2003-2010, em R\$)

Ano	Receita	Despesa assistencial
2003	28.015.808.675	22.784.778.036
2004	31.622.102.461	25.756.585.317
2005	36.396.870.458	29.629.270.789
2006	41.157.766.429	32.812.629.440
2007	50.776.024.165	40.898.463.172
2008	59.164.291.002	47.538.648.584
2009 (1)	63.970.270.882	53.114.223.516
2010 (2)	15.667.394.023	12.286.632.624

Fonte: ANS (2010)

Notas: (1)Dados preliminares, sujeitos à revisão;

(2) 1. trimestre

As despesas assistenciais da medicina suplementar, por sua vez, segundo dados da ANS, passaram por um aumento percentual de 133,11% registrado entre os anos 2003 e 2009, revelando-se em um patamar quase paralelo com o aumento das receitas, demonstrando que a demanda foi suprida por um número menor de ofertantes sem sofrer desaceleração ao longo do referido período. Observa-se ainda que não existiu qualquer descasamento na tempestividade dos aumentos, ou seja, receita e despesa aceleraram juntas.

4.4.5 A demanda por planos de saúde no mercado brasileiro e sua elevação de preços

De acordo com os dados do Caderno de informações da ANS (2009), o mercado de planos de saúde no Brasil atinge diretamente, ou seja, de forma individual sem intermediação ou em grupos, 19,93% de seus beneficiários (Tabela 13).

Tabela 13 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial (Brasil, 2009*)

	Total	Coletivo	Individual	não informado
Novos	43766272	34955431	8810841	
Antigos	10444365	6311936	1992367	2140062
Total	54210637	41267367	10803208	2140062
			19,93%	

Fonte: ANS (2009)

* - setembro / 2009.

A Tabela 14 mostra a distribuição destes beneficiários por sua data de ingresso no plano, destacando ainda outro dado importante para o entendimento deste mercado, a

proporção dos beneficiários em planos novos, aqueles contratados em 2009 (até setembro), e os remanescentes dos planos antigos, contratados antes de 2009, onde se observa que 80,73% estão em planos novos. Esta informação, aliada aos outros dados desta tabela, além das informações da Tabela 13 (das receitas e despesas), demonstra a existência de expressiva elevação dos gastos com saúde no Brasil e reforça a idéia de que o mercado está em forte expansão e a demanda aquecida.

Tabela 14 – Evolução do número de beneficiários de planos de saúde no Brasil por data de ingresso no plano 2000 - 2009 *(3)

ano	total	novos	antigos	renovação
2000	33.450.369	10.131.654	23.318.715	30,29%
2001	34.393.165	13.160.138	21.233.027	38,26%
2002	34.962.041	15.910.460	19.051.581	45,51%
2003	35.880.069	19.513.837	16.366.232	54,39%
2004	38.778.637	24.236.343	14.542.294	62,50%
2005	41.428.362	28.121.208	13.307.154	67,88%
2006	44.442.304	31.796.511	12.645.793	71,55%
2007	47.841.749	35.831.187	12.010.562	74,90%
2008	51.885.757	40.773.101	11.112.656	78,58%
2009(3)	54.210.637	43.766.272	10.444.365	80,73%

Fonte: ANS (2009) / Nota: (3) – set. 2009.

Outra observação relevante está na Tabela 15, mostra a concentração da oferta de planos de saúde, de onde pode se inferir que o mercado realmente é concentrado, pois apenas 8,6% das operadoras agregavam 70% dos beneficiários em setembro de 2009 (ANS, 2009) 37.491.141 beneficiários, de um total de 54.210.637 registrados até setembro de 2009, distribuídos entre 1516 operadoras de planos de saúde no Brasil. Em seu total, os planos de saúde auferiram uma receita de contraprestações no montante de R\$ 63.970.270.882 em 2009 (ANS, 2009).

Tabela 15 - Distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre operadoras, inclusive odontológicas (Brasil 09/2009)

%	Beneficiários	Operadoras	%
12,10%	6.579.946	3	0,20%
20,30%	10.990.471	6	0,40%
30,50%	16.513.429	12	0,80%
40,60%	22.028.480	22	1,50%
50,10%	27.137.141	39	2,60%
60,00%	32.538.040	74	4,90%
70,00%	37.941.191	130	8,60%
80,00%	43.372.164	233	15,40%
90,00%	48.769.314	434	28,60%
100,00%	54.210.637	1516	100,00%

Fonte: ANS (2009)

Na Tabela 16 estão relacionadas as receitas de contraprestações e as despesas assistências das operadoras de planos de saúde no Brasil para o período de 2002 a 2008.

Tabela 16 - Receita de contraprestações e Despesa assistencial das operadoras de planos privados de saúde, inclusive odontológicas (Brasil 2001-2009*, em R\$)

	2001	2002	2003	2004	2005
Receita de contraprestações	22.098.155.240	25.688.965.765	28.486.533.026	32.216.166.126	37.140.635.720
Despesa assistencial	17.499.150.921	20.232.920.525	23.044.399.032	26.059.691.336	29.996.243.270
Desp ass em % da receita	79,19%	78,76%	80,90%	80,89%	80,76%
	2006	2007	2008	2009	variação em % 2001 - 2009
Receita de contraprestações	42.034.034.638	51.846.400.642	60.464.083.397	65.284.662.741	195,43%
Despesa assistencial	33.218.385.571	41.411.877.977	48.239.281.011	53.753.906.610	207,18%
Desp ass em % da receita	79,03%	79,87%	79,78%	82,34%	

Fonte: ANS (2009; 2010)

Nota: dados preliminares, sujeitos a revisão pela ANS.

* Série 2001 – 2003 caderno de 12/2009, série 2003 – 2009 revisada pela ANS em 06/2010

As condições expostas até aqui fornecem suporte para concluir que existe uma demanda aquecida, uma oferta concentrada em poucas operadoras e que a receita de contraprestações cresce de forma expressiva a cada ano (Tabela 12). Essas condições levadas ao campo da teoria econômica nos permitem afirmar que existe favorecimento para pressões dos ofertantes em elevar seus preços e que isto esteja ocorrendo, pois enquanto o número de beneficiários cresceu 63,15% no período de 2001 a 2009 (Tabela 17), a receita de contraprestações cresceu 195,43% no mesmo período (Tabela 16).

Tabela 17 - Beneficiários de planos privados de saúde, inclusive odontológicos (Brasil - 2001-2009*)

Ano	Beneficiários
2001	34.366.725
2002	34.893.955
2003	36.218.571
2004	39.130.203
2005	41.477.483
2006	44.458.154
2007	47.903.511
2008	51.736.897
2009	56.070.666
variação	63,15%

Fonte: ANS (2009; 2010)

Nota: dados preliminares, sujeitos a revisão pela ANS.

* Série 2003 – 2009 revisada pela ANS em 06/2010

Outra conclusão possível se refere à migração dos planos antigos para novos com contraprestações mais elevadas, demonstrando a disposição dos beneficiários em gastar mais com sua saúde.

4.4.6 A utilização dos planos de saúde

Uma justificativa que se procura tecer a respeito da maior atenção com a saúde que vem sendo demonstrada pelos brasileiros e a conseqüente elevação dos seus gastos, pode ser traçada a partir dos dados da Tabela 18 que relaciona a freqüência de utilização dos serviços oferecidos pelos planos de saúde por seus beneficiários no período de 2002 a 2007. Nota-se que houve um expressivo crescimento na utilização de exames complementares, terapias e consultas médicas, sobretudo nos planos coletivos que concentram o maior número de beneficiários.

**Tabela 18 – Frequência média de utilização de serviços de saúde por tipo de plano
(2002 – 2007 / variação em percentuais no período)**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	variação
Consultas médica	Individual	5,93	5,68	5,74	5,79	5,95	6,03	1,69%
	Coletivo com patrocinador	4,29	4,19	4,2	4,34	4,51	4,42	3,03%
	Coletivo sem patrocinador	5,19	5,21	5,4	5,32	5,33	5,48	5,59%
Exames complementares	Individual	10,01	9,53	9,89	11,85	12,17	12,59	25,77%
	Coletivo com patrocinador	6,63	6,8	7,16	8,54	8,83	8,88	33,94%
	Coletivo sem patrocinador	9,36	9,62	9,69	11,67	12,16	11,98	27,99%
Terapias	Individual	0,97	1,11	1,23	1,53	1,74	1,91	96,91%
	Coletivo com patrocinador	0,64	0,77	0,91	1,1	1,26	1,4	118,75%
	Coletivo sem patrocinador	1,08	1,15	1,29	1,46	1,79	1,88	74,07%
Outros atendimentos	Individual	1,21	1,13	1,13	0,85	0,92	0,86	-28,93%
	Coletivo com patrocinador	0,96	0,91	0,88	0,74	0,78	0,72	-25,00%
	Coletivo sem patrocinador	1,11	0,97	0,94	0,81	0,87	0,86	-22,52%

Fonte: ANS (2009)

Essa situação recebeu especial atenção desse estudo, pois constitui hipótese deste trabalho que tal utilização seja conseqüência do risco moral e da seleção adversa, presentes na relação de consumo entre beneficiários e planos de saúde no Brasil.

De qualquer forma os gastos em saúde são determinados pela sinistralidade⁵ esta vem crescendo expressivamente em exames complementares e terapias como fica demonstrado na tabela em análise.

4.5 Da experiência americana para o caso brasileiro

Reservadas as dimensões do problema, as grandes diferenças nominais dos valores envolvidos e o desencontro cronológico do caso americano, no Brasil a situação não parece transcorrer de forma diferente e algumas soluções viáveis que se possa formular para o Brasil, de implementação tempestiva, aproximam-se da interpretação e opinião de Austin e Hungerford (2009), de Ribeiro (2006) e de Miranda (2003) em seus trabalhos sobre o sistema de saúde nos EUA.

Esclarecendo, é preciso, porém, salientar que as diferenças nominais dos valores

⁵ Taxa de sinistralidade: Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras. Fonte: <http://www.ans.gov.br>, Caderno de Informações 2010-03.

gastos em saúde, considerado pelo seu total independentemente da origem dos recursos, nos EUA foi expressivamente maior do que no Brasil, 19,08 vezes maior em 2007, de acordo com dados do World Bank (2010), e também expressivas, embora não na mesma paridade, quando considerado o gasto per capita, que foi 12,03 maior no mesmo ano. Se a comparação for em valores relativos, em relação ao percentual do PIB, o gasto americano foi de 1,86 vezes o gasto brasileiro. Esses dados constam na Tabela 1 e Tabela 19, abaixo.

**Tabela 19 – Relação entre o gasto per capita
EUA / Brasil (2003 - 2007)**

(número de vezes)	
Ano	multiplicador
2003	25,5
2004	22,2
2005	16,92
2006	14,15
2007	12,03

Fonte: World Bank (2010)

Nota: Health Nutrition and population statistics – compilação do autor.

Estas relações servem para mostrar que o americano gasta mais com atenção à sua saúde que o brasileiro, seja por iniciativa privada, ou seja por iniciativa do Estado.

Outro esclarecimento que se mostra oportuno refere-se à tempestividade da evolução dos gastos com saúde no Brasil, entre 2003 e 2007: o gasto per capita do brasileiro passou de US\$ 229,48 para US\$ 605,66, acumulando 163,93% de elevação (Tabela 1). Nos EUA esta elevação foi de 24,48%, porque lá já era bastante expressivo em 2003, neste ano o gasto per capita dos americanos correspondia a 25,5 vezes o do brasileiro (Tabela 19). Esses dados mostram que a atenção dos brasileiros com a saúde vem aumentando em uma cadência muito mais acelerada que dos americanos no período considerado, de 2003 a 2007, donde pode inferir-se que exista uma demanda aquecida por serviços de saúde no Brasil.

Mesmo se considerarmos a elevação relativa dos gastos com saúde dos dez países tomados como referência neste trabalho, em nenhum deles os gastos com saúde alcançaram uma elevação percentual tão expressiva quanto à do Brasil.

Quanto à situação apontada por Austin e Hungerford (2009) como determinante no caso americano, as interações dos agentes na cadeia de mercado formadas, existem indícios de que no Brasil situação semelhante esteja ocorrendo, haja vista que a receita das operadoras de

planos de saúde cresce de forma bastante paralela à sua despesa assistencial, demonstrando que entre esses principais agentes do negócios não sofrem pressões entre eles, mas exercem em seus demandantes.

Outra característica marcante observada refere-se à concentração do mercado de planos de saúde (Tabela 15), cenário da ocorrência do encolhimento no número de companhias atuantes. Esta situação resulta, provavelmente, como consequência da acomodação exigida pelas restrições de regulação e, embora exista diversidade de prestadores e operadoras, estas atuam em parcela menos significativa do mercado. Esta redução do número de companhias no mercado pode ser indicativa de que a solução prescrita por Ribeiro (2006) para o caso americano já esteja sendo utilizada no Brasil, pois a consequência prevista nesta prescrição, de redução dos agentes, foi verificada.

A dúvida que persiste, resta na indagação se os encaminhamentos regulatórios da ANS tenham sido efetivos e suficientes. O desencadeamento que se tem observado indica que não, pois mesmo com as exigências e restrições em vigência, a elevação dos gastos não demonstra arrefecimento, trazendo como inevitável a observação de que, se as medidas até então implementadas tem sido efetivas, não tem sido suficientes. Quanto a sua efetividade, ainda não se encontram subsídios para uma conclusão, porém quanto a sua insuficiência, a atual escalada de elevação dos gastos permite concluir.

Resta-nos então optar pela convergência daquilo que esteja contido nas experiências em tela como caminho a ser observado e considerar necessário a assistência gerenciada aliada a mais ou melhor regulação, seja de iniciativa de agência de governo ou seja de iniciativa do próprio mercado.

No que pese ao atrito que a solução, através de atos regulatórios, possa provocar no mercado de planos de saúde, conforme sugerido, é necessário lembrar que existe espaço e liberdade para que a iniciativa possa brotar do próprio mercado na forma de auto-regulação, porém a expectativa de que tal ocorra parece vem se alongando por considerável horizonte temporal, comprometendo a eficiência do setor e certamente contrariando políticas governamentais de estabilidade de preços e moeda.

A inércia de iniciativas do mercado, que por um lado pode lhe ser conveniente na medida em que a espera beneficia com desequilíbrio seus agentes de maior peso, abre, dessa forma, espaço para intervenção, que se entende não seja necessariamente arbitrária dentro do paradigma econômico de modernidade, pois age sobre uma visível falha de mercado, cujo

sintoma e diagnóstico já foram exaustivamente observados e carece de urgente prescrição.

No encaminhamento da regulação seria bem-vinda a introdução de protocolos e normas que objetivassem a padronização de procedimentos que garantissem eficiência sem exageros, como atitudes necessárias, que se titulam a seguir.

Para Ferreira (2004) são medidas importantes a inclusão de protocolos de encaminhamento médico e administrativo dentro de parâmetros a serem estabelecidos por instituições de classe e referendados por órgãos ligados ao governo tal como a ANS, ao judiciário e ao próprio mercado.

Ribeiro (2006) enfatiza a necessidade de regramento, fiscalização e responsabilização dos excessos ou descasos de ordem econômica quando praticados por operadoras, empresas contratantes de serviços, médicos, prestadores, e pacientes.

Sensibilização e informações simétricas garantiriam a máxima transparência entre os atores na contratualização e atenderiam os princípios defendidos por Wilianson (1979) servindo ao embasamento do judiciário a partir de informações claras. Minimizariam também os custos de transação, o risco de oportunismo dos agentes, e as dificuldades relacionadas à racionalidade limitada, fatores que já foram tratados no capítulo um desse trabalho que geram grandes externalidades e que diminuem a alocação eficiente de recursos.

5 CONCLUSÃO

Visto que a elevação dos gastos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2009 se registra em todos os segmentos de seu consumo, como gasto privado, como gasto público ou como gasto pessoal, sejam em valores nominais ou em valores comparativos, quando relativizados com o PIB nacional, fica caracterizado que o beneficiário de plano de saúde no Brasil seja um indivíduo disposto a abrir mão de outras opções de consumo e venha direcionando parcelas cada vez mais representativas deste consumo com o compartilhamento do seu risco de saúde, demonstrando não somente ser uma pessoa previdente, mas avesso ao risco de desembolsos, que ele julga, possa ser substanciais no futuro.

De qualquer sorte, aceitando-se o princípio básico da economia da saúde, já introduzido no capítulo um, de acordo com Cutler e Zeckehauzer (2000), de que este consumo seja racional, sua decisão é utilitarista porque ele, não conhecendo a verdadeira extensão do seu risco, acredita que lhe será mais útil abrir mão de outros bens e serviços agora (*ex-ante*) para se prevenir de um gasto que poderá ser maior no futuro (*ex-post*), mesmo que isto não lhe traga satisfação imediata.

Esta decisão, porém, é tomada por que ele não tem condições de auferir o seu risco real no presente, ficando sujeito às recomendações e decisões de um agente, que hipoteticamente possui mais condições de avaliar sua real carência de atenção ao risco de ficar doente. Em consonância com a teoria do agente-principal defendida por Jensen e Meckling (1976), será este agente quem definirá sua necessidade presente. Nessa situação o beneficiário poderá ficar exposto a condições que alterem suas decisões, por mais utilitarista que seja seu comportamento econômico, porque ele acredita que este agente possua melhores condições também de gerir de forma eficiente os recursos destinados à sua atenção com a própria saúde.

Conforme considerado por Austin e Hungerford (2009), essa confiança depositada no agente (ou intermediário) pode deixar o beneficiário do plano de saúde vulnerável a seleção adversa e até mesmo induzi-lo a optar por coberturas além da sua real necessidade. A partir dessas condições, mesmo que involuntariamente, este indivíduo poderá ainda incorrer em risco moral, se valer-se com excessos dos benefícios dessa contratação.

Essas situações, previamente citadas, são conceituadas como causas de falhas de

mercado ao direcionarem recursos de forma ineficiente para fins nem sempre úteis ao bem estar social deste beneficiário, pois, além de induzi-lo a usos excedentes de sua carência, eleva seus gastos além das suas necessidades.

Por outro lado, na oferta de planos de saúde também se verificam estimativas de risco que definem os preços de comercialização dos planos. Ocorre que, pelo observado nas Tabelas 16 e 17, a migração dos beneficiários entre planos que ofereçam diferentes coberturas, que tem ocorrido no caso brasileiro para planos com preços de prêmios maiores, fará com que pacientes de baixo risco compartilhem os custos dos planos mais generosos. Como foi demonstrado por Akerlof (1970) quando todos os planos de saúde têm informação imperfeita sobre o risco individual, o mercado de seguros pode deixar de existir, ou, se existir pode não alocar os recursos de forma eficiente, como no caso que se apresenta.

Em relação à seleção adversa, que possa estar ocorrendo, ela aparece no processo desenvolvido pelas operadoras, a fim de selecionar indivíduos com risco acima da média de risco da população total na estimativa de seus custos e formação do preço dos prêmios (contraprestações), e que, no caso das operadoras de planos de saúde, resultará em aumento de sinistralidade e conseqüentemente dos gastos assistenciais, mas tais informações não puderam ser extraídas de maneira direta a partir dos dados observados. No entanto, no sistema de saúde brasileiro, as regra de formação dos preços para reajuste das contraprestações dos planos segundo a faixa etária dos consumidores pode também resultar em seleção adversa no mercado de saúde suplementar. Esses efeitos não puderam ser mensurados com os dados disponíveis após a criação da ANS, mas acreditamos que séries temporais com bases longitudinais, como aquelas utilizadas por Cutler & Zeckhauser em 1997 e Cutler & Reber em 1998 em seus estudos realizados na Universidade de Harvard, que foram apresentados no primeiro capítulo deste trabalho, poderão auxiliar na mensuração desse problema em futuro próximo. Nesse sentido, este estudo constitui uma investigação preliminar que deverá ser expandido no futuro quando nos distanciarmos da data de criação do marco regulatório.

Cabe ainda enfatizar que se trata de um mercado que apresenta barreiras de entrada, reduzindo o número de ofertantes e conseqüentemente a concorrência, está em constantes mudanças, além de alvo de mecanismos regulatórios, pressões sociais e institucionais, pois seu produto tem alta representatividade social. Essas pressões induzem os empresários das operadoras de planos de saúde a se utilizarem de mecanismos preventivos que garantam sua eficiência financeira (obtenção de lucros).

A constituição de tais garantias - acredita-se, podem induzir seleção adversa, principalmente na relação operadoras e agência reguladora, na medida em que a primeira procure, em suas contratações, se eximir de obrigações de maiores expressividades financeiras e da sua própria exposição ao risco, enquanto a segunda procure garantir maior efetividade dos efeitos sociais dessas contratações, elevando, dessa forma, os custos de transação do negócio.

Admitida a existência de tais efeitos e ratificadas suas conseqüências nos gastos e preços da assistência à saúde, entende-se a hipótese de que princípios microeconômicos da economia da saúde, como as situações de risco moral e seleção adversa, desempenhem papel relevante na elevação dos custos constatada, resignando tal afirmação à existência de outros fatores observados no transcurso da análise como a institucionalidade e a utilização do poder de mercado exercido pelos seus agentes de maior peso, neste caso considerados os ofertantes, sejam identificados, no presente estudo, como determinantes do aumento de gastos com a saúde no Brasil.

Partindo da observação da escalada de valores verificada, concluiu-se que a elevação dos recebimentos de contraprestações por parte das operadoras de planos de saúde no Brasil tem sido acompanhada, de forma bastante harmônica, de suas despesas assistenciais, revelando que tanto a comercialização de planos pelas operadoras, como a oferta de serviços de saúde das prestadoras, seguem ritmo crescente de faturamentos, ao mesmo tempo em que o crescimento relativo ao número de beneficiários segue em um ritmo menos acelerado, resultando tão somente em um quociente de líquida elevação de preços.

Se a observação da elevação das taxas de recebimentos e comercialização pode revelar o exercício do poder de mercado pelas operadoras, a aceitação de elevação dos preços também revela fragilidade ou uma mudança dos hábitos de consumo por parte dos beneficiários, que pode estar ligada à estratificação social, à distribuição de renda e às condições de produção da oferta, como destaca Queiroz (1993), ou mesmo a padrões de desenvolvimento social e econômico do mercado (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000).

Quando comparadas, as taxas de crescimento das contraprestações de planos de saúde no Brasil, de 81,24% entre 2003 e 2007 (Tabela 9), ou mesmo as taxas de crescimento do número de beneficiários, de 33,34% entre 2003 e 2007 (Tabela 17), aos gastos relativos com o PIB nacional, que registraram uma variação acumulada no mesmo período de 11,79%, nota-se que são também discrepantes, mas diferente da situação americana, por exemplo, pois, em

percentuais do PIB, os gastos no Brasil com saúde aumentaram de forma menos expressiva (Tabela 3).

No Brasil o crescimento dos gastos com atenção à saúde, embora discrepantes em relação aos seus diferentes segmentos, evoluiu em níveis mais aceitáveis da produção interna na relação Brasil e EUA, podendo estar associado aos padrões de desenvolvimento econômico do mercado interno, como previsto por Cutler e Zeckhouser (2000).

Essa observação torna-se importante na medida em que particulariza a situação brasileira quando comparada com o caso americano, pois no Brasil o crescimento dos gastos com atenção à saúde também ocorreu, mas ainda se mantém em patamares que são, aproximadamente, metade dos níveis americanos quando relacionados ao PIB (8,44% no Brasil e 15,68% nos EUA, em 2007), neste caso, podendo tais elevações, que foi altamente expressiva no volume recebido de contraprestações pelas operadoras, foi expressiva no crescimento do número de beneficiários, mas discreta quando comparada à sua participação relativa com o PIB, estarem associadas à elevação dos padrões de desenvolvimento econômico do mercado interno, como previsto por Cutler & Zeckhouser (2000), pois permitiu que as operadoras de planos e prestadoras de serviços de saúde no Brasil aumentassem seus faturamentos em 195,43% e 207,18%, respectivamente, entre 2001 e 2009 (Tabela 16), mas permanecendo em 8,44% a sua participação relativa no montante da produção interna, proporcionando a inserção, em um período de oito anos, de 63,15% de novos beneficiários (Tabela 17) em um mercado de bens e serviços que melhora a qualidade de vida do cidadão brasileiro.

REFERÊNCIAS

AKERLOF, G. The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. **Quarterly Journal of Economics**, Massachusetts-USA, n. 74, p. 488-500, 1970.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, 1998. (Textos de discussão, n. 599).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, ano 1, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/home/default.asp#>>. Acesso: out. 2007.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/home/default.asp#>>. Acesso em out. 2010.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/home/default.asp#>>. Acesso em out. 2010.

ANDERSON, G.; POULIER, J. Health Spending, Access and Outcomes: trend in industrialized countries. **Health Affairs**, Bethesda-USA, v. 7, n. 8, p.23-29, 1999.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-36, dez. 2001.

_____. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 10, p. 73-116, 2000.

ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 1990**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American economic review**, Pittsburgh -USA, n. 53, p. 30-49, 1963.

_____. The economics of agency. In: PRATT, John; ZECKSAUSER, Richard (Ed.). **Principals and Agents: The structure of business**. Cambridge-USA: Harvard Business

School Press, 1985. p. 51-58.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. A Unimed não é mais um convênio. **Jornal da APM**, São Paulo, n. 462, p. 46-66, out. 2009.

AUSTIN, D. Andrew ; HUNGERFORD, Thomas L. The Market Structure of the Health Insurance Industry. **CRS Report for Congress**. Washington-USA, n. R40834, 17 nov. 2009. Disponível em: www.fas.org/sgp/crs/misc/R40834.pdf. Acesso em: 8 ago. 2010.

BAHIA, Lígia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese de doutorado em saúde pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

_____. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro”. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho e Suárez, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BAUMOL, W. J. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. **American Economy Review**, Pittsburgh -USA, v. 57, n. 3, p. 415-426, Jun. 1967.

_____. Social Wants and Dismal Science: The Curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching. In: BAUMOL, William. **Growth, industrial organization and economics generalities**. Massachusetts-USA: Edward Elgar, 2003. Cap. 5, p. 71-96. Originalmente publicado em Proceedings of the American Philosophical Society, v. 137, n. 4, 1993. Disponível em: <http://books.google.com.br/books> Acesso em: 5 set. 2010.

CAMPOS, A. C. **Saúde: o custo de um valor sem preço**. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos, 1983.

CAMPOS, G. W. S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

CASTILHO, E. Mensagem de abertura. **Revista Unimed**, São Paulo, v. 5, p. 19, 2009. Edição histórica.

CASTRO, Janice D. de. Título do artigo. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **CMS WEB**. 2010. Disponível em: <<http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData>>. Acesso em: 21 set. 2010.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **A Indústria de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Medidas e Frequencia. In: MEDRONHO, Roberto. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Ateneu, 2001. p. 77-91.

CUTLER, D. M.; REBER, S. J. Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. **The Quarterly Journal of Economics**, Massachusetts-USA, v. 113, n. 2, p. 433-466, May 1998.

CUTLER, D. M.; ZECKHAUSER, R. J. Adverse selection in health insurance. **NBER Working Paper**. Cambridge-USA: National Bureau of Economic Research, n. 6107, 1997.

_____. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Org.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: North-Holland, 2000. p. 563-643.

COVRE E.; ALVES S. L. Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. **Regulação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, 2002.

DEL NERO, C. R. **O que é Economia da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP1.pdf>, acesso em 22 jan. 2008.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOUGLAS M. **La Aceptabilidad del Riesgo Según las Ciencias Sociales**. Barcelona: Paidós, 1996.

EISENHARDT, K. M. Control: organizational and economic approaches. **Management Science**. Philadelphia -USA, v. 31, n. 2, p. 134-149, 1985.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil.

Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 585-595, 2003.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista Dados**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERREIRA H. D. B. **Assédio moral nas relações de trabalho**. Campinas: Russell, 2004.

GIFFONI, R. M. **Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social**. Ano. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

HATCH, M. J. **Organization theory: modern symbolic and postmodern perspectives**. New York: Oxford University Press, 1997.

HELLERSTEIN, J. The importance of the physician in the generic versus trade-name prescription decision. **RAND Journal of economics**. Santa Monica-USA, v.29, n. 1, p.108-36, Spring 1998.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. **Journal of Financial Economics**. Harvard-USA, vol.3, n. 4, 1976. p. 305-360. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=9404>. Acesso em out. 2009.

KIRKMAN-LIFF, B. The United States. In: HAM, Chris (Ed.). **Health Care Reform: learning from international experience**. London: Open University Press, 1998. p.21-45.

LAFFONT, J.J.; TIROLE, J. **A theory of incentives in procurement and regulation**. Cambridge-USA: The MIT, 1993.

LIEBERMAN, M.; HALL, R. E. **Microeconomia: Princípios e Aplicações**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.2, n.59, p. 12-29, 1991.

MEDICI, A. C. **O setor privado prestador de serviços no Brasil: dimensão, estrutura e**

financiamento. Rio de Janeiro, 1989. Não publicado.

_____. **A medicina de grupo no Brasil**. Brasília: OPAS, 1991. (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas, n. 1).

_____. **Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990. (Relatórios Técnicos, n. 1).

_____. **A economia política das reformas em saúde**. Porto Alegre: IACHS, 1997.

MIRANDA, C. da R. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**: Projeto ANS/PNUD. 2003. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CB8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ans.gov.br%2Fportal%2Fupload%2Fbiblioteca%2FTT_AS_20_ClaudioMiranda_GerenciamentodeCusto.pdf&rct=j&q=elevado%20custo%20da%20sa%C3%BAde%20suplementar&ei=E7ZaTJb1NYeluAe1KDQAQ&usg=AFQjCNE-vzQIXrP3oA6h5CXOUdLJM3_Pow&cad=rja>. Acesso em: 05 ago. 2010.

MONTONE, J. Palestra proferida na Associação Nacional dos Procuradores da República, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, em 27 de setembro de 2000. **Série ANS**. Rio de Janeiro, n. 5, 2000. Disponível em: <<http://thesis.iciet.fiocruz.br/pdf/nitaosrvn.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2009.

_____. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde. Suplementar. **Série ANS**. Rio de Janeiro, n. 4, 2003.

NICHOLS, L. M.; BLUMBERG, L. J. A different kind of “new federalism? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. **Health Affairs**, Bethesda-USA, v. 17, n.3, p. 25-42, mai./jun. 1998. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/17/3/25>. Acesso em 21 ago. 2009.

NORONHA, J. C de; UGÁ, M. A. D. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, P.M.; LABRA, M. E. (Org.). **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

OCKÉ-REIS, C. O. **A regulação dos planos de saúde no Brasil**: Uma gestão sem política? Brasília: IPEA, 2003.

OCKÉ-REIS, C. O.; SILVEIRA, F.; ANDREAZZI, M. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Revista de Administração**

Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 859-898, 2003.

OLIVEIRA, J. A.; FLEURY TEIXEIRA, S. M. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, p. 181-205, 1978.

ORGANIZAÇÃO de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico. In: WIKIMEDIA FOUNDATION. **Wikipedia**. San Francisco-USA, 2010. Disponível em: <<http://www.wikipedia.org>>. Acesso em: 21 set. 2010.

PHELPS, C.E. **Health Economics**. New York-USA: Addison-Wesley Educational, 1997.

PORTER, M. E.; OLMSTED TEISBERG, E. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUEIROZ, M. S. Estratégia de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 272-282, jul./set. 1993. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n3/15.pdf>. Acesso em 20 out. 2009.

RIBEIRO, J. M. **Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar**. 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_OS_JoseMRibeiroSaudeSuplementarEFalhasDeInform.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2008.

ROTHSCHILD, M.; STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. **Quarterly Journal of Economics**, Massachusetts-USA, v.90, n.4, p.629-650, Nov. 1976.

SANTERRE, Rexford; NEUN, Stephen. **Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies**. Chicago-USA: Irwin, 1996.

UGA, M. A. D. Gasto, acesso e condições de saúde: tendências nos países da OCDE. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.3, p. 171-172, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300004. Acesso em: 06 ago. 2010.

UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UNITED STATES OF AMERICA. Congressional Research Service. Actuary date. 2008. Disponível em: <<http://www.crs.gov>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

VOGT, W. Do desenvolvimento econômico em longo prazo de um sistema capitalista - uma formulação mais precisa. In: VOGT, W.; FRANK, J.; OFFE, C. **Estado e capitalismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980. p. 99-133.

WILLIANSO, O. E. Managerial discretion and business behavior. **American Economy Review**, New York-USA, v. 53, p. 1032-1047, 1963.

_____. Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. **Journal of Law and Economics**, San Francisco-CA, n. 22, p. 233-261, 1979.

_____. **The economic Institutions of Capitalism**. New York: The Free, 1985.

_____. **The mechanisms of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.

WORLD BANK. **World Databank**: Health, nutrition and population statistics. Washington-USA, 2010. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>>. Acesso em: out. 2010.

ZWEIFEL, Peter; MANNING, Willard. Moral Hazard and consumer incentives in health care. In: CULYER, A.J.; NEWHOUSE, J.P. (Ed.). **Handbook of Health Economics**. Amsterdam-Holland, Cap. 8, 2000.