

EFICIÊNCIA E REGULAÇÃO DE PREÇOS NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: A URGÊNCIA DA APURAÇÃO DOS DETERMINANTES DA EVOLUÇÃO DOS CUSTOS

Rodrigo Mendes Leal - Rmendesleal@gmail.com

Mestre em economia pela UERJ e Especialista em políticas públicas e gestão governamental pela ENAP/MPOG. Economista do BNDES e doutorando em políticas públicas do IE/UFRJ.

João Boaventura Branco de Matos - Jmatos@espm.br

Mestre em economia pelo IE/UFRJ. Especialista em regulação da ANS, doutorando do IMS/UERJ e professor da ESPM-RJ.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é avaliar a regulação de preços dos planos de saúde médicos e aprofundar o diagnóstico sobre a evolução dos custos do setor, visando subsidiar a discussão das políticas públicas para a saúde no Brasil. Para este fim, é analisado, à luz da teoria econômica, o modelo de regulação adotado pela ANS e alguns dos seus resultados para o desempenho deste mercado. O exame empírico da evolução das mensalidades, após conceituar o índice de reajuste da ANS como um índice de valor, e não de preços, agrega as seguintes contribuições: i) averigua a efetiva variação de valores, acrescentando ao índice de reajuste da ANS uma estimativa da variação de mensalidades por mudança de faixa etária; ii) compara a evolução das mensalidades com índices de valor, em contraponto à literatura que os confronta com índices de preços. Foi observado que as mensalidades apresentaram variação próxima à do PIB nominal e que a relação despesas assistenciais sobre receitas foi estável no período. Um outro destaque, relacionado aos custos, é que o aumento do índice de preços foi mais intenso do que o de quantidade, o que levou à discussão dos possíveis determinantes dessa evolução e sua relação com as políticas setoriais.

Palavras-Chave: Políticas Públicas, Seguro-saúde, Regulação de preços, Custos

EFFICIENCY AND PRICE REGULATION OF HEALTH PLANS: THE URGENCY OF ANALYSIS OF THE DETERMINANTS OF COST EVOLUTION

ABSTRACT

This paper aims to evaluate the price regulation of health plans and deepen the analysis of sector cost evolution, to support the discussion of public policy for health in Brazil. For this purpose, it is examined, in view of economic theory, the model of price regulation adopted by the Regulatory Agency (ANS) and some of its results for the performance of this market. The empirical examination of the evolution of monthly fee, besides classify the ANS's readjustment index as an index of value (not of price), adds the following contributions to the literature: i) verify the actual value variation (adding ANS's readjustment index to an estimation of the monthly fee variation in cause of age group change); ii) compares the evolution of monthly fees with value indexes, in contrast to the literature that compares it with price indexes. We observe that the variation of the monthly fee presents similarity with nominal GDP; and that is stable the index of health expenditures divided by revenues. Another highlight, related to costs, is that the increase of the price index was more intense than that of quantity index, which led to the discussion of the determinants of this evolution and about its relationship with public policies specific by this sector.

Key-Words: Public Policies, Health-insurance, Price Regulation, Costs

Área Temática: Saúde

* Setembro de 2008. As opiniões expressas neste trabalho são exclusivamente do(s) autore(s) e não refletem, necessariamente, a visão das instituições a que estão vinculados. Registra-se o agradecimento pela colaboração de Maurício Espasandim Miranda, bem como pelos comentários de George Kornis. Cumpre isentá-los, como de praxe, de qualquer responsabilidade pelo conteúdo final do artigo.

1. INTRODUÇÃO

Os planos de saúde constituem no Brasil uma importante via de atendimento ao cidadão, tendo em vista que atualmente cerca da quarta parte da população está associada a algum tipo de plano. A regulação desse setor se consolidou a partir de 1998, com a Lei nº 9.656/1998, e especialmente a partir de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (doravante ANS), conforme contextualizado em vasta literatura, como ANDREAZZI et al (2004), BAHIA (2001), e ANDREAZZI e KORNIS (2003). A regulação tem como princípios garantir a sustentabilidade e a qualidade do setor, equilibrando os interesses entre beneficiários, prestadores e operadoras. Atualmente, a regulação tem evoluído no sentido de consolidar os avanços realizados na área da regulação das empresas, fortalecer os aspectos técnico-assistenciais e estimular a concorrência entre as operadoras (MS, 2008; SANTOS, 2007 e CONASS, 2007).

Uma primeira relevante classificação dos planos de saúde deriva da época de contratação, se anterior (planos antigos) ou posterior (planos novos) à vigência da Lei nº 9.656/1998, ou seja, janeiro de 1999. A partir desta data, apenas é permitida a comercialização de planos em conformidade com a regulamentação, ou seja, os planos novos. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados, sendo permitida, somente, a inclusão de novos dependentes, especificamente cônjuge ou filhos. É importante registrar que o objeto de análise deste estudo é a regulamentação vigente, que é completamente aplicável aos planos novos, mas não necessariamente aos planos antigos¹

Do ponto de vista da regulação dos produtos, uma distinção marcante deste setor é o tipo de contratação, que pode ser individual ou coletivo. O contrato individual é aquele que é oferecido para livre adesão do consumidor do tipo pessoa física. O contrato coletivo é aquele firmado entre uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato), do qual é beneficiária a pessoa na condição de empregado, associado ou sindicalizado (ANS, 2005a).

¹ Isto por motivo de decisões judiciais atinentes à robustez dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 (CREMESP e IDEC, 2007, seção 2), que implicaram em diferenciação, por exemplo, para o reajuste dos planos individuais antigos, que deve seguir a cláusula do contrato desde que seja clara e precisa, conforme decisão do STF de dezembro de 2003. No caso de cláusulas que não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado e sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deve ser adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.

As principais características que diferenciam os planos individuais dos coletivos são a diversidade e a intensidade do arcabouço regulamentar, esta segunda mais efetiva nos planos de contratação individual do que nos de contratação coletiva. A cobertura técnico-assistencial a ser oferecida pelas operadoras é invariante com a modalidade de contratação, entretanto, por outro lado, a regulação da utilização e a regulação de preços são assuntos que espelham diferencial entre os tipos de contratação (LEAL e MATOS, 2008a). Existe uma dinâmica diferenciada em cada um desses mercados. No universo dos planos individuais, há uma tendência de que o poder de barganha dos beneficiários seja inferior ao dos planos coletivos, no qual a negociação é feita por meio de uma pessoa jurídica contratante. Assim é que se justifica uma regulação menos intensa por parte do poder público para os planos coletivos, que possuem, por exemplo, reajustes de preços livres.

Cabe ressaltar que, ao longo dos últimos anos, o número de beneficiários de planos de saúde cresceu significativamente, apresentando distinção entre os planos individuais e os coletivos, essa última categoria com participação e crescimento mais significativos (ANS, 2007; LEAL e MATOS, 2008b).

O objetivo deste artigo é avaliar, sob o ponto de vista do incentivo à eficiência, a regulação de preços dos planos de saúde médicos e aprofundar o diagnóstico sobre a evolução dos custos do setor, visando subsidiar a discussão das políticas públicas para a saúde.

Para este fim, será analisada, à luz da teoria econômica, a metodologia de regulação adotada pela ANS e alguns dos seus resultados para o desempenho desse mercado. Essa análise será realizada na esteira da diversificada literatura empírica sobre o assunto no Brasil, visando, especialmente, contribuir para uma interpretação mais apurada dos dados do setor, bem como aprofundar questões importantes para as políticas públicas e desempenho do setor.

Em primeiro lugar, será analisado o modelo de regulação de preços, visando discutir, de modo mais apurado, a literatura empírica que compara os reajustes de mensalidades da ANS com a evolução dos índices de preços (SAINTIVE e CHACUR (2006), OCKÉ-REIS e CARDOSO (2006), TEIXEIRA (2006) e IDEC (2006)²) e a opinião de ALVES (2007a, p. 57):

² Cabe registrar que, após a concepção da presente investigação, foi identificado o estudo do IESS (2007a), que aponta críticas aos índices de preços e discute algumas das especificidades dos planos

“nos parece que a regra do reajuste dos planos individuais e, principalmente, a sua metodologia, no mínimo questionável, agride a racionalidade econômica na medida em que não estimula inovações, reduz a competição no mercado, não estimula a renovação das carteiras e não melhora a eficiência”.

Tal reflexão remete à própria necessidade de regulação de preços no setor e suas justificativas diante do arcabouço teórico da ciência econômica e das peculiaridades da área de saúde.

Ultrapassada essa discussão, num segundo momento, o foco passa a ser uma avaliação qualitativa do modelo de reajustes utilizado pela ANS. Em seguida, mostra-se que os índices de variação das mensalidades do setor, como o índice da ANS, são índices de valor, e não de preços. Dessa forma, para uma adequada avaliação da evolução das mensalidades, estima-se a variação das mensalidades decorrente da mudança de faixa etária, a ser acrescida ao índice da ANS. Assim, apresenta-se uma análise empírica da evolução das mensalidades do setor, comparativamente a índices de valor gerais, como o PIB, ou setoriais, como a evolução dos agregados contábeis (receitas e despesas) e dos custos de utilização (com base no Sistema de Informações dos Produtos - SIP - da ANS).

Não obstante as reflexões de aperfeiçoamento do modelo de reajuste na direção de maior transparência e previsibilidade para os agentes, destacam-se como fundamentais, para o desenvolvimento e melhoria do desempenho do setor, o aprofundamento dos determinantes e dos componentes dos custos, sejam derivados do aumento da quantidade utilizada, da inflação em saúde ou da incorporação tecnológica. Desse modo, apresenta-se uma avaliação sobre a evolução das despesas dos planos de saúde, por meio de uma estimativa empírica preliminar da importância dos componentes, bem como com a discussão das políticas relacionadas ao assunto.

2. O MODELO DE REGULAÇÃO DE PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

de saúde que não são capturadas nos índices, como aumento da frequência de uso, envelhecimento médio da população e aceleração da introdução de novas tecnologias.

Os preços no setor de saúde suplementar (contraprestações pecuniárias ou mensalidades) são calculados com base na lógica mutualista. Essa lógica consiste num modelo de seguro no qual todos contribuem para que alguns usem, com a característica de que o valor das contraprestações não sofre influência direta da elevação do consumo. O modelo de regulação de preços adotado pela regulamentação é caracterizado principalmente por duas definições: i) preço de venda; ii) variação dos preços.

O preço de venda é definido livremente pelas seguradoras, desde que seja superior a preço mínimo atuarial – de modo a evitar a prática de preços predatórios - e respeite a regra de mutualismo com pacto intergeracional, materializada principalmente pela definição de preços diferenciados em dez intervalos de faixa etária e pela limitação de que a relação do preço da faixa etária mais idosa em relação à faixa etária mais jovem deve ser de no máximo seis vezes³.

As variações de preços, por sua vez, podem ser ocasionadas pelo reajuste por motivo de variação de custos – que será detalhado em seguida – ou pelos dois seguintes motivos (ANS, 2005a): i) variação por faixa etária, que é determinada pela regra de precificação com base no pacto intergeracional supra, que independe do tipo de contratação; ii) revisão técnica para correção de desequilíbrio econômico do contrato, que é livre para os planos coletivos e dependente de autorização extraordinária da ANS para aplicação em planos individuais, medida que não tem sido praticada por essa agência (MONTONE, 2004).

2.1 O modelo de reajuste por variação de custos e a teoria da regulação por incentivos

Os reajustes por motivo de variação de custos reajuste apresentam uma marcante distinção, caracterizada, de modo geral, pelo tipo de contratação. Para os planos coletivos, exceto os planos coletivos sem patrocínio ofertados por operadoras classificadas como autogestões sem mantenedor⁴, os reajustes são livremente negociados entre as partes e tão somente monitorados pela ANS, considerando que o fato de representarem um conjunto de

³ Para mais detalhes ver LEAL e MATOS (2007b), bem como a RN n° 63/2003 da ANS (faixas etárias) e a RDC n° 28/2000 da ANS (preço mínimo atuarial).

⁴ As autogestões são modalidades de operadora de plano de saúde criadas por empresas, associações ou sindicatos, com objetivo de prestar diretamente assistência à saúde de seus empregados, associados e sindicalizados e respectivos grupos familiares. As autogestões não-patrocinadas são aquelas mantidas apenas com os recursos dos seus beneficiários, não financiadas por empresas (ANS, 2005).

beneficiários tende a lhes possibilitar maior capacidade de negociação e maior mobilidade (flexibilidade da carência). Para os planos contratados por pessoas físicas, especialmente os planos individuais, ou os planos coletivos sem patrocínio operados por autogestões sem mantenedor, tendo em vista o menor poder de barganha dessa categoria de contratantes, a regulamentação é mais exigente, sendo o percentual de reajuste limitado a um valor máximo definido pela ANS anualmente (PRETA, 2003; CONASS, 2007), cuja base teórica é o modelo de regulação de reajuste de preço teto (LEAL e MATOS, 2008a; TRAIN, 1991).

Os percentuais de reajuste no modelo de preço-teto (price cap) são normalmente calculados com base em índices de preços, deduzidos de um fator redutor (fator X), que reflete a aumento de produtividade esperada (BENJÓ, 1999). No caso brasileiro, esse modelo é utilizado, por exemplo, pela ANATEL e ANEEL (SAINTIVE e CHACUR, 2006). Ocorre que nesses setores, diferentemente do setor de saúde suplementar, as variações decorrentes do aumento de frequência e utilização são capturáveis pelas operadoras na composição final das contraprestações. Por exemplo, a um determinado nível de preços, um aumento do tráfego telefônico é capturado, tarifado, valorado e refletido no valor das contraprestações. O mesmo ocorre com as tarifas de energia elétrica, cujo aumento do consumo de kilowatts implica em aumento das contraprestações ao mesmo nível de preços. Ou seja, uma maior utilização dos serviços ou de sua frequência acaba por refletir diretamente em contraprestações mais elevadas.

Ocorre que nos planos de saúde, caracterizados pelo regime mutualista, não há a possibilidade de cobrar uma contraprestação maior em função da quantidade utilizada. Nesse contexto, a saída encontrada pela ANS foi a de balizar os reajustes dos planos individuais a partir das variações das contraprestações de planos coletivos (exceto aqueles planos com até 50 beneficiários e os que não têm patrocínio - por hipótese os de menor poder de barganha), por meio de um modelo baseado na lógica da regulação por incentivos. A regulação por incentivos, nesse caso especificamente o modelo de *yardstick competition* (padrão de medida de concorrência), é caracterizada pela criação de uma medida de comparação para as empresas reguladas, utilizando parâmetros de desempenho, que podem ser utilizados para promover a redução de custos e diminuir os efeitos da assimetria de informação (BENJÓ, 1999).

De modo geral, como já mencionado, no universo dos planos coletivos não há uma definição regulamentar dos reajustes anuais, diferentemente do que ocorre com os planos contratados por pessoa física. Assim é que, a dinâmica de reajustes do mundo coletivo é calcada nas rodadas de negociações periódicas entre as empresas contratantes e as operadoras de planos de saúde. Nessas rodadas de negociação, as operadoras procuram transferir para as contratantes o valor dos impactos decorrentes de aumento dos preços e da frequência de utilização e do uso de novas tecnologias. As contratantes, por sua vez, procuram utilizar o poder de barganha de suas carteiras coletivas para pressionar para baixo os reajustes pretendidos. Os índices de reajustes daí resultantes estão, portanto, conjuntamente impregnados de efeitos de variações de aumento de preços, frequência de utilização e introdução de novas tecnologias. Em paralelo, variações decorrentes da mudança de faixa etária dos beneficiários seguem dinâmica própria, previamente estipulada entre as partes.

Dessa forma, o índice da ANS reflete a variação de custos como um todo, abrangendo as variações de preço e de quantidade, de modo que atenua a necessidade da revisão técnica tradicional do price cap com base em índice de preços. Tal mecanismo é simples e engenhoso, pois permite que um mercado com mais de 2.000 empresas seja regulado numa lógica de incentivo à eficiência, com facilidade de compreensão das variações pelos consumidores e sem a necessidade da realização de centenas de revisões técnicas ao ano.

Noutros termos, ao utilizar a média das variações ocorridas no mundo coletivo como referência de reajuste máximo para o mercado individual, a ANS procura legar aos planos individuais os reflexos da dinâmica concorrencial apurada no mundo coletivo. Nesse sentido, o mercado coletivo é utilizado como parâmetro (*benchmark*) para o mercado individual. Assim, evidencia-se a importância do monitoramento da evolução desses dois mercados, como por exemplo a evolução de seu perfil de beneficiários e de risco, além de seus resultados econômicos.

3. RESULTADOS ECONÔMICOS COM PREÇOS REGULADOS: UMA AVALIAÇÃO EMPÍRICA DA EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS

Esta sub-seção apresenta uma análise dos resultados econômicos do mercado de planos de saúde médicos no Brasil, com foco na evolução das receitas, despesas e no perfil etário da

demanda. Para essa finalidade, utilizou-se a metodologia das categorias de números-índice (valor, preço ou quantidade), para analisar as informações divulgadas pela ANS sobre os beneficiários, os demonstrativos contábeis e as variações de mensalidades, custos e utilização de produtos.

3.1. Variações nas mensalidades

Conforme visto, os reajustes de planos médicos novos são livres apenas para os planos coletivos, excetuando-se aqueles sem patrocínio ofertados por operadoras classificadas como autogestões sem mantenedor. O restante dos planos médicos novos, especialmente os planos individuais, pode reajustar seus preços no máximo no nível do índice da ANS, calculado a partir do comportamento médio do mercado coletivo (exceto os planos com até 50 beneficiários e os que não têm patrocínio).

A evolução do índice de reajuste da ANS é ilustrada na Tabela 2.1, que mostra também a evolução de diversos índices para comparação, na esteira de estudos anteriores que realizaram a comparação dos reajustes da ANS com os índices de preços.

Uma contribuição relevante do presente trabalho é a estimativa da importância, no mercado individual, da variação de preços por motivo de mudança de faixa etária, que de fato impacta os valores finais das contraprestações pagas pelos consumidores. Essa estimativa foi realizada com base na distribuição etária dos beneficiários de planos de saúde. A simplificação adotada é a de que todos os planos individuais têm suas variações de faixa etária no limite estabelecido pela RN nº 63/2003 da ANS. Assim, foi utilizada a distribuição de beneficiários segundo os intervalos de faixas etárias, com a hipótese de distribuição proporcional por cada ano compreendido neste intervalo. Desse modo, foi estimado o número de beneficiários das idades limítrofes em cada uma das faixas etárias, e daí aplicado o reajuste ao qual estaria submetida. Por fim, foi calculado o impacto médio anual desses reajustes sobre o conjunto dos beneficiários de planos individuais.

Essa estimativa da variação de preços por motivo de mudança de faixa etária foi acrescida ao índice de reajuste da ANS, conforme apresentado na penúltima linha da Tabela a seguir, com o objetivo de ilustrar a variação global de valores no mercado individual.

Essa comparação evidencia que os índices de preços possuem especificidade em sua evolução, apresentando diferenciação quando comparados aos reajustes da ANS ao longo de todo o período analisado. Destaca-se que especificamente nos anos mais recentes, a evolução dos índices gerais de preços (IPCA e IGP-M) ocorreu em ritmo inferior ao dos reajustes concedidos pela ANS. Essa menor magnitude dos índices de preços fica mais acentuada ao observar os reajustes acrescidos da estimativa da variação de faixas etárias, indicador que é representativo da variação de preços no mercado individual.

Tabela 3.1: Evolução das tarifas e dos índices de preços e PIB nominal

Percentual Anual		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Acum. 00-07
Índices de Preços	IPCA	5,97%	7,67%	12,53%	9,30%	7,60%	5,69%	3,14%	4,46%	71,96%
	IPCA - Planos de Saúde	5,42%	4,28%	8,42%	8,66%	10,51%	12,03%	12,29%	8,13%	94,67%
	IGP-M	9,95%	10,38%	25,31%	8,71%	12,41%	1,21%	3,83%	7,75%	110,45%
Índice de Reajuste Autorizado ANS		5,21%	7,60%	8,03%	8,74%	10,92%	11,71%	9,82%	6,79%	93,24%
Índice ANS Acrescido de Faixa Etária		7,10%	10,51%	10,96%	11,75%	14,03%	14,85%	12,95%	9,29%	137,25%
Produto Interno Bruto NOMINAL		10,75%	10,40%	13,49%	15,03%	14,21%	10,60%	8,18%	11,11%	142,34%

Fonte: Elaboração própria, com dados do BACEN e TABNET-ANS. Previsão de Crescimento real do PIB de 5,2% em 2007 (estimativa do Banco Central em fevereiro de 2008 - <http://www4.bcb.gov.br/pec/expectativas/series/port/cacheprincipal.asp>). Índice de reajuste autorizado pela ANS calculado utilizando o período de aplicação. Estimativa própria do impacto de variação de faixa etária.

Nesse contexto, é preciso aprofundar a presente análise com a avaliação da natureza teórica e o conteúdo dos reajustes da ANS. Os reajustes concedidos pela ANS não são de natureza de preços no sentido estrito (*strictu sensu*) posto que consideram variações de preços e de quantidades (conjuntamente impregnadas de efeitos de variações de aumento de preços, frequência de utilização e introdução de novas tecnologias).

Uma referência para essa reflexão é a mensuração da evolução dos custos na construção civil, no SINAPI (IBGE, 2007), em que é utilizado um índice de valor (denominado mais usualmente como índice de custo)⁵, conforme ilustrado no Quadro a seguir.

Tendo em vista o exposto, constata-se que os reajustes de planos de saúde consistem em índices de valor (preço multiplicado por quantidade, portanto) cuja comparação mais

⁵ O índice de valor compara a multiplicação dos preços (p) e quantidades (q) no período t, com seu respectivo valor no período 0. A diferença com os índices de preços consiste basicamente no fato de que esses representam a evolução dos preços considerando a quantidade como base fixa, seja a quantidade do período 0 (Laspeyres) ou a quantidade do período t (Paashe). A diferença com os índices de quantidade é análoga, só que nesse caso são os preços que são considerados como base fixa.

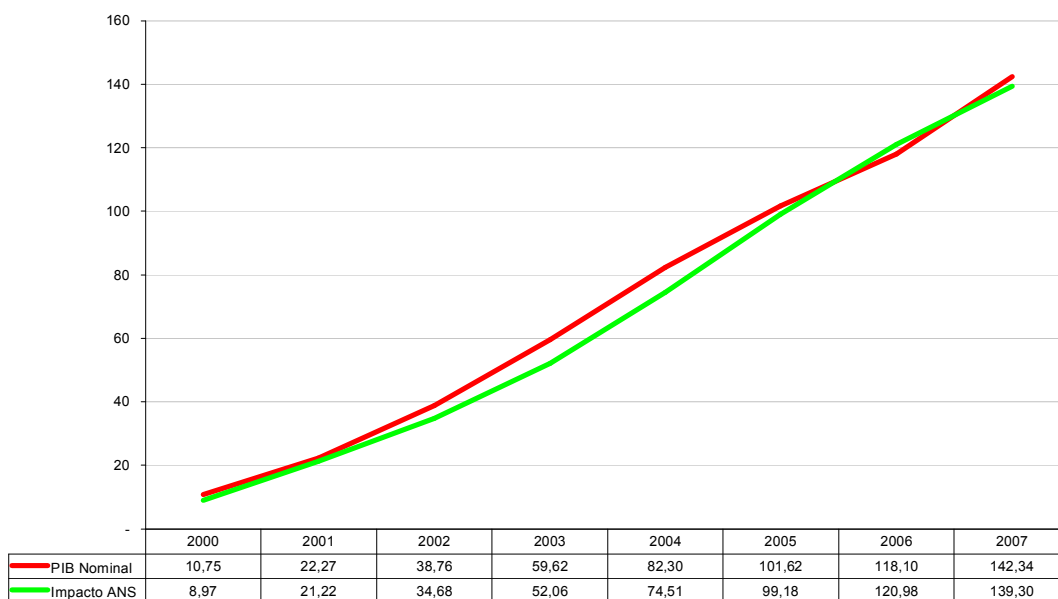
adequada é com outros índices da mesma natureza, tais como o PIB Nominal (que leva em consideração o crescimento quantitativo do Produto Interno Bruto acrescido da variação de preços). Assim, é importante destacar a proximidade que os índices de reajustes dos planos individuais da ANS apresentaram com a evolução do PIB Nominal, refletindo uma relativa estabilidade dos gastos com planos de saúde em relação ao PIB, conforme pode ser constatado no Gráfico a seguir.

Quadro 3.1 – Especificação dos índices de preços, quantidades e valor.

Índice	Laspeyres	Paasche
Preços	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}$
Quantidade	$\frac{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}$
Valor		

Fonte: Elaboração própria, com base em IBGE (2007).

Gráfico 3.1 - Evolução dos reajustes autorizados pela ANS* e do PIB nominal



Fonte: Elaboração própria, com dados da ANS e BACEN.

Nota: O índice de reajuste autorizado pela ANS foi acrescido de estimativa própria da variação de preços por motivo de mudança de faixa etária.

3.2. Evolução dos resultados contábeis: receitas e despesas assistenciais

Uma segunda fonte para a avaliação dos impactos da evolução das mensalidades dos planos de saúde são informações contábeis das operadoras médico-hospitalares. Para este fim, foram utilizados os indicadores calculados por Leal e Matos (2008b), de receita e da despesa assistencial⁶, ponderados pelo número de beneficiários. Em seguida, foram calculados os respectivos índices de variação (índices de valor), para análise comparativa, conforme apresentado na tabela a seguir.

A primeira conclusão evidenciada pelos dados é que a evolução das receitas é muito próxima a das despesas assistenciais, o que resulta numa relativa estabilidade do índice de sinistralidade do segmento, em torno de 80%. Esses dados conduzem à conclusão de que, não obstante o controle de reajustes de preços, a elevação das receitas se deu em trajetória bastante próxima ao aumento das despesas assistenciais.

Tabela 3.2 – Evolução dos índices de valor das operadoras médico-hospitalares

Variável	2002	2003	2004	2005	2006	Acumulado	Var. Média
Receita p/ Beneficiário	16,6%	8,8%	7,3%	6,1%	9,4%	58,2%	9,6%
Despesa assistencial p/ Beneficiário	16,0%	11,8%	7,5%	6,2%	7,1%	58,5%	9,6%
Reaj. ANS (p/ Beneficiário)	8,0%	8,7%	10,9%	11,7%	9,8%	59,9%	9,8%
Reaj. ANS + Fx Etária (p/ Benef.)	11,0%	11,8%	14,0%	14,9%	13,0%	83,4%	12,9%

Fonte: Elaboração própria, com base em LEAL e MATOS (2008b).

Em segundo lugar, observa-se, à primeira vista, que a variação acumulada da receita (ou da despesa assistencial) por beneficiários, para as operadoras médico-hospitalares (58,17%), é muito próxima à variação acumulada do índice de reajuste da ANS (59,9%) - entendido como representativo do mercado coletivo-; e por outro lado, inferior ao índice da ANS acrescido da mudança de faixa etária (83,6%) - entendido como representativo do mercado individual.

⁶ Sobre as despesas, cabe ressaltar que sua estrutura pode ser separada, de forma simplificada, entre as despesas assistenciais, que são relacionadas diretamente à utilização dos serviços de saúde, e as despesas não-assistenciais, como as despesas de comercialização, administrativas e outras. Como ressalva, registra-se que não foi identificada nas diversas fontes de informações divulgadas pela ANS série temporal para a variável despesa geral das operadoras médico-hospitalares, impossibilitando a análise de sua evolução.

Além da maior participação dos planos coletivos, em relação aos individuais, na carteira de beneficiários das operadoras; cabe explicitar algumas especificidades dos dados contábeis, que caracterizam relevantes limitações metodológicas para sua comparação com os índices de reajuste, haja vista que os dados contábeis representam:

- i) dinâmica temporal diferenciada, pois o índice de reajuste da ANS, a ser aplicado no mercado individual no período corrente, é calculado com base no comportamento do mercado coletivo no período passado;
- ii) todo o conjunto de planos das operadoras médicas, ou seja, inclui os planos odontológicos e antigos;
- iii) as novas contratações (variações de preços de venda), caracterizadas por crescimento mais intenso de categorias com menores mensalidades (como faixas etárias mais jovens e exclusivamente odontológicas).

3.3. Evolução da utilização dos produtos: estimativas das despesas assistenciais

Para esta análise, foram utilizados os dados de frequência de utilização e de custos médios por eventos, de 2002 até 2006, do Sistema de Informações de Produtos (SIP) da ANS, disponibilizados no Caderno de Informações desta agência, que apresentam desagregação segundo o tipo de contrato e segundo categorias de serviços médicos.

A presente análise terá foco nos índices de variação, calculados com base na metodologia de números-índice. Para a estimativa da despesa por beneficiário, foi utilizada o indicador do custo médio por exposto, que visa representar a despesa média dos usuários que têm direito à utilização dos serviços médicos (ANS, 2007, pg. 31). Com base na definição atuarial, esse custo por segurado (valor) foi estimado com base em seus dois componentes, a frequência de uso dos beneficiários (quantidade) e no custo dos serviços (preço). Em termos algébricos, dado que a frequência de utilização (FUt) é a relação eventos por expostos (Ev/Ex) e o custo médio por evento (CEv) é a relação despesa dos eventos por número de eventos (DEv/Ev), o custo médio por exposto (CEEx), foi calculado por meio da multiplicação da frequência de utilização (FUt) pelo custo médio por evento (CEv), conforme demonstração a seguir (LEAL E MATOS, 2008a):

$$CE_x = F_{Ut} \times CE_v \quad (1)$$

$$\frac{DE_v}{E_x} = \frac{E_v}{E_x} \times \frac{DE_v}{E_v} \quad (2)$$

Desse modo, calculou-se o custo médio por exposto, para cada um dos tipos de procedimentos, e em seguida, estimou-se o custo médio por exposto em todos os procedimentos, por meio da simples soma dos valores para cada um dos cinco tipos de procedimentos. Tais estimativas são apresentadas na tabela a seguir.

Ao analisar os dados em nível, segundo o tipo de contratação, observa-se que, em todos os períodos, a despesa por exposto dos planos coletivos com patrocinador é a que apresenta menores níveis, seguida pelos planos individuais, enquanto os planos coletivos sem patrocinador apresentam os maiores níveis de despesa por exposto. Já na análise da variação acumulada, observa-se que, em termos de despesa por exposto geral, foi bastante próxima para os três tipos de contratação.

Tabela 3.3: Custo médio por exposto, segundo o tipo de evento de assistência médica e o tipo de contratação do plano

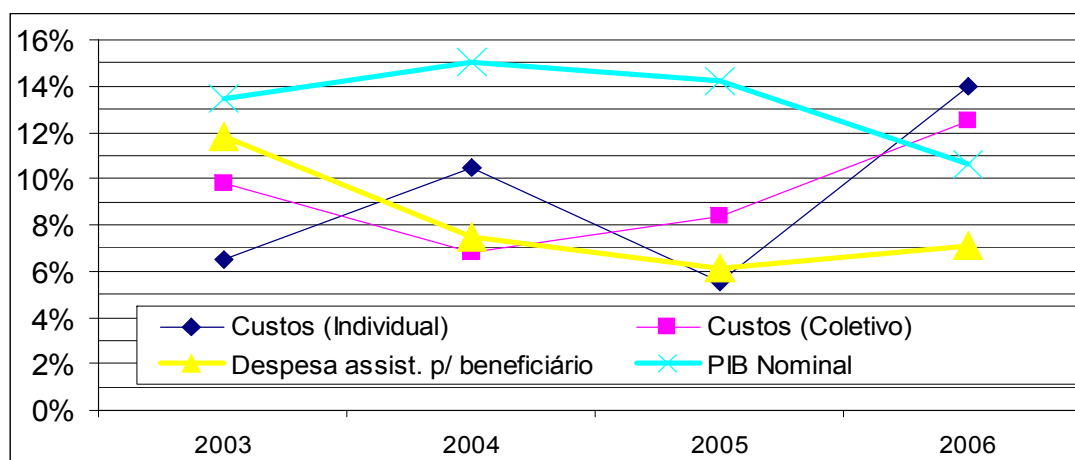
Tipo de evento	2002	2003	2004	2005	2006	Var. acumulada	Média	Desvio padrão	Coef. de variação
Individual ou familiar	679	723	799	843	961	41,5%	801	110	13,7%
Coletivo com patrocínio	506	556	593	643	724	43,1%	604	84	13,8%
Coletivo sem patrocínio	735	806	884	952	1.027	39,8%	881	116	13,1%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2007), baseados no Sistema de Informações de Produtos - SIP-ANS/MS - 04/2007.

Ao comparar com a evolução das despesas assistenciais das informações contábeis das operadoras, analisadas anteriormente, observa-se que os níveis de despesas assistenciais por beneficiário (ao ano) não apresentam distinção marcante com os níveis de custo geral por exposto para os planos individuais e coletivos com patrocinador, o que é positivo para a validade desse conjunto de dados. Quanto à variação acumulada, de 2002 a 2006, foi superior para a despesa assistencial contábil por beneficiário (36,6%), em relação ao custo geral médio por exposto para qualquer um dos três tipos de contratação.

Para ilustrar, resumidamente os resultados, foi elaborado o Gráfico a seguir. Observa-se que, de modo geral, as variações dos custos de utilização dos planos de saúde são positivas, e tem apresentado uma trajetória crescente, inclusive diferenciada em relação à evolução das despesas contábeis. Um fator de destaque, é a comparação com o PIB, que apresenta variação próxima a da evolução dos reajustes médios dos planos individuais. Nessa comparação, observa-se diferenciação na evolução, com destaque para um aumento de custos superior ao aumento do PIB no último período apresentado.

Gráfico 3.2 - Variação das despesas assistenciais por categoria de contrato



Fonte: Elaboração própria. Nota: Os dados de contratos coletivos são restritos àqueles com patrocínio institucional.

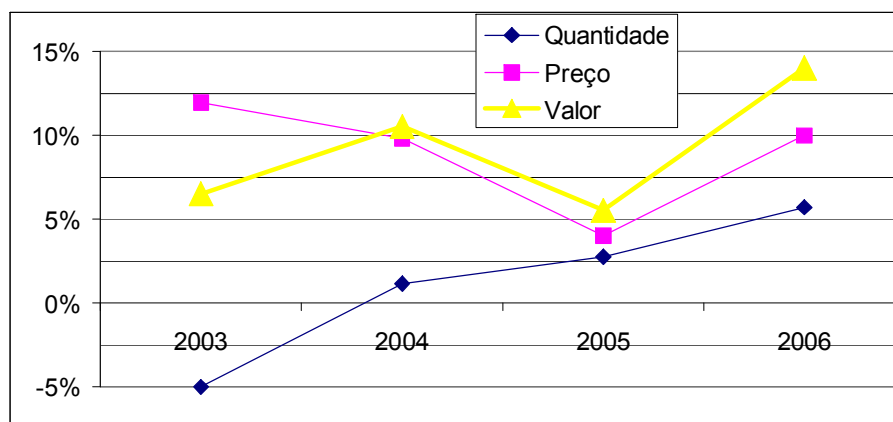
4. NA DIREÇÃO DA APURAÇÃO DOS DETERMINANTES E COMPONENTES DOS CUSTOS

Dada a apresentação da evolução das receitas e despesas do setor, ressalta-se a importância de uma análise fundamental para a avaliação e elaboração de políticas públicas que visem desenvolver a eficiência e a sustentabilidade do setor, que é a investigação dos componentes da evolução dos custos e de seus determinantes.

O ponto de partida dessa análise é o aumento intenso das despesas com saúde, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Na esteira de LEAL e MATOS (2008b e 2008c), será analisada, para os planos de saúde médicos no Brasil, a evolução dos custos, segundo seus dois componentes, preço e quantidade.

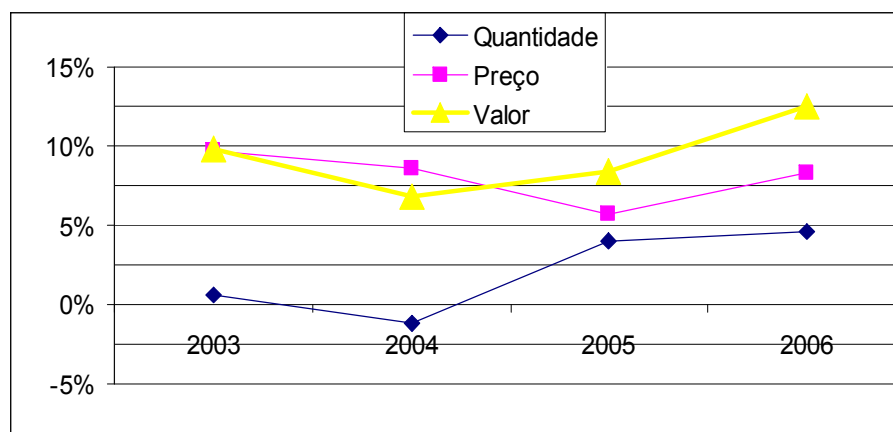
Para este fim, foram utilizados os dados, de 2002 até 2006, do Sistema de Informações de Produtos (SIP) da ANS, que apresentam desagregação segundo o tipo de contrato e segundo categorias de serviços médicos. Foram calculados índices de variação, com base na metodologia de números-índice e na definição atuarial que indica que o custo por seguro (valor) pode ser separado na frequência de uso dos beneficiários (quantidade) e no custo dos serviços (preço).

Gráfico 4.1 – Evolução dos componentes de custos – Planos Coletivos



Fonte: Elaboração própria, com base no SIP-ANS

Gráfico 4.2 – Evolução dos componentes de custos – Planos Coletivos



Fonte: Elaboração própria, com base no SIP-ANS

O primeiro componente, o índice de preços, representa o aumento dos custos unitários, e pode ser determinado principalmente pela inflação dos insumos e pela incorporação tecnológica. O

índice de quantidade, por sua vez, representa o incremento de utilização pelos beneficiários, que pode ter relação com algumas categorias de fatores, tais quais: i) sociais, como a popularização dos serviços (especialmente pela inclusão das regiões mais pobres) e a generalização dos procedimentos (num contexto de ampliação dos cuidados para a saúde); ii) demográficos, como aumento da participação dos idosos – que tendem a uma utilização mais intensa – na população; e iii) perfil epidemiológico.

Dentre os resultados obtidos, observou-se que as variações de valor apresentaram trajetória crescente, corroborando a expectativa com base no comportamento internacional dos gastos em saúde. A análise segundo os dois componentes apontou que as variações dos índices de preço foram superiores às dos índices de quantidade, em todos os períodos. No que se refere à trajetória de evolução no tempo, o índice de preço apresentou alguma oscilação, enquanto o índice de quantidade apresentou uma taxa de crescimento mais intensa.

Nesse contexto, se colocam alguns desafios como a importância de averiguar os determinantes dessa evolução dos componentes dos custos e de investigar a mesma questão com os dados do SUS, as duas ações na direção de uma avaliação do papel das políticas públicas para o setor saúde. Um outro aspecto importante da política pública é a regulação da incorporação tecnológica, e para subsidiá-la, é possível aprofundar o estudo empírico no sentido de estimar a importância da incorporação tecnológica para a evolução dos custos da saúde suplementar.

5. À GUIA DO DEBATE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE

A partir desses resultados, é possível construir uma reflexão preliminar, mais ampla, sobre a evolução do cenário do complexo produtivo da saúde (indústria e serviços). Em primeiro lugar, o crescimento mais intenso da trajetória da quantidade utilizada, no tempo, é um resultado esperado do aprofundamento do acesso aos serviços de saúde, num contexto de melhoria social com a generalização dos serviços e de progressão demográfica com o envelhecimento do perfil etário. Além disso, cabe ressaltar o aumento da importância relativa das doenças crônico-degenerativas, associadas de modo geral à utilização intensa e periódica dos serviços. Todavia, o Brasil é um caso de transição incompleta na direção do padrão

epidemiológico dos países desenvolvidos, pois ainda persiste a relevância da morbidade-mortalidade por motivo das doenças infecciosas e de causas externas. Para a redução desse fenômeno, são elementos fundamentais as políticas de prevenção e de atenção primária, que tendem a refletir num aumento, num contexto mais estruturado, da quantidade utilizada, especialmente numa primeira etapa, na qual o maior grau de informação dos cidadãos pode levar a uma maior procura pelos serviços de saúde.

Esse cenário, de expansão da demanda dos serviços de saúde, reforça a importância do fortalecimento dos investimentos no complexo produtivo da saúde no país, englobando os prestadores de serviços e a indústria, fornecedora de importantes insumos como medicamentos e equipamentos, segmentos que atualmente resultam em relevantes déficits comerciais. Na esteira da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) e do PAC Saúde, cabe registrar que os investimentos para o desenvolvimento do setor são justificados não somente pela sua relevância social, com destaque para a necessidade de recursos dos prestadores de serviços públicos; mas também por consistir em um vetor de desenvolvimento e de geração de riqueza, dada a sua importância na dinâmica de inovação e nas despesas de P&D, bem como na geração de emprego e renda. Nesse contexto, destaca-se que o segmento dos serviços, o elo final da cadeia, cumpre um papel central no que se refere à geração de elevado volume de emprego, predominantemente de alta qualificação, e no que se refere à inovação, pois é responsável pela ratificação, ou não, das inovações da indústria, ao mesmo tempo em que gera inovações no âmbito de sistemas, de gestão e de procedimentos terapêuticos.

Uma segunda questão, não menos significativa, é a que deriva da importância do componente variação de preços na evolução dos custos da saúde suplementar, resultado que aponta para a necessidade do aprofundamento das pesquisas e políticas relacionadas ao aumento da eficiência produtiva e da efetividade dos gastos em saúde. Nesse contexto, pode ser inserida a diretriz, do Ministério da Saúde, de redução da vulnerabilidade do sistema de saúde, indo além da questão dos déficits comerciais setoriais, na execução da Política de Desenvolvimento Produtivo.

Nessa conjuntura, é de suma relevância a ampliação da eficiência na prestação de serviços de saúde, para a qual é fundamental a expansão de políticas associadas à melhoria da gestão dos serviços, envolvendo aspectos como sistemas de informação, otimização das aquisições de

insumos e os controles de custos e de qualidade. Para essa ampliação da eficiência, também é fundamental o fortalecimento da avaliação tecnológica em saúde (ATS), de modo a proporcionar um processo criterioso de incorporação tecnológica (notadamente procedimentos de alta complexidade ou medicamentos), com base não somente na análise econômica estática, mas também nas diretrizes de redução da vulnerabilidade e de aumento da efetividade do sistema de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde suplementar tem se destacado no âmbito da política de saúde do Brasil nos últimos anos, contando com um faturamento anual muito próximo do orçamento federal para o SUS (cerca de R\$ 40 bilhões) e que atende a cerca de $\frac{1}{4}$ (um quarto) da população brasileira. Nesse contexto, este artigo pretendeu contribuir para a avaliação e formulação de políticas públicas de regulação da saúde no setor.

O exame do marco regulatório dos planos de saúde evidenciou uma diferenciação relevante entre as duas modalidades de contratação, uma vez que os planos individuais apresentam maior intensidade regulatória em relação aos coletivos, pois os primeiros possuem maior restrição em termos de reajustes de preços e limitações à integralidade e ao uso imediato (carência e DLP). Tal característica pode ter associação com o crescimento de beneficiários, mais intenso para os planos coletivos.

Da avaliação da regulação de reajustes, destaca-se que o exame empírico da evolução das mensalidades, após conceituar o índice de reajuste da ANS (representativo da variação de mensalidades do mercado coletivo) como um índice de valor, e não preços, agrega as seguintes inovações: i) averigua a efetiva variação de valores no mercado individual, acrescentando ao índice de reajuste da ANS uma estimativa da variação de mensalidades por mudança de faixa etária; ii) compara, em contraponto a diversos estudos que confrontam os reajustes com índices de preços, a evolução das mensalidades com índices de valor, como a variação do PIB, das receitas e das despesas assistenciais.

Foi observado que as mensalidades apresentaram variação próxima à do PIB nominal, conferindo à política de reajustes até então utilizada uma importante correlação com os gastos

gerais correntes da economia. Em seguida, observou-se que a relação despesas assistenciais sobre receitas foi estável no período, implicando numa elevação do lucro e manutenção das taxas de lucratividade do setor.

Na avaliação da evolução dos custos do setor, por sua vez, destaca-se a estimativa empírica da evolução dos dois componentes da evolução dos custos, que são o preço e a quantidade, por meio da utilização de dados de utilização recentemente divulgados pela ANS. A partir do resultado, de que o aumento do índice de preços foi mais intenso do que o de quantidade, foram discutidos alguns possíveis determinantes dessa evolução e sua relação com as políticas setoriais, como a política de desenvolvimento produtivo, o PAC Saúde e a regulação da incorporação tecnológica.

Por fim, vale destacar que, não obstante a importância e o relativo equilíbrio econômico-financeiro do setor, iniciativas no sentido de ampliar a competição devem ser incrementadas. Entre elas, o desenvolvimento de instrumentos de redução dos custos de transação, especialmente os custos de troca, por meio da implantação de políticas como a qualificação da oferta e a portabilidade de carências.

BIBLIOGRAFIA

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2005a). Reajuste de mensalidade: Conceitos básicos, reajuste por variação de custos, reajuste por mudança de faixa etária. 2. ed. rev. ampl.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2005b). Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde. 3. ed. rev. ampl.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2006a). Anuário Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2006b). Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2007). Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Setembro

ALVES, SL (2007a). Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação. Monografia vencedora na categoria profissional do Prêmio SEAE 2007. Brasília, DF: SEAE.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. A Sobreutilização dos Serviços de Saúde no Sistema Suplementar Brasileiro. Seminário de Estudos de Métodos Quantitativos Aplicados a Defesa da Concorrência e Regulação Econômica. Brasília, DF 2005.

ANDREAZZI, M. F. S. ; ANDREAZZI, M. A. R. ; PINHEIRO, M. C. C. M. ; SICSU, B. . Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: *Januário Montone; Antônio Joaquim Werneck de Castro. (Org.). Regulação e Saúde n. 3. 1 ed. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, v. 1, p. 121-146.*

ANDREAZZI, M. F. S. ; KORNIS, G. E.. Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros privados de saúde no Brasil: consensos e dissensos. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-229, 2003.

BAHIA, Ligia. Private health plans: light and shadow in the 1990s health sector debate. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

BAUMOL, W. e BLACKMAN, S. "Perfect Markets and Easy Virtue: Business ethics and the invisible hand". 1992.

BENJÓ, Isaac. Fundamentos da Economia da Regulação. Rio de Janeiro: Thex Editora, 1999. 149p.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Saúde Suplementar. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 11. Brasília, 2007.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Planos de saúde: nove anos após a Lei 9.656/98. São Paulo, 2007.

IBGE. Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil – O índice: visão teórica. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/sinapi/indice.shtm> .

IESS (2007a). Inflação, conceitos e metodologia e os limites a sua aplicabilidade nos reajustes de planos de saúde. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Série IESS 002/2006). São Paulo.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC (2006). Estudo sobre os reajustes anuais de planos de saúde e a atuação da ANS na regulação dessa questão. São Paulo.

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco (2008a). Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. Res Pvblica, v. VI, p. 79-104, Jan/Jun, 2007b. Disponível em: <http://www.anesp.org.br/?q=node/1522> . Acesso em 28/04/2008.

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco (2008b). "Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação". II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Disponível em: <www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result_Premio.html>

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco (2008c). "Health costs evolution: an application in brazilian private sector of the model with price component and with quantity component". XXVIII Jornadas de Economía de Salud. Gaceta Sanitária, vol. 22, supl. 2, maio de 2008. Disponível em: <tinyurl.com/4suv6l>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011. 2ª edição. Brasília, MS, 2008.

MONTONE, Januário. Evolução e desafio da regulação do setor de saúde suplementar. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003: Regulação e Saúde. Rio de Janeiro, v.3, tomo I, 2004, p.9-31.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; CARDOSO, Simone de Souza. Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, 2001-2005. T.D. IPEA nº 1.232, 2006.

OCKÉ-REIS, CO . Os Desafios da ANS frente à Concentração dos Planos de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1041-1050, 2007.

PRETA, Horácio L. N. Cata. Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documento elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar em 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br> . Acesso em 7 de setembro de 2007.

SAINTIVE, Marcelo. B.; CHACUR, Regina. S. A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados. Brasília: Seae/MF, Documento de trabalho, n. 33, 2006.

SANTOS, Fausto Pereira. A regulação pública da saúde no Brasil : o caso da saúde complementar. Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título em doutor em saúde coletiva. Campinas, 2006.

SILVA, Hudson Pacífico da. Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. 2003.

STIGLITZ, Joseph. Economics of the Public Sector, 3º ed., W.W. Norton & Company: New York, 2000.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. Reajustes de preços administrados no setor saúde. Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Fevereiro de 2006. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/internet/publicacoes/estnottec/tema10/2005_7377.pdf

TRAIN, Kenneth. Optimal Regulation: the economic theory of natural monopoly. The MIT Press: Cambridge and London, 1991.