



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MESTRADO EM ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO

AS FALHAS DE MERCADO E OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL COM UMA ABORDAGEM DAS NOVAS RESPONSABILIDADES PARA OS AGENTES DESSE MERCADO.

Marcio Lima Medeiros

Dissertação submetida ao Departamento de Economia da Universidade de Brasília como requisito à obtenção do título de Mestre em Economia sob a orientação do Professor Paulo Britto.

Brasília, maio de 2010.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
MESTRADO EM ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO

**AS FALHAS DE MERCADO E OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL COM UMA ABORDAGEM DAS NOVAS
RESPONSABILIDADES PARA OS AGENTES DESSE MERCADO.**

Marcio Lima Medeiros¹

Brasília, maio de 2010.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise do mercado de saúde suplementar brasileiro, apresentando uma revisão da literatura econômica sobre as falhas deste mercado, bem como a importância e os mecanismos de regulação. No Brasil, antes da promulgação da Lei 9656/98 o sistema regulatório do mercado de saúde praticamente inexistia, passando a se estruturar com a criação da ANS em 2000. A criação da ANS trouxe fortalecimento e estimulou o desenvolvimento de expertise para regular com mais intensidade e propriedade por meio de mecanismos regulatórios com o objetivo de reverter as distorções e falhas existentes nesse mercado e garantir os direitos dos usuários. O estudo das falhas de mercado nos traz a compreensão da complexidade e da importância da regulação para o bom funcionamento do mercado de saúde a fim de possibilitar o equilíbrio entre oferta e a demanda. Este trabalho aborda a necessidade de alterar o tipo de competição com foco no valor ao paciente ao invés de recair na redução e transferência de custos entre os participantes. Para tanto discutimos sobre novas formas de remuneração e a lançamos a hipótese de utilizar autogestões públicas como instituições parceiras da ANS com vistas a induzir comportamentos mais racionais dos médicos e dos usuários dos serviços, o que permitiria minimizar os gastos com saúde desnecessários. O estudo do mercado de saúde tem obtido atenção especial dos economistas em todo o mundo devido à crise de financiamento dos sistemas de saúde, seja ele predominantemente privado ou público, instalada em diversos países. Certamente um melhor entendimento das relações entre os agentes envolvidos contribui para aprimorar as políticas regulatórias.

Palavras-Chaves: Regulação. Falhas de mercado. Mercado de planos de saúde. Autogestão.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the Brazilian health insurance market, presenting a review of economic literature on the failures in this market as well as the importance and regulation mechanisms. In Brasil, before the promulgation of Law No 9656/98, the health market's regulatory system barely existed, being structured later with the creation of ANS, the National Health Agency (in portuguese, *Agência Nacional de Saúde*) in 2000. The creation of ANS strengthened and stimulated the development of expertise to regulate with more intensity and property by means of regulatory mechanisms, through regulatory mechanisms, aiming to reversing teh distortions and failures existing in that market and assure the rights of users. The study of market failures brings us to understand the complexity and importance of regulation for the proper functioning of the healthcare market to enable the balance between supply and demand. This work approaches the need for a competition shift to focus on the patient, as opposed to focusing on transference and cost reduction. For that we discussed new ways to pay and launched the hypothesis of using self-management public and partner institutions of the ANS in order to induce more rational behavior of physicians and users of services, which would minimize unnecessary health spending. Health markets have been getting special attention from economists all over the world, due to the financial crisis present in the health systems of several countries, wether predominantly public or private. A better understanding of the relationship among all parts involved will certainly contribute to the improving on regulatory policies.

Key-Words: Regulation. Market failures. Health insurance market. Self-management.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM – Administradora

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMB – Tabela de Remuneração de Procedimentos da Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANSI – American National Standards Institute

ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária

AUTO – Autogestão em saúde / **AUTOCM** – Autogestão com Mantenedor

AUTORH – Autogestão gerida por Recursos Humanos

AUTOSM – Autogestão sem Mantenedor

CADE - Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CADOP – Cadastro de Operadoras

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CASSI - Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil

CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CM – Cooperativa Médica

CO – Cooperativa Odontológica

CPT – Cobertura Parcial Temporária

C4 - Razão de Concentração considerando as quatro operadoras mais relevantes

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação das operadoras

DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras

DLP – Doença e Lesão Preexistente

DRG – Diagnosis Related Groups (Grupos Relacionados por Diagnósticos)

EUA – Estados Unidos da América

FI – Filantropia

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GEAP - Grupo Executivo de Assistência Patronal

HIPA - Health Insurance Portability and Accountability Act – Lei da Portabilidade Americana

HHI - Indicador de Herfindahl-Hirschman

IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM - International Business Machines

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

IHA – Integrated Health Association

IN – Instrução Normativa

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LPM – Lista de Procedimentos Médicos

MGRP – Medicina de Grupo

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NTAP - Nota Técnica Atuarial de Provisões

OECD (OCDE) – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OGRP – Odontologia de Grupo

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais

OPS – Operadora de Plano de Saúde

PAC – Programa de Aceleração de Crescimento

PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

PIB – Produto Interno Bruto

PMA – Patrimônio Mínimo Ajustado

P4P – Pay for performance (Pagamento por performance)

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RE – Resolução da Diretoria

RIM – Reference Information Model

RN – Resolução Normativa

SBDC - Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

SDE - Secretaria de Direto Econômico

SEAE - Secretaria de Acompanhamento Econômico

SEG – Seguradora

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

SIP – Sistema de Informação de Produto

SP/SADT – Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapias

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TISS - Troca de Informação na Saúde Suplementar

TISSNET/APLICATISS – Aplicativos para envio das informações no padrão XML.

XML – Extensible Markup Language – protocolo de troca de informações

W3C - World Wide Web Consortium

LISTA DE TABELAS, FIGURAS, FIGURAS E APÊNDICIES

TABELAS

Tabela 1 – Concentração do mercado segundo o valor do indicador HHI	14
Tabela 2 – Receita de contraprestações e despesas das operadoras de planos de saúde, segundo porte da operadora (Brasil 2009)	17
Tabela 3 – Distribuição de operadoras de saúde por modalidade de operação (Brasil Mar/2009)	18
Tabela 4 – Quantitativo de usuários por tipo e época de contratação	19
Tabela 5 – Contraprestação e Receita de Prêmios Médios	20
Tabela 6 – Riscos cobertos pelas principais provisões técnicas	43
Tabela 7 – Indicadores do SIP	61
Tabela 8 – Comparativo da composição do mercado antes e pós-regulação	64
Tabela 9 – Taxa de cobertura de planos privados de saúde (Brasil – 2000 – 2009)	65

FIGURAS

Figura 1 – Health spending around the world, 2006 – (Mapa dos gastos com saúde no mundo em proporção do PIB em 2006)	04
Figura 2 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo e época de contratação do plano (2009)	11
Figura 3 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por segmentação assistencial do plano (Brasil - dezembro/2009)	12
Figura 4 – Operadoras de planos de saúde com registro ativo (Brasil 1999-2009)	13
Figura 5 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde de assistência médica com ou sem odontologia (Brasil – dezembro/2009)	15
Figura 6 – Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos (Brasil – dezembro/2009)	16
Figura 7 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000-2009)	65

APÊNDICES

Apêndice I – Normas editadas pelo CONSU	90
Apêndice II – Principais Normas editadas pela ANS sobre garantias financeiras	91
Apêndice III – Principais Normas editadas pela ANS sobre Cobertura Assistencial, controle de preços, portabilidade de carências, TISS e regras de acompanhamento econômico-financeiro	92
Apêndice IV – Concentração do mercado de saúde segundo o valor do indicador HHI e C4 por região e modalidade de operação	93
Apêndice V – Características dos principais sistemas de saúde do mundo	94

ANEXO

Anexo I - Mecanismos de Regulação das principais falhas de mercado	95
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	05
3 MARCOS REGULATÓRIOS	06
4 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	08
4.1 - Modalidades de Operação na Saúde Suplementar	09
4.2 - Segmentação Assistencial	11
4.3 - Estrutura do Mercado	13
5 FALHAS DO MERCADO DE SAÚDE	21
5.1 – Riscos e Incertezas	22
5.2 – Risco Moral	23
5.3 – Seleção Adversa	24
5.4 – Seleção de Risco	25
5.5 – Externalidades	26
5.6 – Assimetria de Informações entre médico e paciente	27
5.7 – Existência de Barreiras	28
5.8 – Judicialização	29
5.9 – Bem Meritório	30
6 IMPORTÂNCIA DA REGULAÇÃO	31
7 OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	35
7.1 – Regulação prudencial	41
7.2 – Cobertura Assistencial	45
7.3 – Portabilidade de carências	50
7.4 – Regulação dos preços	53
7.5 – Informação em saúde: padrões, sistemas e trocas	57
8 IMPACTO DA REGULAMENTAÇÃO DA ANS	63
9 FORMAS ALTERNATIVAS DE REMUNERAÇÃO NO MERCADO DE SAÚDE	67
10 O MODELO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE COMO BENCHMARKING	75
11 COMENTÁRIOS FINAIS	79
12 REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	90
ANEXO	95

1. INTRODUÇÃO

O funcionamento e financiamento do sistema de saúde brasileiro são certamente duas questões das mais complexas num país marcado por um elevado grau de desigualdade na distribuição de renda. O sistema de saúde brasileiro é híbrido com a demanda de mais de 56 milhões de usuários de planos ou seguros de saúde privados pertencentes à denominada saúde suplementar, dentre 42,9 milhões de planos de saúde de assistência médica com ou sem odontologia e 13,2 milhões exclusivamente odontológicos (ANS, 2010), e uma grande parte da população, aproximadamente 135,4 milhões de cidadãos, que opta exclusivamente pelos serviços públicos de saúde, pois não requer nenhuma contrapartida financeira direta.

A crise do financiamento dos sistemas de saúde se alastra na maioria dos países pelo mundo, seja pelo envelhecimento da população associado com incorporação e acumulação de tecnologias na assistência à saúde que ampliam a expectativa de vida a custos bem elevados. Seja pela opção que grande parte dos sistemas mundiais adotou de tratar a doença ao invés de investir maciçamente na atenção à saúde primária e preventiva sabidamente mais econômica no longo prazo. Outro aspecto que contribui para a crise é a utilização de recursos de forma ineficiente decorrente das falhas de funcionamento deste mercado em que prevalece uma competição baseada na lógica de transferência de custos entre seus agentes.

Porter e Teisberg (2007) afirmam que a melhor maneira de otimizar os resultados dos sistemas de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes, mas o foco tem recaído na disputa pela redução e transferência de custos. O valor na assistência à saúde é verificado avaliando-se a condição de saúde do paciente como resultado de todo o ciclo de atendimento (Porter e Teisberg, 2007).

O fato é que a trajetória dos gastos com saúde como proporção do PIB em vários países do mundo segue um ritmo crescente (OECD Health Data 2008) sem garantia de cobertura universal, especialmente nos EUA que evidencia a falência de um mercado predominante privado e pouco regulado. No caso do Brasil, os dados do Ministério da Saúde (MS_DATASUS, 2006) revelam uma oscilação com redução das despesas relativas ao PIB destinadas à saúde de 1995 até o ano de 2002, quando há uma recuperação da tendência de crescimento. Tal trajetória provavelmente acompanhou a situação econômico-financeira do mesmo período.

O Brasil mantém um sistema de saúde de acesso universal, entretanto o percentual de gasto do governo como proporção do PIB, 4,8% em 2004, foi bem abaixo de países desenvolvidos que possuem sistema similar como a Austrália, Canadá, Reino Unido e Suécia que apresentavam em 2004 percentuais de gastos do setor público em relação ao

PIB de, respectivamente, 6,5%, 6,8%, 7,0% e 7,7% (OMS, 2007). O mesmo relatório indica que o percentual de gasto brasileiro no mesmo ano, em comparação aos países da América Latina, foi inferior ao da Colômbia, que apresentou um percentual de 6,7%, mas superior ao da Argentina (4,3%), Bolívia (4,1%), Uruguai (3,6%), Chile (2,9%), Paraguai (2,6%) e Venezuela (2,0%). Segundo a OMS (2008) há uma forte evidência de correlação entre crescimento econômico associado com maiores gastos na saúde e aumento da expectativa de vida da população residente.

Em 2006, o mapa dos gastos com saúde em proporção do PIB da Organização Mundial de Saúde (Figura 1) evidencia o tratamento dispensado pelos países desenvolvidos na assistência à saúde em comparação aos demais países emergentes e subdesenvolvidos. O Brasil já se coloca entre os países que alocam em gastos com saúde entre 5,1% e 8% da proporção do PIB, permanecendo num patamar inferior ao de países como Estados Unidos, Canadá, Austrália e os da Europa ocidental.

Entretanto um grande volume de gastos na assistência à saúde não é suficiente para garantir a qualidade e cobertura de toda a população. O sistema de saúde norte americano é um exemplo de ineficiência, pois aloca em torno de 16% do PIB sem garantir acesso à saúde pública ou privada para mais de 50 milhões de pessoas que lá residem (PEARSON, 2009 e SICKO, 2007).

Os governos de todo o mundo, não só nos países de baixa renda, estão continuamente revendo a forma como os seus sistemas de saúde são financiados, seja na forma de como as receitas são arrecadadas, seja como regular a repartição dos riscos inerentes deste mercado, de modo a decidir quais serviços serão prestados ou adquiridos, e como os prestadores de serviços de saúde devem ser remunerados. O grande desafio é gerar recursos públicos ou privados suficientes para a manutenção do sistema de saúde, garantindo que o custo dos cuidados com a saúde não impeça que as pessoas recebam os serviços necessários.

A abordagem desse trabalho irá iniciar com a fundamentação histórica da evolução da saúde suplementar no Brasil até o estágio atual, destacando os marcos regulatórios de maior importância deste setor. O primeiro marco regulatório foi a Lei 9.656/98, que disciplinou uma cobertura mínima de procedimentos, impedindo exclusões contratuais de atendimento de determinadas patologias e limitações de período de internação que constavam em letras minúsculas nos contratos firmados entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores. O segundo marco foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que consolidou o papel de responsável pela regulamentação, impondo regras para entrada, saída e o modelo de funcionamento e acompanhamento da performance econômico-financeira das operadoras, tornando esse mercado mais sólido e

conseqüentemente mais seguro para os usuários.

Em seguida, é feita uma abordagem geral do setor, explicando a organização nos aspectos relacionados à modalidade de operação, segmentação assistencial e participações no mercado.

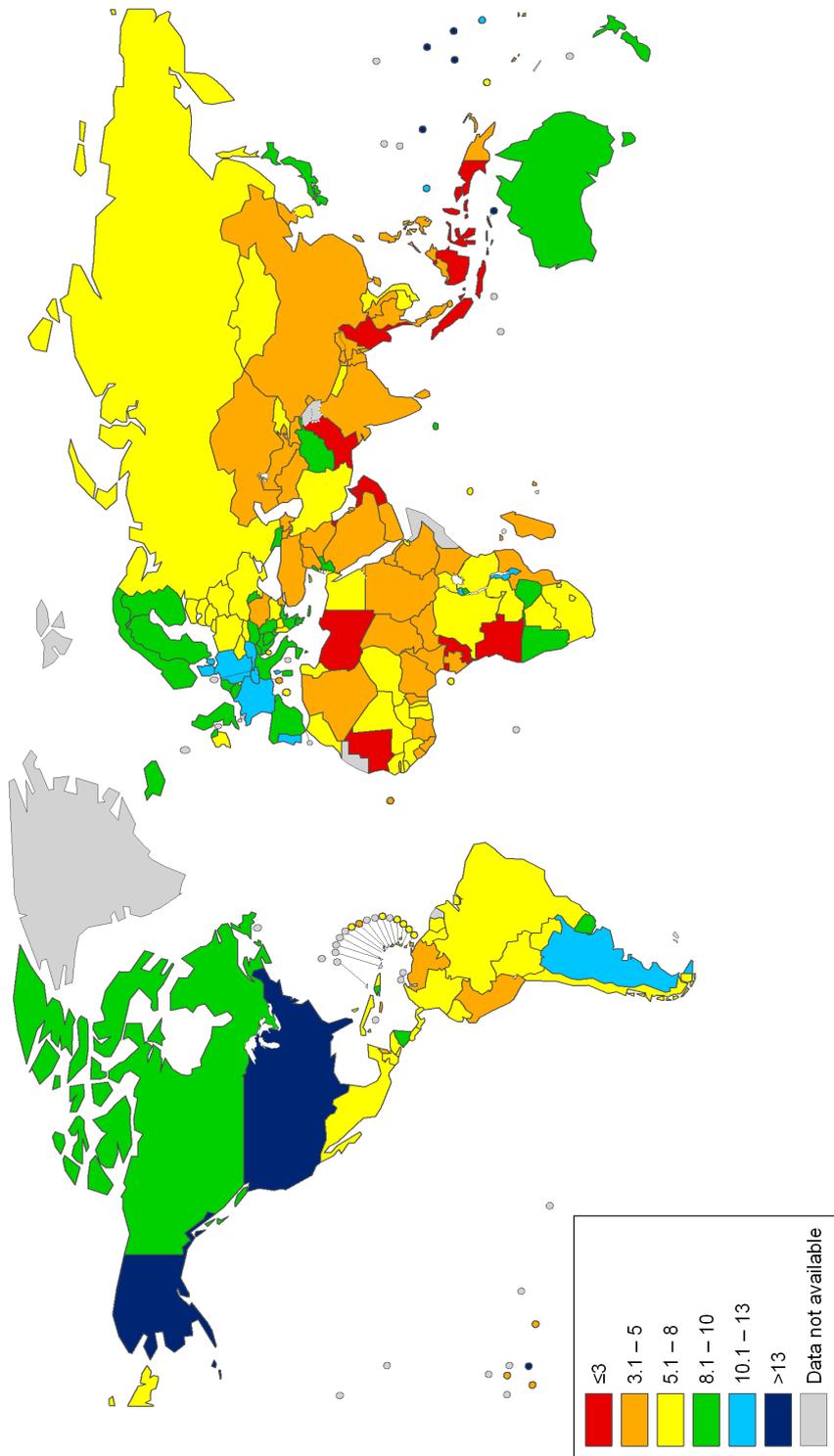
O estudo das falhas de mercado nos traz a compreensão da complexidade e da importância da regulação para o bom funcionamento do mercado de saúde a fim de possibilitar o equilíbrio entre oferta e a demanda.

Sob esse prisma, discutimos a importância da regulação econômica com uma atuação do Estado visando corrigir as falhas desse mercado por meio de mecanismos de regulação já analisados por ampla literatura econômica, que potencialmente minimizam a assimetria de informações entre operadoras, consumidores e prestadores. Não será tema de abordagem deste trabalho a regulação social com vistas a proteger o cidadão que está em uma situação de hipossuficiência pela necessidade de serviços de saúde.

Por fim, apresentamos estratégias com o objetivo de alterar a competição do mercado de saúde para um modelo que privilegie o resultado para os usuários de planos e seguros de saúde, especialmente a escolha da forma de remuneração. Para tanto, surgem novas responsabilidades para os agentes deste mercado, visando uma alocação ótima dos recursos disponíveis sejam eles privados ou públicos. O segmento que mais se aproxima desse novo arranjo institucional necessário com foco no paciente são as autogestões em saúde devido à sistemática utilizada, mas ainda bem distante de alcançar um patamar satisfatório que privilegie investimentos maciços em prevenção, promoção à saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Figura 1

**Health spending around the world, 2006
(share of gross domestic product, %)**



Data Source: National Health Accounts series, World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS) World Health Organization

World Health Organization
© WHO 2006. All rights reserved

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

2. UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A raiz da assistência à saúde suplementar nas organizações brasileiras remonta aos anos 20 nas empresas de estrada de ferro devido à importância desse ramo no país naquela época, sendo posteriormente criado o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que apresentava financiamento tripartite: composto por empregados, empresas e governo, visando atender, inicialmente, as categorias de portuários, marítimos, bancários, comerciários e industriários. O poder de barganha de cada categoria é que determinava a maior ou menor variação da amplitude da assistência e dos serviços médicos ofertados.

No Brasil o modelo estrutural de assistência médica estava intimamente relacionado à saúde previdenciária, prevalecia o modelo de seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e CAPs.² Esses institutos, representantes das diversas categorias de trabalhadores urbanos, ofereciam, em sua grande maioria, a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares credenciados. Nos anos 1940 surgiram as caixas de assistência, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que estes serviços pudessem ser prestados por ela.

Em 1944 nasce a Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) que em abril de 2010 já registrava mais de 817.000 mil participantes³. Em 1945 surge a Assistência Patronal, atualmente denominada Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP, para assistir, inicialmente, aos funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários com extensão gradual para uma grande parte dos servidores do poder executivo, alcançando em março de 2010 mais de 700.000 mil beneficiários⁴ entre servidores e seus familiares. Essas iniciativas foram estimuladas pelo governo que concedia benefícios fiscais para que as empresas do setor industrial e de serviços organizassem sistemas de saúde.

A década de 60 é um marco na história da Saúde Suplementar, pois várias categorias passam a dispor de planos de saúde: trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do governo federal, entre outras. Ocorreu, também, a unificação dos IAPs, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que a partir de 1974 desdobrou-se em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) – administrava e recolhia recursos; o INPS – administrava e concedia o pagamento

² Ver mais detalhes em UNIDAS (2005).

³ Informação disponível em www.cassi.com.br. Acesso realizado em 29/04/10.

⁴ Informação disponível em www.geap.com.br/geap/ge_index.asp. Acesso realizado em 28/03/10.

de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – administrava o sistema de saúde previdenciário. O novo modelo desagradou principalmente àqueles representantes de categorias com maior poder econômico, haja vista que houve uniformização de benefícios e ampliação de atendimento para parcela da sociedade que antes não era atendida, restando oferta insuficiente de prestação de serviços de saúde.

A demanda reprimida gerada pela ineficiência da rede pública motivou o crescimento do mercado de prestação de serviços privados de saúde, visando criar uma alternativa à precária assistência médica oferecida pelo estado.

Durante as décadas de 80 e 90, o país viveu momentos de explosão inflacionária, fazendo com que as operadoras de planos de saúde de mercado, nesse período, auferissem a maior parte de seus lucros de receita financeira, proveniente, em grande parte dos planos de pré-pagamento. Essa fase desestruturou os processos gerenciais de contabilidade de custos dos planos e seguros de saúde, pois o foco ficou voltado para as receitas financeiras. Várias empresas participavam do mercado com o objetivo de atrair capital, mas sem expertise no negócio de saúde e outras negligenciaram o investimento em capital humano, o que ocasionou uma queda brusca de receita com a estabilização da economia no pós Plano Real.

Em 1988 surgiu a Constituição Cidadã⁵ que representou uma radical mudança na oferta de saúde pública. A regulamentação da Constituição criou o Sistema Único de Saúde – SUS – universal, integral e gratuito sem necessidade de nenhuma contrapartida financeira. Entretanto a implantação desse modelo não foi precedida dos investimentos necessários, fazendo com que a parte da população de baixa renda enfrentasse filas e atendimentos ineficientes nos serviços públicos, enquanto a classe média e classe alta aumentavam a demanda por planos e seguros de saúde privados.

3. MARCOS REGULATÓRIOS

Com mais de 40 anos de existência efetiva, o sistema privado apresentou oferta e demanda significativamente crescentes até o surgimento do marco regulatório da saúde suplementar - Lei 9.656/1998. Este ordenamento criou um novo equilíbrio e novas práticas no mercado de planos de saúde.

A referida lei disciplinou uma cobertura mínima de procedimentos, impedindo exclusões contratuais de atendimento de determinadas patologias e limitações de período de internação que constavam em letras minúsculas nos contratos firmados entre as

⁵ Expressão cunhada por Ulisses Guimarães, Presidente da Assembléia Constituinte, haja vista os direitos e garantias fundamentais assegurados na Constituição de 1988.

operadoras de planos de saúde e os consumidores. Por outro lado, essas empresas enfrentaram questões de aumento dos custos médico-hospitalares e das elevadas taxas de sinistralidade que foram repassados aos consumidores com elevação de preços. O novo modelo regulatório representou uma evolução nas garantias contratuais de prestação de serviços de saúde ao consumidor, mas ao mesmo tempo retira a possibilidade da classe de baixo poder aquisitivo de optar por consumir esse serviço devido ao novo equilíbrio de preços do mercado, sobrecarregando o sistema público de saúde.

A acomodação desse novo marco legal foi construída com muitos embates políticos, econômicos e jurídicos associados com alterações promovidas por 44 Medidas Provisórias – MP - no texto original da Lei. Importante mencionar três questionamentos fundamentais que foram argüidos no judiciário: a) a retroatividade aos contratos anteriores à Lei 9.656/1998; b) o ressarcimento ao SUS e c) abrangência às seguradoras. Destas, apenas a questão das seguradoras foi completamente equacionada pelo executivo, com edição de Medida Provisória específica, posteriormente convertida na Lei 10.185/2001. Dos outros dois questionamentos: o Supremo Tribunal Federal decidiu, em 2003, pela irretroatividade aos contratos anteriores à Lei 9.656/1998 e o ressarcimento por uso do SUS de usuários de planos privados está pendente de julgamento do mérito, mas com decisão favorável ao ressarcimento em 5 casos concretos por essa corte.

A criação⁶ da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 2000 representou um avanço para o setor tanto do ponto de vista de regulamentação clara e bem definida para os agentes do mercado, bem como para a construção de uma matriz de informações, base para o processo regulatório, com o objetivo de minimizar as falhas deste mercado por meio da intervenção mais intensa do Estado.

A ANS impõe regras para a entrada, permanência e saída das empresas, bem como zela pela performance econômico-financeira das operadoras, tornando esse mercado mais sólido e conseqüentemente mais seguro para os consumidores. Produziu, desenvolveu e aperfeiçoou sistemas de informação para saúde suplementar, possibilitando aos usuários de planos de saúde, operadoras e prestadores de serviço maior compreensão e apropriação do setor, tornando-os, dessa forma, menos assimétricos.

A evolução do sistema suplementar privado de saúde brasileiro trouxe inovações e melhorias, sem dúvidas, mas está muito distante de boa parte dos brasileiros que não dispõem de renda para comprar esse serviço, apesar de já ter alcançado mais de 56 milhões de usuários atendidos por 1502 operadoras conforme dados do Caderno de Informações da Saúde Suplementar de março de 2010.

⁶ A Lei nº 9.961/00 delegou responsabilidade legal à ANS, autarquia subordinada ao Ministério da Saúde, pela expedição de normas e padrões para o envio de informações pelas operadoras, assim como pela integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

4. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro é misto com oferta de serviços públicos por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, que garante atendimento a qualquer cidadão sem nenhuma contrapartida financeira, e oferta de serviços privados de prestadores de serviços de saúde diretamente ou intermediadas por operadoras e seguradoras especializadas em saúde. O SUS é composto por centros de saúde, postos de saúde, hospitais públicos - incluindo os universitários e conveniados, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O foco deste trabalho é o setor privado, denominado de saúde suplementar, que é organizado por um conjunto de interações e relações contratuais, pelo lado da oferta representado pelas operadoras de planos de saúde, seguradoras especializadas em saúde, prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde, indústria de medicamentos e a indústria de insumos para assistência à saúde que juntas se apropriam de grande parte dos recursos alocados neste setor. Pelo lado da demanda, temos os consumidores individuais, pessoas físicas, os clientes corporativos, pessoas jurídicas, e os beneficiários⁷ das autogestões em saúde. O financiamento do setor privado é responsabilidade integral⁸ dos usuários deste sistema que arcam com os custos da contratação de um plano ou seguro de saúde, mas podem deduzir do Imposto de Renda 27,5% do montante da despesa médico-hospitalar.

Segundo dados disponíveis no caderno de informações da ANS de março de 2009, entre dezembro de 2004 e dezembro de 2008, o número de beneficiários cresceu 22,3%. Para o mesmo período, o IBGE estima o crescimento da população em 5,9%. Como resultado, a taxa de cobertura da população por planos ou seguros de saúde teve um incremento significativo, passando de 18,7% para 21,6% da população (ANS, 2009a). O mesmo relatório indica que os idosos (maiores de 60 anos) têm cobertura pouco maior (24,1%) que os não idosos (21,3%) e apresentaram crescimento consistente ao longo dos últimos anos. Cabe destacar que os dados informados pela ANS desconsideram em torno

⁷ É dado um tratamento diferenciado entre consumidor e beneficiário, pois a relação do primeiro com a operadora é baseada na lógica da lucratividade da empresa, enquanto o tratamento do segundo baseia-se na solidariedade e mutualismo de um grupo fechado que faz autogestão do negócio sem fins lucrativos.

⁸ No caso dos servidores públicos, o governo subsidia os custos dos cuidados com a saúde com um valor per capita mensal mínimo de R\$ 72,00. (MPOG, 2010).

de 500.000 beneficiários das autogestões em saúde, com personalidade de direito público, destinadas, principalmente, aos servidores federais do Legislativo, Judiciário e Ministério Público da União, pois elas não encaminham suas informações para agência.

4.1 Modalidades de Operação na Saúde Suplementar

A ANS classifica⁹ as operadoras de planos de saúde privadas nas seguintes modalidades, conforme seu estatuto jurídico e nos termos da Lei 9.656/98.

I - Autogestão¹⁰ (AUTO): entidades que operam serviços de assistência à saúde, destinadas exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. As autogestões são divididas em três categorias:

a) Autogestão por RH (AUTORH): a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007;

b) Autogestão com Mantenedor (AUTOCM): a pessoa jurídica de direito privado ou público¹¹ de fins não econômicos que, possui entidade pública ou privada mantenedora que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde através da apresentação de termo de garantia, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007 e Instrução Normativa – IN DIOPE n.º 10/2007;

c) Autogestão sem Mantenedor (AUTOSM): a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007.

Obs: Até 2006, as Autogestões eram classificadas em Patrocinadas e Não Patrocinadas.

⁹ Ver definições em Caderno de Informações da Saúde Suplementar (ANS, 2009a).

¹⁰ A ANS possibilita planos para familiares dos beneficiários titulares até o terceiro grau de parentesco.

¹¹ No Brasil, existe uma modalidade de autogestão com personalidade jurídica de direito público, não subordinada à ANS, que opera planos de saúde geridos por departamento de órgãos públicos destinados aos servidores e seus familiares com subsídio da União. Essas autogestões concentram-se no Judiciário, Legislativo e Ministério Público da União, cada qual com estatutos e modelos de negócio específicos, pois não estão sujeitas à Lei 9.656/98, haja vista a natureza da personalidade jurídica de direito público.

II - Cooperativa Médica (CM): sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nessa modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como pela divisão do superávit obtido pela cooperativa. A Unimed é a mais representativa desse modelo e organiza-se por unidades municipais, com ampla autonomia, vinculando-se a federações que, por sua vez, vinculam-se a uma confederação nacional. Oferecem ampla cobertura territorial, pois a rede credenciada é compartilhada por meio de intercâmbio entre as Unimed's.

III - Cooperativa odontológica (CO): sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

IV - Filantropia (FI): entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

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

VI - Seguradora¹² especializada em saúde (SEG): sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

VII - Medicina de grupo (MGRP): demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

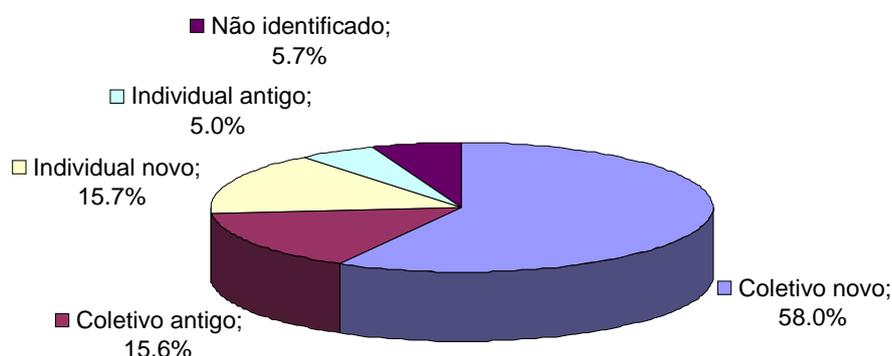
VIII - Odontologia de grupo (OGRP): demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos.

Dentre essas modalidades de operação, os contratos se dividem em coletivos e individuais. O panorama do mercado de saúde suplementar brasileiro indica uma prevalência significativa para os contratos coletivos. O caderno de informações da ANS de março de 2009 aponta que 73,6% dos beneficiários decorrem de contratos coletivos, principalmente, de empresas ou associações. A evolução da dinâmica do mercado mostra uma tendência de redução do mercado de planos individuais. As seguradoras praticamente não ofertam mais esse tipo de plano, focando nos clientes corporativos como forma de

¹² A Lei 10.185/2001 disciplinou que as seguradoras poderão operar Plano Privado de Assistência à Saúde conforme definição da Lei nº 9.656/1998, sujeitas à fiscalização da ANS.

compartilhar e minimizar o problema da seleção adversa, tema que será tratado mais adiante neste trabalho.

Figura 2
Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo e época de contratação do plano.



Fonte: ANS (2009a).
Elaborado pelo autor.

4.2 Segmentação Assistencial

A ANS determina que a oferta de planos de assistência à saúde por parte de operadoras privadas deve se ajustar em determinada segmentação assistencial, que caracterizará a extensão da cobertura assistencial de acordo com o tipo de plano. É uma das principais informações que o consumidor de plano de assistência à saúde deve observar, uma vez que a segmentação vai determinar os eventos de saúde cobertos. De acordo com a legislação, uma operadora de plano de saúde pode oferecer diversos tipos de cobertura, sendo obrigatória a oferta do Plano-Referência¹³ e facultada a oferta das segmentações apresentadas a seguir:

- Ambulatorial;
- Hospitalar com obstetrícia;
- Hospitalar sem obstetrícia;
- Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial;
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico;

¹³ Cobertura mínima disciplinada pela Lei 9.656/98. Entretanto existem os chamados planos antigos cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, antes de 1º de janeiro de 1999, para os quais o Judiciário deliberou pela fidelidade do que está estabelecido em contrato. A operadora deve obrigatoriamente oferecer a opção de adesão aos planos novos para os usuários desses contratos, ocorre que a elevação da contrapartida financeira por parte do usuário é significativa, fazendo com que mais de 12 milhões de usuários, 22,5% do total, (ANS, 2009a) permaneçam com os planos antigos conforme dados da tabela 3.

- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico;

A combinação das diversas coberturas oferecidas pelos planos de saúde, considerando-se a segmentação assistencial, permite agrupá-los em:

- Planos de assistência médica com ou sem odontologia: podem incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia;
- Planos exclusivamente odontológicos: oferecem apenas assistência odontológica.

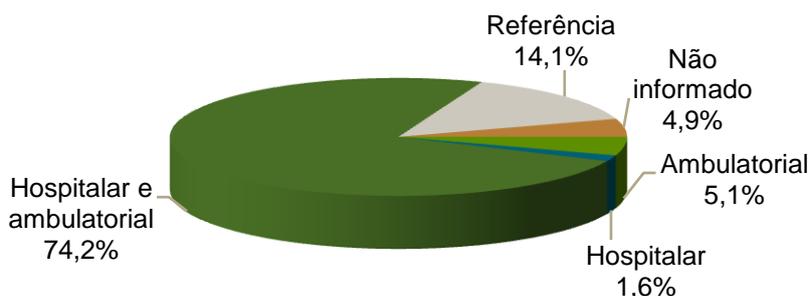
A grande maioria de consumidores de planos ou seguros de saúde não possui informação suficiente para avaliar a possibilidade de contratar um plano com cobertura limitada. A segmentação por si só pressupõe a interrupção da linha do cuidado, pois os planos segmentados resultam no parcelamento do cuidado. No plano ambulatorial, as consultas de urgência, mesmo quando necessárias, não são seguidas da internação, sobrecarregando o sistema único de saúde com uma parcela da população que teria condições de arcar com os seus cuidados de saúde.

A opção do legislador no Brasil foi emplacar o plano do tipo referência que garante uma cobertura mínima de procedimentos, mas 74,2% dos beneficiários têm contratado um plano do tipo hospitalar e ambulatorial sem perda de cobertura comparada ao Plano-Referência. A análise dos dados da figura 3 indica o *trade-off* entre preço e segmentação da cobertura, pois verificamos que os atuais consumidores optam por uma garantia ampla de cobertura, mesmo que a um custo maior.

A maior concentração de vendas de planos ou seguros de saúde nas regiões metropolitanas, tema abordado mais adiante, deve ser a razão pela escolha de cobertura ampla da maioria de usuários, pois nesses centros urbanos o SUS está saturado e apresenta longas filas de espera para atendimentos cirúrgicos ou até ambulatoriais.

Figura 3

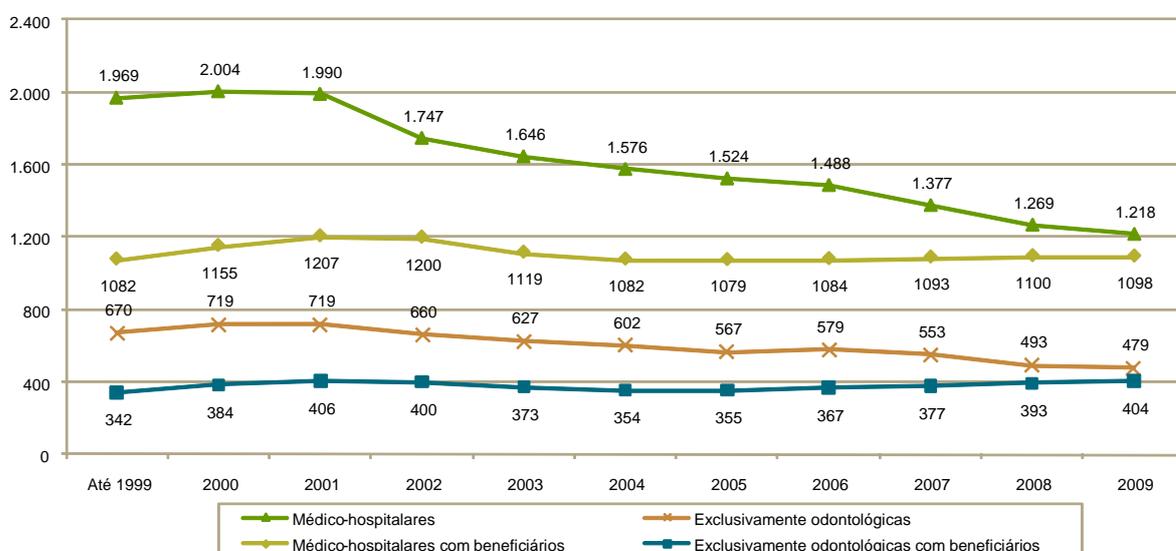
Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por segmentação assistencial do plano (Brasil - dezembro/2009)



4.3 Estrutura do mercado

Dados dos últimos cadernos de informação da ANS apontam que o mercado de saúde suplementar tem uma tendência de concentração devida, em grande parte, à insolvência de operadoras que não suportaram o ônus da regulação imposta pela ANS. O número de registros apresentou uma constante de 199 cancelamentos em 2007 e 2008 e 99 cancelamentos em 2009 contra novos registros respectivamente de 62, 31 e 34. O fluxo negativo do registro de operadoras ocasionou uma redução de 38,14% do número de operadoras médico-hospitalares em atividade e de 28,51% do número de operadoras exclusivamente odontológicas em atividade comparando os registros de 2009 com o ano de 1999.

Figura 4
Operadoras de planos privados de saúde com registro ativo (Brasil - 1999-2009)



Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2009 e SIB/ANS/MS - 12/2009

Schmidt e Lima (2002) e Ocké-Reis (2007) abordam em seus trabalhos dois indicadores bastante utilizados para medir a concentração de um mercado: razão de concentração C4 e o indicador de Herfindahl-Hirschman - HHI, calculados a partir da soma do *market share* de “M” operadoras de planos de assistência à saúde, considerando para o C4 as quatro operadoras de planos mais relevantes no mercado.

$$C_4 = \sum_{i=1}^4 \beta_i \leftrightarrow \beta_i = \frac{Q_i}{\sum_{i=1}^M Q_i} \leftrightarrow C_4 = \sum_{i=1}^4 \left[\frac{Q_i}{\sum_{i=1}^M Q_i} \right]^2$$

β_i é o *market share* da empresa i, ou seja, a parcela de beneficiários da operadora i no mercado considerado.

O C4 mede o *market share* das quatro maiores operadoras, ou seja, o percentual de beneficiários que essas empresas detêm. O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência – SBDC, que visa à defesa dos consumidores e repressão ao abuso do poder econômico, constituído¹⁴ pela: Secretaria de Acompanhamento Econômico - SEAE do Ministério da Fazenda, Secretaria de Direto Econômico - SDE do Ministério da Justiça e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE (autarquia vinculada ao Ministério da Justiça), considera um mercado concentrado se C4 é maior do que 75%¹⁵.

O índice Herfindahl-Hirschmann (HHI) considera, diferentemente do C4, todas as empresas e seu tamanho relativo. Herfindahl (1950) definiu o HHI pela soma dos quadrados dos *market-shares* das empresas que ofertam no mercado – quanto menor o índice, menor a concentração.

$$HHI = \sum_{i=1}^M \beta_i^2 \leftrightarrow HHI = \sum_{i=1}^M \left[\frac{Q_i}{\sum_{i=1}^M Q_i} \right]^2$$

Tabela 1

Concentração do mercado segundo o valor do indicador HHI

Intervalos	Níveis de Concentração
HHI ≤ 10%	Mercado Altamente Competitivo
10% < HHI ≤ 18%	Mercado Moderadamente Concentrado
18% < HHI ≤ 100%	Mercado Altamente Concentrado
HHI = 100%	Monopólio Puro (Única Operadora)

Fonte: Atlas Econômico-financeiro da Saúde Suplementar (Atlas-2008).

Dentre as 1762 operadoras de planos de assistência à saúde em atividade, apenas 13 são seguradoras especializadas em saúde. Esse segmento do mercado já apresentava alta concentração desde 2003¹⁶ com HHI de 25,76%, acima de 18%¹⁷, e C4 de 86,94%, acima de 75%. No ano de 2008 os indicadores HHI de 21,43% e C4 de 80,54% das seguradoras informados na publicação do Atlas 2008 da situação econômico-financeira da

¹⁴ A Lei 8.884/94 delega poderes a três órgãos encarregados da defesa da concorrência no País: SEAE, SDE e CADE. A SEAE e a SDE possuem função analítica e investigativa, sendo responsáveis pela instrução dos processos, ao passo que o CADE, sendo um tribunal administrativo, é a instância julgante do Sistema. As decisões do CADE não comportam revisão no âmbito do Poder Executivo, podendo ser revistas apenas pelo Poder Judiciário. A atuação dos órgãos de defesa da concorrência subdivide-se em três vertentes: (i) o controle de estruturas de mercado, via apreciação de fusões e aquisições entre empresas (atos de concentração), (ii) a repressão a condutas anticompetitivas e (iii) a promoção ou "advocacia" da concorrência.

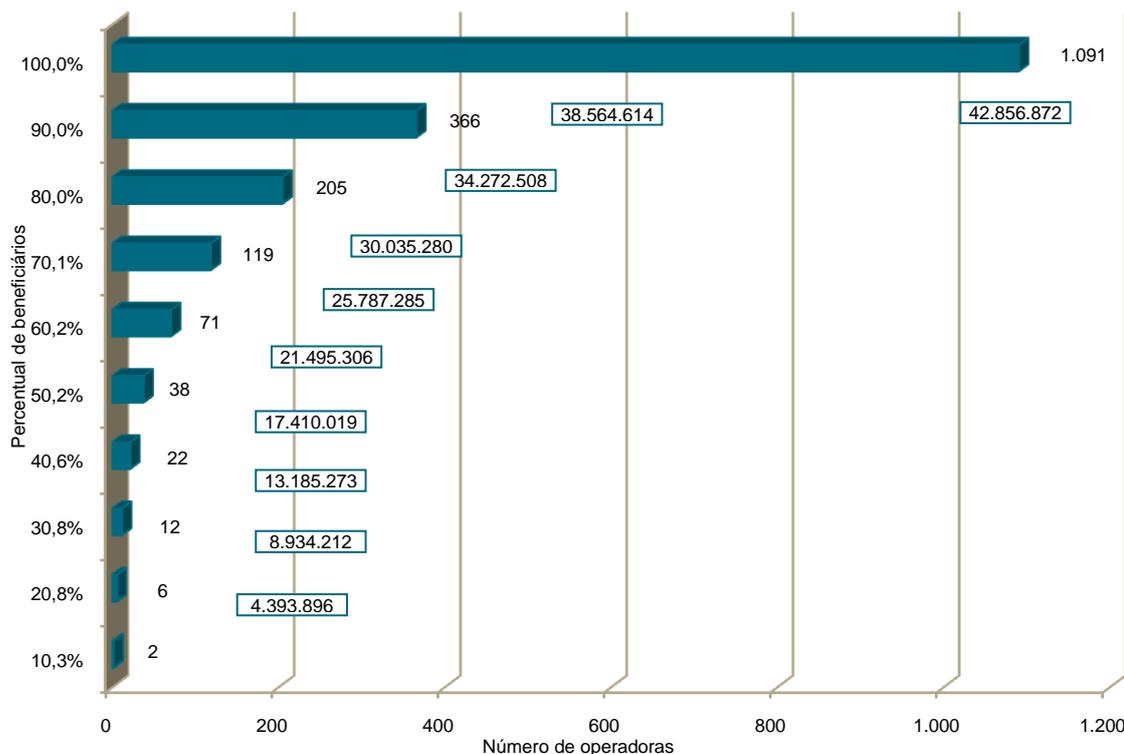
¹⁵ A Portaria Conjunta SEAE/SDE Nº 50, de 1º de agosto de 2001, define que um mercado que apresenta C4 maior que 75% reveste-se de uma concentração que gera o controle suficientemente alto para viabilizar o exercício coordenado de poder de mercado, necessitando regulação do Estado.

¹⁶ Antes de 2003 não havia dados disponíveis de HHI e C4 para avaliar a concentração do mercado.

¹⁷ O leitor interessado em se aprofundar em medidas de concentração deve ler Herfindahl (1950), Schmidt e Lima (2002) e Ocké-Reis (2007).

saúde suplementar reduziram-se respectivamente em 16,80% e 7,36%, mas com valores ainda muito elevados. Avaliando-se esses mesmos indicadores desagregados no mesmo período, observamos que todas as regiões apresentam mercado altamente concentrado para as seguradoras. Na região norte, o HHI atingiu 29,47% com C4 de 92,26%, na região nordeste o HHI registrado foi de 26,44% enquanto o C4 foi de 88,93%. Para as demais regiões, os valores apresentados de HHI e C4 na mesma publicação foram respectivamente de: 24,75% e 85,57% para o centro-oeste; 20,25% e 80,50% para o sudeste e 31,16% de HHI e 91,31% para o C4 da região sul. Entretanto, devemos observar que o mercado de seguradoras especializadas em seguros de saúde não concorre isoladamente, ao contrário faz parte de um mercado em que há competição especialmente com medicinas de grupo e cooperativas. Segundo o Atlas Econômico-Financeiro de 2008 da ANS, o HHI nacional de todas as operadoras apresentou o percentual de 1,27 para o ano de 2008 enquanto o C4 de mesma abrangência e período registrou o percentual de 16,70. Neste sentido, pode-se verificar que o mercado de saúde brasileiro é muito heterogêneo, necessitando uma abordagem de cada região para se concluir sobre o nível de concentração do mercado.

Figura 5
Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras de assistência médica com ou sem odontologia (Brasil - dezembro/2009)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2009 e CADOP/ANS/MS - 12/2009

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

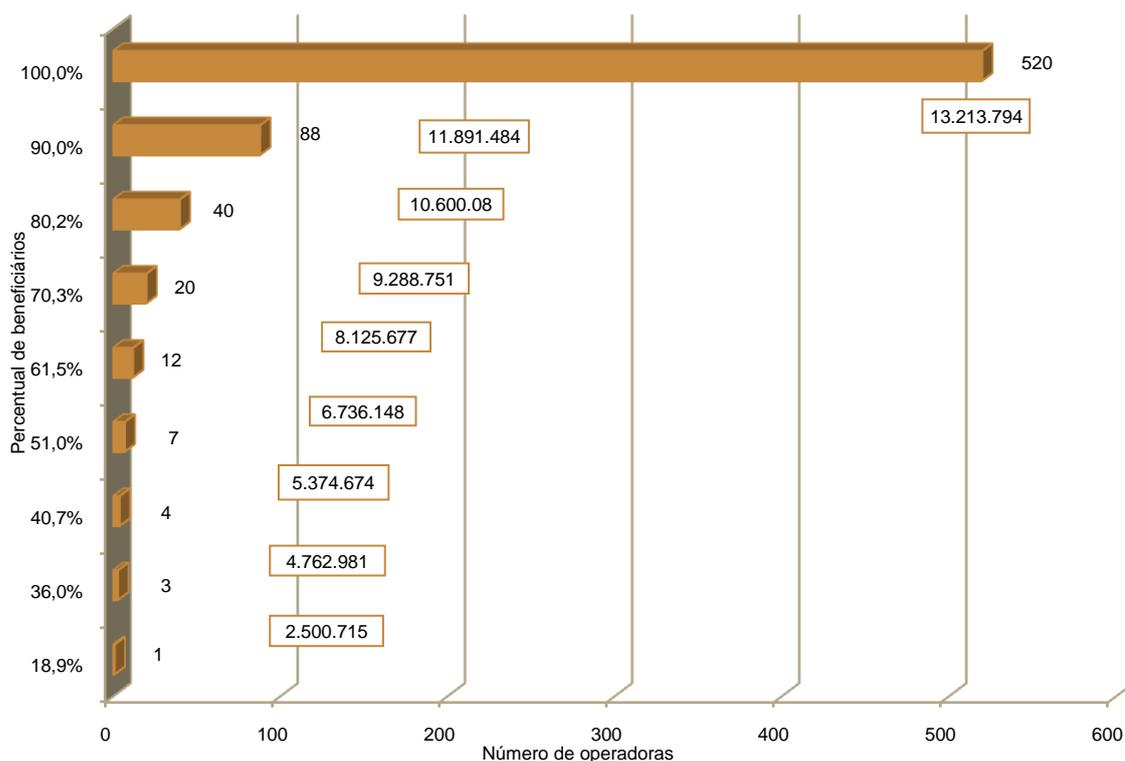
Curva A: 205 operadoras (18,8% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 366 operadoras (33,5% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 1.091 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

As duas maiores operadoras médico-hospitalares (0,18% do total) detêm 10,3% dos beneficiários, enquanto as trinta e oito maiores (3,48% do total) detêm 50,2% dos beneficiários de planos de saúde. A curva ABC da distribuição dos beneficiários entre as operadoras mostra que: 205 operadoras (18,8% do total) detêm 80% dos beneficiários – Curva A; 366 operadoras (33,5% do total) detêm 90% dos beneficiários – Curva B; 1.091 operadoras (100% do total) detêm 100% dos beneficiários – Curva C. Podemos verificar um número significativo de 120 operadoras com registro em atividade (ANS, 2010), mas sem beneficiários.

Figura 6
Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras exclusivamente odontológicas (Brasil - dezembro/2009)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2009 e CADOP/ANS/MS - 12/2009

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Curva A: 40 operadoras (7,7% do total) detêm 80,2% dos beneficiários.

Curva B: 88 operadoras (16,9% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 520 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

As três maiores operadoras exclusivamente odontológicas (0,58% do total) detêm 36,0% dos beneficiários, enquanto as sete maiores (1,35% do total) detêm 51,0% dos beneficiários de planos de saúde. A curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos entre as operadoras exclusivamente odontológicas mostra que: 40 operadoras (7,7% do total) detêm 80,2% dos beneficiários – Curva A; 88 operadoras (16,9% do total) detêm 90% dos beneficiários – Curva B; e 520 operadoras (100% do total) detêm 100% dos

beneficiários – Curva C. Podemos verificar um número significativo de 75 operadoras exclusivamente odontológicas com registro em atividade (ANS, 2010), mas sem beneficiários.

Os dados das curvas ABC acima não consideram as recentes incorporações/fusões como a associação entre a Bradesco Dental e a Odontoprev, em outubro/09, e a compra da Medial pela Amil, em novembro/09, além do fato de a Amico pertencer ao Grupo Amil, embora ainda conste com registro apartado no cadastro da ANS. O fato interessante é que o movimento de incorporações/fusões tem se efetivado entre operadoras grandes, o que sugere uma tendência a uma concentração do mercado por meio de aquisições, fusões e incorporações, principalmente nas modalidades de medicina e odontologia de grupo.

A Tabela 2 indica que 70,6% da receita oriunda de contraprestações dos beneficiários de planos médico-hospitalares se concentram nas operadoras de grande porte (100.000 beneficiários ou mais), enquanto no mercado exclusivamente odontológico esse percentual cai para 61,2%. Essa tendência deve ser monitorada pela ANS, pois as grandes operadoras já possuem influência significativa na precificação de planos, o que pode inibir a competição do setor. Outro dado significativo se refere à diferença da taxa de sinistralidade, relação entre despesas assistenciais e receitas, pois se verifica que as operadoras médico-hospitalares apresentam sinistralidade de 82,8%, superior em 70% à sinistralidade de 48,7% das operadoras exclusivamente odontológicas, fato que tem incentivado o crescimento do mercado exclusivamente odontológico.

Tabela 2

Receita de contraprestações e despesas das operadoras de planos de saúde, segundo porte da operadora (Brasil - 2009)

Porte da operadora	Receita (Mil R\$)	Despesa assistencial (Mil R\$)	Despesa administrativa (Mil R\$)	Beneficiários (1)	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)
Total	63.609.231	52.213.139	10.208.778	53.566.493	82,1	98,96
Operadoras médico-hospitalares	62.333.846	51.591.505	9.800.946	43.534.037	82,8	119,32
Pequeno porte (até 19.999 beneficiários)	5.057.666	4.050.382	1.903.354	4.371.374	80,1	96,42
Médio porte (20.000 a 99.999 beneficiários)	13.274.876	11.013.637	2.813.913	10.728.357	83,0	103,11
Grande porte (100.000 beneficiários ou mais)	44.001.304	36.527.486	5.083.679	28.434.306	83,0	128,96
Operadoras exclusivamente odontológicas	1.275.385	621.634	407.832	10.032.456	48,7	10,59
Pequeno porte (até 19.999 beneficiários)	194.777	101.091	90.608	1.408.995	51,9	11,52
Médio porte (20.000 a 99.999 beneficiários)	300.107	166.566	100.033	1.991.668	55,5	12,56
Grande porte (100.000 beneficiários ou mais)	780.501	353.977	217.191	6.631.793	45,4	9,81

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 16/03/2010

(1) Não inclui beneficiários de Autogestões por RH (Recursos Humanos) e SPC (Secretaria Previdência Complementar), não obrigadas a enviar informações financeiras.

Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Para as operadoras que não enviaram DIOPS no quarto trimestre, exceto Autogestões por RH e SPC (correspondente a 7,4% dos beneficiários), foi utilizada a receita informada no terceiro trimestre (6,4% dos beneficiários).

A Tabela 3 mostra o expressivo *market share* das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, que detêm juntas mais da metade dos usuários do mercado de saúde suplementar. As Seguradoras se destacam pela fatia de 19,4% de receita apropriada do mercado, apesar de possuírem somente 11,8% dos usuários. As Cooperativas Médicas absorvem a maior fatia da receita financeira (34,7%), apesar das Medicinas de Grupo possuírem uma maior fatia do percentual de usuários (31,7).

Tabela 3

Distribuição por Modalidade de Operação (%)

Modalidade	Receitas	Número de Beneficiários	Despesas Assistenciais	Número de Operadoras
CM	34,7	27,0	35,3	19,8
MGRP	29,8	31,70	28,9	30,6
SEG	19,4	11,8	19,8	0,7
AUTO	10,9	10,1	12,5	14,7
FI	3,4	2,8	2,4	5,9
OGRP	1,3	12,6	0,7	20,1
CO	0,6	4,0	0,5	8,2

Fonte: Caderno de Informações em Saúde Suplementar de Março de 2009. Elaborado pelo autor.

A análise da distribuição regional dos beneficiários de planos de saúde aponta uma grande concentração nas regiões nordeste, sul, especialmente no sudeste e nas capitais, caracterizando o consumo desse tipo de serviço por residentes nos grandes centros econômicos do país conforme o que se verifica na tabela 4.

Dados do Caderno de Informações da Saúde Suplementar (ANS, 2009a) apontam que a região sudeste, que detêm 42,6% da população, tem 66,2% dos beneficiários de planos de assistência médica e 64,6% dos beneficiários de planos exclusivamente odontológico. As capitais, com 23,8% da população, participam com 44,3% dos beneficiários, enquanto os 14 municípios mais populosos do país (todos com mais de 1 milhão de habitantes), que somam uma população correspondente a 20,6% do total, têm 41,4% dos beneficiários de planos de assistência médica. No outro extremo, os 4980 municípios com até 50 mil habitantes (89,5% do total) detêm 34,2% da população e 9,4% dos beneficiários.

Outro fato interessante que pode ser observado na tabela 4 é o percentual de planos individuais e coletivos nos planos antigos quando comparado aos planos novos, planos adaptados à Lei 9.656/98. O que sugere que o mercado reagiu à regulamentação com uma tendência de ofertar prioritariamente planos coletivos que dispõe de certa liberdade de reajuste de preços e minimiza o risco da seleção adversa.

Tabela 4 - Quantitativo de usuários de planos de saúde por tipo e época de contratação.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total R\$1,00							
	Total	Novos			Antigos			
		Total	Coletivo	Individual ou familiar	Total	Coletivo	Individual ou familiar	Não informado
Brasil	51.995.832	40.308.020	32.713.554	7.594.466	11.687.812	7.178.133	2.177.039	2.332.640
Norte	1.705.026	1.317.338	955.361	361.977	387.688	238.078	33.721	115.889
Rondônia	111.096	67.409	49.635	17.774	43.687	22.098	9.036	12.553
Acre	46.903	30.056	21.603	8.453	16.487	12.763	1.615	2.469
Amazonas	597.167	526.763	460.284	66.479	70.404	50.911	4.350	15.143
Roraima	11.171	5.505	5.086	419	5.666	3.364	229	2.073
Pará	794.088	579.054	343.874	235.180	215.034	128.321	11.513	75.200
Amapá	79.211	60.262	35.022	25.240	18.949	9.124	3.339	6.486
Tocantins	65.390	48.289	39.857	8.432	17.101	11.497	3.639	1.965
Nordeste	6.895.947	5.070.532	3.659.730	1.410.802	1.825.415	921.551	435.504	468.460
Maranhão	352.430	234.935	190.749	44.186	117.495	61.632	26.989	28.874
Piauí	182.287	137.104	105.789	31.315	45.183	32.078	4.267	8.838
Ceará	1.182.667	945.648	599.906	345.742	237.019	132.132	56.377	48.510
Rio Grande do Norte	503.652	353.514	229.021	124.493	150.138	58.029	37.073	55.036
Paraíba	428.116	261.371	180.735	80.636	166.745	98.538	31.699	36.508
Pernambuco	1.417.711	1.019.458	650.553	368.905	398.253	218.849	99.057	80.347
Alagoas	400.101	288.617	179.291	109.326	111.484	51.873	35.180	24.431
Sergipe	308.841	222.851	169.575	53.276	85.990	40.031	22.748	23.211
Bahia	2.120.142	1.607.034	1.354.111	252.923	513.108	228.389	122.014	162.705
Sudeste	34.242.795	26.915.899	22.195.634	4.720.265	7.326.896	4.508.632	1.457.202	1.361.062
Minas Gerais	4.845.366	3.487.095	2.925.040	562.055	1.358.271	882.906	180.676	294.689
Espírito Santo	1.056.709	842.499	681.960	160.539	214.210	127.310	46.835	40.065
Rio de Janeiro	6.612.960	4.807.172	3.740.026	1.067.146	1.805.788	1.137.069	289.558	379.161
São Paulo	21.727.760	17.779.133	14.848.608	2.930.525	3.948.627	2.361.347	940.133	647.147
Sul	6.504.658	4.958.845	4.135.814	823.031	1.545.813	1.082.877	192.365	270.571
Paraná	2.490.946	1.979.100	1.558.036	421.064	511.846	290.281	114.020	107.765
Santa Catarina	1.549.675	1.081.157	947.440	133.717	468.518	388.014	35.442	45.062
Rio Grande do Sul	2.464.037	1.898.588	1.630.338	268.250	565.449	404.602	42.903	117.944
Centro-Oeste	2.647.129	2.045.252	1.766.949	278.303	601.877	426.936	58.326	116.615
Mato Grosso do Sul	385.875	296.144	260.137	36.007	89.731	62.750	18.807	8.174
Mato Grosso	378.162	323.631	265.944	57.687	54.531	42.280	5.074	7.177
Goiás	778.944	593.848	486.855	106.993	185.096	121.600	17.555	45.941
Distrito Federal	1.104.148	831.629	754.013	77.616	272.519	200.306	16.890	55.323
Exterior	149	99	27	72	50	45	5	0
UF não identificada	128	55	39	16	73	14	16	43

Fonte - Caderno de Informação da Saúde Suplementar (ANS, 2009a).

Tabela 5 – Contraprestação e Receita de Prêmios Médios

Modalidade	R\$ 1,00		
	2006	2007	2008
CM	112,93	116,49	126,93
MGRP	82,21	83,13	88,02
SEG	155,01	138,52	149,39
AUTOSM	90,74	148,92	196,16
FI	78,20	87,34	96,76

Fonte Atlas ANS (2008a) – elaboração própria.

A partir da Tabela 5, verificamos que a receita de prêmios¹⁸ média para as seguradoras (SEG) apresentam valor bem superior à contraprestação pecuniária¹⁹ média das cooperativas médicas (CM), medicinas de grupo (MGRP) e entidades filantrópicas (FI). Considerando os anos de 2007 e 2008 as autogestões sem mantenedor (AUTOSM) apresentaram a maior contraprestação média do mercado privado de planos de saúde com valor de R\$ 196,16, superior aos R\$ 149,39 das seguradoras, registrando um aumento de 116,18% de 2006 a 2008, passível de melhor investigação das causas dessa variação.

A disparidade entre os preços médios da prestação de serviço das OPS reflete a amplitude de cobertura assistencial dos planos ofertados. Conforme já abordado, a segmentação assistencial determina a extensão da cobertura assistencial de acordo com o tipo de plano. A maior parte das apólices comercializadas pelas seguradoras é do tipo Hospitalar com obstetrícia mais ambulatorial que abrange a cobertura plena do rol de procedimentos e eventos em saúde da área médica, enquanto as cooperativas médicas, medicinas de grupo e entidades filantrópicas comercializam tipos de plano com abrangência de cobertura menor. Esse fato implica uma precificação média superior das Seguradoras. Por outro lado, as autogestões costumam oferecer cobertura assistencial superior ao exigido pela legislação, fato que contribui para elevar a contraprestação média nessa modalidade.

No caso das seguradoras, a abrangência do contrato proporciona aos associados a livre escolha de prestadores de serviços de saúde, e atualmente já disponibilizam também uma rede referenciada. Nas demais modalidades de planos de saúde os beneficiários têm o serviço de assistência médica prestado por serviço próprio ou pelos profissionais e estabelecimentos credenciados pela operadora, normalmente disponibilizados em livros periódicos e em seus sítios na internet. Alguns planos específicos das cooperativas médicas e medicinas de grupo também disponibilizam oferta de rede credenciada nacional, seja por intercâmbio, no caso das Unimed's, ou rede direta para os outros tipos de OPS.

¹⁸ Prêmio é o valor que o segurado paga à seguradora para ter direito ao seguro.

¹⁹ Denominação atribuída na Lei nº 9.656/98 ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora.

5. FALHAS DO MERCADO DE SAÚDE

A ciência econômica define que nos mercados em que ocorre a concorrência perfeita, a livre competição define uma alocação ótima de oferta e demanda. Essa crença na perfeição do mercado, onde os agentes encontram um resultado economicamente eficiente, maximizando seu bem-estar com uma alocação Pareto²⁰ eficiente com toda coletividade, é sabidamente²¹ inalcançável no setor de saúde devido às inúmeras falhas de mercado.

Seguros contra problemas de saúde apresentam características próprias relacionadas a várias formas de falhas de mercado – *market failures* decorrentes da capacidade imperfeita do mercado de lidar com as informações (Arrow, 1985). O debate a respeito do papel dos *stakeholders*, as "partes interessadas", ou seja, qualquer pessoa ou entidade que é afetada pelas atividades desse setor; por exemplo, os consumidores de planos de saúde, médicos, gestores, empregados e acionistas das operadoras, as associações de defesa dos consumidores, sindicatos, organizações civis e governamentais, no mercado de saúde se organiza teoricamente em torno da amplitude de assimetria de informações e pelas características institucionais singulares que geram diversas falhas de mercado. Essa dinâmica cria um desequilíbrio entre o que o mercado oferta e o que consumidores racionais bem informados possam demandar.

Em síntese, as conseqüências dessas falhas, na ausência de regulação, geram custos intangíveis e custos administrativos maiores que os necessários devido aos esforços das operadoras de filtrar os riscos com margem de segurança estatística bem acima do razoável, mesmo com novos modelos gerenciais, que reduzem, mas não eliminam esses problemas (Almeida, 1998).

A assimetria de informações entre consumidores, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde, indústria de medicamentos e de materiais para cuidados com a saúde, bem como a natureza de incerteza que cerca o negócio saúde afetam o bom funcionamento deste mercado, cercando-o por falhas de mercado, especialmente: ocorrência de riscos e incertezas; risco moral; seleção adversa; seleção de riscos, externalidades; assimetria de informações entre médico e paciente, existência de barreiras, judicialização e a característica do bem comercializado. Serão apresentados alguns pontos dessas falhas em torno das quais nos parece fundamental abordar, especialmente alguns elementos já amplamente analisados pela literatura econômica.

²⁰ Dizemos que uma alocação é Pareto eficiente quando não existir outra alocação factível que poderia tornar alguns consumidores melhores sem prejudicar outros consumidores. Para maiores detalhes ver Varian (2002).

²¹ O leitor interessado em se aprofundar no estudo das falhas do mercado de saúde deve se aprofundar em Arrow (1963) e Arrow (1985).

5.1 Riscos e incertezas

As operadoras de planos de saúde ofertam um produto sujeito a um risco possível e incerto. Os usuários podem utilizar os prestadores de serviços de saúde mediante uma precificação prévia sem informação segura por parte da operadora da futura demanda de utilização dos consumidores. Diferentemente de outro setor de serviços, a operadora não tem garantia que as contribuições mensais serão suficientes para cobrir os custos de funcionamento e o custo de oportunidade econômico²².

A ocorrência de doença é imprevisível. Portanto, não é possível estimar com exatidão o consumo futuro de cuidados à saúde. A demanda em saúde envolve incerteza e risco, além de o mercado não poder ser utilizado como um processo de aprendizagem, pois o paciente não tem certeza que situações passadas, ou de terceiros, são suficientes para eliminar a incerteza ou risco. Não há garantia que uma cirurgia bem-sucedida em um paciente para tratamento de determinada patologia alcançará resultado similar em outro paciente, ainda que utilizada a mesma equipe médica e estrutura hospitalar.

A resposta de um mercado não regulado pelo Estado, nestas circunstâncias, é a precificação com *markup* excessivo além da margem de segurança atuarialmente²³ aceitável para a sobrevivência do setor. Mas, porque a maioria dos indivíduos é avessa ao risco, eles se dispõem a pagar um plano na medida de sua restrição orçamentária, garantindo-se contra a possibilidade de incorrer em grandes perdas financeiras em caso de doença.

As empresas que operam nesse setor possuem custos fixos elevados, pois necessitam de uma estrutura composta, no mínimo, pelas seguintes áreas: credenciamento de prestadores, negociação, regulação, atendimento ao cliente, vendas, faturamento, contábil, perícia médica, auditoria, marketing e tecnologia da informação, independente do número de seus clientes. Além disso, o perfil epidemiológico e a idade média da sua carteira de clientes definem o padrão de sinistralidade a que operadora estará sujeita. Neste sentido, a economia de escala é uma necessidade devido à diluição dos custos fixos, riscos e incertezas, entretanto direciona o mercado à formação de monopólios e/ou oligopólios de grandes empresas com perda de concorrência e redução de escolha pelo consumidor.

Por outro lado, a deseconomia de escala também gera uma precificação elevada, pois empresas que possuem uma carteira com um número menor de usuários ou de idade média avançada sustenta um custo fixo elevado com pouca diluição dos riscos e incertezas.

²² É um termo usado na economia para indicar o custo de algo em termos de uma oportunidade renunciada, ou seja, o custo, até mesmo social, causado pela renúncia do ente econômico, bem como os benefícios que poderiam ser obtidos a partir desta oportunidade renunciada ou, ainda, a mais alta renda gerada em alguma aplicação alternativa (WIKIPÉDIA, 2009).

²³ O preço de uma apólice de seguro é dito atuarialmente justo quando os benefícios esperados pelo consumidor se igualam aos prêmios cobrados pelas companhias de seguro (FOOLLAND, GOODMAN e STANO, 2008).

5.2 Risco moral – “*moral hazard*”

Para contornar o problema de incerteza e risco, são utilizados seguros públicos ou privados, entretanto a racionalidade da tomada de decisão do consumidor na demanda por serviços de saúde pode ser comprometida, visto que ela é feita em circunstância adversa. A doença pode prejudicar a racionalidade da escolha do paciente. O paciente não dispõe, na maioria das vezes, de informação adequada sobre o seu problema de saúde e utiliza os serviços de saúde sem análise de custo-benefício, haja vista que os cuidados de saúde serão cobertos pelo seguro ou plano de saúde contratado.

Os indivíduos ao contratarem planos ou seguros de saúde, que cobrem amplamente os gastos com cuidados com saúde, do tipo pré-pagamento, ou seja, a mensalidade que é paga às operadoras independe da utilização, tendem a incorrer em excesso de demanda, uma vez que as despesas já estão completamente cobertas. O seguro ou plano de saúde faz com que o custo marginal de um serviço de saúde seja zero ou praticamente zero. Tal fato pode levar à má utilização de recursos, ou seja, a uma superutilização dos serviços de atenção à saúde, em parte desnecessários, fenômeno conhecido como risco moral.

O risco moral é típico nas relações paciente-provedor e operadora-provedor. Os pacientes não são incentivados em racionalizar a escolha e uso de prestadores de serviços de saúde, o que gera um excesso de utilização dos serviços médicos.

Arnott e Stiglitz (1988) indicam que a cobertura do seguro reduz o custo de um resultado adverso da condição de saúde dos usuários e amplia a probabilidade ou magnitude da ocorrência do sinistro, caracterizando um risco moral sistêmico, assimetria informacional *ex-post*. Especialmente para os planos e seguros de saúde com cobertura plena e sem qualquer espécie de microrregulação, o risco moral refere-se a um incentivo reduzido para a prevenção ou redução de perdas por indivíduos segurados (Pauly, 1968), afetando as despesas do segurador e o custo de cobertura dos segurados.

Para Godoy, Silva e Neto (2004) o risco moral pode ser dividido, segundo critérios que dependem do tempo da ação: risco moral *ex-ante* e risco moral *ex-post*. O primeiro diz respeito ao segurado não tomar os devidos cuidados necessários referentes à precaução, implicando no aumento da probabilidade deste adoecer. Isto ocorre porque o segurado sabe que os gastos com a eventual doença serão cobertos pelo seguro-saúde. O segundo, por sua vez, refere-se ao uso excessivo de assistência médica devido ao fato do custo zero de utilização adicional de serviços de saúde.

Segundo Salanié (2000), é difícil imaginar uma relação econômica que não seja contaminada por esse tipo de problema, já que é difícil pensar numa situação na qual o Principal pode observar todas as ações tomadas pelo Agente e forçá-lo a agir de acordo com o desejado. São exemplos de risco moral as relações entre: a) os acionistas e os

gestores de corporações; b) as companhias de seguros e os segurados; c) o proprietário de um automóvel e o mecânico; e d) o paciente e o médico. Em todos esses casos, os últimos poderão agir mais de acordo com os seus próprios interesses do que com os interesses dos primeiros.

Castro (2002) aponta que por ter os gastos completamente cobertos, seja pelo seguro privado ou pelo sistema público de saúde, o consumidor considera o fato de ficar doente menos indesejável e tem menos cuidados para permanecer saudável, aumentando os riscos de adoecer. Além disso, como o seu gasto com os cuidados de saúde não se altera em relação ao volume de serviço consumido, tenderia a consumir além do necessário.

Pelo lado dos profissionais de saúde, o modelo vigente de remuneração que paga por item de serviço prestado adotado no Brasil e em outros países, denominado de *fee-for-service*, estimula-os a prover cuidados de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários. Neste sentido, a oferta induz a demanda porque o médico participa como prestador de serviço e, ao mesmo tempo como agente motivador (“*conselheiro*”) para o consumo de serviços indicados por ele próprio. No caso de aquisição de um novo equipamento ou investimento em nova tecnologia para uma determinada instituição de saúde, o médico prescreverá a utilização desse diagnóstico ou tratamento, sem avaliar o custo-benefício para o valor do paciente e o conseqüente aumento de despesa gerado para o mercado de saúde, pois desta forma os seus rendimentos serão aumentados.

5.3 Seleção Adversa – adverse selection

A assimetria informacional *ex-ante* implica que as operadoras de planos de saúde desconhecem o risco preciso de cada usuário, sujeitando-se a atrair indivíduos de maior risco, alta propensão de utilização de serviços médicos, ocorrendo uma seleção adversa.

Por outro lado, algumas operadoras precificam seus serviços com base num risco médio, pois desconhecem o risco a que cada indivíduo está submetido. Ocorre um subsídio cruzado dos consumidores de baixo risco para os de alto risco.

Contudo, o consumidor sabe mais sobre as suas condições de saúde e, quando percebe que seu risco é menor do que a média, opta por não participar do seguro. Essa prática gera incentivos para que os grupos de menor risco desistam de participar, o que aumenta o risco médio do grupo que continua interessado e, conseqüentemente, aumenta a precificação média. Este círculo vicioso acontece indefinidamente para os remanescentes, pois os riscos nunca serão iguais para todos (Castro, 2002).

Em outros termos, a seleção de pessoas que adquirem seguro ou plano de saúde apresenta forte viés de indivíduos propensos a utilizar os serviços de saúde, ou seja, pessoas que são mais propensas a receberem um benefício maior do que o benefício médio da população (Milgron e Roberts, 1992).

Neste sentido, a seleção adversa deriva da informação assimétrica entre operadora e usuário e distorce o conceito mutualista de um seguro ou plano de saúde, fazendo com que as operadoras invistam em seleção de risco com vistas a encontrar grupos favoráveis ao invés de fornecer assistência de qualidade que certamente iria reduzir os custos de longo prazo.

A seleção adversa ilustra o *trade-off* entre eficiência e redistribuição de renda no mercado de saúde, pois reduz a eficiência dos mercados de saúde enquanto redistribui a renda das pessoas saudáveis para as pessoas de maior risco.

5.4 Seleção de Risco – cream skimming ou cherry-picking

As operadoras de planos de saúde criam filtros ou barreiras de entradas de usuários com alto potencial de risco de utilização dos serviços médicos para se proteger da combinação de baixa contraprestação pecuniária ou baixos prêmios associados com um alto potencial de custo, mecanismo conhecido como Seleção de Risco – *cream skimming ou cherry-picking*. Criam-se barreiras à entrada dos segurados no sistema, tais como a não aceitação de indivíduos com doenças preexistentes ou a imposição de limites de cobertura. As OPS tenderiam, portanto, a concentrar seus esforços de venda em indivíduos de baixo risco. A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco para clientes específicos (Almeida, 1998).

Particularmente, quando não são cobertas as condições preexistentes (por exemplo, doenças crônicas), pessoas com problemas de saúde prévios não conseguem se filiar a um seguro e, se estão seguradas por seus empregadores, pode-se chegar a certa *imobilidade da força de trabalho - Job-Lock*²⁴, pois a perda do emprego acarretaria a perda do seguro (Almeida (1998), *apud* Musgrove (1996, p.17)). Para minimizar tal efeito, é necessário que o sistema de cobertura inclua cláusulas de condições de doenças pré-existentes e fomente o desenvolvimento de mecanismos de *pooling* de risco nos mercados de trabalho locais que pudessem promover a continuidade de cobertura entre os empregadores.

Por outro lado o mais adequado para as operadoras é a diferenciação de preços segundo riscos, o que traria sérias dificuldades para os consumidores de idade avançada ou portadores de doença crônica, pois os principais fatores considerados para avaliar o potencial de sinistralidade de um indivíduo são: idade, condições de saúde preexistentes, sexo, atividades desenvolvidas no trabalho e área geográfica que demandará a prestação de serviços e cuidados com a saúde. Esses parâmetros atuariais não capturam ainda o risco exógeno da indução de despesas pelos prestadores de serviços.

²⁴ Mandrian (1994) aborda essa imobilidade no emprego, *Job-Lock*, e utiliza testes econométricos para verificar os efeitos econômicos de reter trabalhadores menos produtivos e o impacto de estar trancado no emprego.

O que se verifica, freqüentemente, é que os princípios da seleção de riscos que orientam as atividades das seguradoras e empresas médicas entram em choque com a experiência real de probabilidade de exposição ao risco e com os padrões e necessidades de consumo de serviços de saúde (Bahia e Vianna, 2002).

5.5 Externalidades

Uma externalidade surge quando um indivíduo ou firma leva a cabo uma ação que afeta outros diretamente, sem que tenha de pagar pelo resultado maléfico ou sem que seja remunerado pelo resultado benéfico (Stiglitz e Walsh, 2003). Um exemplo de externalidade benéfica comum na assistência à saúde é o caso da imunização contra doenças contagiosas. As pessoas que não são imunizadas são afetadas pela imunização porque a pessoa imunizada tem menos chance de se tornar um portador da doença.

Assim, a existência de externalidades, num mercado desregulado, implica alocação ineficiente dos recursos disponíveis pelos agentes do mercado para o conjunto da sociedade. Se o preço pago pelo consumidor não refletir os custos da externalidade negativa, serão produzidos bens demais. Mas se tiver que considerar os custos da externalidade negativa, o preço do bem vai aumentar, diminuindo a demanda e conseqüentemente a produção será reduzida. No caso de externalidade positiva, o raciocínio se inverte. Especificamente em relação ao mercado da saúde, o “bem produzido” são os cuidados com a saúde, o agente da procura é o doente e o agente da oferta são os profissionais e instituições de saúde.

Nos cuidados com saúde existe um valor social associado ao consumo: ao ser vacinado, por exemplo, o cidadão evitaria que outras pessoas fossem contaminadas, gerando uma externalidade positiva para a sociedade. É, igualmente, o caso do controle da poluição, do combate a vetores de doenças e das ações de vigilância sanitária e epidemiológica (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2005). Sob a ótica dos planos de saúde, a cobertura de bens e serviços preventivos pode implicar benefícios marginais para a clientela do plano concorrente que pegaria carona, efeito *free rider*²⁵ — sem a desejável cotização dos custos pelo concorrente.

Os gestores de planos de saúde têm incentivos espúrios para esperar que o Estado assuma os investimentos em prevenção, promoção e recuperação à saúde de grande parte da população, incluindo sua clientela, pois não há uma política definida de integração entre a saúde pública e privada no Brasil. Esse problema do efeito carona – *free rider* permeia o mercado de saúde, pois a assistência privada é incentivada aguardar o Estado assumir

²⁵ Fenômeno que os economistas denominam de “efeito carona”, ou seja, o indivíduo não paga por um produto que necessariamente o beneficia, pois espera que os outros paguem e ele acabe se beneficiando por tabela. Arvate (2004).

responsabilidades e os custos em casos de epidemia, surtos de doenças, buscando maximizar o seu bem estar com a redução de custos necessários, confiando num benefício comum. Desta forma, segundo Olson (1965) existem somente duas formas de se obter a participação dos integrantes de grupos grandes: por coerção ou através de incentivos individuais.

A forte presença de externalidades no mercado de saúde prejudica o funcionamento do mercado que ignora os impactos positivos ou negativos de sua existência. Por exemplo: “O mercado, não avaliando a externalidade, fixaria um preço muito alto para vacina (...) e não seria obtida uma solução eficiente (a quantidade consumida seria inferior à ótima)” (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2005 *apud* Martín, 1996: 77).

No caso da saúde, as externalidades representam um papel central, pois a condição de saúde de um indivíduo pode influenciar ou modificar a condição de saúde de outros indivíduos. Caso as operadoras, poder público, instituições e profissionais de saúde estimulem os seus respectivos clientes a adotarem um comportamento preventivo, certamente surgirão ganhos apropriados por toda a sociedade.

5.6 Assimetria de informações entre médico e paciente

A existência de significativa assimetria de informações no mercado de saúde, especialmente entre médico e paciente, limita e prejudica a capacidade de decisão eficiente dos agentes econômicos. Arrow (1985) considera a informação imperfeita a mais importante falha deste mercado por trazer incerteza e assimetria de informações.

A falta de informação, por parte dos consumidores, sobre o resultado de determinada ação na sua futura condição de saúde coloca os médicos numa posição de agentes, de conselheiros, que atuam em nome dos consumidores. É uma posição privilegiada, pois podem influenciar ao mesmo tempo a demanda e a oferta. Os médicos têm o poder de induzir a demanda de seus próprios serviços, assim, os pacientes podem ser induzidos a consumir mais do que necessitam.

O fenômeno da informação imperfeita passou a ser mais bem compreendido com o desenvolvimento da economia da informação como especialidade distinta. Uma forma proposta pela literatura que analisa a questão destes incentivos é modelo agente-principal (Teoria da Agência). É uma dinâmica em que compradores e fornecedores têm diferentes níveis de informações e dependem de outras partes para ajudá-los a tomar decisão. Neste sentido, podemos investigar o comportamento estratégico do médico, do paciente e da operadora de planos de saúde. O agente (médico), a parte mais informada nos cuidados com a saúde, realiza uma interação com o principal (paciente), afetando o bem-estar de si próprio e do principal. Por outro lado, o paciente (principal), parte menos informada, depende do médico para maximizar seu bem-estar.

As operadoras gostariam que o médico agisse em seu favor, reduzindo ao máximo os custos da assistência médica quando o paciente (principal) adoecesse. Entretanto, a forma de remuneração por procedimentos *fee-for-service*, adotada no Brasil, estimula os profissionais de saúde a induzir o principal (paciente) a utilizar serviços de assistência médica sem maiores análises de custo-benefício. Um procedimento que exemplifica esse mecanismo de incentivo do agente (médico) é a realização de parto por cesárea desnecessária, desconsiderando os riscos maternos e perinatais²⁶, ao invés de parto normal. O parto por cesárea aumenta o rendimento dos médicos e possibilita um agendamento do procedimento sem maiores dificuldades, maximizando seu bem-estar.

5.7 Existência de barreiras

A existência de barreiras ocorre pela natureza do mercado de saúde que exige licença para atuação dos profissionais de saúde, prestadores de serviço, operadoras de planos de saúde, dificultando o ingresso de novos concorrentes neste mercado.

Castro (2002) indica a necessidade desse tipo de regulação, pois os consumidores não conhecem plenamente as repercussões em seu estado de saúde pela adoção de determinados cuidados. É possível que, se pudessem escolher livremente no mercado, cometessem graves erros.

A existência de barreiras reduz a oferta e tende a aumentar os preços, caso haja oferta de profissionais inferior a demanda. Esse fenômeno ocorre com diversas especialidades médicas, e cada vez mais reflete uma conduta da classe médica que busca maximizar o valor dos seus rendimentos.

Um fenômeno preocupante é a redução de oferta de profissionais de saúde em diversas especialidades, tais como: clínica médica, endocrinologia, pediatria, geriatria, herbiatria, nefrologia, psiquiatria, reumatologia, em razão da remuneração que lhes é concedida estar estritamente ligada a honorários médicos baixos pagos pelas operadoras de planos de saúde, enquanto outras especialidades ampliam sua remuneração com a realização de exames e honorários cirúrgicos que são bem mais elevados.

Araújo (2004) apresenta vários tipos de barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde, a saber: derivadas de requerimentos de capital, derivadas da diferenciação de produto, decorrentes da presença de vantagens absolutas de custo, decorrentes de economias de escala, de requerimentos elevados de capital para o início de operação e existência de custos que as empresas necessitam incorrer para encerrar a produção e os custos irrecuperáveis (*sunk costs*). Esses custos podem ser desembolsos efetivos como, por exemplo, os custos de rescisão dos contratos em vigor, ou

²⁶ O leitor interessado em se aprofundar deve ler ANS (2008b).

custos de oportunidade referentes a investimentos realizados e ainda não totalmente amortizados e que não tenham valor de revenda. Essas inúmeras barreiras implicam em um grau expressivo de concentração do mercado com a saída de empresas de menor porte e menos eficiente. Quanto mais elevadas forem as barreiras à entrada em um mercado, menor é a pressão competitiva exercida pelos entrantes potenciais sobre as empresas já estabelecidas.

5.8 Judicialização

O poder judiciário vem ocupando um espaço cada vez maior na definição da amplitude de cobertura de cuidados com a saúde em que as operadoras de planos ou seguros de saúde são obrigadas a cumprir mediante decisão judicial de casos concretos. Este fenômeno é denominado pelos cientistas sociais de judicialização. O fato é que o mercado de saúde suplementar brasileiro dispõe de amplo normativo definido pela ANS que o considera para definir seu equilíbrio atuarial, mas é desconsiderado na maioria das determinações judiciais.

O equilíbrio atuarial das OPS é resultado do cruzamento de dados estruturados sobre a demografia, perfis de morbidade dos usuários, rol de cobertura, localidade geográfica da utilização dos cuidados com a saúde decorrente do sistema de informação de cada empresa que é utilizado para a precificação de cada produto ofertado.

Nesse contexto, não podemos nos esquecer que a estruturação e o bom funcionamento do mercado de saúde necessitam de regras claras e bem definidas, visando, baseado em cálculos atuariais, estabelecer o valor da contraprestação financeira por parte dos usuários ao contratarem uma operadora de planos de saúde.

A judicialização da saúde suplementar indica uma tendência de discutir problemas do direito à saúde de forma individual sem considerar as implicações coletivas. Sob esse viés às operadoras resta incorporar um custo fixo médio decorrente de cumprimento de mandados judiciais, fato que eleva a precificação para o conjunto de usuários, impossibilitando, muitas vezes, que uma parcela significativa da população tenha acesso a esses serviços. Cria-se um círculo vicioso: o Poder Judiciário garante o atendimento a um indivíduo sem considerar as regras do contrato e as operadoras elevam seus preços excessivamente para cobrir esse tipo de passivo incerto.

É preciso diferenciar a demanda real, originada de uma recusa de cobertura prevista em rol de procedimentos e eventos de saúde definidos pela ANS, daquela que pleiteia um benefício além do rol, representando um tratamento específico, muitas vezes, não reconhecido pelo Ministério da Saúde.

As decisões não podem se pautar no parecer de um único médico para fundamentar o tratamento de uma doença, de forma excepcional, rompendo os protocolos de medicina

baseada em evidências e a avaliação do custo-benefício de determinado tratamento para o sistema de saúde como um todo.

Essa dinâmica de cobertura com cuidados com a saúde decorrente da judicialização afeta também o SUS. Borges (2007) indica no que se refere ao fornecimento de medicamentos que o judiciário concede praticamente todos os pedidos formulados pelos cidadãos frente ao Estado.

As indústrias de materiais e medicamentos têm interesses, por vezes, espúrios que induzem a adoção de novas condutas médicas e a incorporação de novas tecnologias e medicamentos para tratamento de determinadas doenças. Certamente haverá uma nova descoberta, novos exames, prognósticos ou medicamentos focados em novas doenças ou no aperfeiçoamento do tratamento de doenças já conhecidas. Mas não deverá ser o Judiciário a instituição adequada para decidir sobre esse tema.

O dilema brasileiro é mais evidente, pois o STF decidiu em 2003 pela irretroatividade aos contratos anteriores à Lei 9656/1998, que representam 22,5% dos beneficiários de planos (ANS, 2009a). Esses contratos antigos limitam a cobertura de diversos eventos de saúde e o tratamento das doenças e lesões preexistentes. Alguns não cobrem doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão, câncer, hepatite B, hepatite C, AIDS, bem como exames e tratamentos de alta complexidade.

A ANS obriga que as operadoras ofereçam a possibilidade de migração, mas ocorre que por certo o usuário irá assumir um custo bem superior, fato que tem conservado, ainda, esse percentual significativo de beneficiários com esse tipo de contrato que permite limitação de cobertura, por vezes, absurda.

Esse desenho regulatório diversificado é gerador de conflitos. Souza et al (2007) apresenta as situações mais comuns após análise de 611 decisões judiciais dos Tribunais de Justiça dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, correspondendo às decisões proferidas em agravo de instrumento nos anos de 2003 e 2004, tais como: cobertura (55,6%); benefício legal (15,4%); Rescisão Unilateral de Contrato (10,3%); Rescisão Unilateral por falta de pagamento (3,8%); reajustes (3,4%); carência (2,1%); erro médico (2,0%); descredenciamentos (0,8%) e 6,5% de outros assuntos.

5.9 Bem Meritório

A saúde é encarada pelos economistas como um bem semi-público, podendo ser caracterizada melhor como um bem meritório, bem cujo consumo satisfaz às necessidades consideradas socialmente prioritárias, cabendo ao poder públicos a sua definição, estímulo, fomento e provisão (MS, 2008).

No mundo encontramos três modelos de gestão em Saúde: um, que prevê assistência à saúde direta ou indiretamente com recursos públicos e, portanto, não

comercializável; outro que a considera um bem de mercado e finalmente, um modelo híbrido no qual convivem as duas visões como é o caso brasileiro.

Apesar do modelo misto, a carta magna de 1998 assegura o acesso universal aos serviços de saúde para todos como dever do estado. Na prática o poder público brasileiro não reúne condições de atender a demanda e abre espaço para ofertas de prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada por meio da denominada saúde suplementar.

O texto constitucional de 1998 não explicita a função do SUS e da saúde suplementar nem delimita os limites de cada um. Tão pouco trata da integração entre eles, e os mecanismos regulatórios já implantados pelo Ministério da Saúde ou ANS avançaram muito pouco nesse tema, o que torna necessária a criação de políticas nacionais conjuntas, visando à promoção de saúde, de forma a reduzir os custos de transação no mercado e melhorar a eficiência do setor.

Nesse contexto há opiniões divergentes sobre a participação da iniciativa privada nos cuidados com a saúde dos indivíduos, pois há presença de uma forte externalidade positiva quando bem gerida ou negativa quando mal gerida para toda a sociedade, haja vista o perigo de contágio de doenças. Os defensores da oferta de serviços públicos indagam de que modo a população de baixa renda desfrutará de todos os cuidados necessários com a saúde caso não haja um financiamento público?

O equilíbrio entre as atividades do setor público e privado no mercado de saúde sempre é muito delicado, mas Pauly (1971) ressalta que a sociedade não está disposta a negar cuidados médicos às pessoas sem condições de pagá-la, uma espécie de externalidade altruísta. Neste sentido, os governos optam por financiar pelo menos os serviços de saúde para parte da população de baixa renda.

6. IMPORTÂNCIA DA REGULAÇÃO

Segundo Church e Ware (2000) no campo econômico, a regulação é a intervenção governamental que busca mudar os resultados de um mercado. A intervenção pode afetar o mercado de modo direto através dos preços, quantidades, variedade de produtos, pelo número de serviços oferecidos ou pelo número de ofertantes. Quando o regulador é incapaz de monitorar todas as atividades relevantes diretamente, o regulador é forçado a prover incentivos indiretos para a firma agir de modo diferente. Os incentivos indiretos são criados baseando-se na compensação da firma em medidas de desempenho observáveis que estão correlacionadas com o comportamento não observado da firma regulada (SAPPINGTON, 1994).

A existência de falhas de mercado suscita e justifica a utilização do poder coercitivo governamental por meio da regulamentação, visando minimizar as distorções e incertezas do ambiente onde são realizadas as transações. Segundo Donaldson e Gerard (1993)

nenhuma das condições de perfeita competição está presente no mercado de saúde, e neste caso, justifica-se uma ação mais intensa do Estado.

Na presença de falhas de mercado, as ações livres dos mercados não fornecem sinais suficientes para garantir as escolhas adequadas ao equilíbrio competitivo, restando um desencontro entre demanda e oferta, pois muitos usuários estão dispostos a contratar um plano de saúde a um preço inferior ao preço médio do mercado. Por outro lado, a precificação dos planos de saúde deve abarcar o risco inerente do negócio, bem como assegurar a solidez das firmas pertencentes ao mercado de saúde, tornando-o mais seguro e transparente para os usuários.

Uma das evidências sociais no Brasil que fortalecem a hipótese da intervenção regulatória estatal é a repercussão negativa na opinião pública pela estabilidade de preços dos planos de saúde, especialmente, quando da ação unilateral de algumas operadoras que aumentavam indiscriminadamente os preços e restrições à cobertura. Estas queixas alcançaram ampla divulgação nos meios de comunicação e vários consumidores ingressaram no judiciário, obtendo ganhos de causa nas instâncias judiciárias. A regulamentação de planos e seguros privados de saúde foi, assim, demandada por entidades que representam consumidores, entidades médicas e por setores governamentais ligados à área econômica, paralelamente às estratégias de empresas operadoras para a ampliação de seu mercado (Pereira, 2003).

O trabalho seminal de Arrow (1963) mostra que o setor de saúde apresenta diversas peculiaridades que o diferenciam de outras áreas da economia. Iunes (2002) aponta essas características peculiares mais importantes:

- a) do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica;
- b) a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, a doença, o que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor;
- c) não apenas o consumo de serviços de saúde envolve algum risco (às vezes substancial) para o paciente, como também o mercado não pode ser utilizado como um processo de aprendizagem. O paciente geralmente não pode utilizar experiências anteriores, suas ou de terceiros, para eliminar esse tipo de incerteza e risco. Na maioria dos mercados, o fato de o consumidor haver gostado anteriormente de um produto serve como informação permanente para que outras vezes ele venha a consumi-lo. No caso da atenção médica, não há garantia de que uma experiência anterior bem-sucedida, como, por exemplo, uma cirurgia, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica. Estas condições

geram a necessidade de um elo de confiança no relacionamento entre o paciente e o seu médico;

d) este elemento de confiança é reforçado pela crença de que o conselho do médico está supostamente dissociado de seu interesse próprio. O médico assume um papel de conselheiro “divino” sem estar sujeito a qualquer avaliação de sua conduta pelo paciente. A ética médica dita que a conduta terapêutica deve ser determinada apenas pelas necessidades do paciente, independente, portanto, de sua capacidade econômica de pagamento;

e) a ética médica condena também a propaganda e a competição aberta entre médicos. Estas restrições limitam o volume de informações, inclusive de preços, disponível para o consumidor poder tomar suas decisões;

f) a entrada de profissionais no mercado é limitada por diversos requisitos como especializações, residências, etc. e, particularmente, por restrições impostas à prática de profissionais não-médicos;

g) o mercado de atenção médica é também caracterizado pela discriminação de preços, isto é, pela cobrança diferenciada de preço para um mesmo tipo de serviço e, portanto, para um mesmo custo. A precificação dos honorários médicos de uma cirurgia para o paciente que ficará hospedado num apartamento é o dobro da precificação se o paciente optasse pela enfermaria. Observa-se também a freqüente adoção de práticas de cobrança completamente desvinculadas de custos. É comum, no Brasil, observarmos médicos definirem seus honorários como proporções da conta hospitalar, ou, no caso de procedimentos que envolvam, por exemplo, um cirurgião e um clínico, termos o último definindo seu preço em função do honorário do cirurgião; e

h) a relação entre médico e paciente se estrutura também sobre o reconhecimento, por ambas as partes, da existência de uma importante diferença de conhecimento, por parte do médico, sobre as reais condições de saúde do paciente, caracterizando uma assimetria de informações a favor do médico que permite que o mesmo induza a escolha do paciente.

A importância da regulamentação pode ser visualizada pela ótica do trabalho desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (MS, 2007), que descreve os bens e serviços de saúde como bens credenciais e desse modo necessitam de certificação pública reconhecida ou, na ausência, os consumidores se apóiam na reputação dos hospitais, clínicas e profissionais de saúde para definirem suas escolhas nos cuidados com a saúde.

De um modo geral os pacientes não têm condições de avaliarem suas necessidades no que se refere aos cuidados com saúde e estão submetidos à influência de profissionais de saúde que podem induzir consumo de serviços com o objetivo de aumentar sua remuneração.

A dinâmica e o volume financeiro que circundam o mercado de saúde necessitam de gastos elevados em pesquisas e desenvolvimento de novos produtos, visando o tratamento de novas doenças ou o aperfeiçoamento do tratamento das já existentes. Há um enorme estímulo para participação de grandes conglomerados financeiros industriais de materiais, medicamentos e provedores de serviços de um modo geral com objetivo de lucrar. O papel do estado é garantir que a atuação dessas empresas seja efetiva no acesso aos cuidados com a saúde para cada indivíduo.

Sob outra ótica, o mercado de saúde oferta um bem meritório como já discutido, o que traz implicações para o bem-estar de toda a sociedade, pois envolve externalidades negativas e positivas relevantes que produzem perdas ou ganhos sem apropriação adequada pelo próprio mercado. Além do mais, esses serviços abrangem direitos humanos fundamentais, justificando a regulação estatal com o objetivo de aumentar a eficiência neste mercado.

Outro fator significativo é que no caso do mercado de saúde não se verifica equilíbrio de poder entre os agentes do setor, restando a necessidade de intervenção do Estado para mediar esse equilíbrio.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a regulação setorial na economia da saúde tem como principal objetivo minimizar as falhas de mercado, o que implica substituir, ou mesmo limitar, de alguma forma, os mecanismos da livre concorrência.

No mercado de saúde suplementar brasileiro, por exemplo, os padrões de concorrência tiveram de ser adequados, a partir da constatação de que a melhoria do processo de competição do setor não decorre do aumento do número de operadoras, uma vez que não gera ampliação de cobertura ou melhoria dos serviços oferecidos. Na verdade, operadoras menores tendem a ser mais frágeis, pois possuem menos capital para garantir suas operações, bem como menor poder de barganha junto aos prestadores de serviços. O ponto de partida de qualquer ação regulatória nesse sentido deve ser a ampla compreensão dos arranjos institucionais e organizacionais no mercado de saúde.

Por um lado, as operadoras preferem oferecer cobertura aos cidadãos mais saudáveis – de menor risco, e por parte dos consumidores que tendem a adquirir um seguro ou plano de saúde em razão de já apresentarem uma necessidade de cuidados com a saúde (seleção adversa), bem como consumir serviços em demasia em função da utilização

não acarretar aumento na contribuição regular (risco moral – *moral hazard*), nos casos em que não há co-participação do usuário no pagamento dos serviços utilizados.

A necessidade de atuação estatal na regulação do mercado de saúde encontra consenso na literatura econômica, mas qual a melhor forma de implementar não é uma questão de simples resposta. Experiências internacionais desenvolvidas na Austrália, EUA, Chile, Canadá e países da Europa ocidental merecem ser mais bem estudadas e avaliadas para verificar se haverá efetividade de aplicar os mesmos instrumentos regulatórios e os diversos modelos de sistema de saúde no Brasil, dada a realidade social e institucional.

A importância da regulação, em última análise, é incentivar os investimentos necessários ao desenvolvimento econômico, promover o bem-estar dos consumidores, e propiciar a eficiência econômica desse mercado. Para tanto deverá buscar reproduzir as condições de competição, de modo que os preços do mercado se mantenham similares ao nível de preço caso houvesse um ambiente competitivo.

7. OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e prestador de serviços de saúde. Os problemas são claramente identificáveis: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde destina-se, portanto, a corrigir as falhas desse mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas (Macera e Saintive, 2004).

Segundo Kumaranayake (2000), tradicionalmente, o escopo da regulação no setor saúde tem sido o de estabelecer padrões de qualidade e segurança para assegurar as condições mínimas na prestação de serviços. Sem dúvida, esse é um propósito relevante de regulação, mas há necessidade de se avançar em um propósito econômico, com o foco no contexto da organização do sistema de saúde, do mercado e dos recursos necessários para garantir a sustentabilidade da prestação de serviços no setor.

Andreazzi e co-autores (2003) definem a ação regulatória como uma atividade de julgamento e arbitragem e, por ser constante, requer sempre, a introdução de novos valores e novas referências, numa busca incessante de aprimoramento nas interações entre fornecedores e consumidores. Portanto, a regulação visa possibilitar aos atores envolvidos no processo uma equidade de poderes. Os ganhos e perdas devem ser socialmente

aceitáveis e divididos entre as partes. É uma ação de mediar e conciliar os interesses dos agentes que ofertam com os interesses dos agentes demandantes.

Daremos ênfase nesse trabalho na atuação regulatória com propósito econômico, visando minimizar as principais falhas de mercado: seleção adversa, seleção de risco, monopólio ou oligopólio, risco moral, riscos e incertezas, externalidades, existência de barreiras e assimetria de informações entre paciente e médico.

O problema central é a informação imperfeita que não permite a identificação do risco inerente a cada indivíduo. A literatura econômica aponta soluções por meio de mecanismos de incentivos e penalizações para que cada usuário revele suas características.

Vianna (2003) indica que para reduzir os efeitos dos riscos da seleção adversa sobre a carteira dos fundos de seguro, uma alternativa é a criação de fundos compensatórios. Esses fundos teriam a função de distribuir o risco entre um conjunto de empresas, podendo ser ou não compulsório. Vaithianathan (2000) descreve que na Austrália, por exemplo, o impacto da seleção adversa sobre os preços dos seguros-saúde individuais se revelou menor do que o esperado principalmente em função da possibilidade das operadoras de selecionar a sua clientela, separar jovens e idosos, com planos e preços específicos.

Usualmente, as seguradoras calculam os prêmios de acordo com os gastos esperados para cada indivíduo. Esse sistema de tarifação denominado *experience rating* tem como consequência que indivíduos de maior grau de risco paguem prêmios de risco mais elevados, gerando, portanto, efeitos perversos sobre a distribuição de renda no país e, em alguns casos, determinando a exclusão de alguns grupos sociais do mercado de serviços de saúde. Essas estratégias nas quais a operadora exclui segmentos de mais alto risco por meio de sobretaxação são chamadas de *risk avoidance* ou *cream skimming* (Corrêa, 2005).

Alguns governos, na tentativa de proteger esses grupos sociais excluídos do mercado privado, regulamentam o provimento de bens e serviços de saúde, determinando a impossibilidade de discriminação entre os indivíduos (*community rating*). Essa impossibilidade de precificar segundo o grau de risco de cada indivíduo determina a seleção adversa de consumidores. Esse é um dilema do mercado de saúde, pois liberar a discriminação de usuários implica excluir uma parcela considerável dos indivíduos de mais alto risco, como os idosos, as mulheres em idade fértil e os portadores de doença preexistentes. Por outro lado, a não discriminação estabelece uma precificação com base no subsídio entre grupos, pois gera uma precificação mais elevada para indivíduos de mais baixo risco, em alguns casos maior do que estariam dispostos a pagar, e reduz a precificação para os indivíduos de mais alto risco.

A solução encontrada pelo governo brasileiro procura equilibrar esses dois grupos da seguinte forma: não permite a discriminação de usuários por risco, porém autoriza a criação de dez faixas etárias com prêmios diferentes, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira²⁷. Além disso, a legislação brasileira obriga que haja equidade na oferta entre os contratos de todas as operadoras com cobertura assistencial completa (é o chamado Plano-Referência²⁸), porém permite que se façam planos de adesão em segmentos como o ambulatorial e o hospitalar, permitindo ao usuário selecionar o grau de cobertura que ele deseja como explicado anteriormente.

Dois outros mecanismos são utilizados para mitigar a seleção adversa: cláusulas sobre doenças preexistentes e prazos de carência para cobertura de tratamentos específicos. No Brasil, o consumidor, portador de doença ou lesão preexistente, dispõe de duas opções no momento da contratação: carência zero para cobertura de procedimentos ou eventos em saúde relacionados à doença ou lesão preexistente - DLP mediante um acréscimo no valor da mensalidade conhecido como agravado ou dispor de uma cobertura parcial por um período de até 24 meses, durante o qual o consumidor não terá cobertura para aquelas DLP declaradas. Em relação aos prazos de carência, a Lei 9.656/98 estabeleceu 24 horas para urgência e emergência, 300 dias para parto e 180 dias para consultas, exames e cirurgias.

O estudo da ANS (2005) apresentou as principais estratégias das operadoras de saúde, processo denominado de microrregulação, visando disciplinar as ações dos usuários de seus serviços. As quatro principais estratégias utilizadas são: **I)** O direcionamento da clientela para prestadores específicos, **II)** Disciplinamento e controle da prática dos médicos em seus consultórios, **III)** Controle e disciplinamento das práticas da rede hospitalar contratada e o **IV)** Controle/Disciplinamento da utilização do sistema por parte do usuário.

O referido estudo buscou investigar e caracterizar melhor os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras no seu relacionamento com os prestadores de serviços, sem uma clara intermediação do Estado.

O direcionamento da clientela, a partir dos seus múltiplos dispositivos de operação, assume vital importância para as operadoras não só por ser um mecanismo poderoso de controle de custos, aumento dos lucros e/ou viabilização financeira das empresas, como pela possibilidade de ser feito com bastante liberdade dentro das “regras do mercado”, fora do alcance, pelo menos por ora, de qualquer política regulatória da ANS. Ela permite uma

²⁷ O leitor interessado em se aprofundar deve ler a Resolução Normativa (ANS) – RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003.

²⁸ A Resolução Normativa (ANS) RN nº167 trata do rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica de cobertura assistencial.

margem de manobra operacional para buscar viabilização financeira frente às novas exigências colocadas pelo processo regulatório brasileiro.

O Disciplinamento e controle da prática clínica são vitais, na concepção das operadoras, no processo de racionalização, buscando minimizar a sobreutilização dos serviços induzidos pelos profissionais de saúde. Segundo o mesmo estudo da ANS (2005), outro aspecto que chama atenção é que todas as operadoras reconhecem que os dados que emergem desses indicadores da produtividade médica são utilizados, no mínimo, para advertências mais claras ou mais veladas, mas que essa atribuição é sempre de médicos, isto é, a advertência é sempre feita “entre os pares”. Os vários dispositivos de disciplinamento da prática clínica utilizados por todas as operadoras consistem em: i) **protocolo** - o conjunto de procedimentos, indicações, intervenções, cuidados baseados nos consensos científicos e na medicina baseada em evidências, que vão disciplinar e estabelecer critérios para cobertura de eventos. A oncologia, ortopedia, neurocirurgia e cardiologia, por seus altos custos, são as áreas que têm sido focadas com o objetivo de protocolização nas várias operadoras; ii) **auditoria** - tem o caráter de verificação, correção e validação dos procedimentos indicados e/ou realizados pelos médicos (feita pelo médico auditor), mas também no que diz respeito à constatação do uso de materiais e medicamentos de acordo com normas estabelecidas (feita mais pelo enfermeiro auditor) para se aplicar o recurso da glosa, quando necessário; iii) **perícia** - é a avaliação prévia e presencial, na maioria das vezes, do paciente por um médico, de preferência especialista, para verificar a adequação da indicação de determinado procedimento por outro médico, nem sempre baseada em protocolos como no caso da oncologia, mas no saber e na especialização do auditor; iv) **as autorizações prévias** - feitas de forma bem estruturada, por funcionários bem treinados, sem passar por perícia, e são baseadas em regras conceituais e estruturais bem estabelecidas que digam respeito ao direito (ou não) do uso de certos procedimentos, com que periodicidade e outros.

O Controle e disciplinamento das práticas da rede hospitalar credenciada interferem no mundo do hospital com o objetivo de reduzir os custos operacionais. Aqui, também, há o desenvolvimento de complexos processos de tecnologia da informatização e mecanismos de controle para o rigoroso acompanhamento dos gastos hospitalares, boa parte prejudicada pela falta de uma tabela de códigos e nomenclaturas de taxas e diárias hospitalares uniformizada, restando uma dificuldade de acompanhamento mais preciso.

Por último, ANS (2005) apresenta a estratégia do controle/disciplinamento da utilização do sistema por parte do usuário, buscando corrigir o risco moral e a seleção adversa. O dispositivo disciplinador mais evidente é a utilização de “fatores moderadores do consumo”, especialmente, a co-participação do beneficiário no custeio de suas despesas e,

em situações mais raras, o pagamento de alguma franquia. A franquia é um limite inferior de dispêndio até o qual o indivíduo é responsável por 100% do pagamento dos provedores. Se o valor do dispêndio anual exceder o valor da franquia, o seguro passa a dar cobertura plena ou parcial. Outro dispositivo de operação para controle da utilização da rede pelos usuários é a elaboração de relatórios de acompanhamento da utilização de serviços pelos beneficiários dos planos. Esse tipo de monitoramento do uso dos serviços pelos clientes é utilizado para eleger os que integrarão os programas de *case management - gerenciamento de caso*, que consiste na definição de uma equipe de saúde que se responsabiliza pela atenção ao doente durante todo o processo de tratamento e faz julgamentos sobre as necessidades e a propriedade dos serviços prescritos e recebidos.

O mesmo estudo afirma que há semelhanças importantes entre as tendências observadas entre as operadoras de planos de saúde no Brasil e a experiência do *managed care* – atenção gerenciada conduzida nos EUA, princípios que se resumem na busca de compartilhamento dos riscos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde. Em geral, as operadoras brasileiras utilizam vários dos mecanismos empregados pelas empresas norte-americanas para controlar os custos: incentivos por meio do valor da consulta para os médicos que limitam a solicitação de exames; maior direcionamento aos prestadores que agregam menos valor à consulta porque solicitam menos exames e encaminham menos; transferência do risco para os prestadores pelo uso de pacotes ambulatoriais e de internação; estabelecimento de protocolos, em especial no caso das patologias mais caras; *case management* para as patologias mais caras; *home care* e internação domiciliar para diminuir internações em hospitais, detecção de usuários de alto risco e portadores de patologias consumidoras de recursos e oferecimento de programas de promoção e prevenção; uso de serviços próprios, nos quais o controle é mais direto sobre o atendimento de emergências aos pacientes crônicos e de alto risco e a utilização da medicina baseada em evidências para a definição de protocolos. O único mecanismo não utilizado pelas operadoras brasileiras são os contratos de risco compartilhado através da capitação, isto é, negociar com os prestadores uma soma fixa para determinados níveis de atenção para um determinado número de pacientes.

A microrregulação do sistema de saúde brasileiro sofreu forte influência do sistema de saúde norte-americano dos quais destacaremos diversos mecanismos que visam conter a utilização de serviços de saúde, supostamente supérfluos, por parte dos pacientes, constituída por um conjunto de ações de gestão denominado de *managed care*.

Ugá et al (2002) cita os principais elementos dos processos de atenção gerenciada utilizado pelas operadoras no EUA, buscando conter custos e, ou, racionalizar a utilização de serviços:

- a) Adoção de Rede Referenciada (contratação seletiva de prestadores que se submetem a regras determinadas pelas operadoras em troca de escala de atendimento);
- b) O disciplinamento e controle da prática de serviços finais e intermediários nos cuidados com a saúde, por meio de protocolos clínicos, autorizações prévias e auditoria, esses são mecanismos já bastante utilizados no Brasil. A introdução do *gatekeeper* – médico generalista a atuar como porta de entrada do sistema médico assistencial, prestando atenção primária e com intuito de racionalizar o gasto das operadoras. Ainda é pouco utilizado no Brasil.
- c) Modelo remuneratório condicionado à adequação das práticas do prestador às normas das operadoras com negociação permanente de preços;
- d) Adoção de incentivos aos beneficiários para induzir a escolha de rede referenciada.

Podemos observar, também, em Ugá et al (2002) que o sistema privado de saúde americano utiliza, por vezes, o modelo de remuneração dos prestadores per capita como um mecanismo de incentivo e transferência de custos aos prestadores. Pois a remuneração define o nível de compartilhamento do risco entre os agentes, sejam hospitais, médicos, associações de médicos ou outras entidades de assistência à saúde.

A grande discussão sobre a regulação norte-americana é conduzida principalmente pelas entidades da classe médica, pois as práticas do *managed care* retiram parte da autonomia dos médicos, buscando obter o melhor resultado de contenção de custos às operadoras. Como resultado desse sistema, o usuário de plano de saúde, parte mais frágil desse processo, pode ter comprometida a eficiência na prestação de sua assistência à saúde.

Sob a ótica do sistema de saúde no Brasil, a prática remuneratória mais freqüentemente utilizada no pagamento aos prestadores de serviços de saúde é o *fee-for-service*, pagamento por procedimento, sem garantir eficiência na assistência à saúde. Neste sentido, talvez a questão principal seja direcionar o alvo das ações das operadoras e prestadores de serviços no resultado para o paciente. Para tanto, mecanismos de incentivos que visem estimular a eficiência dos prestadores, reduzindo os riscos entre esse agentes devem ser mais bem estudados.

A construção da agência reguladora do mercado de saúde suplementar brasileiro foi concebida com objetivo de zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, buscando reestruturar o mercado com vistas à redução das práticas oligopolistas e à eliminação dos abusos econômicos. Ocké-Reis (2005) indica que a ANS foi desenhada, naturalmente, para ser orientada em defesa do interesse público, buscando preservar o

mercado das práticas cartelizadoras, tendo em vista que as ações e os serviços de saúde são considerados de relevância pública no art. 197 da Constituição Federal.

No Brasil, após a criação da ANS, em 2000, o primeiro ciclo de instruções normativas incluiu normas sobre acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, aplicação de penalidades, alienação voluntária de carteiras, procedimentos para revisão técnica, instituição de nota técnica de registro de produtos e reajustes de contraprestações pecuniárias de planos de saúde.

As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar (26 Resoluções), e posteriormente pela ANS, dentre mais de 600 regulamentações operacionais e de 374 normativas: 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) normativas, 211 Resoluções Normativas (RN), 13 Súmulas Normativas, 129 Instruções Normativas (IN), e 21 Resoluções de Diretoria (RE). As RDC e RN são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, pois estas imprimem as políticas.

A amplitude de regulamentações normativas é decorrente de diversas reedições de normas que tratam do mesmo tema, fato que demonstra a necessidade do constante aprendizado e capacitação dos técnicos da agência, bem como a dinamicidade e complexidade de regulação do mercado de saúde.

Abordaremos em seguida um menu normativo principal da ANS em três níveis: o primeiro nível abrange a regulação prudencial, conjunto de resoluções que visaram estabelecer regras de entrada, funcionamento e saída de operadoras, nível de reservas, aplicação de garantias financeiras e transferência de usuários das operadoras liquidadas. O segundo nível de aperfeiçoamento da regulação econômica das condições dos planos de saúde ofertados à população no que se referem à cobertura, preços e carências. O terceiro nível enfatizará a criação de padrões e sistemas de informação com o objetivo de minimizar a assimetria de informação, contribuindo para a gestão regulatória dos negócios nesse mercado.

7.1 – Regulação prudencial

A ANS reeditou em dezembro de 2009 uma série de normatizações que adotaram práticas mais atuais de garantias financeiras e o Plano de Contas Padrão, uniformizando as regras prudenciais das seguradoras especializadas em saúde e operadoras das demais modalidades.

O aparato normativo de regulação prudencial implementado pela ANS com o objetivo de disciplinar a constituição de reservas específicas, liquidez e solvência das operadoras certamente foi o tema que mais avançou no mercado de saúde suplementar. A maturidade desses atos normativos deve-se em grande parte ao aprendizado e evidências disponíveis da literatura do mercado de previdência, seguradoras em geral e mercado bancário. A

regulação vigente exige uma série de garantias financeiras estruturadas nas seguintes categorias: Recursos Próprios Mínimos (Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA e Margem de Solvência); Provisões Técnicas (Provisão de Eventos a Liquidar, Provisão para remissão, Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados – PEONA e outras Provisões); Dependência Operacional e Regras de Transição.²⁹

O Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA representa o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da OPS, calculado a partir da multiplicação de um fator 'K', obtido na RN 209/09, pelo capital base de R\$ 5.001.789,60³⁰ (cinco milhões, mil setecentos e oitenta e nove reais e sessenta centavos), ajustado anualmente pelo IPCA.

Segundo Cardoso (2007), a Margem de Solvência é uma reserva suplementar as provisões técnicas que a operadora deverá dispor, para suportar oscilações das suas operações advindas de perdas do ativo, mal dimensionamento das provisões técnicas e mudanças que afetem o setor, tais como: aumento de sinistralidade, evasão de beneficiários, etc.

A margem de solvência é uma regra financeira prudencial com foco na capitalização das empresas, visando impedir a distribuição indiscriminada de dividendos aos acionistas.

As Provisões Técnicas deverão ser constituídas, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, cada qual com as seguintes finalidades:

I - Provisão de Eventos a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos;

II - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações pecuniárias referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização; e

III - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela Operadora de Planos de Saúde - OPS;

IV - Outras provisões técnicas que a OPS julgue necessárias visando a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas previamente pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva aprovação.

²⁹ Para maiores detalhes consultar os apêndices II e III com as principais normas vigentes de garantia financeira e acompanhamento econômico-financeiro editadas pela ANS.

³⁰, Valor estabelecido conforme a sistemática estabelecida na Instrução Normativa - IN nº 17, de 22 de agosto de 2008, reajustado em 4,80% (quatro vírgula oitenta por cento), referente ao IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos últimos 12 meses, divulgado no mês de julho de 2009, aplicado sobre o capital base anterior de R\$ 4.772.700,00 (quatro milhões, setecentos e setenta e dois mil e setecentos reais).

Neste sentido as provisões técnicas têm o objetivo de garantirem a cobertura de determinados riscos, tais como explicitados na Tabela 6:

Tabela 6 – Riscos cobertos pelas Provisões Técnicas

Provisão Técnica	Riscos Cobertos	A quem se aplica	Exigência
Provisão de Eventos a Liquidar.	Eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos;	Seguradoras e demais operadoras.	Obrigatória.
Provisão de Insuficiência de Prêmios	Acúmulo de fundo para concessão de benefício futuro (regimes de capitalização).	Seguradoras	Facultativa.
Provisões para Eventos Ocorridos e Não-Avisados.	Riscos decorridos e não avisados.	Seguradoras e demais operadoras.	Obrigatória.
Provisão para Remissão.	Isenção da contraprestação na ocorrência de morte, desemprego e invalidez.	Seguradoras e demais operadoras.	Obrigatória.

Fonte: Alves (2007) e Cardoso (2007) – elaboração própria com base na RN 209/09.

Já a Dependência Operacional regula o ciclo financeiro da operação de planos e seguros de saúde, ou seja, a diferença entre os prazos médios de recebimento das contraprestações contra os prazos médios de pagamento dos eventos cobertos. Alves (2007) afirma que não se trata propriamente de uma provisão, mas é uma referência que reflete o grau de dependência das operações ao financiamento pelos prestadores (prazo de pagamento) e cujo excedente deverá ser lastreado por ativos garantidores.

A RN 209/2009 dispõe que as operadoras que mantiverem uma diferença entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento das contraprestações superior a **30 dias**, deverão lastrear esse excedente por meio de ativos garantidores correspondentes ao volume excedente. O cálculo do montante financeiro deve ser o menor entre os dois valores a seguir, auferidos mensalmente:

$$I - EL + OPSP;$$

Ou

$$II - \left[\left(\left(\frac{EL + OPSP}{EI} \right) \times 90 \right) - \left(\left(\frac{CPR + OPSA}{CL} \right) \times 90 \right) - LF \right] \times \frac{EL + OPSP}{90}$$

Onde,

EL = Eventos a Liquidar;

OPSP = Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Passivo);

EI = Eventos Indenizáveis dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo;

CPR = Contraprestações Pecuniárias a Receber;

OPSA = Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Ativo);

CL = Contraprestações Líquidas dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo; e

LF = Limite Financeiro = trinta dias.

Sob essa ótica a dependência operacional visa maior controle das atividades operacionais das operadoras, em especial, às relacionadas aos pagamentos de seus prestadores, garantido maior equilíbrio financeiro para o setor.

A regulação de garantias prudenciais da ANS possui regras de transição, criando barreiras à entrada de empresas no setor, visto que exige de novos entrantes 100% das garantias financeiras estipuladas na RDC 77/2001 (alterada pela RN 014/2002), ao passo que, para as empresas atuantes no setor antes da regulação, foi concedido um prazo de 6 (seis) anos.

A RN 100/2005 estabelece as disposições normativas da ANS para a concessão de Autorização de Funcionamento. As pessoas jurídicas de direito privado que pretendem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender aos seguintes requisitos: registro de operadora, registro de produto e plano de negócios para obterem a Autorização de Funcionamento.

Há uma série de exigências documentais, patrimoniais e requisitos necessários que devem constar dos produtos ofertados, tais como: segmentação assistencial, tipo de contratação (individual/familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial), área geográfica de abrangência, padrão de acomodação em internação, relação com entidade hospitalar e disponibilidade de serviços, coberturas possíveis por meio do sistema de reembolso, formas de estabelecer o preço da cobertura assistencial, indicar a existência ou não de fator moderador (co-participação e franquia) e serviços e coberturas adicionais não presentes no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS definido pela RN 167/2008 (a RN 211/2010 já editada com novo rol entrará em vigor no dia 07 de junho de 2010).

Quanto ao Regime Especial de Direção Fiscal, a RN 052/2003 dispõe que poderá ser instaurada sempre que ocorrer uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave, conforme especificado abaixo, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS:

- I - atraso contumaz no pagamento aos prestadores;
- II - desequilíbrio atuarial da carteira;
- III - evasão excessiva de beneficiários;
- IV - rotatividade da rede credenciada ou referenciada;
- V - totalidade do ativo em valor inferior ao passivo exigível;
- VI - insuficiência de recursos garantidores, em relação ao montante total das provisões técnicas;
- VII - não apresentação, não aprovação ou não cumprimento do Plano de Recuperação de que trata a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 22, de 30 de maio de 2000;

VIII - obstrução ao monitoramento da capacidade técnico-operacional ou da situação econômico-financeira que possa vir a colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde.

A mesma Resolução Normativa dispõe que a Direção Técnica poderá ser instaurada quando da ocorrência de anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS:

I - não atingimento de metas qualitativas e quantitativas no procedimento de Revisão Técnica de que trata a Resolução Normativa - RN n.º 19, de 11 de dezembro de 2002;

II - desequilíbrio atuarial da carteira, refletindo na queda da qualidade da rede assistencial;

III - demasiada evasão de beneficiários em função da perda da credibilidade da operadora;

IV - rotatividade injustificada da rede credenciada ou referenciada, trazendo como consequência a queda da qualidade;

V - criação de óbices ao acesso dos beneficiários; ou

VI - alteração da segmentação assistencial do produto sem a autorização do beneficiário.

Essas resoluções normativas editadas pela ANS estabeleceram e padronizaram critérios de entrada e saída do setor, incentivando a consolidação de uma política de gestão do risco. Cabe destacar, contudo, que essas exigências criam barreiras à entrada de novas empresas e levaram à saída de centenas, com intervenção e, em alguns casos, liquidação de determinadas carteiras, fatores que levaram a uma concentração maior do mercado.

Chollet, Kirk e Simon (2003) sugerem que as seguradoras de grandes dimensões, com economias de escala constantes, são mais propensas a prosperar em mercados altamente regulamentados do que seguradoras pequenas, com economias de escala crescente, que tendem a sair do mercado, o que aumenta a concentração e pode reduzir a concorrência.

7.2 – Cobertura Assistencial

A cobertura assistencial é o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora. De acordo com a legislação brasileira, um plano de saúde pode oferecer dois tipos de cobertura: a cobertura integral do Plano-Referência ou a cobertura por segmento contratado conforme já explicado. A lei não impede, contudo, a comercialização de planos com coberturas e características superiores às do Plano-Referência, como aqueles com diferentes condições de acomodação ou com cobertura para procedimentos não obrigatórios como, por exemplo, as cirurgias estéticas.

A amplitude dos procedimentos e eventos em saúde cobertos por um plano ou seguro de saúde é a informação mais valiosa para o consumidor dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde e seguradoras especializadas. Ocorre que o consumidor, na maioria das vezes, não tem capacidade para avaliar se a cobertura oferecida está compatível com seu perfil epidemiológico, pois a doença é um evento incerto sujeita a múltiplas variáveis complexas. Neste sentido, a legislação brasileira seguiu uma tendência de proteção ao consumidor, criando um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, cujos procedimentos e eventos cobertos são definidos e atualizados pela ANS por meio de Resolução Normativa³¹.

A Lei 9.656/1998 eliminou diversas restrições de cobertura, tais como: limitação do número de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações, mesmo em leitos de alta tecnologia, práticas anteriormente utilizadas por operadoras de saúde em letras grafadas em minúsculo nos contratos. Outra inovação da legislação foi o princípio da não discriminação dos consumidores, em função da essencialidade do serviço. Com base neste princípio, a Lei 9656/1998 prevê em seu art. 11, regulamentado pela RDC 68/01 e RN 162/2007, a vedação da exclusão de cobertura para DLP após o cumprimento do prazo de 24 meses da data de contratação do plano ofertado pela operadora, ou seja, qualquer doença ou lesão preexistente após o cumprimento deste prazo deverá ser coberta pela operadora sem ônus ao consumidor.

A RDC 68/01, substituída pela RN 82/2004 e depois RN 167/08, discrimina os procedimentos de alta complexidade sujeitos à carência de até 24 meses, cabendo à operadora o ônus da prova do conhecimento prévio do consumidor de ser portador de DLP. A lei veda, também, que em razão da idade ou de ser a pessoa portadora de deficiência, que a operadora venha impedi-la de participar de planos privados de assistência à saúde.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de coberturas obrigatórias é atualizado regularmente com participação consultiva e opinativa de vários segmentos da saúde suplementar por meio da Câmara de Saúde Suplementar. Em maio de 2009 com a sanção da Lei 11.935, a cobertura às ações de planejamento familiar nos planos de saúde tornou-se uma obrigação legal, normatizada em junho de 2009 pela ANS por meio da RN 192 que inseriu quatro novos procedimentos de cobertura obrigatória:

- Consulta de aconselhamento para planejamento familiar;
- Atividade educacional para planejamento familiar;
- Sulfato de Dehidroepiandrosterona (sdhea) e;

³¹ Vigente a RN 167/2008, atualizada pela RN 211/2009, que entrará em vigor a partir de 07 de junho de 2010.

- Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal.

Incluíram-se assim alguns procedimentos para o casal que deseja ter filhos e para aqueles que desejam evitá-los. Essa legislação permite a cobertura de exames de investigação sobre a infertilidade, não incluindo a fertilização assistida em si.

Em 07 de junho de 2010 entrará em vigor a nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A partir dessa data, todos os planos novos (contratados após 1º de janeiro de 1999) devem cumprir a Resolução Normativa nº 211, publicada em 12 de janeiro de 2010. O Rol 2010 amplia a cobertura mínima obrigatória para os beneficiários de planos de saúde e passa a listar, a um só tempo, tanto os procedimentos médicos quanto os odontológicos. Dentre as alterações previstas, destacam-se a inclusão de cobertura obrigatória para:

- Diversas cirurgias torácicas realizadas por vídeo;
- Novas tecnologias, como implante de marcapasso multissítio e pet-scan oncológico para determinadas indicações;
- Transplante alogênico de medula óssea;
- Aumento do número de sessões de terapias paramédicas: até 40 para fonoaudiologia, até 12 terapias ocupacionais, até 40 para psicologia e até 12 para nutricionista em determinadas patologias e;
- Coroa unitária e bloco, no caso de segmentação odontológica.

Se por um lado os consumidores comemoram o aumento do rol de eventos cobertos, por outro lado as operadoras reclamam do impacto significativo no aumento de custos sem reposição equivalente nos percentuais de reajuste autorizado pela agência. Alegam, também, que vários procedimentos e eventos inseridos no rol obrigatório tornaram o risco atuarial desequilibrado contra as operadoras, dado que foram inseridos procedimentos de uso planejado pelos consumidores.

A tendência da ANS de ampliar o rol de eventos cobertos pelas OPS aumenta os custos e emerge um *trade-off* entre proteção, ampliação de direitos de alguns grupos de consumidores e elevação do patamar de preços dos planos e seguros de saúde, que retira a possibilidade de uma grande parte da população consumir esse tipo de serviço. Chollet, Kirk e Simon (2003) indicam que esse tipo de regulamentação pode alterar a distribuição de risco da população segurada, aumentando a cobertura de grupos e indivíduos de alto risco, mas reduzindo a cobertura entre os grupos e indivíduos de baixo risco em decorrência do novo equilíbrio de preços do mercado, sem impacto significativo na cobertura global.

A RN 167/08 define a amplitude de cobertura mínima obrigatória conforme a segmentação do plano de saúde contratado:

a) Plano Ambulatorial - sua cobertura se restringirá a consultas médicas; consultas e

sessões com nutricionista; exames; tratamentos e demais procedimentos passíveis de realização em ambulatório, ou seja, que não demandem internações; cobertura de psicoterapia; procedimentos de fisioterapia; inclusive entre outras coberturas: atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência pelo período de até 12 horas; remoção após realização dos atendimentos classificados como de urgência ou emergência para a continuidade de atenção ao paciente, quando caracterizada a falta de recursos na unidade ou pela necessidade de internação; procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório; procedimentos considerados especiais, como por exemplo: hemodiálise e diálise peritoneal, quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.); hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais. As exclusões estão relacionadas à internação hospitalar; procedimentos que, embora não necessitem de internação, precisem de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos que exijam anestesia, salvo aqueles que podem ser realizados em ambulatório, com anestesia local, sedação ou bloqueio; quimioterapia intratecal ou as que demandem internação; radio moldagens, radioimplantes e braquiterapia; nutrição enteral ou parenteral; embolizações e radiologia intervencionista.

b) Plano Hospitalar - cobrirá internações, mas não dará direito à cobertura ambulatorial. Inclui internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade; honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação; exames de diagnóstico e de controle da evolução da doença durante o período de internação; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizadas durante o período de internação; toda e qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados, durante o período de internação; remoção do paciente para outra unidade hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites da cobertura geográfica previstos em contrato; despesas do acompanhante para pacientes menores de 18 anos; procedimentos buco-maxilares e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por determinação do médico assistente, necessitem de internação hospitalar; procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, como por exemplo: hemodiálise e diálise peritoneal quimioterapia; radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; hemoterapia; nutrição parenteral e enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia

intervencionista; exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos; fisioterapia; cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e de córnea, exceto medicação de manutenção. As exclusões de cobertura estão relacionadas aos eventos de consultas ambulatoriais e domiciliares; atendimento obstétrico, como por exemplo, pré-natal e parto; tratamentos e procedimentos ambulatoriais; atendimento para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

c) Planos Hospitalares com Obstetrícia - abrangem atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como por exemplo, pré-natal, partos e coberturas para o recém-nascido. Inclui benefícios como cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto; inscrição assegurada como dependente ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, isento do cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. As exclusões estão relacionadas aos eventos de consultas ambulatoriais e domiciliares; tratamentos e procedimentos ambulatoriais não relacionados ao pré-natal; atendimentos para fins de diagnósticos, terapia ou recuperação.

d) Plano Odontológico - cobrirá todos os procedimentos listados no Rol Odontológico, incluindo exames, atendimentos de urgência e emergência, e procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, tais como: procedimentos de prevenção, dentística (restaurações), endodontia (tratamento de canal), periodontia (tratamento de gengivas) e cirurgia. As exclusões estão relacionadas aos procedimentos de prótese, tratamento ortodôntico e aqueles não listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.

e) Plano tipo Referência - é a segmentação mais ampla, que reúne todas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação enfermaria. É obrigatório para as operadoras oferecerem o Plano-Referência aos consumidores.

O art. 10 da Lei 9656/98 traz um elenco de procedimentos e tratamentos passíveis de exclusão de cobertura, tais como: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento de obesidade mórbida); fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior); fornecimento de medicamentos para tratamento

domiciliar; fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos; tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

A resolução 167/08 normatiza, também, que os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos terão cobertura obrigatória quando constarem do Rol. Define uma seleção extraída do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde passíveis de Cobertura Parcial Temporária – CPT nos casos de portadores de Doenças e Lesões Preexistentes – DLP.

A legislação infralegal da ANS coibiu a prática de operadoras adotarem mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado por meio de desconto, concessão de pontuação para troca de produtos ou prática análoga por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.

Outra vedação importante às operadoras de planos de saúde e seguradoras especializadas em saúde foi operar sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador de serviços, bem como oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas na Lei 9.656/98.

7.3 – Portabilidade de carências

Carência é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato de plano ou seguro de saúde, durante o qual o beneficiário paga as mensalidades, mas não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. A Lei 9.656/98 estabeleceu os prazos máximos, quando fixados períodos de carência: vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência; trezentos dias para parto a termo e cento e oitenta dias para os demais casos. Para a cobertura de doenças e lesões preexistentes a lei prevê um período de carência de até 24 meses cabendo à operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

A Resolução Normativa 195/2009 dispõe que em caso de planos coletivos empresariais com número de participantes igual ou superior a trinta não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência e nem poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária para os usuários portadores de doenças ou lesões preexistentes, desde que ingresse no plano até 30 dias da celebração do contrato. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência.

Na inclusão do filho natural ou adotivo do titular do plano, será dispensado o cumprimento de período de carência, nos planos com cobertura obstétrica, desde que a

inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. Esse direito é assegurado somente após o cumprimento de carência de 300 dias para parto, pelo titular do plano. Caso o titular ainda esteja em carência para parto, o direito de inscrição e de assistência ao recém nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência. É assegurada, também, independentemente do tipo de plano (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia ou hospitalar com obstetrícia), a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante. Entende-se, também, por “filho adotivo” a criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade do titular do plano privado de assistência à saúde, em regime de guarda provisória, em virtude das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente. O contrato poderá prever outras formas de inclusão de dependentes, desde que não contrarie a lei.

A carência no mercado de planos e seguros de saúde desempenha um papel importante como instrumento legítimo visando mitigar a assimetria de informações e seleção adversa, permitindo que o preço médio dos produtos de seguros fossem atrativos mesmo para as pessoas com maior risco. Contudo, a ausência de um mecanismo de portabilidade fidelizava os clientes mesmo descontentes com os serviços prestados, pois caso desejassem migrar para outra operadora deveriam cumprir novo período de carência. Essa inibição de concorrência gerava uma espécie de monopólio “ex-post” das operadoras que detinham uma carteira de usuários, especialmente, os de maior risco.

A Resolução Normativa 186/2009 da ANS buscou estimular a competição no setor de saúde suplementar, garantindo a mobilidade dos consumidores com portabilidade das carências já cumpridas. Para o exercício desse instrumento, o beneficiário deverá atender simultaneamente aos seguintes requisitos: **I)** estar adimplente em suas mensalidades; **II)** estar há pelo menos dois anos no produto de origem ou há pelo menos três anos na hipótese de ter cumprido cobertura parcial temporária (somente na primeira portabilidade, nas posteriores o prazo é igualado em dois anos); **III)** tipo de plano de destino compatível com o plano de origem; **IV)** faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem e o **V)** plano de destino não poderá estar com registro nas situações “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”. O beneficiário deverá requerer a portabilidade de carência no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subsequente.

A escolha ou troca de um plano de saúde é motivada certamente pelo preço da contraprestação, embora outros fatores como o leque de benefícios ofertados e a rede de hospitais disponibilizada possam exercer um papel importante. Por outro lado, mesmo que, estes fatores permaneçam constantes, os beneficiários tendem a aprimorar suas escolhas,

comparando-as com o que o mercado dispõe, podendo mudar quando a expectativa não é satisfeita, caso não haja custo transacional. Fonseca (2004) pontua que esta escolha, no entanto, não será sempre a melhor, pois os fatores relacionados com a assimetria de informação permanecem presentes (racionalidade limitada). Com a nova regulamentação, a ausência de custo na mudança de plano trará uma possibilidade de maior competição entre as operadoras.

Fonseca (2004) apresenta uma revisão bibliográfica que destaca o preço, similaridade da rede credenciada e de profissionais associados como fatores decisivos para mobilidade no mercado de saúde, observando-se uma relação indireta com a idade e com o tamanho da família. Estudo de Cunningham e Kohn (2000) com 32.732 famílias e 60.446 indivíduos residentes nos EUA, entre 1996 e 1997, aponta que beneficiários com maior utilização de planos de saúde, como os idosos, tiveram menor tendência a trocar de plano assim como outras populações mais vulneráveis como hispânicos, negros e pobres.

Outro aspecto importante da portabilidade de carências é servir como alternativa para perda da assistência médica dos beneficiários, após o fechamento de uma operadora ou seguradora. Atualmente quando há a liquidação extrajudicial de uma operadora de planos de saúde, há dificuldades pra transferência das carteiras que é promovida por leilão.

O mercado já realizava compra de carências de beneficiários de menor risco, impondo restrições às lesões preexistentes. As operadoras compravam a carência de planos semelhantes, se o beneficiário estava adimplente na operadora de origem, tinha menos de 59 anos e não tinha doença preexistente. No caso de portador de doença preexistente a compra de carência não era realizada ou se fazia com cláusula de cobertura parcial temporária.

O principal obstáculo à portabilidade reside na possibilidade de permanência do beneficiário em plano de menor preço, mesmo com atendimento não satisfatório, até que surgisse a necessidade de tratamentos mais caros ou freqüentes. Assim, a portabilidade seria, neste momento, usada para a migração para plano com melhores condições de atendimento, mesmo que a um custo maior. Entretanto a forma de regulação adotada minimiza esse comportamento, pois exige uma permanência mínima de dois anos no plano de origem com destino para um plano de preço igual ou inferior. Esta opção de regulação procura evitar ou diminuir os efeitos do risco moral, por desvincular a possibilidade de mudança de plano, da necessidade imediata de uso de serviços médicos.

O projeto de mobilidade com portabilidade de carências faz parte do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal – PAC da Saúde (Mais Saúde) e é considerado pela ANS como importante instrumento de estímulo à concorrência no mercado de saúde suplementar, permitindo que os consumidores tenham mais liberdade de escolha,

privilegiando planos ou produtos que ofereçam melhor qualidade de atendimento e menor custo. Estes planos ou produtos tenderão a atrair mais beneficiários podendo se beneficiar de economias de escala aumentando ainda mais sua capacidade de baixar custos.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC criticou a timidez da abrangência da Resolução Normativa 186/09, pois a mesma somente se aplica aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde individual e familiar contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656/98, o que representa menos de 16% do mercado.

De acordo com o ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, devido a limitações técnicas como falta de dados, a ANS ainda não estendeu a portabilidade a todos os usuários, mas segundo ele, a agência pretende estender em 2010 a possibilidade da troca de planos de saúde sem o cumprimento de nova carência também para portadores de planos coletivos. “Esse é o próximo passo. Existem questões técnicas relativas à base de dados que impedem a expansão (da portabilidade). Mas a idéia é atender uma antiga reivindicação dos usuários, estimular a competição entre as prestadoras e a melhoria da qualidade do serviço”, afirmou Temporão, depois da divulgação³² do Guia ANS - um Guia Eletrônico, publicação que pretende auxiliar o consumidor na escolha da nova operadora. O diretor-presidente da ANS em abril de 2010, Fausto Pereira dos Santos, prometeu para o segundo semestre de 2010 estender a portabilidade para os planos coletivos por adesão (de sindicatos e associações de classe) com até 30 beneficiários, pois os planos coletivos com mais de 30 pessoas já desobrigam os consumidores a cumprirem novamente prazos de carência.

7.4 – Regulação dos preços

A Lei 9.961/2000 atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os reajustes de mensalidade dos planos de saúde, variando com tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e de acordo com o motivo do aumento.

Existem três situações que podem implicar a correção do valor da mensalidade de um plano no Brasil: **a)** variação dos custos assistenciais a cada período de doze meses, **b)** elevação da idade do beneficiário que implique mudança de faixa etária e, excepcionalmente, em decorrência de **c)** uma reavaliação técnica do equilíbrio atuarial do plano.

a) O reajuste por variação de custos ocorrerá em razão da elevação da composição do custo ocasionada por fatores como inflação, incorporação de novos procedimentos no rol de cobertura obrigatório e uso de novas tecnologias, entre outros fatores. Este tipo de

³² Informações da Agência Brasil de 15 de abril de 2009.

reajuste é efetuado no mês da assinatura do contrato, podendo ser aplicado, no máximo, uma vez por ano, desde que autorizado previamente pela ANS para a sua aplicação conforme disposto na RN 171/08 para planos individuais e RN 195/09 para os planos coletivos. A ação da ANS está diretamente relacionada ao tipo de contratante. No caso de contrato assinado por pessoa física após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656/98, é exercido um controle intenso com o objetivo de minimizar as limitações negociais de um único indivíduo com uma operadora, estabelecendo-se um índice de reajuste máximo, ou seja, um preço teto. Em caso de contrato assinado por pessoa jurídica, há somente um monitoramento da ANS.

Enquanto nos planos de pessoas físicas as operadoras são obrigadas a solicitar autorização prévia da ANS, os planos de pessoas jurídicas seguem uma sistemática diferente, pois estão sujeitos somente a um monitoramento dos reajustes, devendo ser comunicados à ANS até 30 dias após sua aplicação.

A regulação de preços relacionada à variação de custos do mercado de saúde suplementar brasileiro é insipiente e necessita de melhor experimentação da ANS, pois o cálculo de reajuste autorizado pela ANS para planos individuais se baseia na média de reajuste dos planos coletivos, cujos preços são negociados livremente, e nem sempre correspondendo aos custos reais dos planos individuais. As operadoras criticam esse modelo, pois ignora os determinantes específicos dos planos individuais que estão sujeitos mais fortemente à presença de seleção adversa enquanto os planos coletivos possuem uma maior diluição do risco.

Em suma, a opção de regulação de preços exercida pela ANS somente nos planos individuais novos é bastante restrita, uma vez que, em 2008, 73,6% dos beneficiários estavam vinculados a planos coletivos e, no total, individuais novos respondiam por apenas 15,7% (ANS, 2009a).

b) O reajuste por mudança de faixa etária deve observar a data de contratação do plano para se adequar a legislação em vigor à época: **I)** se contratado antes de 2 de janeiro de 1999 – planos antigos não sujeitos à Lei 9.656; **II)** entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004 – planos novos sujeitos à sete faixas etárias, das quais duas acima de sessenta anos de idade; **III)** depois de 1º de janeiro de 2004, planos novos sujeitos à dez faixas etárias para se adequar ao estatuto do idoso, que proibiu reajuste por mudança de faixa etária aos contratos de consumidores com idade acima de 60 anos.

I) Nos planos assinados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98, deve-se cumprir o que consta no contrato. Através da RN 56/03, a ANS determina que as operadoras informem a existência e o conteúdo das cláusulas de faixa etária, dentre outras características destes planos, possibilitando a verificação do cumprimento da cláusula.

II) Os contratos de planos novos assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004 ou contratos antigos adaptados neste período têm que descrever as faixas etárias e os percentuais de variação. A lei determina, também, que a última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). A variação deve obedecer às seguintes faixas etárias:

- a) 0 a 17 anos;
- b) 18 a 29 anos;
- c) 30 a 39 anos;
- d) 40 a 49 anos;
- e) 50 a 59 anos;
- f) 60 a 69 anos;
- g) 70 anos ou mais.

III) Nos contratos de planos novos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004, o número de faixas etárias aumentou de sete para dez como resultado da proibição de reajuste para consumidores acima de 60 anos determinada pelo Estatuto do Idoso. A agência procurou estabelecer nova redistribuição de faixas de modo a compensar a perda das operadoras com proibição das duas faixas etárias de consumidores mais idosos. O estatuto do idoso forçou um subsídio das pessoas mais jovens para as pessoas mais idosas. A Resolução Normativa RN 63/2003, determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18) e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. A variação deve obedecer às seguintes faixas etárias:

- a) 0 a 18 anos;
- b) 19 a 23 anos;
- c) 24 a 28 anos;
- d) 29 a 33 anos;
- e) 34 a 38 anos;
- f) 39 a 43 anos;
- g) 44 a 48 anos;
- h) 49 a 53 anos;
- i) 54 a 58 anos;
- j) 59 anos ou mais.

Contratos assinados antes de janeiro de 1999 que foram adaptados à nova lei têm que ter as faixas etárias e os percentuais de variação por mudança de faixa etária expressos no novo contrato.

A atual regulamentação de reajuste decorrente de alteração de faixa etária promove um mutualismo em subgrupos e faz com que os beneficiários mais jovens e, normalmente os de mais baixo risco, financiem as faixas mais idosas. É uma decisão estratégica da agência que deve monitorar regularmente a taxa de cobertura por idade e criar mecanismos de incentivo de adesão do público jovem ao mercado de saúde visando oxigenar o mercado permanentemente.

c) Em casos de desequilíbrio atuarial de um plano de saúde, excepcionalmente, poderá ser autorizado pela ANS uma revisão técnica na mensalidade, visando eliminar a ameaça à continuidade de serviço aos consumidores, mas a operadora terá que seguir estritamente as regras definidas pela Agência.

A operadora deverá oferecer ao consumidor pelo menos duas opções, aprovadas previamente pela ANS, que levem ao reequilíbrio do plano. Uma das opções tem que ser sem aumento de mensalidade. A ANS pode exigir da operadora a assinatura de um "Termo de Adesão" no qual deve assumir o compromisso de alcançar as metas estabelecidas, de respeitar os prazos predefinidos para o cumprimento dessas metas e de apresentar à ANS determinados relatórios sobre a sua gestão.

A precificação de um plano ou seguro de saúde é tarefa complexa, pois as empresas somente conhecerão os custos do consumidor após cada mês de utilização dos serviços de cuidados com a saúde. Não existe regularidade e a apuração dos custos dar-se-á no futuro. Neste sentido a operadora de plano de saúde precisa fazer estimativas de eventos que somente ocorrerão no futuro. Para tanto, ela utiliza como base o comportamento desse risco no passado, que não garante o sucesso da previsão por se tratar da saúde dos consumidores que é imprevisível e prodigiosa.

Dois motivos principais podem explicar o fato de que nos últimos anos os índices de reajuste de preços autorizado pela ANS tenham ficado acima do índice de inflação IPCA. O primeiro é decorrente dos choques dinâmicos e constantes dos preços dos insumos de cuidados com a saúde que apresentam tendência de acumulação de tecnologia sem tempo para reduzir os custos em razão da melhora tecnológica do uso desses insumos como em outras empresas. O segundo motivo é consequência do modelo do sistema de saúde brasileiro que optou por garantir uma cobertura ampla aos usuários da saúde suplementar, proibindo a prática de seleção de risco e mecanismos de regulação que imponham barreiras assistenciais que impeçam a sobreutilização de serviços caracterizada como risco moral.

A atual regulação de preços de planos e seguros de saúde já promoveu um avanço na dinâmica do mercado, pois no passado inexistia qualquer tipo de regulação e a cada reajuste noticiado era uma aflição constante dos consumidores que reclamavam de aumentos abusivos. A ANS tem buscado padronizar e gerar informações oriundas das operadoras, que por certo permitirá inferir e aprimorar a metodologia a ser aplicada na determinação de um preço teto ou evoluir para um modelo de regulação por desempenho (*yardstick competition*) por meio de padrões de avaliação de desempenho estabelecidos pelo órgão regulador. Assim seria proporcionado um reajuste diversificado definido de acordo com a eficiência de cada empresa. Outra constatação é a tendência de concentração do mercado, pois os custos regulatórios dificultam a sobrevivência de uma empresa de pequeno porte, restando um perigo de caminhar para um mercado oligopolizado.

Ocké-reis (2007) afirma, contudo, que as empresas de planos ou seguros de saúde dependem de outros fatores para oligopolizar ou monopolizar o mercado, tais como: a) ausência de mobilidade dos beneficiários entre operadoras, pois não havia instrumento disponível de portabilidades de carência; b) segmentação de mercados; e c) diferenciação de produtos, entre outros. Com a necessidade de cumprimento de novo período carência para utilização de determinados serviços, pode-se dizer que não havia perfeita mobilidade do beneficiário entre operadoras. Há poucas análises com relação aos outros aspectos, mas pode-se, no mínimo, levantar a suspeita de que, pelo menos em âmbito nacional, algumas empresas tenham poder de mercado podendo determinar preços.

Há uma necessidade urgente de interação e convergência de metodologia entre a ANS e a ANVISA, pois não há como aplicar uma metodologia de controle de preços dos planos de saúde em dissonância com a metodologia de controle de preços de materiais e medicamentos que forma uma parcela significativa dos custos dos planos e seguros de saúde.

7.5 – Informação em saúde: Padrões, sistemas e trocas

A complexidade das interações do mercado de saúde é permeada por informações imperfeitas entre médico e paciente, operadora e prestador de serviços de saúde e operadora e usuário, o que evidencia a relevância da geração de informação correta como ferramenta indispensável para o processo regulatório que deve gerar opções eficientes de escolhas aos agentes desse mercado.

Lima (2005) aponta que a capacidade de decidir de modo eficiente dos agentes econômicos é limitada pela não existência de informações corretas e suficientes, o que leva a mau funcionamento dos mercados e perda de bem-estar. A assimetria de informações implica que as operadoras desconheçam o verdadeiro risco de cada consumidor, desconheçam o custo-benefício da escolha de um determinado hospital, clínica ou médico

que melhor atenda as necessidades do paciente, dificulta o trabalho do médico por falta de conhecimento completo do histórico do paciente e desvirtua o alvo ótimo regulatório da ANS.

A coleta e disseminação de informações do sistema de saúde brasileiro devem ser utilizadas pela ANS com o objetivo de minimizar a assimetria de informação. A criação e disponibilização de um banco de dados com informações de operadoras, produtos, beneficiários e prestadores de serviços do mercado de saúde suplementar certamente implicam melhorias nas discussões e na tomadas de decisões dos usuários desse sistema.

Gruber e Mandarian (2002) apontam evidências de que a demanda por planos de seguro de saúde aumenta quando as informações fluem com maior consistência nesse mercado. Isto significaria que a implantação de um sistema de informação mais amplo na área da saúde suplementar pode vir a ter um efeito maior do que se esperaria sobre a própria estrutura do mercado.

O paciente ou operadora precisam ter acesso aos tratamentos e resultados disponíveis para avaliar o custo-benefício. Para tanto, um exemplo é apresentado: qual o tempo médio de internação e recuperação de determinada patologia no hospital x e no hospital y, pois nem sempre o mais caro será o mais resolutivo. As entidades e profissionais de saúde no Brasil não costumam divulgar seus indicadores assistenciais, fazendo com que os profissionais de saúde de outra entidade se baseiem na reputação para indicar a utilização desse ou daquele serviço. Tal diferença no nível de informação implica alocação ineficiente dos recursos, privilegiando os interesses de grandes conglomerados empresariais apoiados por lobistas.

O modelo remuneratório *fee-for-service* em que o prestador ganha mais se o paciente utilizar mais serviços gera um conflito de interesses entre o dever de agir da melhor forma para cuidar do paciente ou induzir a demanda de serviços, o que eleva as receitas de médicos e instituições de saúde. Esse modelo premia a ineficiência, pois quanto mais eficiente for mais baixa será sua remuneração. Todo esse processo decorre de uma falta de informação, pois o mais adequado é que a precificação dos serviços privilegiasse os mais eficientes, de modo a compensá-los e não puni-los como no principal modelo remuneratório adotado no Brasil.

Dias (2006) exemplifica as necessidades de informação do mercado de saúde, a saber: **I)** pacientes querem melhorar seu conhecimento e serem capazes de atuar mais ativamente no controle de sua saúde (*Patient Empowerment*); **II)** médicos necessitam de informações para se manterem atualizados e também melhorarem o gerenciamento de seus negócios; **III)** operadoras de planos de saúde e outras empresas de saúde precisam de informações para gestão dos custos e da qualidade do atendimento; **IV)** órgãos públicos

como Ministério da Saúde, ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) necessitam de informação para seu trabalho de planejamento, ações, fiscalizações e avaliações de políticas de saúde.

A ANS tem encontrado bastante dificuldade na implantação de um sistema de informação padronizado como parte do processo de construção da regulamentação e da fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde. Há uma grande variedade de vocabulários e processos na saúde, diversidade de guias sobre os eventos prestados, diferentes formas de autorização que implicam num faturamento complexo e arcaico com elevada utilização de recursos humanos e limitado uso da Tecnologia da Informação.

A Resolução Normativa 114/2005 da ANS (alterada pela RN 153/2007) estabeleceu um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde. Essa iniciativa certamente introduziu um dos mais importantes avanços tecnológicos para o setor. A TISS quando completamente implantada e finalizada proporcionará melhoria na qualidade do atendimento, racionalização dos custos administrativos, otimização dos recursos, facilidade na comparação de dados e redução do uso de papel.

A TISS utiliza o padrão eletrônico XML (*eXtensible Markup Language*) definido pelo consórcio W3C (*World Wide Web Consortium*) flexível e reconhecido internacionalmente. É disponível para uso em diversos bancos de dados e sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os mais variados sistemas de informação em saúde hoje existentes, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas. Em seu conteúdo e estrutura estão guias (consulta, serviços de profissionais/serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SP/SADT, internação, honorário individual, tratamento odontológico, outras despesas) demonstrativos de pagamento e legendas, que representam conceitos em saúde através de um conjunto padronizado de termos, códigos e descrições utilizados. Com a implantação da TISS, as comunicações serão realizadas por transações eletrônicas entre os sistemas de informação das operadoras e dos prestadores de serviços de saúde, cercado de segurança e privacidade.

A implantação desse sistema de transações eletrônicas e padrões contribui para melhoria das informações usadas pelas próprias operadoras privadas nos seus processos internos de tomada de decisão. Entretanto ainda há resistência e dificuldade operacional para a definitiva implantação do padrão TISS. Uma grande parte dos hospitais, clínicas e profissionais de saúde não dispõe sequer de um sistema de informação a fim de interagir com as operadoras. Faltou financiamento governamental e apoio da ANS com o objetivo de concatenar linhas de empréstimo por meio das agências de fomento, pois muitos

prestadores não possuem os recursos necessários para implantar tamanha inovação tecnológica.

Como alternativa a ANS desenvolveu aplicativos denominados TISSnet e APLICATISS, disponibilizando-os às operadoras e prestadores de serviços, que ainda não tenham seus próprios sistemas de informação, para viabilizar a troca de informação eletrônica pelo padrão TISS, mas mesmo assim, ainda é necessário um mínimo de expertise tecnológica para algumas empresas.

Dias (2006) apresenta os resultados alcançados e a evolução de uma pesquisa publicada pela Associação Americana das Operadoras de Planos de Saúde, que abrange o período de 2002 a 2006, e procurou analisar a implantação de padrões e transação eletrônica no EUA pela Lei HIPPA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), publicada em 1996. As contas processadas em menos de trinta dias saltaram de 94% em 2002 para 98% em 2006, resultante do fato de que 75% das contas foram transacionadas eletronicamente em 2006 contra 44% em 2002. Em relação ao custo do processamento, a pesquisa concluiu que o custo do recebimento da conta médica eletrônica é de \$0,85 contra \$1,58 em papel.

O exemplo citado acima dos EUA só reforça a necessidade de rever os processos e rotinas manuais dos agentes do mercado de saúde brasileiro que geram desperdícios de recursos humanos e materiais que juntamente com a informação imperfeita alimenta a ineficiência do sistema.

A padronização, automatização e a sistematização de informações viabilizam a construção de indicadores que permitem avaliar o estado de saúde, subsidiar o planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados, e fornecer aos segmentos envolvidos, à ANS e ao Ministério da Saúde informações que permitam efetuar comparações e apoiar as políticas nacionais de saúde. A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais.

A Resolução Normativa 29/2003 instituiu a versão 2.0 do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, instituído na primeira versão pela Resolução - RE n.º 1, de 13 de fevereiro de 2001. Esse sistema possibilita a produção de diversos indicadores para análise da saúde financeira da operadora, tais como: índice de liquidez corrente, endividamento, percentual de gastos com despesas administrativas e de despesas com a comercialização, entre outros.

Tabela 7 – Indicadores do SIP

FAMÍLIA DE INDICADORES	INDICADORES
INDICADORES DE DESPESA	Valor médio de despesa por evento; Despesa assistencial líquida por exposto; Taxa de recuperação de indenização de despesa assistencial; Taxa de participação dos beneficiários em eventos indenizáveis (co-participação); Taxa de recuperação de eventos indenizáveis (seguros).
INDICADORES DE SAÚDE	Coeficiente de mortalidade materna; Coeficiente de nascidos vivos; Coeficiente de natalidade; Coeficiente de natimortalidade; Taxa de mortalidade materna; Taxa de prematuridade.
INDICADORES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	Frequência de utilização; Índice de exames por consulta; Índice de terapias por consulta; Média de permanência de internação; Taxa de diárias de UTI e unidade semi-intensiva; Taxa de utilização de UTI e CTI neonatal; Taxa de atendimento ao RN na sala de parto; Taxa de internações de gravidez terminada em aborto; Índice de internações por transtornos maternos na gravidez; Índice de internações por complicações no período de puerpério; Taxa de parto normal; Taxa de parto cesárea.
INDICADORES ODONTOLÓGICOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	Frequência de utilização; Índice de exames odontológicos por consulta; Taxa de procedimentos odontológicos preventivos; Taxa de procedimentos de periodontia; Taxa de procedimentos de dentística; Taxa de procedimentos de cirurgia odontológica ambulatorial; Taxa de procedimentos de endodontia; Taxa de procedimentos do rol odontológico no total de procedimentos.
INDICADORES DE INCREMENTO	Taxa de incremento acumulado no ano; Taxa de incremento no período.

Fonte: Adaptado de Dias (2004).

A Resolução de Diretoria Colegiada 85/2001, alterada pela RN 61/2003, instituiu o Sistema de Informações de Produtos – SIP para envio de informações e emissão de relatório gerencial. O SIP produz indicadores com ênfase na assistência dos planos das operadoras. As operadoras enviam informações: do número de beneficiários, tipo de segmentação dos planos comercializados, tipo de plano (individual, coletivo com patrocínio e coletivo sem patrocínio), itens de despesa (consultas médicas, exames complementares, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais, consultas odontológicas, exames complementares odontológicos, procedimentos odontológicos preventivos), número de

beneficiários expostos, despesas assistenciais e despesas administrativas. As informações são recebidas trimestralmente, desde 2002.

Os indicadores do SIP são divididos em cinco grupos: indicadores de despesa, indicadores de saúde, indicadores de prestação de serviços, indicadores odontológicos de prestadores de serviço e indicadores de incremento (Dias, 2004).

A tabela 7 mostra que ainda há poucos indicadores relacionados ao monitoramento das condições da saúde dos beneficiários e que não há nenhum indicador direcionado para prevenção e promoção da saúde. Essa constatação certamente decorre da inexistência do registro eletrônico dos eventos clínicos de cada indivíduo que implica inexistência de um banco de dados do histórico médico de todos os pacientes.

O registro eletrônico em saúde é um modelo de acompanhamento e registro do histórico da saúde de cada indivíduo, que permite acesso remoto e simultâneo a vários profissionais de saúde em qualquer lugar do mundo via WEB, já difundido nos EUA, Canadá e em alguns países da Europa. OPAS (2003) apresenta esse modelo como uma forma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais. Assim, deve ser entendido como sendo a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida.

OPAS (2003) destaca os benefícios que podem ser obtidos deste formato de armazenamento. Dentre eles, podem ser destacados: **I)** acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; **II)** acesso a conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria da tomada de decisão; **III)** melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimentos aos pacientes; **IV)** possível redução de custos com otimização dos recursos.

Estabelecer padrões de dados clínicos a serem utilizados por profissionais de saúde, clínicas e hospitais com o objetivo de compartilhar e consolidar os dados da saúde pública e privada é um grande desafio para a ANS, ANVISA e Ministério da Saúde. Merece uma avaliação o investimento no conhecido padrão de registro eletrônico de saúde HL7³³, protocolo internacional para intercâmbio de dados eletrônicos em todos os ambientes da área da saúde, integrando informações de natureza clínica e administrativa. O HL7 já é utilizado em vários países do mundo, desenvolvido por instituição não governamental americana de mesmo nome. Atualmente a versão 3 tem como principal função permitir a troca de informações clínicas e administrativas entre sistemas. É uma organização

³³ HL7 é uma organização voluntária, sem fins lucrativos, voltada para o desenvolvimento de padrões e especificações para permitir troca de informações entre sistemas de informações de saúde. O leitor interessado em se aprofundar pode acessar WWW.hl7brazil.org.

acreditada pela *American National Standards Institute* (ANSI). Possui representações em vários países, inclusive no Brasil. A versão três do HL7 adota o *Reference Information Model* (RIM) que pode ser compreendido como um modelo orientado a objeto para representar a informação em saúde.

8. IMPACTO DA REGULAMENTAÇÃO DA ANS

A ANS é pessoa jurídica de direito público criada em 2000 na estrutura da Administração Indireta Federal, sob a forma de autarquia em regime especial, para exercer a autoridade estatal, normatizando as relações existentes entre as OPS e os seus respectivos beneficiários consumidores com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde através da regulação e fiscalização do setor. Possui autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. É vinculada ao Ministério da Saúde com atuação em todo território nacional.

Dez anos após a criação da ANS o nível de conhecimento do setor de saúde suplementar brasileiro aumentou drasticamente. A ANS reuniu um conjunto inédito de informações em seus bancos de dados e, apesar de algumas precariedades, tem-se a reunião de um conjunto de informações bastante significativo. Além disso, foi adquirido um alto grau de conhecimento sobre o setor na forma de estudos sistemáticos das relações econômicas preponderantes no mercado privado de saúde. É provável que o aumento do grau de conhecimento da ANS venha aumentar o grau de difusão sobre essas informações, pois necessariamente o aumento do conhecimento de suas funções deverá gerar demandas por informação.

A regulamentação da ANS disciplinou o mercado com a definição de regras claras, dentre elas: rol de cobertura mínima de procedimentos; proibição de limitação do número de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações; proibição da seleção de risco; disciplina a cobertura de doenças preexistentes; controle de preços de planos individuais; monitoramento do preço de planos coletivos; exigência de garantias de capital e de desempenho econômico-financeiro das operadoras para comercializar planos ou seguros de saúde; facilitação da mobilidade por meio da portabilidade de carências com o objetivo de fomentar a concorrência.

Estabeleceu o protocolo TISS dando início ao processo de padronização e de aprimoramento da incorporação da tecnologia da informação no setor com o objetivo de otimizar a gestão, reduzindo custos, o uso de papéis e os processos manuais pouco produtivos.

Pelo lado das empresas, o processo regulatório criou custos administrativos e aumentou os custos assistenciais devido à ampliação de cobertura e outras exigências da ANS. Esse conjunto de exigências para operar um plano ou seguro de saúde estabeleceu

um novo equilíbrio de custos e preços, o que gerou a saída de 700 empresas de planos médico-hospitalares e 177 empresas de planos exclusivamente odontológicos do mercado (ANS, 2009a).

A regulação do setor modificou a composição do mercado com viés de concentração e redução de competitividade nos segmentos de medicina de grupo e seguradoras. O número de autogestões reduziu significativamente, pois muitas empresas que ofereciam esse tipo de assistência resolveram terceirizar o serviço de assistência à saúde de seus funcionários, haja vista a obrigatoriedade de contabilizar em seu passivo um volume de reservas financeiras definidas pela ANS. As cooperativas médicas se expandiram e pode-se dizer que monopolizam os municípios interioranos com baixa densidade demográfica. A tabela 8 evidencia o surgimento do mercado de planos exclusivamente odontológicos e de planos fornecidos por instituições filantrópicas, ambos em movimento de expansão.

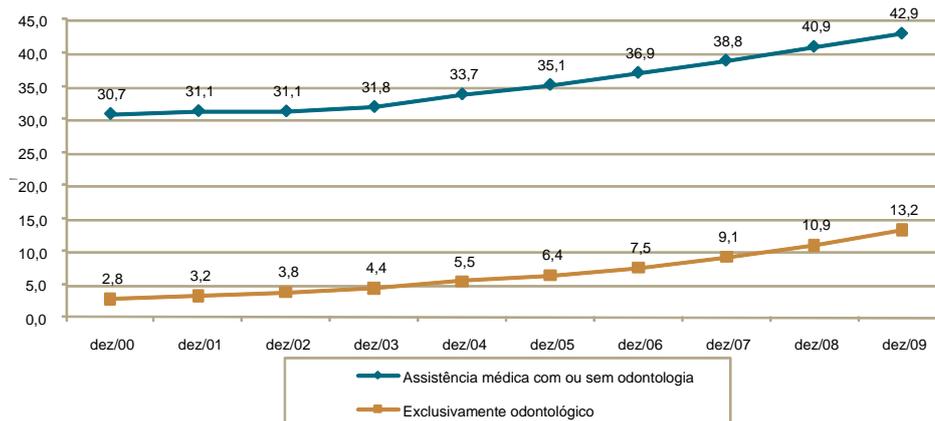
Tabela 8 – Comparativo da composição do mercado antes e pós-regulação.

Modalidade	1999		2008	
	Número de Operadoras	População de beneficiários	Número de Operadoras	População de beneficiários
	Um	(%)	Un	(%)
CM/CO	364	23	488	31
MGRP	840	37	533	31,7
SEG	28	12	13	11,8
AUTO	355	28	257	10,1
FI	0	0	102	2,8
OGRP	0	0	350	12,6
TOTAL	1587	100	1743	100

Fonte: ANS (2009a) – elaboração própria.

Em 2000 o número de beneficiários de planos privados de assistência médica era 30,7 milhões, mantendo-se quase estável até 2002. A partir daí recupera o caminho de crescimento e alcança 42,9 milhões, em 2009, para uma população de aproximadamente 191,5 milhões, o que representa uma taxa de cobertura de 22,4%. O gráfico 5 parece indicar que o mercado já se recuperou do impacto inicial da regulação da ANS e vem experimentando taxas significativas de crescimento.

Gráfico 7 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2009)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2009

A taxa de cobertura de planos de saúde nas unidades federativas das regiões norte e nordeste ainda está muito aquém da média nacional de 22,4% (tabela 9). Entretanto, após dez anos de regulação as operadoras têm despertado para essas oportunidades, o que aponta um crescimento da taxa de cobertura nessas localidades, mas as operadoras ainda optam por concentrar seu portfólio principal de venda nos grandes centros econômicos pela maior concentração de população apta a contratar um plano ou seguro de saúde.

Tabela 9 - Taxa de cobertura de planos de saúde (Brasil - 2000-2009)

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rondônia	3,1	3,3	3,7	5	5,8	6,3	6,6	6,9	7,5	8,5
Acre	3	3,1	3,5	3,8	4,4	5,4	5,2	5,4	6	6,2
Amazonas	5,8	5,1	4,2	3,6	4,7	5,7	7,3	9,7	10,7	11,5
Roraima	2,3	2,3	2,3	2,2	3,5	3,6	3,7	4,4	5,4	5,6
Pará	5,3	5,2	6,3	7,3	7,9	6,9	7,7	8,1	8,7	9,1
Amapá	3,6	4,3	4,9	8,3	7,8	7,9	8,5	9,2	9,9	10
Tocantins	2,8	3,5	3,6	4,1	4,2	4,4	4,2	4,7	5,6	5,5
Maranhão	3,6	3,7	4	3,9	3,7	3,6	3,7	4,2	4,6	4,7
Piauí	3,8	3,4	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5	4,9	5,3	5,5
Ceará	7	6,8	7	7,4	7,4	8,6	9,1	9,7	10,1	11
Rio Grande do Norte	9,3	8,8	9	9,7	10,6	10,5	11,2	12,2	13	15,1
Paraíba	6,6	6,2	6,4	7	7,8	7,7	8	8,2	8,3	8,5
Pernambuco	11	10,7	11,4	11,7	12,2	11,7	11,6	12,2	13,4	14,3
Alagoas	4,8	4,8	5,3	5,7	6,4	7,2	7,9	8,4	8,5	8,9
Sergipe	7,5	7,9	8	7,7	8,3	8,8	9,2	9,8	10,8	11,7
Bahia	7,8	7,4	7,7	7,8	7,8	7,9	8,3	8,6	8,9	9,2
Minas Gerais	18,1	18,3	17,4	17	17,5	17,9	18,2	19,8	21,1	22,1
Espírito Santo	20,2	20,9	21,3	20,2	20,8	22,7	23,2	23,6	26,3	29,3
Rio de Janeiro	26,1	27,1	26,5	27	30,4	31,7	32,2	31,6	32,9	34,2
São Paulo	38,5	37,8	36,4	35,1	35,6	36,4	37,7	38,7	40,9	41,5
Paraná	15,1	15,6	15,7	16,5	17,8	18,2	18,7	19,5	19,9	20,8
Santa Catarina	15,6	15,7	15,9	15,7	16,6	16,1	19,4	20,3	21,9	22,2
Rio Grande do Sul	10,3	11	11,8	12,7	15,1	15,9	16,9	18,2	20,2	22,3
Mato Grosso do Sul	9,6	9,6	13,2	13,7	14,5	13,8	13,9	13,9	14,4	15,1
Mato Grosso	7,4	7,7	8,6	9,4	10,6	11,6	9,4	9,1	9,9	10,7
Goiás	9	9,5	8,1	8,1	8,6	8,8	9,3	9,8	10,9	12,3
Distrito Federal	28,5	27,8	27,2	29,2	27,4	25,7	26,9	27,5	24,7	23,5
Total	18,1	18,1	17,8	17,8	18,6	19,1	19,8	20,5	21,6	22,4

Fonte: www.datasus.gov.br – acessado em 28/03/10.

O arranjo regulatório adotado pela ANS alterou profundamente a estrutura do risco das operadoras ao introduzir a obrigação de ofertar um pacote mínimo de benefícios. As operadoras perderam a possibilidade de diminuir os efeitos da seleção adversa, pois não podem mais criar “classes” de usuários de acordo com a cobertura ofertada (Vianna, 2003). A ampliação de cobertura de procedimentos aos beneficiários elevou o preço dos planos e seguros, mudando a distribuição de risco do mercado com aumento de demanda do grupo de alto risco e redução da demanda do grupo de baixo risco. Chollet, Kirk e Simon (2003) ressaltam que esse tipo de regulação impacta na concentração do mercado, pois gera saída das pequenas empresas, reduzindo a concorrência e promovendo a elevação de preços.

Vianna (2003) indica que a nova estrutura de risco conduziu às operadoras a pelo menos três estratégias: **I)** aumento de preços, **II)** diminuição do custo operacional e **III)** diminuição do risco da carteira. O aumento de preços retira a possibilidade de grande parte da população contratar esse tipo de serviço, sobrecarregando o SUS.

A diminuição de custos na verdade se traduziu em transferência dos mesmos devido à lógica de remuneração aos prestadores de serviços de saúde. A principal estratégia tem sido utilizar o poder de compra de grandes operadoras para impor limites de preço aos profissionais de saúde. Em contrapartida os médicos reduzem o tempo e qualidade do atendimento para atender um número maior de pacientes como forma de assegurar uma determinada renda. Os hospitais criaram estratégias para aumentar a receita: cobranças adicionais para cada serviço realizado em um atendimento; “metas” de ocupação de leitos; lucros “exorbitantes” na administração de medicamentos aos pacientes; lucros na intermediação de órteses, próteses e materiais especiais. Essas distorções impactam negativamente a resolutibilidade do atendimento ao paciente, pois deslocam o foco para os incentivos financeiros do mercado.

Uma característica marcante do mercado pós-regulação é redução de oferta de planos individuais de assistência médica que abrangia 22,7% dos beneficiários em 2008 (ANS, 2009a). Apenas as grandes cooperativas médicas e odontológicas, entidades filantrópicas, medicinas de grupo e odontologia de grupos estão trabalhando nesse segmento, mas com preços muito acima da média dos clientes corporativos. Há uma forte tendência de concentração no mercado individual com redução de competição e comprometimento da manutenção. Este segmento está fortemente sujeito às flutuações macroeconômicas sobre a renda dos indivíduos e deverá ficar gradativamente mais concentrado na camada mais rica da população (Vianna, 2003).

Montone (2000) afirma que o principal pressuposto é que o mercado de assistência à saúde é imperfeito e, como tal, não pode ser um mercado livre. Essa premissa deve estar absolutamente clara a todos que se dispuserem a investir nesse mercado. A interferência

governamental é necessária para garantir a prevalência do interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado, os consumidores, as operadoras, os prestadores de serviço e o SUS.

Um ponto de consenso no mercado brasileiro é a necessidade de rever ou até mesmo regular a sistemática de remuneração dos profissionais e entidades que prestam serviços de saúde, pois o atual modelo premia a ineficiência ao pagar uniformemente por ato médico não importando o resultado e a eficiência que cada prestador de serviços apresenta individualmente. Caso não haja uma ação regulatória da ANS mais presente e eficaz para criar incentivos com o objetivo de fomentar a concorrência de excelência, podemos ter comprometida a eficiência dos serviços prestados, pois as operadoras focam uma boa parte dos seus ajustes e redução das despesas na remuneração negociada com os prestadores.

O próximo grande desafio da ANS é criar um ambiente verdadeiramente competitivo com um sistema de incentivos para disponibilizar informações padronizadas, integralmente, incluindo a mensuração de indicadores de assistência à saúde, o custo de cada tratamento, de modo a qualificar cada prestador visando permitir comparação e facilitar a escolha otimizada dos pacientes, médicos e gestores.

9. FORMAS ALTERNATIVAS DE REMUNERAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE

O mercado de saúde apresenta especificidades e falhas que obstaculizam o funcionamento competitivo do mercado, especialmente, a forma de precificar os seus serviços. Num ambiente competitivo, as firmas produtoras não têm capacidade de influenciar o preço de um determinado produto ou serviço. De modo inverso, a formação de preços de serviços médico-hospitalares resulta preliminarmente da opinião de um colegiado de médicos que elabora uma tabela de honorários e procedimentos e a impõe ao mercado sem descrever a metodologia utilizada na precificação. Além disso, alguns prestadores, por sua reputação, conseguem impor um determinado preço acima do valor médio do mercado sem reduzir o volume de serviços prestados.

A competição no mercado de saúde é diferente da maioria dos outros setores da economia, pois o consumidor possui pouca informação sobre os preços e qualidade dos serviços disponíveis. A maioria prefere contratar um plano ou seguro de saúde, terceiro pagador, e assumir uma mensalidade regular de valor conhecido previamente ao invés de ficar exposto a perdas financeiras elevadas decorrentes de gastos com tratamento de saúde. Adiciona-se o fato do preço no setor de saúde ser bem superior para um consumidor individual comparado com o valor negociado pelas operadoras médias e grandes.

Andreazzi (2003) aponta que a dinâmica das formas de remuneração ou a regulação da oferta dos serviços de saúde, por meio de preços e de incentivos, podem induzir a

comportamentos mais racionais dos médicos e dos usuários dos serviços, o que permitiria minimizar os gastos com saúde desnecessários.

Certamente o maior conflito entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde decorre do modelo de remuneração utilizado para o pagamento de serviços médico-hospitalares. No Brasil predomina o modelo **Fee-For-Service** baseado no pagamento de cada item de serviço prestado de acordo com uma Tabela Médica específica (AMB, CBHPM, LPM, etc), o que gera incentivos para sobreutilização de serviços decorrente de demanda induzida das instituições de saúde, pois os prestadores ganham mais por atenderem uma demanda maior. Os consumidores têm a disposição uma maior quantidade de serviços, o que não implica, necessariamente, em melhor qualidade na atenção à saúde.

Pelo menos outros quatro modelos de remuneração (**Remuneração Global por Eventos – Pacotes, Grupos Relacionados por Diagnósticos – DRG, Capitação e Pagamento por Desempenho – P4P**) estão sendo experimentados no mercado de saúde no mundo, especialmente nos EUA, com o objetivo de compartilhar riscos, incentivar uma oferta adequada, promover eficiência, qualidade e melhores escolhas do consumidor, além de conter o avanço significativo de custos e reduzir o nível de conflito entre prestador de serviços e operadora.

A remuneração por pacotes, também praticada no Brasil, é uma modalidade que estabelece a remuneração de serviços de saúde em valores referenciais globais, estando contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento. Facilita a cobrança do serviço e reduz custos de auditoria técnica, uma vez que utiliza protocolos clínicos definidos previamente.

Esse modelo transfere o risco da operadora para o prestador, o que gera incentivos de racionamento do mesmo e não contempla os casos que apresentam complicações. Ao contrário gera incentivo para adoção de seleção de risco por parte do prestador de casos com custos prováveis acima do valor definido para o pacote.

A forma de remuneração conhecida por **DRG's - "Diagnosis Related Groups" (Grupos Relacionados por Diagnósticos)** foi desenvolvida no final dos anos 60 por uma equipe interdisciplinar de pesquisadores da Yale University, EUA, dirigida por Robert B. Fetter e John Thompson. Consiste de um sistema de classificação de diagnósticos de pacientes internados em hospitais, casos agudos, abrangendo aproximadamente 500 grupos de diagnósticos. O modelo DRG foi efetivamente utilizado, a partir de 1983, com o objetivo de conter os custos do programa MEDICARE americano que é voltado para população acima de 65 anos.

Os DRG's estimulam a produtividade ou eficiência dos hospitais, pois premia o volume de produção e penaliza os custos unitários, dado que:

- a) O hospital recebe uma quantidade de recursos, *ex-post*, correspondente aos atendimentos de cada tipo de procedimento;
- b) O preço independe dos custos efetivamente realizados no tratamento, pois é definido previamente.

Com os DRG's a remuneração é ponderada de acordo com o diagnóstico e tratamento do paciente. A experiência americana indica que esse sistema promove o menor tempo de permanência hospitalar, mas a pressão por eficiência pode afetar a qualidade de serviços. Além disso, gera incentivos para o hospital canalizar o máximo de produtos para o setor ambulatorial e exige um alto custo de auditoria técnica para avaliar e auditar se o DRG registrado na conta hospitalar é o adequado (Ugá, 1996).

A remuneração por capitação fixa um valor per capita para o provedor de serviços, isto é, o profissional ou prestador de serviços recebe antecipadamente uma determinada quantia por cada paciente que compõe a carteira da operadora, independente do tratamento que será realizado.

Esse modelo gera incentivos de racionamento da utilização dos serviços e seleção de riscos de grupos de idosos, crônicos e portadores de DLP, definindo taxas de capitação maiores para eles. Requer uma avaliação da qualidade dos serviços prestados por meio de indicadores "positivos" de atenção à saúde de difícil mensuração. Esses indicadores devem buscar uma forma de medir a manutenção da saúde, a doença evitável e complicação evitável (Andreazzi, 2003).

A capitação reduz custos administrativos, pois dispensa a necessidade de auditoria de cada conta e tem a vantagem gerencial por parte das operadoras de previsibilidade orçamentária.

Essa forma de remuneração penaliza o provedor de serviços, instituição de saúde ou profissional de saúde, com boa reputação de resolutibilidade, pois atrairá muitos pacientes com problemas graves (seleção adversa) sem aumento correspondente de seus rendimentos, o que gera incentivos para os mesmos negociarem outra forma de remuneração ou não mais atenderem pacientes de planos de saúde que adotem esse tipo de remuneração.

O Pagamento por Desempenho – P4P (Pay for Performance) é um modelo inovador baseado em pagamento de bônus por cumprimento de metas estabelecidas a partir de critérios padronizados, podendo até ser negado o pagamento quando há conseqüências negativas dos cuidados, como erros ou elevação de custos. Esse modelo foi

lançado em 2002 pelo consórcio sem fins lucrativos IHA – Integrated Health Association composto por representantes de várias empresas de planos de saúde dos EUA.

Escrivão Júnior e Koyama (2007) registraram dados sobre a distribuição de bonificação nos EUA, alcançando cerca de 37 milhões de dólares, em 2003, e aproximadamente 54 milhões de dólares em 2004. Em 2007, segundo os mesmos autores o sistema P4P atendia 7 milhões de beneficiários, 215 prestadores com 45 mil médicos, na grande maioria sediados na Califórnia e no Texas, onde o modelo foi inicialmente proposto.

Um sistema de remuneração por desempenho exige a construção de indicadores que coletem informações detalhadas regularmente sobre a qualidade dos serviços prestados com foco no paciente, o que gera custos administrativos significativos.

Qualquer modelo de remuneração que venha privilegiar a qualidade deve especificar definições claras do que se entende por esse termo e as métricas que serão utilizadas para monitorar e avaliar. Além disso, os modelos devem ser testados pela sua eficácia e validade, e as suas conseqüências indesejadas (ACP, 2007).

Neste sentido desenhar um modelo de remuneração por desempenho é tarefa complexa que apresenta desafios legais, organizacionais, éticos e de mensuração, com poucas evidências sobre sua eficácia nos EUA e Inglaterra, países com maior experiência no uso desse tipo de remuneração, mas é a primeira alternativa que atende a perspectiva do valor para o paciente.

A análise sobre a formação de preços do mercado de saúde deve ir além da cobrança individual de um evento ou procedimento específico isolado. Os agentes deveriam avaliar o preço da cadeia completa do tratamento de uma determinada doença. Entretanto, Porter e Teisberg (2007) destacam um aspecto essencial no mercado de saúde na maioria dos países: o foco está longe do paciente em razão do tipo de competição existente que se baseia na redução e transferência de custos.

Os custos na saúde não podem ser analisados isoladamente, pois reduções de custos no curto prazo decorrentes de restrições nos cuidados ou redução da qualidade implicam custos bem maiores no médio e longo prazo. Neste sentido, a meta adequada não deve ser racionalizar cuidados com a saúde, mas sim eliminar desperdícios e serviços desnecessários, buscando uma melhor resolutibilidade e eficiência do atendimento médico.

O crescimento dos custos tem induzido a discussão de formas alternativas de remuneração, mas Porter e Teisberg (2007) afirmam que os participantes desse mercado competem na transferência de custos uns para os outros, quem vai pagar pelo quê, de acordo com o poder de barganha de cada ente. As operadoras remuneram com valor baixo os profissionais e prestadores de serviço, que por sua vez usam estratégias para aumentar a receita, tais como: tratamentos em demasia; internações desnecessárias para cumprir as

“metas de ocupação de leitos”; intermediação, comercialização de Órteses, Próteses, Materiais Especiais – OPME’s e medicamentos com margens bem acima do razoável, tornando-se “mercadores” desses insumos. Esse tipo de competição não agrega valor ao paciente, mas corrói a qualidade, nutre a ineficiência, cria capacidade excedente e eleva os custos administrativos, entre outros efeitos nefastos.

A resolutibilidade da saúde deve levar em conta o ciclo completo de atendimento ao paciente e não somente um procedimento, consulta, e exames isoladamente. Além disso, há um forte viés de busca de atendimento em localidades próximas, talvez por falta de informação dos indicadores de assistência à saúde dos hospitais, clínicas e profissionais disponibilizados que permitam mensurar e comparar os resultados para uma análise de custo-benefício. Muitos prestadores oferecem serviços nos quais eles não possuem a expertise necessária e pouco volume para diluir seus custos e aprimorar o aprendizado.

Porter e Teisberg (2007) advogam ainda que a competição deva girar em torno dos resultados ao paciente. Como consequência todos os prestadores, planos de saúde e fornecedores que alcançarem a excelência devem ser recompensados com mais negócios, ao passo que os que deixarem de demonstrar bons resultados perderão negócios ou terão que deixar de prestar aquele serviço.

Realinhar a competição com valor ao paciente requer uma regulação que exija mensuração e compare os resultados dos prestadores, recompensando os mais eficientes com mais pacientes e em alguns casos melhor remuneração. Entretanto, atualmente as estratégias adotadas pelas operadoras são tentar controlar a oferta, microgerenciar as práticas dos profissionais de saúde, referenciar prestadores que se alinham com os preços-teto negociados sem considerar os resultados que apresentam.

Iniciativas recentes em benefício da qualidade e de pagamento por desempenho tratam da conformidade de processos em vez da qualidade de resultados alcançados. Nesses casos, o prestador passa a ser mais bem remunerado porque alcançou a acreditação³⁴ de um órgão internacional que avalia se o mesmo tem e segue protocolos clínicos, cumpre legislações específicas. Entretanto o que se espera é que o prestador apresente indicadores de desempenho excelentes como paradigmas de qualidade.

Neste sentido, o modelo de pagamento por desempenho elevará os custos se os prestadores ganharem mais somente em razão da conformidade dos processos, mas não tiverem que competir pelos resultados. Essas iniciativas pressupõem que boa qualidade é mais cara, o que é uma conclusão simplória e desmedida, pois diagnósticos mais precisos implicam menos erros e menos complicações nos tratamentos, recuperação mais rápida,

³⁴ É a certificação por uma entidade externa internacional da conformidade de processos com o objetivo de promover a qualidade dos serviços de saúde.

redução de tratamentos invasivos, minimiza a demanda induzida e reduz o uso inapropriado de materiais e medicamentos de alto custo.

É necessário migrar os pacientes para os prestadores de excelência visando alimentar um círculo virtuoso de melhoria de valor ao paciente. A questão fulcral no Brasil é determinar com exatidão quais prestadores têm excelência. Certamente podemos listar poucos hospitais e algumas clínicas e centros especializados com boa qualidade de atendimento, mas falta mensuração padronizada que permita comparar inclusive com índices internacionais. A prática comum é a indicação pela reputação da instituição o que nem sempre decorre dos resultados apresentados.

É necessário eliminar os prestadores que possuem escala insuficiente e sem expertise comprovada, pois apresentam aprendizagem mais lenta, equipes desatualizadas e pouco estimuladas. Por outro lado deve haver um sistema de incentivos para o uso de hospitais, clínicas e centros de excelência.

O modelo de competição do mercado de saúde suplementar brasileiro está assentado no poder de negociação dos participantes. As operadoras com maior população de usuários asseguram menores preços com os prestadores, desvirtuando o foco do valor ao paciente para o resultado financeiro de curto prazo, pois a ineficiência custará muito mais caro no médio e longo prazo.

Esse desconto por volume contraria a lógica econômica de custos de cuidados com a saúde, haja vista que o tratamento para a mesma condição de saúde de um beneficiário de uma operadora grande não custa menos que o tratamento concedido para um usuário de uma empresa pequena. O fato é que há uma transferência de custo para as operadoras menores, pacientes particulares e prestadores desarticulados, prejudicando a comparação de preços em razão da customização de acordo com o comprador.

O mercado de saúde brasileiro apresenta em cada localidade uma concentração de prestadores sob o domínio de poucos empresários, criando uma corrente viciada de prestadores afiliados. Grande parte dos encaminhamentos de pacientes tende pesadamente a circular nesse “clube” de médicos e instituições afiliados, corroendo o valor da assistência à saúde.

A falta de integração de informações sobre o paciente é outro destaque negativo que precisa ser sanado. É necessário criar um padrão de registro eletrônico em saúde visando minimizar os tratamentos inapropriados e dúplices.

No atual sistema há poucos incentivos para o desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos que reduzam os custos. Os hospitais ofertam atendimento em todas as áreas de tratamento mesmo sem a expertise e eficiência de outros centros especializados

próximos. Essa dispersão é alimentada pela prática negocial existente entre operadoras e prestadores que focam exclusivamente na precificação dos serviços.

Adiciona-se a esse modelo pouco eficiente e caro o despreparo de alguns profissionais de saúde que utilizam massivamente os recursos tecnológicos para apoiar o diagnóstico e tratamento.

A competição irá aumentar o valor ao paciente quando as decisões tomadas por gestores, prestadores, médicos, pacientes e familiares basearem-se em conhecimento dos resultados médicos e do custo do tratamento de todo ciclo de atendimento. Atualmente, informações sobre os tratamentos mais apropriados e mais eficazes e seus custos são praticamente inexistentes no Brasil.

As novas exigências da ANS implicam em aumentos de custos às operadoras e reforçaram o comportamento do mercado em compensar com transferência de custos aos prestadores e pacientes por meio de racionamento de tratamentos e remuneração baixa. No longo prazo o uso de medicamentos mais baratos e inadequados, uma equipe médica pouco experiente e o racionamento de uma despesa adicional com reabilitação certamente irão resultar em um custo muito superior. Porter e Teisberg (2007) afirmam que essa competição por custos no lugar de valor ao paciente só faz sentido nos negócios de “commodity” em que os fornecedores são mais ou menos iguais. Para a saúde o resultado só faz sentido quando mensuramos todo o ciclo de atendimento.

A disponibilização de informação que mesure e compare os resultados médicos de cada prestador será fundamental para mudar o comportamento e a utilidade da escolha dos pacientes. Essa nova dinâmica quando implantada irá alimentar um tipo de competição que premia e consagra os mais eficientes. Pacientes desinformados tendem a presumir que mais uso de assistência leva a uma melhor saúde e que os melhores prestadores são os mais caros.

Outra mudança importante é incorporar na competição um sistema de incentivos para práticas inovadoras que reduza o custo do ciclo completo de atendimento ao paciente. Sem participação mútua nos ganhos não haverá incentivo para prestadores e médicos investirem em inovação.

Como resultado todas as operadoras deverão concorrer em qualidade e eficiência dos serviços oferecidos a um custo real a ser definido pelo mercado sem necessitar de usar estratégias para alcançar consumidores mais jovens e, na maioria das vezes, menos doentes. A composição da carteira de cada operadora deverá abranger jovens e idosos, pobres e ricos a depender do perfil de produto oferecido.

Realinhar a competição no mercado de saúde com foco no paciente ao invés de redução de custos de curto prazo requer mais que a adoção de um modelo de remuneração

específico. Necessita inserir novos papéis aos agentes com a assunção de responsabilidade de cada um acompanhada da mudança de cultura desse mercado.

Estudo divulgado pela IBM, HealthCare 2015, indica que muitos serviços de saúde do mundo se tornarão insustentáveis até 2015, caso não reformulem o modo como são financiados, prestados e avaliados. O estudo aponta a necessidade de alterar os níveis de responsabilidade e recomenda novos papéis aos agentes desse mercado, a saber:

- Os prestadores de serviços de saúde precisam ampliar seu atual foco de assistência e incluir a administração mais abrangente de doenças crônicas, a previsão de longevidade e a prevenção de doenças;
- Os planos de saúde devem se tornar provedores de serviço de valor agregado, tanto para seus associados, quanto para as organizações que prestam assistência a estes associados;
- Os fornecedores precisam trabalhar em colaboração com as organizações de saúde, médicos e pacientes, para entregar produtos que melhorem ou que forneçam resultados equivalentes e com menores custos;
- A sociedade precisa tomar decisões realistas e racionais em relação às expectativas de estilo de vida, comportamentos aceitáveis e analisar a assistência médica, que é um direito social em contrapartida a um serviço de mercado;
- Os governos precisam reconhecer a situação insustentável do sistema atual e exercer a liderança e a vontade política necessária para buscar soluções sustentáveis.

Examinando as idéias de Porter e Teisberg (2007) que também recomendam estratégias e novas ações para inserir a competição com valor ao paciente, visando melhorar a qualidade e reduzir o custo do mercado de saúde, destacamos alguns novos papéis aplicáveis a cada participante.

a) Prestadores de serviços de saúde:

- Redefinir o negócio em torno de condições de saúde;
- Mensurar resultados, experiência, métodos e atributos de pacientes por unidade de prática;
- Distinguir serviços no mercado em termos de excelência, singularidade e resultados.

b) Operadoras de planos e seguros de saúde:

- Mensurar e comparar os prestadores com base em resultados;
- Competir em resultados de saúde de seus beneficiários para os demais consumidores.

c) Fornecedores:

- Assegurar que os produtos sejam usados pelos pacientes certos;
- Assegurar que os produtos estejam incorporados nos processos certos de prestação de serviços de saúde;
- Oferecer serviços de apoio que agreguem valor, em vez de reforçar a transferência de custos.

d) Consumidores:

- Participar ativamente no gerenciamento da saúde pessoal;
- Escolher tratamentos e prestadores com base na excelência de resultados e nos valores pessoais e não na conveniência ou em amenidades;
- Construir um relacionamento de longo prazo com um plano de saúde excelente.

e) Empresas:

- Escolher planos com base em resultado na saúde de seus beneficiários;
- Fomentar a competição em resultados entre prestadores;
- Apoiar e motivar os funcionários para que façam boas escolhas e gerenciem a sua própria saúde.

10. O MODELO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE COMO BENCHMARKING

O funcionamento do mercado de saúde é bastante complexo e regulá-lo da melhor forma exige conhecimento específico dessa operação. Neste sentido, Ocké-reis (2005) sugere a possibilidade do Estado criar braços de apoio às atividades regulatórias da ANS com o objetivo de relativizar o poder das grandes operadoras privadas. Nessa direção, poder-se-ia estimular a formação e a criação de *benchmarking*³⁵ para atuar em parceria com a ANS na regulação de certos nichos de mercado.

O mesmo autor destaca os planos de autogestão³⁶ como opção de *benchmarking* em razão do caráter não lucrativo, aplicação do princípio de mutualismo intergeracional do risco

³⁵ **Benchmarking** é a busca das melhores práticas na indústria que conduzem ao desempenho superior. É visto como um processo positivo e pró-ativo por meio do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar como realizar a mesma ou uma função semelhante. O processo de comparação do desempenho entre dois ou mais sistemas é chamado de benchmarking, e as cargas usadas são chamadas de benchmark (WIKIPÉDIA, 2010)

³⁶ As cinco maiores autogestões com personalidade jurídica de direito privado em ordem decrescente são: CASSI, GEAP, Empresa de Correios e Telégrafo-ECT, PETROBRÁS e Caixa Econômica-CEF.

com base em subsídios cruzados entre os diferentes grupos de risco e renda. Esse arranjo institucional de plano de saúde apresenta algumas vantagens: relacionamento de longo prazo com seus beneficiários; formatação variável e personalizada ao perfil de cada grupo; baixos custos de comercialização e intermediação.

Os planos de autogestão foram os precursores em saúde suplementar no Brasil desde a década de 40 (CASSI e GEAP) com o objetivo de ofertar uma prestação de serviços de saúde de melhor qualidade aos trabalhadores e familiares comparado ao que era ofertado pelo sistema público. Essa modalidade de plano de saúde foi a principal fonte de informação e parâmetros que certamente orientaram a trajetória da regulamentação do setor de saúde suplementar elaborado pela ANS.

A autogestão em saúde é uma forma de organização que se pauta na lógica da solidariedade e mutualismo do risco entre seus associados. Esta modalidade de gestão em assistência à saúde é o sistema no qual a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação dos planos ou seguros especializados em saúde.

Em geral, podemos encontrar três formas de administração dos planos de autogestão: a) própria: plano de autogestão tipicamente mutualista (gestão e rede credenciada direta); b) administradora: a firma empregadora contrata uma operadora de saúde, a partir da modalidade de pós-pagamento, para gerir seu plano de saúde; c) seguradora: a firma empregadora contrata uma seguradora especializada de plano de saúde; e d) própria/administradora: a rede credenciada é da própria firma, mas a gestão operacional do plano de saúde é terceirizada.

O sistema de autogestão permite configurar o plano de saúde de acordo com as características da organização e de seu próprio público beneficiário. Há um incentivo para o desenvolvimento de programas de prevenção e qualidade de vida devido o vínculo indeterminado e longínquo dos seus usuários contribuintes. Facilita o monitoramento da saúde dos trabalhadores e a efetivação de ações conjuntas com o programa de saúde ocupacional das empresas.

A lei 9656/98 reconheceu legalmente os sistemas de autogestão em saúde como parte integrante do grupo de empresas e entidades que operam planos privados de assistência à saúde com destinação exclusiva aos seus próprios empregados e associados e possibilidade de extensão aos familiares até o terceiro grau de parentesco. Existem ainda inúmeras autogestões em saúde com personalidade jurídica de direito público destinada a servidores públicos geridas por departamento específico de órgãos governamentais não abrangidas pelo referido ordenamento.

Esse tipo de autogestão (MPU, STF, STJ, TSE, STM, TRF's, TRT's, SENADO, e CÂMARA) não possui incentivo para disputar consumidor e pode servir como parceiro da ANS na construção da atividade regulatória, constituindo-se em instituição-chave para irradiar os princípios normativos e funcionar como um verdadeiro contrafactual dos demais planos e seguros de saúde. Isso certamente iria permitir um melhor entendimento de modo a aperfeiçoar a política de reajuste de preços, definição do rol de coberturas, mensurar e comparar os resultados financeiros e assistenciais do mercado.

Em geral o financiamento das autogestões é composto principalmente por subsídio patronal, no caso das patrocinadas, e contribuição mensal dos beneficiários. Na maioria das autogestões existe, também, uma co-participação do usuário nas despesas médico-hospitalares realizadas, o que o insere como co-responsável pelo controle e avaliação dos gastos com os cuidados com a saúde.

O incentivo econômico da co-participação do usuário, se bem utilizado, pode ser mais um fator a desencadear uma mudança no foco do mercado de saúde de modo a privilegiar o resultado para o paciente ao invés da disputa de transferência de custos entre hospitais, profissionais de saúde, OPS e usuários.

Sob a ótica da saúde pública o modelo de autogestão é mais eficiente, pois incorpora os riscos adversos da anti-seleção de usuários abrangendo jovens, idosos e portadores de doenças preexistentes ao contrário das operadoras de mercado que direcionam seus canais de venda para uma população mais jovem.

Os indivíduos adquirem um plano ou seguro de saúde com o objetivo de se proteger financeiramente contra perdas significativas decorrentes do adoecimento. As operadoras desconhecem o verdadeiro e preciso risco de cada consumidor em razão da assimetria de informações sobre sua condição de saúde. Precificam, na maior parte das vezes, pelo valor médio, trazendo ganhos para os mais propensos ao risco e perdas para os mais saudáveis.

Daí se estabelece um conflito entre o viés lucrativo das operadoras e clientes como consequência da seleção adversa, a qual se refere à atração de indivíduos com alta propensão de utilização dos serviços médicos, elevando o preço médio do seguro ou plano de saúde. Em razão do exposto, atualmente, a grande maioria de consumidores de planos ou seguros de saúde advém de arranjos derivados de vínculo empregatício ou corporativo com forte tendência de redução do mercado individual.

A transferência de renda entre consumidores de baixo e alto risco é a premissa da solidariedade nas autogestões tendo em vista a relação por prazo indeterminado estruturada sem fins econômicos entre seus participantes. O diferencial, na maioria dos casos, é que o mesmo indivíduo de baixo risco que subsidia, quando se tornar de alto risco, será subsidiado no futuro por outros indivíduos de baixo risco.

Na autogestão a contribuição paga pelo beneficiário, durante sua vida ativa, retorna na forma de benefícios e serviços. Consiste, portanto, em uma forma de assegurar ao usuário benefícios ou serviços quando seja atingido por uma necessidade. Utiliza-se assim, um modelo de mutualismo intergeracional, no qual os mais novos constituem reservas que garantem um equilíbrio diante de uma maior utilização dos mais velhos. Logo, existe uma solidariedade entre os participantes no custeio do plano, cujos valores arrecadados destinam-se aos benefícios futuros.

As autogestões têm a possibilidade de conhecer melhor o seu universo de usuários e com o apoio da ANS experimentar alternativas para gerar incentivos com o objetivo de reformar a dinâmica da competição com foco no resultado ao paciente, e grande possibilidade de influenciar o restante do setor privado.

Entretanto existem alguns fatores a serem enfrentados para aperfeiçoar a governança das autogestões antes da efetivação dessa eventual parceria com a ANS, tais como: profissionalização dos gestores, funcionários e da negociação com os prestadores de serviços de saúde, cultura do planejamento de longo prazo e investimento em tecnologia da informação. Esse conjunto de medidas trará novos incentivos ao mercado, reduzindo os conflitos de interesse e agregando valor incontestável ao paciente.

Ocké-reis (2005) sugere, também, a criação de novas estruturas organizacionais, a saber: **I) sponsors** – agentes coletivos do lado da demanda para intermediar a contratação das operadoras de planos de saúde visando aumentar o poder de barganha e evitar a seleção de risco e, **II) constituir um plano de saúde cogestionário** entre servidores públicos e governo federal como um paradigma de apreçamento do mercado, calibrando preços por meio do poder de oligopsônio decorrente do grande volume de gasto federal com assistência médica dos servidores federais³⁷.

O apreçamento seria elaborado a partir de um contrato de referência das autogestões em saúde parceiras, seguindo as recomendações da OMS no que se refere à taxa média de utilização dos serviços médicos-assistenciais: consultas, exames, internações e medicamentos. Os preços de planos e seguros de saúde seriam determinados em um ambiente de concorrência regulada, procurando torná-lo compatível com os custos de carregamento (administrativo, comercial, financeiro, provisões e margem de lucro) conforme o padrão de qualidade da rede credenciada.

³⁷ O valor alocado na Lei Orçamentária para o exercício de 2010 é de aproximadamente R\$ 1,6 bilhão.

11. COMENTÁRIOS FINAIS

O propósito desse texto foi apresentar as principais características do mercado de planos e seguros de saúde, evidenciando as várias formas de falhas e os principais mecanismos regulatórios indicados pela literatura para mitigar o funcionamento imperfeito do mercado de saúde.

O mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação, até fins da década de 1990, a despeito dos incentivos de natureza fiscal e da ausência de barreiras de entrada e saída para novas empresas.

O debate estatal sobre a regulamentação do mercado de saúde suplementar brasileiro entrou na agenda no final dos anos 80, passeando lentamente pelas arenas técnicas e políticas até culminar com a edição da Lei 9.656/1998. O sistema regulatório ainda assim continuou frágil, pois não havia monitoramento, sistemas de informação e estrutura organizacional apropriados para fiscalizar as ações das operadoras de planos de saúde.

A criação da ANS em 2000 trouxe fortalecimento e estimulou o desenvolvimento de expertise para regular com mais intensidade e propriedade por meio de mecanismos regulatórios com o objetivo de reverter as distorções existentes no mercado de saúde e garantir os direitos dos usuários.

Atualmente mais de 56 milhões de brasileiros são cobertos por algum tipo de plano de saúde (ANS, 2010), atingindo um patamar estratégico de crescimento de quantitativos de usuários, mas ainda está muito distante de boa parte da população devido à elevada precificação desses serviços para os padrões de rendimento dos brasileiros que acabam por sobrecarregar o Sistema Único de Saúde - SUS.

O estudo das falhas de mercado nos traz a compreensão da complexidade e da importância da regulamentação para o bom funcionamento neste mercado, visando mitigar as imperfeições. Entretanto, exemplos internacionais também mostram que várias formas de regulação dos seguros privados não foram capazes de corrigir as falhas do mercado na perspectiva de assegurar cobertura ampla para a população, mesmo que o Estado proporcione subsídios para os idosos, pobres e deficientes, como nos EUA. Certamente é interessante conhecer os sistemas de saúde da França, Austrália, Canadá, Reino Unido e Chile, baseados na instituição de um seguro social obrigatório com oferta de seguros privados para cobertura de determinados procedimentos complementares de preços mais elevados.

O ônus dos atuais instrumentos regulatórios da ANS tem sido a tendência de concentração apresentada pelo mercado, aquisição e fusão de empresas, reduzindo a

competição que desestimulará a busca pela eficiência. Viana (2003) indica que se não houver medidas compensatórias do órgão regulador, o mercado de seguro saúde individual se encontrará comprometido na sua expansão. Isto porque o mercado deverá se concentrar cada vez mais, com a presença apenas de grandes empresas operadoras. Além disso, somando-se a flutuação originada pelas condições macroeconômicas sobre a renda dos indivíduos e o aumento do preço dos planos ou seguros, este mercado deverá também ficar gradativamente mais concentrado nas camadas mais ricas da população. Assim, a ANS deverá proporcionar condições de fomentar a competição desse mercado, criando talvez um ordenamento específico voltado a empresas pequenas que possam também ofertar planos de saúde individuais.

Cumpra observar que, especialmente no mercado de saúde, um maior número de operadoras não representa maior competição. Operadoras muito pequenas, com um número muito pequeno de usuários tendem a ser mais frágeis do que as grandes, pois apresentam baixa diluição do risco securitário. Elas têm menos capital e, portanto menor condição de dar garantias de suas operações. O pequeno volume de usuários da carteira reduz o poder de negociar preço com os prestadores de serviço e, portanto busca aqueles que apresentam o menor preço como forma de compensar suas margens menores de lucro sem avaliação da qualidade do serviço prestado. Enfim oferecem um serviço pior, nem sempre a um preço menor.

As grandes companhias, por sua vez, podem trabalhar com uma carteira cuja distribuição de risco garanta maior sustentação econômica, permitindo buscar serviços mais eficazes para os seus usuários. Nesse sentido, Viana (2003) aponta uma alternativa para fortalecer o mercado por meio da criação de incentivos que permitam a fusão de pequenas operadoras como mecanismo de garantia dos serviços contratados pelos usuários.

Também é necessário um olhar crítico sobre a principal forma de remuneração dos serviços médico-hospitalares, que paga por procedimento realizado, *fee-for-service*, premiando a ineficiência e aumentando os custos e preços dos serviços de médio e longo prazo no mercado de saúde suplementar brasileiro. As próprias operadoras tem estabelecido um sistema microrregulatório, visando moderar o consumo dos serviços, sem maiores análises do valor agregado a condição da saúde dos usuários por essas medidas. Esse tipo de regulação é ineficiente, pois não diferencia a demanda por atenção primária, preventiva e demais assistências necessárias, do consumo de procedimentos e eventos em saúde induzidos pelo sistema que buscam aumentar os rendimentos dos profissionais e instituições envolvidos.

Para permitir maior acesso da população brasileira aos planos de saúde, a ANS deverá regular o mercado de modo a conduzi-lo para um nível mais eficiente de produção,

reestruturando todo o sistema de preços, inclusive aqueles determinados pelos profissionais e instituições de saúde. Em outras palavras a ANS deverá motivar ou induzir as operadoras a competir em bases de qualidade e custo de serviços que elas podem oferecer, mais do que competir pela tentativa de incluir apenas pessoas mais jovens que são provavelmente as que têm menor custo, reduzindo o escopo em termos da base seletiva, e aumentando a qualidade do serviço médico prestado.

A hipótese apresentada nesse texto é que a regulação da ANS mais do que corrigir as falhas do mercado deve conduzir a um realinhamento da competição com valor ao paciente e precificação baseada na entrega de resultados. Para tanto é necessário integrar todo o sistema de saúde em torno do ciclo de cuidados com os pacientes, mensurando, comparando e disponibilizando informações detalhadas sobre os resultados médicos e o custo de cada prestador de serviço.

A cultura e conduta do mercado de saúde devem ser realinhadas com o objetivo de assegurar valor ao paciente. Os beneficiários devem adotar hábitos e práticas de vida saudáveis, selecionando um plano de saúde com base em seu valor agregado. Os prestadores e fornecedores devem se especializar e buscar a excelência de resultados. Os planos de saúde precisam se transformar em organizações de saúde ao invés de organizações administrativas, primando pelo valor ao paciente. Para tanto, deverá ser substituída a cultura da recusa de atendimento pela conduta de apoio e representatividade do beneficiário na oferta e escolha de diagnósticos e tratamentos mais eficazes.

Sabemos que a saúde dos indivíduos em geral é afetada diretamente pela qualidade de sua alimentação, estilo de vida e vícios, que se correlacionam com o nível educacional e renda de cada um. Melhorar a assistência à saúde da população requer uma maior alocação de recursos não somente nos hospitais, clínicas e tratamentos recuperativos especializados. Requer investimentos, também, em educação, saneamento básico, medicina preventiva, campanhas educativas e regulação proibitiva em alguns casos, pois sabemos que os indivíduos não são os melhores juízes do seu próprio bem-estar social, haja vista aqueles que fazem uso por prazer de drogas viciantes e malélicas

É necessário criar mecanismos que incorporem a responsabilidade individual de participação na assistência à saúde que avaliem os hábitos de vida e o comprometimento com os tratamentos dispensados. Práticas insalubres como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo devem repercutir no custo do plano ou seguro como forma de desencorajar tais comportamentos.

Uma das pautas centrais para aperfeiçoar a gestão de cuidados com a saúde é que os profissionais envolvidos devem ser encorajados a se responsabilizar pelos resultados médicos que envolvam um ciclo completo de atendimento do paciente e não somente pelo

que cada um executa. Por exemplo, não basta se comprometer com os resultados do ato cirúrgico, restando a necessidade de acompanhar e monitorar o paciente no pós-cirúrgico.

Outro aspecto que merece destaque é a integração entre os prestadores de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. A implantação de um registro eletrônico em saúde é um caminho inicial que facilitará essa integração ao longo do tratamento de todo o ciclo de atendimento. O passo seguinte é mensurar os resultados e compará-los, recompensando os prestadores excelentes com mais pacientes e em alguns casos com melhor remuneração.

A competição por resultados incentivará a adoção de inovações e uma espécie de orgulho dos profissionais de saúde em buscar a excelência, alimentando o círculo virtuoso de valor ao paciente.

Porter e Teisberg defendem a mudança para um sistema no qual os prestadores cobrem o mesmo preço (ou um preço dentro de uma faixa razoável) de qualquer paciente pelo tratamento da mesma condição de saúde, independentemente da afiliação de paciente a este ou aquele plano ou seguro. Uma maneira prática de diminuir os diferenciais de preço a grupo favorecidos é limitar a variação entre o preço mais baixo e o mais alto (ou determinar uma faixa de preço) cobrado por um dado prestador de serviço, ajustada à complexidade. Essa faixa de preço deve ser estreitada ao longo do tempo.

Um país como o Brasil que optou por garantir um modelo de cuidado integral e de cobertura universal à assistência à saúde de seus cidadãos deverá rever a sua estrutura de financiamento em que o setor privado responde por aproximadamente 62% dos gastos abrangendo somente 29,3% da população.

Por outro lado existem evidências empíricas internacionais que sistemas com financiamento e provimento dos serviços majoritariamente público apresentam ineficiência alocativa de recursos com forte tendência de elevação de gastos decorrentes do problema do risco moral e da inexistência de incentivos que estimulem o aprimoramento dos resultados dos prestadores de serviço. Nesses modelos o nível de gastos públicos é definido por políticas macroeconômicas sujeitas à restrição orçamentária do governo, o que não garante necessariamente o bem-estar e as preferências dos consumidores.

Existe consenso sobre um elenco de medidas de grande parte dos agentes no mercado de saúde suplementar brasileiro sobre a necessidade de rever o modelo predatório de competição entre os seus participantes, a saber: adotar uma forma de remuneração aos profissionais de saúde, hospitais e clínicas com um intuito de incentivar e compensar os prestadores com melhores resultados; priorizar e investir no cuidado primário com a saúde; definir políticas nacionais de saúde que promovam integração entre a saúde pública e privada; investir para o progresso tecnológico de novos diagnósticos e tratamentos, mas

incorporá-lo com racionalidade para minimizar os incentivos da demanda induzida por estes serviços e equipamentos de alta tecnologia; envolver e comprometer o fornecedor de medicamentos e materiais especiais pelo uso correto e adequado aos tratamentos dispensados; garantir assistência farmacêutica a parcela da população que não dispõe de recursos para aquisição de medicamentos e consolidar a segurança jurídica dos contratos em conformidade com normas específicas desse setor.

A proposta explorada neste trabalho de tornar as autogestões com personalidade jurídica de direito público um braço de apoio permitirá à ANS conhecer melhor o mercado de saúde para aperfeiçoar o processo regulatório de modo a criar um ambiente verdadeiramente competitivo. Além disso, a assimetria de informações poderá ser minimizada com um sistema de incentivos para disponibilizar informações padronizadas, integralmente, incluindo a mensuração de indicadores de assistência à saúde e o custo de cada tratamento, bem como os resultados assistenciais das operadoras. Como resultado será estimulada a qualificação dos prestadores e operadoras, o que permitirá compará-los, facilitando a escolha otimizada dos pacientes, médicos e gestores.

Outro aspecto fundamental é dar uma maior ênfase à prevenção e criar oportunidades para a qualidade de vida dos indivíduos, retirando o foco do tratamento terciário que se baseia em tratamentos curativos e recuperativos que pressionam os custos de cuidados de saúde que não serão mais suportados em alguns anos.

12 - REFERÊNCIAS

ACP - American College of Physicians - *Pay-for-Performance Principles that Ensure the Promotion of Patient Centered Care— An Ethics Manifesto*. Position Paper, 2007.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Rio de Janeiro, 2005.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *Atlas Econômico-financeiro da Saúde Suplementar (Atlas-2008)*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/atlas_2008_preliminar.pdf>. Acesso realizado em 09/05/09.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro, 2008.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *Caderno de Informações da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Rio de Janeiro, Mar/2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_03_2009.pdf>.

Acesso realizado em 20/04/09.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *Caderno de Informações da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Rio de Janeiro, Dez/2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE2012696332A240965/caderno_informaca_12_2009.pdf>. Acesso realizado em 28/03/10.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar – *Caderno de Informações da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Rio de Janeiro, Mar/2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A95886527D3E6F20127E26FC49A3EC9/Caderno_Informacao_2010-03-web.pdf>. Acesso realizado em 04/05/10.

ALMEIDA, C. - *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. Texto para Discussão nº 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília: 1998. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/1998/td_0599.pdf>. Acesso realizado em 09/05/09.

ALVES, W. O. – *Garantias Financeiras e seus Impactos na Precificação*. Apresentação da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – ANS, Rio de Janeiro, 2007.

ANDREAZZI, M. A. R. de; ANDREAZZI, M. de F. S. de; PINHEIRO, M. C. C. M.; SICSÚ, B. - *Mercado de Saúde Suplementar: Amplitudes e Limites na Arena da Regulação*. Rio de Janeiro, 2003.

ANDREAZZI, M. de F. S. de. – *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Texto para Discussão nº 1006, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília: 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_1006.pdf>. Acesso realizado em 09/05/09.

ARAÚJO, M., A. – *A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: Barreiras à Entrada e à Saída de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.

ARNOTT, R. e STIGLITZ, J. - *The Basic Analytics of Moral Hazard*. The Scandinavian Journal of Economics, v. 90, n. 3, p. 383-413, 1988.

ARROW, K.J - *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review vol. 52, 1963, pp 941-973.

ARROW, K. J. - *Theoretical issues in health insurance*. Collected papers of Kenneth J. Arrow volume 6: Applied Economics. Havard University Press, Cambridge, 1985.

BAHIA, L; VIANNA, A. L. – *Introdução à coleção Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Rio de Janeiro, 2002.

BORGES, D. da C. L. - *Uma Análise das Ações Judiciais para o Fornecimento de Medicamentos no Âmbito do SUS: o Caso do Estado do Rio de Janeiro no Ano de 2005*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública,

da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, J. de D. – *Regulação em Saúde: Análise de Conceitos Fundamentais*. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 122-135.

CARDOSO, A. de A. – *Aperfeiçoamento da Regulação Econômica Prudencial*. Apresentação da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – ANS, Rio de Janeiro, 2007.

CORRÊA, G. - *A Necessidade da Regulação do Setor Privado de Saúde no Brasil – Razões e Perspectivas*. 1º Prêmio Nacional – 2004: coletânea premiada / Sérgio Francisco Piola, Elias Antonio Jorge, organizadores. – Brasília: Ipea : DFID, 2005.

CHOLLET D.J.; KIRK, A. M.; SIMON, K.I. - *The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure*. The Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services, 2003. Disponível em <www.aspe.hhs.gov/health/reports/impact>. Acesso realizado em 17/05/09.

CHURCH, J. E WARE, R. - *Industrial Organization. A Strategic Approach*. Irwin Mc Graw-Hill. [CW], 2000.

CUNNINGHAM, P. J., KOHN. - *Linda. Health plan switching: choice or circumstance?* Health affair; Chevy Chase (on line) - 2000. Disponível: <<http://proquest.umi.com/pqdeweb>>. Acesso realizado em 13/07/09.

DIAS, R. D. M. – *Informação na Regulação da Saúde Suplementar*. Dissertação de conclusão de Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

DIAS, R. D. M. - *O Governo e a Padronização de Informação na Saúde Suplementar: Uma Análise Comparativa*. Monografia de conclusão do curso de especialista em Políticas Públicas da Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2006.

DONALDSON, C.; GERARD, K. - *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. London: Macmillan, 1993.

ESCRIVAO J.; Álvaro e KOYAMA, Marcos Fumio. - *O Relacionamento entre Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde no Âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 903-914. ISSN 1413-8123.

FONSECA, A. L. da - *Portabilidade em Planos de Saúde no Brasil*. Dissertação apresentada no Programa de Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2004.

FOLLAN, S.; GOODMAN, A, C.; STANO, M. – *Demanda e Oferta de Saúde in: A Economia da Saúde*. Tradução Bazan, C. – Porto Alegre: Bookman, 2008 – 5. ed. – Capítulo 8, p. 207-259.

- GODOY, R., M.; SILVA, E., N. da; NETO, B., G - *Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica*. Rio de Janeiro: 2004.
- GRUBER, J. e MADARIAN, B.C.. . *Health Insurance, Labor Supply and Job Mobility*. NBER working paper #8817, 2002.
- HERFINDAHL, O. C. Concentration in the Steel Industry, Tese de Doutorado. 1950.
- HSIAO, W. C. *Abnormal economics in the health sector*. *Health Policy*, n.32, p.125-139, 1995.
- IUNES, F. R. - *Demanda e Demanda em Saúde*. Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para Gestão da Saúde. IPEA, Brasília: 2002.
- KUMARANAYAKE, L. - *How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe*. In: *Health Policy and Financing*, 15(4). Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 357-367.
- LIMA, C., R., M. de - *Informação e regulação da Assistência suplementar à saúde* Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2005. 1ª edição.
- MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. *O Mercado de Saúde Suplementar*. Secretaria de Acompanhamento Econômico, Ministério da Fazenda. Brasília: 2004 (Documentos de trabalho, nº31). Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2004>. Acesso realizado em: 22/12/09.
- MARTÍN, J. A *Regulação do Sistema Sanitário Espanhol: um Requisito para Eficiência*. In: UGÁ, M. A. (org.). Anais do Seminário Internacional. Tópicos Conceituais e Metodológicos em Economia da Saúde, p. 75-97. Rio de Janeiro: ABrES/Fiocruz, 1996.
- MANDRIAN, B. C. – *Employment-Based Health Insurance and Job Mobility: Is There Evidence of Job-Lock?* Quarterly Journal of Economics 109, 1994, p. 27-54.
- MILGRON, P.; ROBERTS, J. - *Economics organization and management*. London: Prentice Hall International, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS– *Indicadores e Dados Básicos – Brasil - 2006 – IDB2006*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#recur>>. Acesso realizado em 28/03/010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – *Saúde Suplementar*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Volume 11. Brasília, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. – *Glossário Temático – Economia da Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
- MPOG - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO – SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL – SOF – *Orçamento da União – exercício 2010 - Volume II –*

Informações Complementares. Disponível em: https://www.portalsof.planejamento.gov.br/sof/2010/Vol_2.pdf. Acesso realizado em 28/03/2010.

MONTONE, J. – *O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar*. Palestra proferida no Conselho Nacional de Saúde. (Série 1 - ANS) Rio de Janeiro, 2000.

MUSGROVE, P. – *Public and Private roles in health: theory and financing patterns*. Washington: World Bank, 1996 (Discussion paper)

OCKÉ-REIS, C. O. ; ANDREAZZI, M. de S. F. de; SILVEIRA, F. G. – *Mercado de Planos de Saúde no Brasil: Uma Criação do Estado?* Texto para Discussão nº 1094, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Rio de Janeiro: 2005.

OCKÉ-REIS, C. O. – *A reforma Institucional do Mercado de Planos de Saúde: Uma Proposta para Criação de Benchmarks*. Texto para Discussão nº 1075, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Rio de Janeiro: 2005.

OCKÉ-REIS, C. O. – *Os Desafios da ANS Frente à Concentração dos Planos de Saúde*. Revista Ciência & Saúde. Coletiva, 12(4): 1041-1050. Rio de Janeiro: 2007.

OLSON, M. *The Logic of Colletive Action*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1965.

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) – *Health Data Statistcs* - Disponível em: <http://www.oecd.org/statisticsdata.html>>. Acesso realizado em 22/04/09.

OMS - Organização Mundial da Saúde - *World Health Statistics, WHO 2007* – Disponível em: <http://www.who.int/research/en/>>. Acesso realizado em 20/04/09.

OMS - Organização Mundial da Saúde - *World Health Report 2008, WHO 2008* – Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf>. Acesso realizado em 30/04/09.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde – *O Prontuário Eletrônico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico*. São Paulo, 2003.

PAULY, M. V. - *The Economics of Moral Hazard: Comment*. The American Economic Review, v. 58, n. 3, p. 531-37, 1968.

PAULY, M.V. - *Medical Care at Public Expense*. New York: Praeger Publishers, 1971.

PEARSON, M. - *Disparities in Health Expenditure Across OECD Countries: Why does the United States Spend so Much More Than Other Countries?* Written Statement to Senate Special Committee on Aging. OECD, 2009.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. – *Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PEREIRA, C. - *O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: Contextualização e Perspectivas*. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar 2003. Rio de Janeiro: 2004.

SALANIÉ, B. - *The Economics of Contracts: Primer*. — 2nd ed. The MIT Press Cambridge \ Massachusetts. London, England: 2005.

SAPPINGTON, D. M. (1994). *Designing Incentive Regulation. Review of Industrial Organization*, 9: 245-272.

SCHMIDT, C., A., J.; LIMA, M., A. de. – *Índices de Concentração*. Secretaria de Acompanhamento Econômico, Ministério da Fazenda. Brasília: 2002 (Documentos de trabalho, nº13). Disponível em: <www.fazenda.gov.br/seae>. Acesso realizado em 01/10/08.

SICKO – *SOS SAÚDE*, documentário, país EUA, distribuidora: Lusomundo, realização: Michael Moore, intérpretes: Michael Moore, George Bush e Reggie Cervantes, ano: 2007.

SOUZA, M. H. S. S; BAHIA, L.; VIANNA, M. L. W.; SCHEFER, M.; SALAZAR, A.; GROU, K. B. – *A Intervenção do Poder Judiciário no Setor Saúde Suplementar – Tutelas Antecipadas como Instrumento de Garantia de Assistência à Saúde no Brasil*. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, nº 37, p.44-60, janeiro 2007.

STIGLITZ, E. J.; WALSH, E., C. – *Introdução à Microeconomia*. Tradução da 3ª Edição americana de Helga Hoffman. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

VAITHIANATHAN, R. *An Economic Analysis of the Private Health Insurance Incentives Act (1998)*. Canberra: Centre for Economics Policy Research, Australian National University, Discussion Paper No. 427. 2000.

VARIAN, Hal. – *Microeconomia: Princípios Básicos*. 6. Ed. Rio de Janeiro: Campus: 2002.

VIANNA, C. M. de M - *O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador*. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro, 2003.

UGÁ, M. A. D.; *Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento: a Experiência Americana*. Artigo do Caderno da Fundação do Desenvolvimento Administrativo: p. 170-185. São Paulo, 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, A. M. P.; PINTO, M. T. F.; PORTO, S. M. – *A Regulação da Atenção à Saúde nos EUA*. Artigo da coleção Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Rio de Janeiro, 2002.

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestões em Saúde – *Autogestão em Saúde no Brasil. 1980-2005 História da Organização e Consolidação do Setor*. São Paulo, 2005.

Sítios na Internet

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/>>. Acesso realizado em 15/04/09.

<<http://www.oecd.org/statisticsdata.html>>. Acesso realizado em 22/04/09.

Custo de Oportunidade. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Custo_de_oportunidade> Acesso realizado em 08/10/09.

<<http://www.geap.com.br>>. Acesso realizado em 28/03/10.

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#recur>>. Acesso realizado em 28/03/10.

<<http://www.cassi.com.br>>. Acesso realizado em 29/04/10.

<<http://www.oecd.org/health/healthdata>>. Acesso realizado em 19/05/10.

Benchmarking. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em:

<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>> Acesso realizado em: 19/05/10.

APÊNDICE I - Normas Editadas pelo CONSU

Nº	NORMA	EMENTA	DT APROV.
1	CONSU	Regimento Interno do CONSU.	04/11/1998
2	CONSU	Definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no artigo 11 da Lei 9656/98. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
3	CONSU	Fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
4	CONSU	Condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data da vigência da legislação específica.	04/11/1998
5	CONSU	Caracterização de Autogestão mediante a Lei 9.656 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
6	CONSU	Crêterios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada e de limite máximo de variação de valores para planos e seguros de assistência à saúde. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
7	CONSU	Informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras. Alterada pela Resolução CONSU 22.	04/11/1998
8	CONSU	Mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência à saúde. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
9	CONSU	Ressarcimento dos serviços prestados a usuários de seguro ou plano de saúde por instituições integrantes do SUS. Alterada pela Resolução CONSU 22.	04/11/1998
10	CONSU	Elaboração do Rol de Procedimentos que servirão de referência básica para a cobertura assistencial. Alterada pela Resolução CONSU 15. Alterada pela RDC 21. Alterada pela RDC 67. Alterada pela RN 09.	04/11/1998
11	CONSU	Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.	04/11/1998
12	CONSU	Cobertura de transplante por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.	04/11/1998
13	CONSU	Cobertura para atendimento nos casos de urgência e emergência. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
14	CONSU	Define as modalidades de planos ou seguros e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades. Alterada pela Resolução CONSU 15.	04/11/1998
15	CONSU	Altera as Resoluções CONSU 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13 e 14. Alterada pela RDC 41.	29/03/1999
16	CONSU	Desobrigação ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9656 no mercado supletivo de assistência à saúde.	25/03/1999
17	CONSU	Agravos a que se refere a Resolução CONSU 02.	25/03/1999
18	CONSU	Ritos e prazos de processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades previstas na Lei 9656/98.	29/03/1999
19	CONSU	Absorção do universo de consumidores pelas operadoras que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.	25/03/1999
20	CONSU	Regulamentação do artigo 30 da Lei 9656/98.	07/04/1999
21	CONSU	Regulamentação do artigo 31 da Lei 9656/98.	07/04/1999
22	CONSU	Altera as Resoluções CONSU 7 e 9, que tratam, respectivamente, da disponibilização de informações ao Ministério da Saúde e do ressarcimento ao SUS.	21/10/1999
23	CONSU	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) para ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde por instituições integrantes do SUS.	21/10/1999
1	CONSU	Sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas à assistência de saúde suplementar. Delega competência à ANS para os atos mencionados.	22/05/2000
2	CONSU	Aprova o Contrato de Gestão a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANS.	19/12/2000
2	CONSU	Aprova a proposta do contrato de gestão apresentada pela ANS.	02/04/2002

APÊNDICE II

Principais Normas Editadas pela ANS Sobre Garantias Financeiras

TIPO	NORMA	EMENTA	DT APROV.
GARANTIAS FINANCEIRAS	RDC 065	Sociedades seguradoras especializadas em saúde. (revogada pela RN 209/10)	16/04/2001
	RDC 077	Critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras. Alterada pela RN 14.	17/07/2001
	RN 014	Margem de Solvência das sociedades seguradoras e altera a RDC 77, que institui critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras. (revogada pela RN 209/10)	24/10/2002
	RN 052	Dispõe sobre os Regimes Especiais de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde	14/11/2003
	RN 057	Dispõe sobre a margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde. (revogada pela RN 209/10)	17/12/2003
	RN 067	Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.	04/02/2004
	RN 075	Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.	10/05/2004
	RN 137	Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.	30/03/2007
	IN/DIOPE 10	Estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras.	14/11/2006
	RN 209	Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	23/12/2009
PLANO DE CONTAS	RDC 038	Institui o Plano de Contas Padrão aplicável às operadoras.	27/10/2000
	RN 003	Revisão do Plano de Contas Padrão.	18/04/2002
	RN 027	Revisão do Plano de Contas Padrão.	01/04/2003
	RN 028	Plano de Contas aplicável às seguradoras.	01/04/2003
	RN 136	Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	31/10/2006
	RN 147	Altera a Resolução Normativa – RN n° 136, de 01° de novembro de 2006.	16/02/2007
	RN 184	Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde.	18/12/2008
	IN/DIOPE 24	Regulamenta o disposto no art. 3° da Resolução Normativa – RN n° 184, de 19 de dezembro de 2008.	22/12/2008
	RN 206	Dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido, alterada pela RN 208 de 23 de dezembro de 2009.	03/12/2009
	RN 207	Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde.	23/12/2009
	IN/DIOPE 36	Regulamenta o disposto no art. 3° da Resolução Normativa – RN n° 207, de 23 de dezembro de 2009.	23/12/2009

APÊNDICE III

Principais Normas editadas pela ANS sobre Cobertura Assistencial, Preço, Carência, TISS e Regras de Acompanhamento Econômico-Financeiro

TIPO	NORMA	EMENTA	DT APROV.
ECONÔMICO-FINANCEIRA	RDC 022	Instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras.	30/05/2000
	RDC 027	Procedimentos para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras.	26/06/2000
	RN 014	Margem de Solvência das sociedades seguradoras e altera a RDC 77, que institui critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras. (revogada pela RN 209/10)	24/10/2002
	RN 052	Dispõe sobre os Regimes Especiais de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e das Seguradoras Especializadas em Saúde.	14/11/2003
	RN 057	Dispõe sobre a margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde. (revogada pela RN 209/10)	17/12/2003
	RN 067	Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.	04/02/2004
	RN 075	Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.	10/05/2004
	COBERTURA, CARÊNCIA, PREÇO E TISS	RN 085	Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.
RN 153		Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.	28/05/2007
RN 162		Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças e Lesões Preexistentes - DLP; Cobertura Parcial Temporária - CPT e Declaração de Saúde	17/10/2007
RN 167		Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência (alterada pela RN 192).	09/01/2008
RN 171		Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.	29/04/2008
RN 172		Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde exclusivamente odontológicos.	08/07/2008
RN 186		Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.	14/01/2009
RN 195		Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências (alterada pela RN 200).	15/07/2009

APÊNDICE IV

Concentração do Mercado de Saúde Segundo o Valor do Indicador HHI e C4 por Região e Modalidade de Operação

Grandes Regiões	Modalidade de operação	HHI (%)		C4 (%)	
		2008	Variação (2008-2006)	2008	Variação (2008-2006)
Brasil	GERAL	1,27	13,01	16,70	38,13
	AUTO	13,34	47,50	62,65	212,99
	CM	1,72	8,56	19,80	15,94
	FI	3,22	-1,16	26,77	-2,56
	MDGRP	3,96	67,19	35,22	45,64
	SEG	21,43	-35,96	80,54	-6,88
Norte	GERAL	7,34	-7,08	45,06	9,39
	AUTO	25,36	-42,35	86,51	-3,47
	CM	22,88	-13,58	72,90	-0,18
	FI	40,15	-25,62	99,84	0,01
	MDGRP	26,38	92,59	77,48	16,62
	SEG	29,47	-39,31	92,26	-7,12
Nordeste	GERAL	2,46	0,14	22,95	39,01
	AUTO	24,17	109,01	75,83	46,00
	CM	6,75	3,17	39,91	-4,04
	FI	41,14	45,97	97,46	4,28
	MDGRP	6,69	11,98	40,22	14,28
	SEG	26,44	-34,70	88,93	-7,13
Sudeste	GERAL	1,73	18,16	19,96	40,77
	AUTO	7,38	-53,48	45,35	-2,52
	CM	3,13	8,08	29,61	3,82
	FI	4,30	3,42	31,58	7,17
	MDGRP	4,92	62,91	40,20	52,79
	SEG	20,25	-33,81	80,50	-5,48
Sul	GERAL	1,98	1,90	19,92	9,36
	AUTO	10,63	-60,17	54,16	-25,70
	CM	5,55	-3,46	39,70	5,09
	FI	18,16	-13,10	73,03	-2,01
	MDGRP	4,41	25,53	32,85	75,01
	SEG	31,16	-48,03	91,31	-5,09
Centro-Oeste	GERAL	3,58	-11,36	26,14	-10,49
	AUTO	18,44	-18,96	72,30	45,94
	CM	11,10	-26,95	58,48	-20,38
	FI	44,68	-14,20	95,89	-2,21
	MDGRP	14,09	27,76	67,63	17,15
	SEG	24,75	-47,16	85,57	-4,69

Fonte: Atlas Econômico-financeiro da Saúde Suplementar (Atlas-2008).

Nota: Considera-se o mercado altamente concentrado quando HHI >18% e C4 >75%.

APÊNDICE V

Características dos Principais Sistemas de Saúde do Mundo

Países	Gasto com saúde em % do PIB - 2009	Crescimento médio da despesa anual nos últimos dez anos (%) - 2009	Financiamento público (%) - 2007	Prestação de serviços de saúde	Expectativa de vida (anos) - 2007
Austrália	8,7	3,5	61,7	Mix Público/Privado	81,4
Canadá	10,1	3,8	70,0	Privado	80,7
EUA	16,0	3,4	45,4	Privado	78,1
França	11,0	2,5	79,0	Mix Público/Privado	81,0
Reino Unido	8,4	4,9	81,7	Público	79,5
OECD	8,9	4,1	73,0	-	79,1

Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Nota: Quase todos os países da OCDE ofertam cobertura universal, exceto EUA, México e Turquia.

ANEXO I

Mecanismos de Regulação das Principais Falhas de Mercado

Falhas de Mercado	Conseqüências	Medidas de Correção Utilizadas	Resultados Empíricos
Seleção Adversa	Pouca socialização do risco Mercado não funciona Poucos segurados	Educação, subsídio fiscal. Cobertura universal. Inscrição securitária permanente (por toda a vida).	Inefetivo. Efetivo. Efetivo.
Seleção de Riscos	Determinados grupos não conseguem ser segurados (deficientes físicos, idosos, doentes crônicos) a menos que paguem altos preços.	Proibição (ou restrição) de exclusões.	Moderadamente efetivo.
Monopólio ou Cartel de Seguradoras	Lucro excessivo, baixa qualidade.	Rateamento comunitários de Prêmios de seguros. Prêmios ajustados por riscos para indivíduos. Leis antimonopólio.	Moderadamente efetivo. Tecnicamente difícil de implementar. Efetivo.
Risco Moral (moral hazard) ou o Efeito Seguro	Sobreutilização	Co-participação no financiamento. Médico geral (porta de entrada). Lista de espera.	Moderadamente efetivo Moderadamente efetivo Insatisfação do paciente

Fonte: retirado de Hsiao (1995, p.133).