

Equipe

Maílson Ferreira da Nobrega
Ernesto Moreira Guedes Filho
Fernando Balbino Botelho
Eric Universo Brasil
Rodolfo de Araújo Oliveira
Thiago Arashiro
Daniele Chiavenato

**ESTUDO ECONÔMICO SOBRE OS DESAFIOS DO SETOR DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

AGOSTO/2015

ESTUDO ECONÔMICO SOBRE OS DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	3
2	O MERCADO DOS PLANOS DE SAÚDE	5
2.1	DETALHAMENTO DA CADEIA E A REGULAÇÃO NO BRASIL.....	5
2.1.1	<i>Conceitos econômicos relevantes</i>	5
2.1.2	<i>Funcionamento e tipologia de planos.....</i>	7
2.1.3	<i>Marco regulatório.....</i>	8
2.2	PRINCIPAIS DESAFIOS	10
2.2.1	<i>Inflação de custos do setor de saúde</i>	10
2.2.2	<i>Incógnitas jurídicas e regulatórias</i>	13
3	EFEITOS ESPERADOS DO CONTROLE DE PREÇOS	16
3.1	ASPECTOS CONCEITUAIS	16
3.1.1	<i>Casos de escassez e deterioração na qualidade</i>	19
3.2	CONTROLES DE PREÇOS NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE	20
3.2.1	<i>O caso dos planos de saúde individuais no Brasil</i>	20
3.2.2	<i>Regulação para planos coletivos com menos de 30 funcionários.....</i>	23
4	ALTERNATIVAS DE REGULAÇÃO	25
4.1	AGENDA DE AMPLIAÇÃO DA TRANSPARÊNCIA	25
4.2	AGENDA DE ALINHAMENTO DE INCENTIVOS NO SETOR	27
4.3	AGENDA DE INCENTIVO À COMPETIÇÃO	28
5	SÍNTESSES E CONCLUSÕES	30

ESTUDO ECONÔMICO SOBRE OS DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

1 Introdução

Nos últimos anos, tem ficado cada vez mais em evidência a questão dos crescentes custos da saúde no Brasil. Conforme o Índice de Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH), apurado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), “os custos das operadoras de planos de saúde com consultas, exames, terapias e internações cresceram 17,7% nos 12 meses encerrados em junho de 2014”. Nos doze meses anteriores, haviam crescido 13,2%, e no período terminado em junho de 2012 o reajuste chegou a 16,4%, sempre muito superior à inflação geral, medida pelo IPCA do IBGE. Tal crescimento decorre não apenas de aumentos da complexidade dos tratamentos ou dos preços dos procedimentos médicos, como também do aumento na frequência com que tais procedimentos são realizados e de problemas estruturais do setor.

Esses aumentos nos custos dos tratamentos médicos têm provocado diversas reações na sociedade e nos órgãos reguladores. No passado, foi criada uma limitação aos reajustes de preços dos planos de saúde individuais, cuja consequência, na prática, foi a cessação da venda desta modalidade de plano, com prejuízo aos consumidores. Uma medida adicional foi a adoção de novas regras para reajustes de planos de saúde suplementar empresariais de empresas com menos de 30 funcionários, reduzindo a margem de negociação entre as partes envolvidas. A intervenção resultou em menores incentivos ao oferecimento de planos para essas pequenas empresas, provocando assim distorções neste mercado. Como os custos do setor de saúde permanecem crescentes, esses controles têm criado graves problemas para os planos e seus usuários, gerando efeitos opostos aos pretendidos pela regulação.

Diante dessa situação, este estudo econômico discorrerá sobre o setor de saúde suplementar no Brasil, descrevendo aspectos econômicos relevantes para seu funcionamento e as falhas de mercado presentes. Indicaremos, nesse contexto, as consequências deletérias da imposição de controles de preços sobre o valor dos planos de saúde. Também apontaremos a título de sugestão algumas medidas que seriam mais efetivas para combater algumas das distorções intrínsecas ao setor, as quais tornariam os planos de saúde suplementar acessíveis a maiores extratos da população.

O estudo considera referências e exemplos relevantes (como a regulação de planos de saúde individuais) para estudar as consequências ao setor de saúde e aos usuários dos planos de saúde de uma eventual ampliação da política de controle de reajustes de preços. Conclui-se que a regulação de preços não é a solução adequada para os problemas estruturais enfrentados pelo setor, justificando a necessidade de identificarmos formas alternativas de regulação que equacionem de forma efetiva os desafios existentes.

Para tanto, este estudo será divido em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2 são apresentados aspectos relevantes do funcionamento do setor e alguns dos

principais problemas enfrentados atualmente. A seção 3 analisa os problemas de políticas de controles de preços, que incluem o caso da imposição de reajustes máximos aos planos de saúde individuais no Brasil. Na seção 4, são discutidas propostas alternativas a esses tipos de controles, com foco em desequilíbrios estruturais do mercado. Por fim, a seção 5 conclui o trabalho com as principais conclusões encontradas.

2 O mercado dos planos de saúde

O caráter imprevisível dos problemas de saúde *vis-à-vis* os custos elevados para alguns tratamentos dificultam o planejamento financeiro das famílias e as expõem a riscos. Diante da precariedade dos sistemas públicos, os planos de saúde em suas diversas modalidades atuam para prover soluções e garantir acesso a procedimentos realizados pelo setor privado. Para tanto, cobram periodicamente um valor fixo das famílias contratantes, que por sua vez não precisam poupar os recursos a serem utilizados no tratamento de eventuais enfermidades.

O sucesso desse modelo pode ser ilustrado pelos mais de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, segundo dados da ANS, e pela satisfação das famílias com os serviços prestados por estes. Pesquisa realizada pelo IBOPE, a pedido do IESS, constatou que 75% dos contratantes de planos de saúde nas principais regiões metropolitanas do país estão satisfeitos com o serviço e que 86% desses beneficiários desejam manter os planos atuais. Além disso, segundo a mesma pesquisa, 74% dos indivíduos que não possuem um plano de saúde gostariam de ter. Estes resultados reforçam a percepção positiva desse tipo de abordagem para garantir acesso à saúde a uma parte substancial da população brasileira.

Devido à grande importância desse mercado, o governo passou a regular de forma mais restritiva seu funcionamento, impondo limites à atuação das operadoras de planos de saúde¹. Estas, por sua vez, já operam em um ambiente repleto de problemas decorrentes do modelo vigente de contratação e remuneração pelos serviços prestados, agravados por assimetrias informacionais entre os participantes. Esta seção destaca alguns fundamentos econômicos importantes para o entendimento deste mercado, os tipos de planos de saúde existentes e as principais leis que regem o segmento. Também são discutidos alguns dos principais desafios do segmento, como a inflação de custos do setor e as distorções provocadas pelo marco regulatório vigente.

2.1 Detalhamento da cadeia e a regulação no Brasil

Esta subseção aborda alguns conceitos econômicos importantes para o entendimento dos desafios do segmento, além de aspectos da cadeia de valor e do marco regulatório do mercado de planos de saúde.

2.1.1 Conceitos econômicos relevantes

Na literatura econômica, o setor de saúde recebe grande atenção pelas imperfeições a que está sujeito. Trata-se de um setor em que existe a chamada assimetria de informações entre os participantes em diversos estágios de prestação dos serviços. Tal situação ocorre quando um agente no mercado tem informação privilegiada sobre determinado parâmetro, estado da natureza, ou ação, que não pode ser revelada aos

¹ Um marco neste processo regulatório foi a promulgação da Lei nº 9.656/98.

demais participantes. Tais circunstâncias distorcem incentivos e podem promover comportamento oportunista, resultando em ineficiências econômicas.

Uma primeira manifestação deste fenômeno ocorre no caso de contratação dos planos pelas famílias. De um lado temos as famílias, que possuem informações privilegiadas sobre seu histórico de doenças, tais como o risco de desenvolver certas enfermidades ou condições crônicas. As famílias são diferentes quanto a estes atributos, que não podem ser observados pelas operadoras de planos de saúde.

Caso as operadoras desenhem seus planos com vistas a cobrir de forma atuarialmente justa a família média neste mercado, as famílias de menor risco podem optar por não adquirir o plano. Temos aqui uma manifestação do problema de seleção adversa, que surge quando a parte mais informada e com o melhor perfil de risco abandona o mercado². Com isto, a qualidade média da carteira de clientes diminui (em termos de risco), forçando a seguradora a aumentar o valor do prêmio para cobrir os maiores custos de sinistro, retroalimentando este efeito. No equilíbrio de mercado com seleção adversa uma parte das famílias não comprará seguro. Tal situação configura um arranjo ineficiente.

Outro problema decorrente da assimetria de informação é o chamado risco moral. Uma das partes do mercado de saúde – os segurados – decide em que medida incorrerá em algum esforço para preservar sua saúde, o que representa um custo para quem o exerce³. Em uma situação ideal, esta pessoa faria seguro, mas teria o compromisso de realizar a ação para reduzir o risco de adoecer. O problema de risco moral surge porque a seguradora não dispõe de meios viáveis para monitorar o comportamento do segurado. Este, protegido de parte das consequências do sinistro pela apólice de seguro (como os custos médicos), não terá incentivo para exercer a ação que reduziria o risco de sinistro. Assim, em equilíbrio, o prêmio do seguro será excessivamente alto, pois os segurados não exercerão esforço para reduzir os riscos e a seguradora estará exposta a eles.

Outro problema de risco moral é gerado pela assimetria de informações entre pacientes e médicos, ou entre os planos e os hospitais. No modelo tradicional de gestão de saúde, os hospitais e médicos são remunerados por atendimento prestado ou serviço vendido. As famílias, por sua vez, pagam apenas um valor periódico fixo pelo plano de saúde, de forma que custos maiores de atendimentos não são repassados imediatamente a elas. Como agravante, apenas os médicos têm acesso a todas as informações referentes às necessidades genuínas do paciente à luz dos padrões modernos da medicina. Cria-se, assim, um sistema no qual os hospitais e médicos têm o incentivo a realizar o maior número de procedimentos – pois são remunerados por esta métrica – ainda que não sejam estritamente necessários. Os pacientes, por sua vez, não têm incentivos para

² A descrição deste fenômeno foi documentada em Rothschild e Stiglitz (1976). Uma aplicação recente aos mercados de seguro de saúde (com evidência empírica) pode ser encontrada em Cutler e Zeckhauser (1997).

³ Pode-se pensar em uma pessoa que não gosta de praticar exercícios físicos, que contribuem para o menor risco de doenças cardíacas.

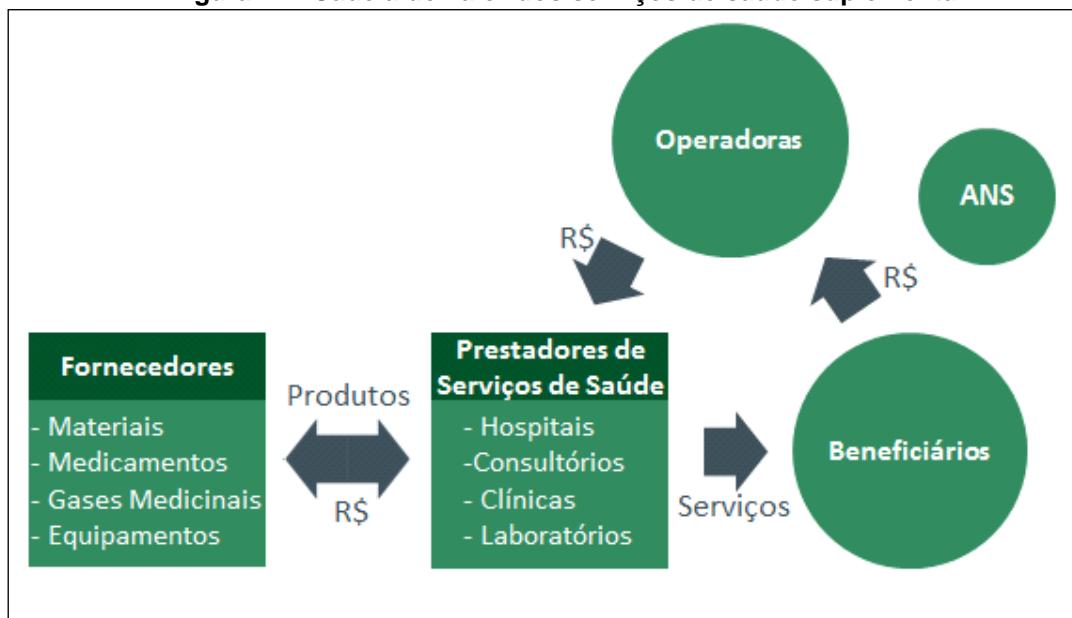
evitar desperdícios no sistema, pois, além de não possuírem informações sobre o melhor curso do tratamento em função do diagnóstico (informação detida pelos médicos), são pouco sensíveis aos aumentos nos custos (pagam um valor fixo ao plano pelas coberturas).

Os problemas apontados são sérios e limitam o funcionamento ideal do setor. Contudo, a adoção de **controles de preços não pode ser apontada como a melhor alternativa para a atenuação destas falhas de mercado**. No caso dos impasses gerados pela seleção adversa, por exemplo, o uso mais intensivo de técnicas de medicina preventiva, exames ou a adoção de prazos de carência para atendimentos são mecanismos comuns para atenuar os problemas. Para o risco moral, devem ser discutidos aspectos estruturais do sistema, ampliando a transparência e repensando o modelo de remuneração do setor de saúde. Alguns desses aspectos são detalhados nas seções a seguir, que também fornecem mais informações sobre o funcionamento do sistema e seus principais desafios, além das adversidades decorrentes de políticas de controles de preços, que só tendem a agravar os desequilíbrios existentes.

2.1.2 Funcionamento e tipologia de planos

A cadeia produtiva do setor de saúde suplementar é composta pelos provedores de planos de saúde, prestadores de serviços, fornecedores de materiais e beneficiários (segurados). A operadora recebe de seus beneficiários uma quantia fixa definida em contrato, enquanto paga aos prestadores de serviços de saúde quantias variáveis a depender da utilização dos seus serviços. Os fornecedores são os responsáveis pela venda de materiais, medicamentos e equipamentos aos prestadores de serviços de saúde, como hospitalares, consultórios, clínicas e laboratórios.

Figura 1. Cadeia de valor dos serviços de saúde suplementar



Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Os beneficiários contratam um determinado plano de saúde com as operadoras e podem se utilizar dos serviços fornecidos pelos prestadores incluídos na rede credenciada do

plano em questão, sem acréscimo no valor regularmente pago à operadora. Por outro lado, esta paga ao prestador quando ocorre a utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários. Hospitais, clínicas e laboratórios contabilizam o custo de cada item utilizado no atendimento, compondo um montante a ser reembolsado pela respectiva operadora.

Também existe a divisão entre os planos individuais e coletivos. O plano individual oferece assistência à saúde com livre adesão de pessoas físicas, com ou sem grupo familiar. O plano coletivo prevê assistência à população vinculada a uma pessoa jurídica, seja esse vínculo empregatício ou estatutário, podendo também ser uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. Os planos coletivos podem se diferenciar em empresarial ou por adesão. O plano coletivo empresarial é disponibilizado apenas à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Já o plano coletivo por adesão se destina aos indivíduos vinculados a entidades como conselhos profissionais, sindicatos, associações profissionais, cooperativas de membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, caixas de assistência e fundações de direito privado⁴.

Abaixo das duas categorias descritas há subdivisões de tipos de planos, cujas coberturas possuem bases semelhantes e variam apenas em relação à possibilidade de acesso às redes de serviços organizadas para atender segmentos específicos de clientes. Essas subdivisões ocasionam uma diferenciação relevante nos preços⁵, que também dependem da faixa etária do beneficiário.

2.1.3 Marco regulatório

A Lei nº 8.080/1990⁶ instituiu o Sistema Universal de Saúde (SUS), que pode ser definido como “*o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*”. Este sistema possui cobertura universal, oferecendo serviços primários, ambulatoriais especializados e hospitalares de forma gratuita a todos os residentes em território nacional. O SUS também atua na promoção, proteção e recuperação da saúde através de ações assistenciais e preventivas⁷.

A população também tem acesso a serviços suplementares por meio de prestadores ou planos privados de saúde. Em 1998, foi promulgada a Lei 9.656/1998⁸, que regula a saúde suplementar no país. Segundo esta legislação, planos privados de assistência à saúde atuam na “*prestaçao continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais*

⁴ “Glossário Temático: Saúde Suplementar”. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf. Acesso em: 05/08/2015.

⁵ BAHIA, Lígia. “Planos privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90”. UFRJ, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7006.pdf>. Acesso em: 05/08/2015.

⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 31/07/2015.

⁷ Art. 5º, III da Lei 8.080/1990.

⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm. Acesso em: 03/08/2015.

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 e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a 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 consumidor⁹” (grifo nosso)

A “Operadora de Plano de Assistência à Saúde” é definida como “*pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato (...)*¹⁰”.

A Lei submete planos e operadoras de planos de saúde à fiscalização da ANS para a prestação de determinados serviços ao cliente, tais como custeio de despesas, oferecimento de rede credenciada ou referenciada, reembolso de despesas, dentre outras obrigações. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei 9.961/2000¹¹ como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde com atuação sobre todo o território nacional com a finalidade institucional de “*promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País*”. A Lei especifica as atribuições dadas à ANS, que basicamente passou a ser o órgão responsável por fiscalizar os planos e as operadoras de planos de saúde.

Uma mudança importante no sistema de saúde suplementar no Brasil ocorreu com a edição da medida provisória nº 2.177-44 de 2001, que modificou a Lei 9.656/98¹² e passou a definir que os contratos de planos de saúde da modalidade individual/familiar (“individuais”) fossem reajustados segundo a aplicação da cláusula de reajuste previamente aprovada pela ANS¹³. Ou seja, os reajustes anuais para os planos desta categoria seriam definidos pela agência reguladora. Outras categorias de planos de saúde, como os planos coletivos, poderiam ter seus reajustes negociados livremente entre operadoras e beneficiários.

Também em 1998 foi definido o primeiro “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, que consiste em uma lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória por qualquer plano de saúde. A revisão deste rol ocorre a cada dois anos e

⁹ Art. 1º, I da Lei 8.656/98.

¹⁰ Art. 1º, II da Lei 8.656/98.

¹¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 03/08/2015.

¹² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm. Acesso em: 03/08/2015.

¹³ O Art. 35-E, §2º da Lei 9.656/98 afirma que: “*Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.*”. Devido à decisão do Supremo Tribunal Federal, a ANS publicou em setembro de 2003 a Súmula Normativa Nº 5 que determinou os reajustes dos planos individuais contratados a partir de janeiro de 1999 (“planos novos”).

inclui os planos de saúde contratados a partir de 1º de Janeiro de 1999¹⁴. As revisões são feitas pelo Conselho de Saúde Suplementar, um grupo constituído por representantes de entidades de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde e técnicos da ANS.

Outro marco legal que teve efeitos no mercado dos planos de saúde suplementares no Brasil foi a publicação do Estatuto do Idoso em outubro de 2003, que provocou importantes modificações no mercado de planos de saúde, principalmente na reformulação de regras para o reajuste relacionado à faixa etária. De acordo com o Estatuto, “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”¹⁵.

Em suma, é possível identificar que após a regulamentação do setor, o governo tem atuado para limitar a atuação do mercado na formação de preços de algumas modalidades de planos de saúde. As intervenções ocorrem tanto pelas restrições aos reajustes como na definição dos serviços que devem ser cobertos. Conforme apontaremos adiante, tal arcabouço gerou desequilíbrios ao longo da cadeia, resultando em efeitos por vezes opostos aos originalmente vislumbrados.

2.2 Principais desafios

O objetivo desta seção é identificar, dentro do sistema de saúde brasileiro, fatores que pressionam a estrutura de custos do mercado de planos de saúde, e cujo equacionamento promoveria uma melhoria da eficiência do setor. Primeiro, é apresentada a inflação de custos do segmento, desafio comum a diversos países do mundo e também relevante no Brasil. Entender as causas deste processo contribui para a busca de soluções reais aos problemas que afetam o setor. Neste contexto, torna-se essencial buscar formas de aumentar a eficiência do setor para garantir serviços de qualidade aos consumidores sem gerar aumentos nos custos, preservando assim o equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores.

Adicionalmente, são exploradas as incertezas ligadas ao atual ambiente regulatório, como a crescente “judicialização” do setor de saúde. Também merecem atenção os problemas ligados à formulação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Um marco regulatório claro e mecanismos adequados para resolver conflitos dentro da cadeia são essenciais para reduzir as incertezas do ambiente de negócios, evitando pressões em custos (por exemplo, com disputas legais) que são repassadas aos segurados na forma de maiores mensalidades de seus planos de saúde.

2.2.1 Inflação de custos do setor de saúde

O problema do aumento nos custos de serviço de saúde não é exclusividade do Brasil. Este fenômeno ocorre tanto em países desenvolvidos como em mercados emergentes. O

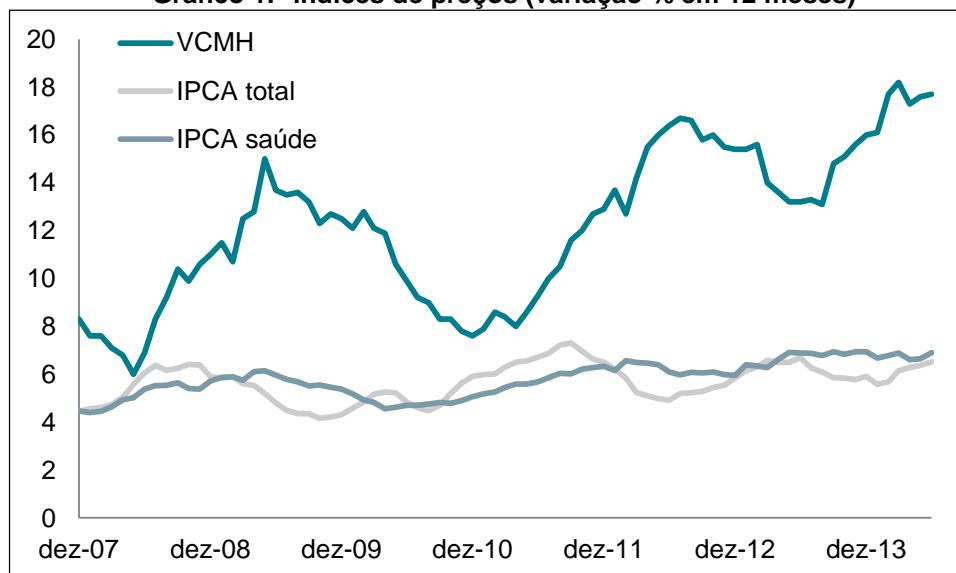
¹⁴ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/17-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 03/08/2015.

¹⁵ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 03/08/2015.

debate a respeito da regulamentação de preços para planos de saúde deve incluir políticas que lidem com algumas das causas desse problema. A adoção de medidas que não levem em conta as reais causas da inflação da saúde – como controle de preços – podem agravar os conflitos existentes.

No mundo desenvolvido, dados da OCDE¹⁶ mostram uma clara tendência de expansão dos gastos em saúde como proporção do PIB. Os números apontam que essa trajetória ocorre pelo menos desde 1960. No Brasil, uma maneira de identificar a questão é comparar a diferença entre a Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH) e o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA)¹⁷. O gráfico a seguir aponta que a inflação do setor foi superior à geral ao longo dos últimos anos. Além disso, uma vez que o grupo “saúde e gastos pessoais” dentro do IPCA teve uma evolução próxima ao do índice cheio, não é possível identificar um repasse total desse avanço, sugerindo que parte dessa alta foi absorvida por outros agentes, como planos de saúde e o governo.

Gráfico 1. Índices de preços (variação % em 12 meses)



Fonte: IBGE e IESS. Elaboração: Tendências.

Muitas das causas da inflação de saúde no Brasil são comuns às dos demais países. Pela demanda, um ponto que merece ser destacado é o aumento do peso do consumo das famílias dentro do PIB, que tende a elevar a procura por serviços em geral, incluindo saúde. Também vale ser mencionado o processo de envelhecimento populacional, que gera pressões na demanda por serviços de saúde de forma específica. Durante a última década também ocorreu um processo de fortalecimento do mercado de trabalho, com a formalização de grandes contingentes de trabalhadores, que assim passaram a ter acesso aos planos de saúde oferecidos por seus empregadores.

¹⁶ Ver: OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.

Acesso em: 10/07/2015

¹⁷ Ver a edição de Abril de 2015 do Variação de Custos Médico Hospitalares divulgado pelo IESS disponível em: http://www.ies.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13. Acesso em: 30/07/2015.

Do lado da oferta, diversos segmentos da indústria terciária, incluindo saúde, enfrentam um obstáculo comum: o crescimento menor da produtividade em relação ao restante da economia¹⁸. Nos serviços, a incorporação de novas tecnologias não reduz na mesma proporção a procura por mão de obra, ao contrário, por exemplo, do que costuma acontecer na indústria de transformação e na agricultura. Ou seja, mesmo que os avanços tecnológicos produzam maior bem-estar para as pessoas, eles não evitam um aumento nos custos. No setor de saúde, o fenômeno pode ser ilustrado pelos avanços nos equipamentos e dispositivos, que não promoveram uma queda nos dispêndios com salários de médicos e enfermeiros.

A significativa assimetria de informações neste mercado é outra questão essencial para o entendimento dos elevados custos no setor. Esta assimetria potencializa desperdícios de diversas maneiras. Por exemplo, os consumidores (pacientes), não pagam diretamente aos provedores (hospitais e médicos) pelos serviços prestados, mas o fazem por meio dos planos de saúde e governos. Os pacientes, dessa forma, deixam de ter as informações dos custos dos atendimentos frente aos resultados obtidos, o que prejudica a tomada de decisões. Cria-se, assim, uma estrutura de incentivos em que o paciente é pouco sensível ao aumento dos gastos. Por outro lado, o monitoramento da eficácia dos médicos e hospitais é atenuado devido a essa ausência de informações referentes ao serviço prestado (tais como intercorrências, recorrências, e custo dos tratamentos). Diante da grande assimetria de informações existente entre os médicos/hospitais e os planos de saúde/segurados, a real necessidade de muitos dos procedimentos realizados pode ser questionada, uma vez que há incentivos implícitos para a sobreutilização de meios mais complexos.

O problema é potencializado no modelo tradicional de gestão hospitalar, em que médicos são remunerados por serviço prestado ou produtos e medicamentos fornecidos ao paciente. Nesse modelo, conhecido como “conta aberta” ou “fee for service” (“pagamento por serviço”, em tradução livre), os centros de saúde e profissionais têm o incentivo a realizar o maior número possível de exames e procedimentos, pois são reembolsados por unidade mesmo que a sua necessidade não seja comprovada.

Todas essas questões estão presentes no caso brasileiro. O envelhecimento populacional, por exemplo, tende a se acentuar nos próximos anos. Além disso, o modelo “fee for service” é amplamente adotado no sistema privado de saúde. O país também sofre com um desafio típico de mercados emergentes, conhecido como “double disease burden”¹⁹ (“carga da dupla doença”, em tradução livre). Ou seja, o sistema de saúde precisa arcar com custos tanto de doenças infecciosas, típicas de regiões mais

¹⁸ Ver: ERIXON, F. e MAREL, E.. *What is driving the rise in health care expenditures? An inquiry into the nature and causes of the cost disease*. ECIPE Working Papers, oct/2011. Disponível em: <http://www.ecipe.org/publications/what-is-driving-the-rise-in-health-care-expenditures-an-inquiry-into-the-nature-and-causes-of-the-cost-disease/>. Acesso em: 10/07/2015.

¹⁹ Ver: HSIAO, W. e WELLER, P. S.. What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF Working Paper, 2007. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>. Acesso em: 10/07/2015.

pobres, como de doenças crônicas ligadas ao aumento da expectativa de vida, situação comum em locais de rendas média e alta.

Ainda não há um consenso em torno da melhor solução para essas questões. Há, contudo, uma tendência a adotar medidas que visem a ampliar a transparência das informações do setor para auxiliar na alocação de recursos. O “*Physician Payments Sunshine Act*” nos Estados Unidos²⁰ é um exemplo deste tipo de abordagem. Outra forma encontrada de atenuar os problemas é a alteração na estrutura de incentivos pela adoção de modelos de remuneração alternativos ao “*fee for service*”, como os baseados em *DRG*²¹ (caso dos hospitais) e de *pagamento por performance* para médicos. A modificação das regras de cobertura dos planos de saúde, incorporando aspectos que alinhem os incentivos do consumidor na busca por mais eficiência, também pode ser mencionada.

Em resumo, problemas na estrutura de oferta e demanda, além da grande assimetria de informações no setor de saúde, vêm provocando um forte avanço nos custos do setor pelo mundo. O Brasil também sofre com esse problema. A literatura ainda não identificou uma única solução para os problemas enfrentados, mas modelos que ampliem a transparência e ajustem os incentivos dos agentes tendem a obter resultados melhores ao permitir que o mercado aloque os recursos de forma mais eficiente. Por outro lado, políticas intervencionistas, como controles de preços, costumam ampliar as distorções existentes. A redução na oferta de planos de saúde individuais é um exemplo importante do fracasso desse tipo de abordagem.

2.2.2 Incertezas jurídicas e regulatórias

Também devem ser consideradas alterações no marco regulatório que rege o setor no Brasil. As pesadas restrições e a falta de clareza em muitas das regras limitam o escopo de atuação dos agentes para lidar com os problemas e desafios existentes. Um dos problemas que podem ser destacados é o do aumento do número de pacientes que açãoam a justiça para obter acesso a tratamentos mais onerosos do que os oferecidos pelo plano de saúde ou o SUS, conhecido como “judicialização” ou “litígio da saúde”. Critérios estáveis para a elaboração e atualização do Rol de Procedimentos Vigente pela ANS²² é um tema que também merece atenção. A ausência de regras amplia a insegurança e dificulta o planejamento financeiro das operadoras.

A judicialização pode ser percebida pelo menos desde os anos de 1990, quando portadores do vírus HIV passaram a exigir o fornecimento das drogas para o tratamento

²⁰ Medida que visa aumentar a documentação e disseminação de informação referente às relações entre os participantes do mercado de saúde.

²¹ “*Diagnosis-Related Groups*”. Um modelo de gestão de saúde que utiliza intensivamente a coleta de informações para padronizar custos e receitas conforme os diagnósticos realizados. Para maiores informações, ver: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf. Acesso em: 10/07/2015.

²² Maiores informações em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 31/07/2015.

da condição. As ações foram sustentadas utilizando o preceito do direito constitucional à saúde²³. Com o sucesso destas ações, consagrou-se um princípio e criou-se um precedente para que pessoas com outras enfermidades passassem a buscar acesso a tratamentos por meio de recurso ao sistema judicial²⁴. Desde então, o volume de processos na justiça teve uma grande expansão, superando 240 mil em 2011 de acordo com levantamento do Conselho Nacional de Justiça²⁵. Evidências apontam que esse montante continuou a se expandir ao longo da década²⁶, amparados por grupos que defendem que restrições de natureza econômica não devam ser consideradas nas decisões ligadas ao mercado de saúde²⁷.

Outra questão que afeta profundamente o funcionamento do setor é a elaboração e atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em que constam os tipos de atendimento (entre procedimentos, tratamentos, produtos e exames) que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos seus clientes. Essa lista é produzida por um grupo técnico sob os auspícios da ANS, que posteriormente é submetida à consulta pública²⁸.

A ampliação dos tipos de produtos e serviços cobertos por esse rol nos últimos anos e a falta de flexibilidade desse modelo geram graves problemas no sistema de saúde que vão além das dificuldades no planejamento financeiro das operadoras. Pela assimetria de informações do mercado, a elaboração e atualização do rol fica sujeita a eventuais pressões de grupos de interesse para incluir tratamentos na lista. Idealmente a inclusão de determinado procedimento no rol deveria ser embasada em evidências sólidas de sua efetividade em relação aos tratamentos já existentes, assim como os custos adicionais da adoção pelo setor.

Na prática, o rol gera um preço mínimo para as mensalidades dos planos de saúde e provoca a exclusão de famílias com renda mais baixa do sistema de saúde suplementar,

²³ No artigo 196 da Constituição Federal consta que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além disso, no artigo 198 consta que as “As ações e serviços públicos de saúde” devem garantir “atendimento integral”.

²⁴ Pesquisa em foco: Judicialização: um risco para a saúde pública no Brasil. Artigo disponível em: <http://direitosp.fgv.br/node/71962>. Acesso em: 31/07/2015.

²⁵ Segundo matéria “Brasil tem mais de 240 mil processos na área de Saúde” da Agência CNJ de Notícias disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/56636-brasil-tem-mais-de-240-mil-processos-na-area-de-saude>. Acesso em: 31/07/2015.

²⁶ Segundo matéria da Folha de S.Paulo, os dispêndios decorrentes de ações judiciais mais do que dobraram entre 2010 e 2013 no estado de São Paulo. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432517-judicializacao-na-saude-faz-desigualdade-avancar-dizem-especialistas.shtml>. Acesso em: 31/07/2015.

²⁷ Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 03/08/2015.

²⁸ Segundo a ANS, grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da ANS. Maiores informações podem ser obtidas em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/como-e-elaborado-o-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 31/07/2015.

ao não permitir que os consumidores abdiquem de alguns tipos de cobertura em troca de uma mensalidade menor.

De maneira geral, tanto a judicialização como os problemas na elaboração da lista de procedimentos com cobertura obrigatória contribuem para o avanço dos custos do setor, que são repassados ao consumidor por aumento das mensalidades dos planos (ou por uma deterioração nos serviços prestados por alguns provedores). Para o melhor funcionamento do sistema, é imperativo formular medidas que resultem em maior clareza nas regras, na maneira com que elas são formuladas, e na criação de mecanismos mais transparentes e céleres para a resolução de impasses entre seguradoras, segurados e provedores de serviços.

3 Efeitos esperados do controle de preços

Esta seção traz elementos da teoria econômica e experiências práticas que mostram a importância do sistema de preços nas economias de mercado. As principais consequências da adoção de restrições ao funcionamento desse sistema são a escassez e a piora da qualidade dos produtos e serviços disponíveis aos consumidores. As evidências indicam que o setor de saúde também está sujeito a esses problemas.

São inicialmente mostrados aspectos teóricos do processo de formação de preços e as consequências de intervenções nesse processo. Posteriormente, são apresentados casos bastante difundidos na literatura econômica sobre os efeitos nocivos destes controles de preços, como a redução na oferta de bens e serviços oferecidos e a deterioração da qualidade dos produtos disponíveis para consumo.

Por fim, são discutidos casos específicos do setor de planos de saúde. A drástica queda na participação dos planos de saúde individuais no mercado brasileiro, que sofrem controles maiores em relação aos planos coletivos, será abordada. Experiências de restrições em preços desse tipo de serviço em outros países apresentam resultados semelhantes, conforme é mostrado a seguir.

3.1 Aspectos conceituais

A criação de mecanismos para alocar de maneira eficiente os recursos finitos entre usos alternativos é fundamental em toda sociedade, pois as necessidades de consumo são maiores que os recursos disponíveis para satisfazê-las. Nas economias modernas, as decisões não são tomadas de forma centralizada, mas sim pelos diversos agentes econômicos, que interagem entre si por meio dos mercados, onde as trocas são realizadas²⁹.

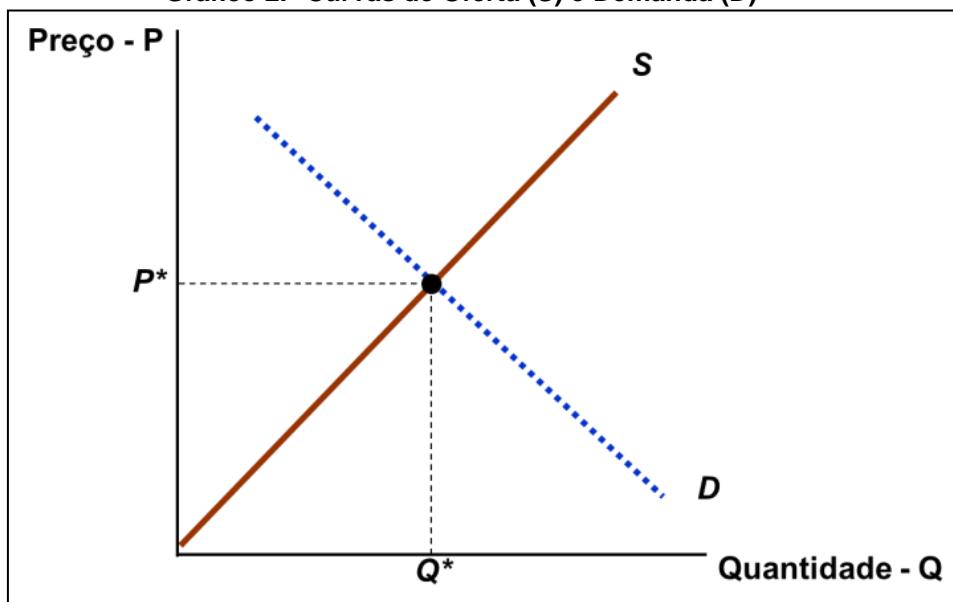
Nessas sociedades modernas, os produtores (firmas) transformam insumos em produtos para o consumo, enquanto os consumidores obtêm renda do lucro das firmas e de outros fatores de produção (trabalho, capital, terra) e adquirem bens da melhor maneira possível para satisfazer suas necessidades. O sistema de preços é peça fundamental para o bom funcionamento desse sistema. É por ele que ocorre a comunicação dos agentes econômicos, que sinalizam o que deve ser produzido e o que os consumidores devem adquirir.

Essas interações entre os agentes não produzem um caos, mas resultados positivos: o sistema de preços fornece incentivos para que a economia utilize os recursos disponíveis da forma mais eficiente.

²⁹ Nas economias planificadas, como a União Soviética, o mecanismo adotado para a resolução deste problema foi a criação de um órgão central responsável pela tomada das decisões econômicas. Este órgão – a Gosplan no caso soviético – decidia, por exemplo, quantos carros seriam produzidos, em quais fábricas e para quais consumidores. A despeito dos vastos recursos computacionais existentes, há uma enorme diversidade de bens, consumidores e produtores, tornando inviável a atividade de planejar de forma centralizada todos os aspectos da economia ao longo do tempo. Esta característica é apontada como um dos principais fatores por trás do colapso das economias planificadas (socialistas).

Os preços são sintomas de causas subjacentes, eles refletem alterações nas forças impessoais da oferta e da demanda, cujos movimentos determinam o preço e a quantidade de equilíbrio. A figura a seguir ilustra de forma simplificada esse processo. Ao se deparar com um aumento do preço de determinado bem, os consumidores tendem a reduzir a demanda por este. As firmas produtoras, por sua vez, em geral respondem de forma positiva a um aumento do preço. A resposta, quando tecnologicamente factível, consiste em uma elevação da quantidade ofertada.

Gráfico 2. Curvas de Oferta (S) e Demanda (D)



Elaboração: Tendências

O equilíbrio neste mercado ocorrerá no ponto em que o preço for igual a P^* . A este preço, a quantidade que as firmas estão dispostas a ofertar (Q^*) é exatamente igual a que os consumidores desejam consumir. Nesta situação, as ações de todos os participantes são consistentes entre si, não havendo excesso de oferta ou de demanda para aquele bem.

Em um mercado livre, no qual os preços não possuem restrições, os desequilíbrios (de oferta ou de demanda) são corrigidos pelo mecanismo de preços. No caso de um excesso de oferta, por exemplo, os produtores são levados a reduzir seus preços, de modo a satisfazer um maior número de consumidores, convergindo, assim, para o preço e a quantidade de equilíbrio (P^* , Q^*). Por outro lado, quando há um excesso de demanda, os consumidores competem pelos produtos escassos, pressionando o seu valor.

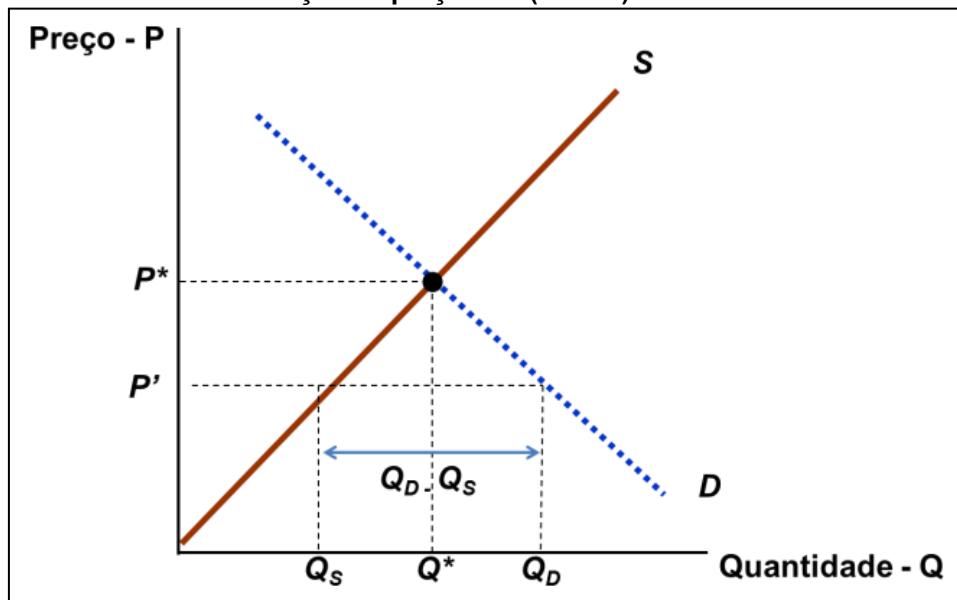
O modelo apresentado acima contém diversas simplificações. A partir dele, contudo, fica clara a intuição de um dos resultados mais importantes da Teoria Econômica: o papel relevante do sistema de preços para o correto funcionamento das economias. O aumento de preços informa aos agentes que um determinado produto está se tornando escasso, incentivando assim novos investimentos no setor produtivo. No sentido oposto, a redução do preço de determinado produto indica à sociedade que a produção deste bem é excessiva, influenciando os empresários a buscarem outras atividades mais rentáveis.

Medidas de controles de preços, seja a partir da imposição de limites máximos ou de mínimos, impedem o pleno funcionamento desse sistema. Com o estabelecimento de limites de preços, os incentivos nos mercados são alterados, ignorando a sinalização dada por estas forças e fazendo com que as transações de determinado bem ocorram ao preço estabelecido e não no de equilíbrio.

A imposição de tetos de preços, nesse sentido, gera grandes distorções e desequilíbrios, causando escassez de produtos no mercado ou piora na qualidade nos bens disponíveis para consumo. As consequências contrastam com as motivações para a adoção desses controles, normalmente ligadas a preocupações com o bem-estar dos consumidores de determinado mercado.

Conforme a figura a seguir, caso o preço de mercado (P' , limite imposto) seja menor do que o de equilíbrio (P^*) haverá um excesso de demanda pelo produto. Ou seja, a este preço (P'), a quantidade total demandada (Q_D) é maior do que a que as firmas estão dispostas a ofertar (Q_S). Assim, alguns consumidores que estão dispostos a comprar o produto não conseguirão fazê-lo ao preço vigente devido a essa redução na oferta, gerando uma perda de bem-estar social.

Gráfico 3. Fixação de preço-teto ($P' < P^*$): excesso de demanda



Elaboração: Tendências

Além disso, como há um excesso de demanda (ou insuficiência de oferta), outros mecanismos precisarão ser adotados para alocar os bens escassos aos diversos consumidores interessados. Este é o caso, por exemplo, de filas, em que é necessário gastar tempo escasso para conseguir comprar determinados bens e serviços. Ou ainda, o surgimento de mercados secundários, nos quais as compras são efetuadas a preços bastante elevados ou mediante influência pessoal.

Os resultados acima elencados têm sido corroborados ao longo dos anos pelas experiências (nacionais e internacionais) de controle de preços, tema abordado com maior profundidade na subseção a seguir.

3.1.1 Casos de escassez e deterioração na qualidade

Evidências práticas de controles de preços confirmam a existência dos problemas de escassez e piora na qualidade de produtos previstos pela teoria econômica. Há exemplos dessas adversidades pelo menos desde o início do século IV, quando o imperador romano Diocleciano impôs um teto para preços de alimentos, salários e fretes que resultou em escassez de produtos nos mercados³⁰. Dentre casos mais recentes, problemas no abastecimento ocorrem tanto em mercados mais avançados, caso dos Estados Unidos, como em economias subdesenvolvidas (Argentina e Venezuela). Também não há maiores distinções da natureza dos efeitos entre o uso de controles de forma ampla ou mais restrita, caso dos planos de saúde individuais no Brasil.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o congelamento temporário de preços e salários feito por Richard Nixon em 1971³¹ visava reverter a dinâmica desfavorável da inflação que se consolidava. Os desequilíbrios oriundos da medida favoreceram uma rápida correção dos mercados após os 90 dias de sua vigência. Pouco tempo depois, as autoridades voltaram a adotar medidas temporárias de controles amplos de preços, novamente sem atingir os objetivos estabelecidos e alimentando situações de escassez pontuais. Ao não ajustar as causas estruturais do processo inflacionário, essas políticas não evitaram que a inflação ao consumidor alcançasse 7% em setembro de 1973³², patamar mais alto em décadas.

Ampliando os desafios norte-americanos, os problemas políticos no Oriente Médio ganharam força em outubro de 1973 e levaram a uma forte alta da cotação do petróleo. Para atenuar os efeitos do choque, as autoridades adotaram diversos controles de preços focados nos produtos da cadeia de petróleo. O desarranjo entre a oferta e a demanda por gasolina, decorrente desses controles, provocou filas nos postos de combustíveis e falta do produto. Os preços artificialmente baixos também inibiram investimentos em extração de petróleo, que poderiam reduzir o diferencial entre a procura e a disponibilidade de gasolina naquele momento. Ou seja, os controles prejudicaram os consumidores. Os equívocos descritos ajudam a explicar a elevada inflação norte-americana entre as décadas de 1970 e 1980.

A América Latina tem um amplo histórico de frustrações nas tentativas de reduzir preços via controles, especialmente nas décadas de 1980 e 1990³³. Os casos recentes da Argentina e Venezuela indicam que mesmo nos dias atuais esse tipo de política falha em evitar aumentos indesejados nos preços, desajustes, escassez e piora na qualidade dos bens disponíveis. Ao congelar preços de diversos produtos ao longo dos últimos anos,

³⁰ Ver: PRODRÓMÍDIS, P.. Another View on an Old Inflation: Environment and Policies in the Roman Empire up to Diocletian's Price Edict, fev/2006. Disponível em: http://www.kepe.gr/pdf/D.P/dp_85.pdf. Acesso em: 08/07/2015.

³¹ Realizado por meio de uma ordem executiva em agosto de 1971. Discurso disponível em: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=3115#axzz1V6aVsxcZ>. Acesso em: 08/07/2015.

³² Evolução da inflação ao consumidor disponível em: <https://research.stlouisfed.org/fred2/series/CPIAUCSL>. Acesso em: 08/07/2015.

³³ Ver: CARDOSO, E.. Hiperinflação na América Latina. Revista de Economia Política, vol. 9, nº 3, set/1989. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/35-2.PDF>. Acesso em: 08/07/2015.

esses dois países passaram a sofrer casos graves de desabastecimento, afetando até mesmo itens como papel higiênico³⁴ e absorventes íntimos³⁵. Além disso, os controles não foram bem sucedidos em evitar uma escalada dos preços, com as duas economias figurando entre as que apresentam as taxas de inflação mais altas do mundo.

O Brasil também tem diversos casos de consequências negativas resultantes de políticas de controles dos preços ao longo de sua história. Os congelamentos amplos de preços, como no Plano Cruzado, foram ineficazes para conter a ameaça inflacionária e ainda geraram uma série de desequilíbrios, que incluíram uma gradual deterioração da qualidade dos produtos disponíveis e episódios de desabastecimento. Esse ambiente acabou por contribuir para a hiperinflação dos anos seguintes, efeito contrário ao que o governo desejava.

O país tem exemplos mais recentes de adversidades causadas pelo intervencionismo governamental na formação de preços. Ainda hoje, as autoridades controlam diversos itens, chamados de “administrados”, como energia elétrica e combustíveis. A gestão problemática de reajustes desses preços ao longo dos primeiros anos da década atual, quando foram mantidos artificialmente baratos para atenuar pressões de outros produtos (os itens “livres”), causou prejuízos financeiros às empresas afetadas, muitas delas estatais dos setores de geração e distribuição de energia e da cadeia de petróleo e derivados. Para corrigir os desequilíbrios acumulados, o governo vem realizando fortes reajustes nessas tarifas, pressionando a inflação nos meses mais recentes e ajudando a alimentar a atual combinação de recessão econômica e inflação elevada.

Em resumo, impor controles de preços causa diversos problemas já bem documentados empiricamente. Os diversos experimentos realizados ao longo das últimas décadas, tanto no Brasil como no exterior³⁶, indicam que o uso desse instrumento gera escassez e piora na qualidade dos bens disponíveis para consumo pela população. Há evidências desse tipo de adversidades até mesmo no setor de saúde brasileiro, como no caso dos planos de saúde individuais. O caso será explorado com maiores detalhes a seguir.

3.2 Controles de preços no setor de planos de saúde

Nesta subseção faremos uma análise sobre os controles de preço que existem no setor de planos de saúde no Brasil e em outros países.

3.2.1 O caso dos planos de saúde individuais no Brasil

Desde 1998, com a aprovação da Lei 9.656/98³⁷, a ANS passou a determinar o reajuste máximo nos planos de saúde individuais contratados a partir de janeiro de 1999³⁸. Estes

³⁴ Ver: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-02-25/tissue-paper-for-venezuelan-oil-swap-offered-by-trinidad>. Acesso em: 08/07/2015.

³⁵ Ver: <http://www.reuters.com/article/2015/01/16/us-argentina-economy-imports-idUSKBN0KP2A920150116>. Acesso em: 08/07/2015.

³⁶ Ver: SCHUETTINGER, R. e BUTLER, E.. Forty Centuries of Wage and Price Controls: How Not to Fight Inflation. The Heritage Foundation, 2009.

³⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm. Acesso em: 31/07/2015.

foram classificados como “planos novos”. Para os planos contratados anteriormente a esta data – ou seja, anteriores a janeiro de 1999 – o reajuste não é aplicado pela Agência e são denominados “planos antigos”³⁹. O percentual de reajuste determinado anualmente pela ANS é o máximo que uma operadora pode aplicar sobre os planos de saúde individuais naquele determinado período. Não há, portanto, reajustes mínimos.

A metodologia para a realização deste reajuste, aplicada desde 2001, leva em consideração, dentre outros critérios, uma média ajustada dos percentuais aplicados pelas operadoras nos planos coletivos com mais de 30 beneficiários, que não sofrem interferência da agência reguladora. A justificativa da ANS é que os contratantes de planos coletivos possuem maior poder de barganha junto às operadoras de planos de saúde, resultando em negociações mais competitivas e que não precisam de intervenção do Estado.

Desta forma, os preços pagos pelos consumidores podem variar significativamente a depender do tipo de plano de saúde que tem contratado: devido à metodologia da ANS, o reajuste determinado pela agência para os planos individuais tende a ser inferior aos dos planos coletivos. É esperado, além disso, que essa diferença aumente ano a ano.

Nesse contexto, a diferença nas receitas provenientes destes planos tende a se expandir, ainda que os custos da gestão dos planos de saúde sejam similares. Como já mencionado anteriormente, a ANS determina através do “Rol de Procedimentos” uma lista com enfermidades e procedimentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a tratar independentemente do tipo de plano contratado.

Deste arranjo resulta que o percentual de reajuste determinado pela ANS para os planos individuais geralmente não é suficiente para cobrir as variações nos custos a cada ano. Assim, as operadoras são desestimuladas a vender esse tipo de plano, pois a manutenção ou aumento da participação deste (em relação ao número total de planos detidos por determinada operadora) pode gerar crescentes prejuízos.

As estatísticas sobre o mercado de planos de saúde apresentadas pela ANS corroboram o fenômeno de redução proporcional dos planos individual/familiar⁴⁰. A Tabela 1 apresenta o número de beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação de plano entre os anos 2001 a 2014. Foram considerados somente os denominados “planos novos”, ou seja, somente aqueles contratados a partir de janeiro de 1999.

³⁸ Mais especificamente, o art. 35-E da Lei 9.656/98.

³⁹ De acordo com a Súmula Normativa Nº 5, de 4 de dezembro de 2003, a ANS determinou que alguns contratos firmados antes de janeiro de 1999 também podem ser reajustados de acordo com índice divulgado pela Agência. Isto ocorre quando as cláusulas referentes a esses contratos não indicarem explicitamente o índice de preços utilizado para o reajuste do valor dos planos.

⁴⁰ Dados disponíveis em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 03/08/2015.

Tabela 1. Número de beneficiários de planos “novos” privados de assistência médica por tipo de contratação – 2001 a 2014

Data contratação	Total		Coletivo		Individual	
	Nº planos	(%)	Nº planos	(%)	Nº planos	(%)
dez/01	12.153.066	100	8.472.211	69,7	3.680.855	30,3
dez/02	14.260.273	100	10.060.272	70,5	4.200.001	29,5
dez/03	17.144.311	100	12.367.952	72,1	4.776.359	27,9
dez/04	20.563.224	100	15.100.775	73,4	5.462.449	26,6
dez/05	23.391.513	100	17.336.880	74,1	6.054.633	25,9
dez/06	25.885.109	100	19.426.413	75,0	6.458.696	25,0
dez/07	28.660.207	100	21.803.753	76,1	6.856.454	23,9
dez/08	31.693.857	100	24.652.953	77,8	7.040.904	22,2
dez/09	33.783.274	100	26.497.541	78,4	7.285.733	21,6
dez/10	36.660.631	100	28.935.042	78,9	7.725.589	21,1
dez/11	38.791.556	100	30.799.163	79,4	7.992.393	20,6
dez/12	41.364.148	100	33.121.554	80,1	8.242.594	19,9
dez/13	43.647.419	100	35.163.371	80,6	8.484.048	19,4
set/14	44.832.723	100	36.263.246	80,9	8.569.477	19,1

Fonte: ANS. Elaboração: Tendências.

Das informações apresentadas, observa-se que o número de beneficiários dos planos novos aumentou consideravelmente, de 12,1 milhões em dezembro de 2001 para quase 45 milhões em setembro de 2014. Entretanto, apesar do crescimento absoluto dos planos individuais contratados – de 3,6 milhões em dezembro de 2001 para 8,5 milhões em setembro de 2014 – sua participação diminuiu em relação ao número de planos totais contratados de 30,3% para 19,1% no mesmo período de análise.

Dito de outra forma, os planos de saúde do tipo coletivo tiveram um crescimento mais acelerado neste período. Sua participação saltou de 69,7% em dezembro de 2001 para 80,9% em setembro de 2014, ou seja, um crescimento de 11,2 pontos percentuais.

Assim, ao buscar evitar reajustes elevados nas mensalidades nos planos de saúde individuais pela imposição reajustes máximos, os resultados sugerem que essa política pode de fato ter provocado efeitos adversos sobre o consumidor. Com menor poder de repasse de custos nos planos individuais, as operadoras e seguradoras passaram a restringir a oferta desses planos e a priorizar a venda de planos coletivos, onde há menos restrições. Ou seja, os indivíduos e famílias que desejam adquirir um plano de saúde têm um conjunto menor de opções disponíveis, enquanto os detentores de planos coletivos (a maioria atualmente) continuam sujeitos aos reajustes de mercado.

Conforme previsto pela teoria econômica e por evidências históricas de políticas de controles de preços, a legislação não protegeu de maneira eficaz os consumidores e levou a um problema de escassez do serviço cujos preços são regulados. O crescente aumento dos custos de saúde no Brasil, aliado à limitação do seu repasse aos consumidores, cria incentivos para que essas empresas sejam desestimuladas a oferecer tais planos sob o risco de incorrerem em crescentes prejuízos.

Para que a ANS consiga atingir seus objetivos de efetivamente reduzir os preços pagos pelos consumidores são necessárias ações mais amplas, que alterem os incentivos de

todos os agentes participantes desta cadeia para reduzir distorções. Neste contexto, um marco regulatório alternativo com vistas a maior eficiência e menores custos não deveria conter medidas de controles de preços.

3.2.2 Regulação para planos coletivos com menos de 30 funcionários

Além dos planos de saúde individuais, a ANS vem aumentando o controle de preços sobre outras categorias. Por exemplo, publicou em outubro de 2012 a Resolução Normativa nº 309, que estabeleceu regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 vidas⁴¹. A partir da publicação deste ato, foi permitido que os planos de saúde desta categoria (inferior a 30 beneficiários) fossem agrupados por operadora e seus reajustes calculados conjuntamente.

A justificativa para a aplicação desta medida, segundo a ANS⁴², é a possibilidade de diluir os riscos desses contratos e oferecer maior equilíbrio no cálculo do reajuste. Isto porque as operadoras são obrigadas a divulgar os percentuais aplicados a estes planos em seu sítio eletrônico, reduzindo a assimetria de informação, intensificando a competitividade entre as operadoras de planos de saúde e, consequentemente, aumentando o poder de escolha dos consumidores.

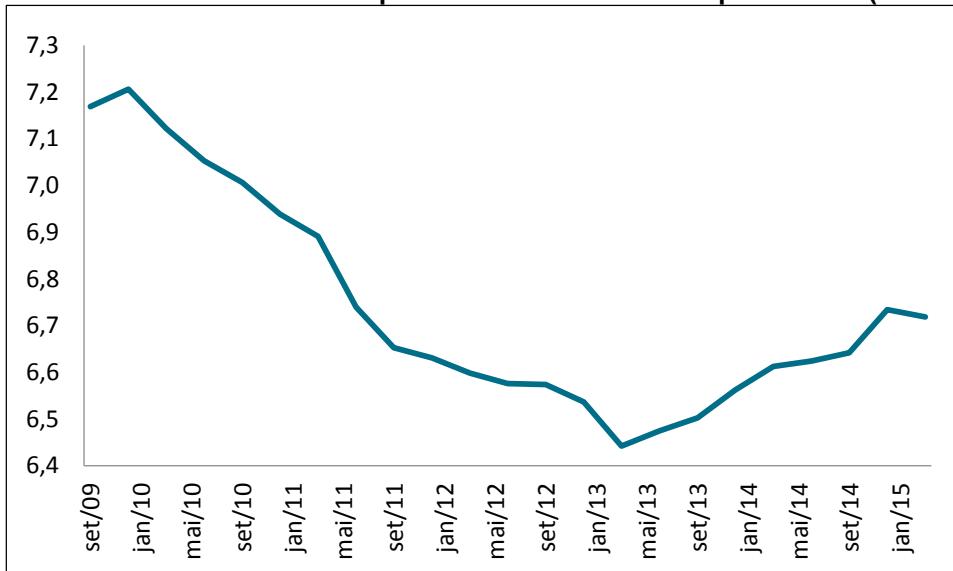
A ANS ressalta que não define os percentuais de reajuste dos planos (da maneira como é realizado o reajuste dos planos individuais/familiares), mas somente as regras para o cálculo desses percentuais. Os reajustes podem ser realizados sem autorização prévia da ANS, mas esta pode solicitar a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste para verificar o percentual aplicado.

Esse tipo de resolução, conforme já mostrado, tende a agravar as incertezas do mercado e gerar desequilíbrios ainda mais expressivos, pois o risco de intervenções reduz o incentivo ao oferecimento dessa modalidade de plano. A principal consequência esperada é, novamente, uma redução na oferta desta modalidade de plano em favor de outra que não possua as mesmas restrições.

No caso, a oferta de planos por adesão, que não sofre a mesma intervenção, tende a absorver parte desse mercado, tornando a política de controle de preços novamente ineficaz para resolver os problemas, gerando desequilíbrios adicionais no setor. A figura a seguir ilustra esse movimento, com um aumento do número de beneficiários dos planos coletivos por adesão após as mudanças nas regras para os planos coletivos com menos de 30 beneficiários.

⁴¹ A Agência afirma que a operadora pode estabelecer uma quantidade de beneficiários superior para formar o agrupamento, mas este deverá ser único e aplicável a todos os contratos sob administração da operadora.

⁴² Informação disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1793-ans-define-regras-de-reajuste-para-planos-coletivos-com-menos-de-30-beneficiarios>. Acesso em: 03/08/2015.

Gráfico 4. Beneficiários de planos de saúde coletivos por adesão (milhões)


Fonte: ANS. Elaboração: Tendências.

Esses controles de preços geram ainda um problema adicional. Com os limites impostos para os aumentos das mensalidades, torna-se mais difícil ajustar a cobrança pelas diferenças nas taxas de sinistralidades entre os clientes. No caso, por exemplo, de contratantes de planos coletivos com mais de 30 beneficiários, existem incentivos para a promoção de ações de medicina preventiva, pois uma redução no uso dos serviços do plano a colocaria em posição mais favorável para negociar os termos dos contratos.

Por outro lado, clientes de planos coletivos com menos de 30 beneficiários não têm incentivos para realizar estas ações positivas, já que as operadoras não poderiam repassar as reduções de custos advindas da menor sinistralidade. Sob as regras atuais, essas operadoras tendem a diluir o impacto desses clientes entre os outros de sua carteira, penalizando aquelas que porventura promovam medidas para a promoção da saúde dos seus funcionários e redução da necessidade de uso dos planos.

Como consequência dessa necessidade de equacionar os clientes menos rentáveis, a operadora passa a ter dificuldade em fidelizar os seus melhores clientes, que buscam alternativas. O planejamento financeiro das operadoras de planos de saúde que atuam nesse mercado, assim, fica comprometido.

Destaca-se também a impossibilidade de as operadoras oferecerem condições mais favoráveis para seus clientes cuja sinistralidade tenha caído de forma consistente ao longo do tempo, pois não há a possibilidade de reajustes maiores a outros clientes que estejam na condição oposta (aumento da sinistralidade ao longo do tempo).

4 Alternativas de regulação

Do exposto, fica evidente que o controle de preços não é a melhor alternativa para resolver os problemas enfrentados. Ao contrário do efeito vislumbrado pelo regulador, a ampliação da política de teto de reajustes tem trazido grandes desequilíbrios ao mercado, gerando redução na oferta, como no caso dos planos individuais, ou piora na qualidade dos serviços. A ampliação do uso destes mecanismos agravaría ainda mais as distorções existentes.

A solução para os problemas enfrentados, nesse contexto, passa por uma reformulação profunda do setor de saúde brasileiro. A criação de uma agenda de reformas deve tornar o atual marco regulatório mais simples, funcional e previsível, com medidas que reduzam pressões de custos sem comprometer o bem estar dos pacientes.

Uma agenda de reformas ideal deve conter ajustes em três frentes, que são discutidas a seguir. Primeiro, mostramos a necessidade ampliar a transparência dentro do setor de saúde, notadamente marcado por assimetrias de informação, abrindo espaço para que os participantes tenham condições de tomar decisões mais fundamentadas. Também são apresentadas propostas para alinhar os incentivos dos diversos agentes que compõem esse mercado, para reduzir algumas das fontes de desperdícios de recursos. Por fim, são ilustradas formas de dar suporte à competição no setor, reduzindo barreiras à entrada de competidores e à troca de planos de saúde pelos consumidores.

4.1 Agenda de ampliação da transparência

Diante dos obstáculos decorrentes da assimetria de informações do mercado de saúde, é essencial a criação de mecanismos para disseminar a existente. Os agentes, assim, podem tomar as suas decisões de maneira mais eficiente. Alguns exemplos de políticas são listados a seguir.

a) Adoção do prontuário eletrônico dos pacientes

Um registro unificado do histórico médico de um paciente, com os resultados de diagnósticos e exames realizados, contribuiria significativamente para aumentar a eficiência do sistema de saúde suplementar brasileiro. A ferramenta tem um grande potencial para redução nos custos e melhora na qualidade dos atendimentos.

Esse prontuário eletrônico, que organiza as informações existentes, facilitaria o trabalho dos profissionais da saúde e, assim, ajudaria a evitar erros em diagnósticos. Além disso, a solicitação redundante de exames poderia ser drasticamente reduzida, já que os agentes teriam disponíveis todos os dados já coletados em período anterior, e que ainda sejam válidos.

A regulamentação da disseminação dessas informações, de modo a garantir a utilização, quando necessária, dos dados sem comprometer a privacidade do pacientes, teria efeitos positivos no mercado de saúde. O registro ainda teria o potencial de contribuir para o monitoramento de ações dos profissionais, coibindo fraudes.

b) Ranking de hospitais

A falta de informações padronizadas sobre a qualidade de atendimentos em hospitais, e a não publicidade dos indicadores já existentes, dificulta significativamente a especificação dos serviços por eles prestados.

A criação e ampla divulgação de índices padronizados de variáveis-chave, tais como a taxa de infecção hospitalar e de mortalidade operatória, controlados pela gravidade dos casos envolvidos, é essencial para que os pacientes possam escolher os locais de preferência no atendimento.

A disseminação desses dados elevaria a competição entre as unidades hospitalares, e ofereceria aos pacientes a possibilidade de escolher os melhores centros. Por outro lado, os planos de saúde poderiam adaptar a sua remuneração ao desempenho destes indicadores.

c) Monitoramento de remuneração de médicos

Iniciativas semelhantes ao já mencionado “*Physician Payments Sunshine Act*” dos Estados Unidos, favorecem a melhora do sistema de saúde ao tornar públicos dados referentes aos pagamentos a médicos, feitos por fornecedores de medicamentos, dispositivos e materiais em geral.

Esse tipo de base de dados, que idealmente seria alimentada tanto pelos fornecedores como pelos médicos, deve incluir todos os gastos das empresas e seus representantes com os profissionais, incluindo viagens a congressos, consultorias e amostras de produtos.

A ideia é identificar potenciais conflitos de interesses entre os participantes, ao fornecer aos pacientes e planos de saúde informações para auxiliar nas suas escolhas e remuneração. A ampla publicidade facilitaria a detecção de indícios de atividades ilícitas ou antiéticas eventualmente praticadas por esses profissionais em suas recomendações de procedimentos e materiais.

d) Atualização do rol de procedimentos

Há espaço para aperfeiçoamento do Rol de Procedimentos de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde. De um lado, é importante que este contemple a necessidade de incluir indivíduos com menor capacidade de pagamento no sistema de saúde suplementar. Tal objetivo só seria alcançado pela moderação nos procedimentos obrigatórios, que assim permitiria o barateamento do plano.

Também é importante definir critérios estáveis e baseados em evidência de custo-efetividade para a inclusão de novos procedimentos e tratamentos no rol. Não é incomum que determinados procedimentos de grande custo e baixa efetividade em relação aos métodos já existentes sejam incluídos no rol, o que provoca inexoravelmente um encarecimento do valor cobrado pelos planos para que seja possível remunerar os provedores destas soluções mais caras.

e) *Outros*

Assim como no caso dos hospitais, há uma carência de índices padronizados e de fácil acesso à população sobre a qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde. Dados sobre o histórico de reajustes daquele plano frente ao restante do mercado, indicadores de satisfação e taxas de expansão ou redução no número de beneficiários seria benéfico para o processo de escolha dos usuários entre os diferentes planos disponíveis no mercado.

4.2 Agenda de alinhamento de incentivos no setor

No modelo atual do mercado de planos de saúde, há distorções que limitam a eficiência dos atendimentos realizados. Uma vez que os hospitais e clínicas são em geral remunerados pelos planos de saúde por serviço prestado ou produto utilizado nos tratamentos, há um incentivo implícito para uma prescrição excessiva. Ao mesmo tempo, como não há custos adicionais aos pacientes, além do pagamento fixo periódico aos planos, é criada uma estrutura em que os consumidores são pouco sensíveis ao aumento dos custos dos atendimentos. No caso dos planos de saúde, há poucos benefícios em assegurar que os pacientes tenham os tratamentos mais eficientes na busca por reduzir custos. Algumas soluções que contribuem para minimizar esses problemas são listadas a seguir.

a) *Adoção de modelos de remuneração de hospitais e clínicas baseados em “DRG”*

O abandono gradual do modelo de remuneração hospitalar conhecido como “*fee for service*” em favor de outros baseados no já mencionado DRG é fundamental para reduzir o desperdício hoje existente no setor, e assim reduzir os custos dos atendimentos sem comprometer a qualidade do serviço oferecido aos pacientes.

Na abordagem atual, pela qual as clínicas são remuneradas por serviço prestado, há o incentivo à realização do maior número possível de exames e procedimentos. Um modelo que remunere os provedores segundo cada tipo de paciente e enfermidade tem potencial de reduzir substancialmente esses desperdícios.

Experiências nesse sentido têm sido adotadas com sucesso em diversos países, mesmo em economias emergentes⁴³, sugerindo que a alteração nessa estrutura de incentivos tem potencial para aprimorar a gestão do setor de saúde no Brasil.

A adoção destas novas metodologias de remuneração deve ser precedida de estudos e negociações entre as partes, para que a remuneração proposta (e os riscos transferidos aos hospitais) seja condizente com o equilíbrio econômico-financeiro dos hospitais e clínicas existentes, desde que estes operem com um grau de eficiência aceitável.

⁴³ DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75150/3/HSS_HSF_DP.E.10.2_eng.pdf. Acesso em: 16/07/2015

b) Adoção gradual de remuneração de médicos baseados em “pay for performance”

Analogamente ao modelo de remuneração hospitalar conhecido como DRG, a remuneração dos profissionais de saúde também deve sofrer mudanças estruturais visando o pagamento pela qualidade dos serviços prestados e não somente pela quantidade. Há um grande potencial de aumento na produtividade ao alinhar os incentivos do profissional da saúde para a melhora na produtividade.

Assim como nos DRG, a adoção desse tipo de modelo demanda uma grande quantidade de informações catalogadas para que seja possível construir indicadores adequados para a avaliação do desempenho dos médicos. Do mesmo modo, deve-se atentar aos riscos de reduzir a qualidade dos atendimentos na busca de redução dos custos.

c) Adoção gradual de pagamento de “franquia” por pacientes

Também é necessário conscientizar os consumidores dos serviços de saúde para a necessidade de reduzir os custos e deixar o sistema mais eficiente. Pela concorrência que existe no setor, grande parte do ganho de eficiência seria restituído ao próprio consumidor na forma de menores preços.

Uma forma amplamente utilizada em outros mercados para incentivar os pacientes a participarem desse processo é pela cobrança de uma “franquia” pelo uso dos serviços oferecidos pelos planos de saúde. A quantia cobrada, ainda que simbólica e com estrutura regressiva conforme o custo dos atendimentos, sinalizaria aos segurados que aquele atendimento tem um custo e não deve ser utilizado sem necessidade. Esse tipo de abordagem também tem potencial para reduzir o valor fixo pago pelas famílias às operadoras de planos de saúde.

4.3 Agenda de incentivo à competição

Como em todo setor, a ampliação da competição entre os ofertantes é a forma saudável e sustentável para se criar um mercado mais eficiente, que permita o crescimento daqueles mais eficientes, e penalize os que não conseguem oferecer serviços com melhor qualidade e preços mais baixos.

Em linha com as medidas para aumento da transparência, mecanismos que permitam aos consumidores (potenciais ou efetivos) a comparação de preços e coberturas⁴⁴ oferecidas pelos planos de saúde favorecem a competição entre as empresas ofertantes. A disponibilização de dados históricos sobre reajustes e reclamações, assim como o grau de resolução de queixas, também é importante neste contexto.

Instrumentos que permitam uma maior facilidade na troca entre os planos de saúde pelas famílias, promovendo a portabilidade, também devem ser implementados para incentivar a competição entre as empresas.

⁴⁴ Inclusive a qualidade do atendimento da rede credenciada de cada operadora.

Além disso, em razão da regulação restritiva, o setor de saúde ainda possui barreiras residuais à entrada de novos ofertantes, que devem ser repensadas de modo a criar uma estrutura mais competitiva.

5 Sínteses e conclusões

Os planos de saúde são essenciais para garantir o acesso das famílias aos procedimentos realizados pelo setor privado. O caráter, em geral, aleatório dos problemas de saúde *vis-à-vis* os custos elevados para alguns tratamentos e a precariedade dos serviços públicos tornam esse tipo de intermediação extremamente importante para facilitar o planejamento financeiro das famílias, que pagam uma quantia fixa às operadoras dos planos.

O sucesso desse modelo pode ser ilustrado pelos mais de 50 milhões de beneficiários desse tipo de serviço no Brasil e pela satisfação elevada das famílias com os planos adquiridos. Segundo pesquisa recente realizada pelo IBOPE, 75% dos beneficiários de planos de saúde das principais regiões metropolitanas do país estão satisfeitos com os serviços oferecidos pelos seus planos.

Devido à grande importância desse mercado, o governo passou a regular de forma mais restritiva seu funcionamento, impondo limites à atuação das operadoras de planos de saúde. As intervenções ocorrem tanto pelas restrições aos reajustes como por determinar quais serviços devem ser cobertos por aquele valor. A combinação descrita gera desequilíbrios que são propagados ao longo da cadeia de valor do segmento.

O setor, vale destacar, já operava em um ambiente repleto de problemas intrínsecos ao modelo vigente, agravados por assimetrias informacionais entre os participantes. Dentre os grandes desafios do segmento, pode ser mencionada a inflação de custos do segmento, questão comum a diversos países do mundo e também relevante no Brasil. Adicionalmente, incertezas ligadas à crescente “judicialização” da saúde contribuem para as distorções deste mercado.

As políticas de controles de preços, nesse contexto, apenas agravam os desafios existentes. A literatura econômica identifica diversos aspectos teóricos e evidências práticas dos efeitos nocivos desses controles, que incluem a escassez e a piora da qualidade dos produtos e serviços disponíveis. O setor de saúde também está sujeito a esses problemas, como pode ser ilustrado pela drástica queda na participação dos planos de saúde individuais no mercado brasileiro após a imposição de limites para os reajustes em mensalidades.

Tendo em vista os problemas ligados à abordagem atual das autoridades, é necessário criar uma agenda de reformas para o setor. Os ajustes devem ocorrer em três principais frentes. Primeiramente, é necessário ampliar a transparência dentro do setor de saúde, abrindo espaço para que os participantes tenham condições de tomar decisões mais fundamentadas. Políticas que alinhem os incentivos dos diversos agentes que compõem esse mercado, por sua vez, são essenciais para reduzir algumas das fontes de desperdícios de recursos. Por fim, formas de dar suporte à competição no setor também são necessárias.

Uma agenda de transparência deve incluir, por exemplo, a adoção de prontuário eletrônico dos pacientes, rankings de hospitais e monitoramento da remuneração de

médicos por fornecedores de medicamentos e dispositivos em geral. Para alinhar os incentivos, são necessários ajustes nos modelos de remuneração hospitalar e dos profissionais da área médica, além da eventual adoção de cobrança de franquia dos beneficiários dos planos. Por fim, barreiras residuais à entrada de novos ofertantes e à troca de planos pelas famílias devem ser relaxadas visando estimular a competição.

Em suma, a complexidade do setor de planos de saúde e a grande importância desse mercado para as famílias torna imperativa a busca por um melhor funcionamento da cadeia. Políticas que não levem em conta problemas estruturais do modelo, como controles de preços, tendem a agravar os desafios existentes e propagar distorções. Assim, é essencial buscar uma agenda positiva para corrigir os problemas existentes e garantir que o setor ofereça os melhores serviços para a população.