

PLANOS DE SAÚDE E A TEORIA DA INFORMAÇÃO ASSIMÉTRICA

Área IV: sub-área 9

Márcia Regina Godoy*
Everton Nunes da Silva**
Giácomo Balbinotto Neto***

RESUMO

O mercado de seguro-saúde constitui um exemplo típico de mercado no qual a assimetria de informação (seleção adversa, risco moral e relação de agência) pode gerar desvios de eficiência ou até mesmo a extinção do mercado. Neste trabalho, foi discutido o mercado de planos e seguro-saúde utilizando a teoria da informação e além disto é discutido a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com uma nova regulamentação para o setor de saúde houve elevação do prêmio e redução da demanda por seguro-saúde pelo menos 3 milhões de pessoas.

Palavras-chave: teoria da informação, mercado de planos e seguros-saúde.

ABSTRACT

The insurance-health market constitutes a typical example of market in which the information asymmetry (adverse election, moral hazard and relation of agency) can generate inefficiency or the collapse of the market. In this paper, the market of insurance was analyzed using the theory of the information and moreover is the analyzed creation of the Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). With a new regulation for the health sector it had rise of the prize and reduction of the demand for insurance-health at least 3 million people.

Key words: information theory, insurance-health market, health care.

1. INTRODUÇÃO

Estamos vivendo mais. Esta constatação é sustentada pela estimativa do IBGE acerca da expectativa de vida do brasileiro médio (ambos os sexos)¹, a qual indica que houve um ganho na esperança de vida ao nascer no período de 1991 a 2000 na ordem de 31,08 meses ou aproximadamente 2,7 anos. Dentre os fatos que explicam esta constatação está a crescente

* Doutoranda em Economia – UFRGS, bolsista do CNPQ, **Doutorando em Economia – UFRGS, bolsista da CAPES, *** Professor do Departamento de Economia – UFRGS.

¹ Fonte: IBGE (www.ibge.gov.br). Acesso em 27/03/2004.



preocupação com o cuidado da saúde por parte dos indivíduos, sendo que este pode ser mensurado pelo aumento do gasto total em saúde. Segundo dados do Banco Mundial², em 1991, o gasto total em saúde em proporção do PIB foi de 5,5%, ao passo que em 2001 esta mesma razão aumentou para 8,3%, representando um aumento de 50% no gasto total em saúde neste período. Se for feita uma decomposição destes gastos, o setor privado é responsável por mais de 50% do gasto total³. Assim, dada a incapacidade do governo em ofertar a totalidade dos serviços de saúde e por saúde ser considerada um bem meritório, o governo utiliza-se de mecanismos tais como a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o intuito de assegurar o acesso à população aos serviços de saúde pela aquisição de planos e seguros de saúde.

Contudo, o que diferencia o mercado de saúde dos demais⁴? O mercado de saúde apresenta características bastante peculiares e é cercado por algumas falhas de mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, risco moral e seleção adversa, quer seja na relação *médico x paciente* ou *seguradora x segurado*. Outra característica de grande importância deste setor é que a demanda em saúde é irregular, imprevisível e se comporta de maneira diferenciada em relação à demanda de outro bem qualquer, além disto o segurado não necessariamente possui conhecimento a respeito da qualidade dos serviços prestados (Neri & Soares, (2002, p.4); Arrow (1963); Grossman (1972)).

É importante salientar que a existência de informação assimétrica pode levar a equilíbrios que possuem graves falhas de eficiência de mercado, quando comparados aos equilíbrios auferidos em situações de informação completa (Mas-Colell et al., 1995). O grande desafio que a informação assimétrica impõe é a formulação de contratos completos que busquem minimizar as perdas de bem-estar decorrentes deste tipo de problema (Kreps, 1990).

Segundo Rothschild e Stiglitz (1976), a questão da informação foi negligenciada pelos economistas a notas de rodapé, sendo que a maioria das conclusões da teoria econômica não são robustas para as situações de informação imperfeita. Neste sentido, se estabeleceu um distanciamento entre teoria e realidade. Contudo, com a publicação do artigo “*The market for lemons*”, Akerloff (1970) fundou um novo ramo de estudo em economia, o qual investiga as

² Fonte: World Development Indicators 2002 (World Bank) e www.worldbank.com (acesso em 27/03/2004).

³ Por exemplo, no ano 1998 o gasto total em saúde pelo setor privado em proporção ao PIB foi de 3,6 %, sendo o gasto total em saúde do governo em proporção do PIB de 2,8%. Fonte: World Development Indicators, 2002 (Banco Mundial).

⁴ O governo não produz a maioria dos bens que consumimos e nem por isso foram criadas agências de regulação para todos os bens. Por exemplo, não há produção de laranjas na órbita estatal, mas não foi criada uma Agência Nacional da Laranja.



implicações da assimetria de informação que os agentes econômicos enfrentam ao efetuar trocas. Neste artigo seminal, foi analisado o mercado de carros usados, mas devido sua contribuição para a Teoria Econômica foi possível estender a lógica para outros bens e mercados, tal como o mercado de seguros. Assim, se uma seguradora cobrasse um preço médio de apólice para todos os seus clientes, isto traria ganhos para aqueles que fossem mais propensos ao risco de adoecer. Os mais saudáveis achariam a apólice cara demais e não a comprariam. Por mais cara que se tornasse a apólice, sempre haveria compradores para ela, porém sempre pessoas que tivessem um gasto esperado superior ao valor da apólice. Desse modo, o único meio de fazer uma companhia de seguros não ir à falência seria fazer com que cada consumidor comprasse uma apólice que revelasse o seu custo esperado.

Em cuidados de saúde frequentemente as decisões de compra envolvem o benefício esperado e os custos envolvidos. Quando um indivíduo adquire um plano de saúde, seu objetivo é se proteger financeiramente contra perdas decorrentes de uma eventual possibilidade de adoecimento, ou seja, ele avalia o benefício esperado e os custos incorridos. Assim, podem ocorrer algumas situações tais como: os benefícios e custos são altos ou ainda benefício baixo e custo alto. A matriz de avaliação econômica abaixo, ilustra as situações possíveis.

Figura 1: Matriz da avaliação econômica

BENEFÍCIOS	CUSTO	
	ALTO	BAIXO
ALTO	trade-off	Aceita
MÉDIO	Rejeita	Aceita
BAIXO	Rejeita	trade-off

Fonte: Corner (2003)

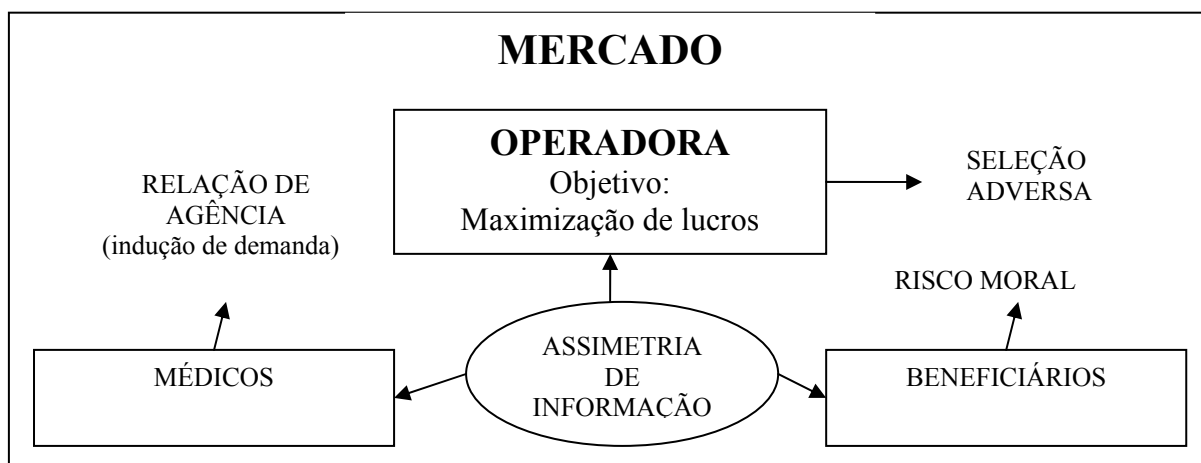
Na matriz, as situações onde o custo é alto e o benefício é médio e/ou baixo, ocorre a rejeição por parte do consumidor. Este pode ser um resultado gerado pela assimetria de informação, como salientado no exemplo de Akerlof (1970), pois o mercado pode ser dominado por indivíduos de alto custo, isto é, que possuem uma alta probabilidade de utilizarem os serviços de saúde, enquanto que os indivíduos de baixo risco são expulsos do mercado.

A figura abaixo mostra como a assimetria de informação pode afetar a alocação ótima dos recursos na economia, isto é, como influencia a eficiência econômica⁵. Na presença de informação assimétrica há incentivos para que os agentes deste mercado não sigam uma

⁵ Dizemos que uma economia é eficiente se esta maximiza o bem-estar da sociedade, entendido como o somatório do excedente dos agentes econômicos desta economia.

trajetória de alocação de recurso eficiente. Pela figura abaixo podemos ver que a informação está presente em todas as relações entre os agentes. Quando a operadora oferta suas apólices de seguro no mercado, esta pode vir a sofrer com o problema de seleção adversa, a qual refere-se a atração de indivíduos com alta propensão de utilização de serviços médicos. Pelo lado dos médicos, dada as características específicas do mercado de saúde, estes são incentivados a induzir os pacientes a aumentarem seus gastos com saúde, pois desta forma aumentam seus rendimentos. Já os beneficiários, por sua vez, são incentivados a mudar de comportamento, de modo que podem mudar os hábitos referentes a saúde, alterando as probabilidades de ocorrência de doenças ou utilização de serviços de saúde. Esta mudança no comportamento é chamada de risco moral.

Figura 2: O mercado de Saúde e os problemas de informação assimétrica



Este mercado tem muitos participantes, além dos mencionados na figura acima: farmácias, hospitais, laboratórios, governo entre outros. Esta diversidade de relações e participantes provavelmente contribuem para o agravamento das referidas falhas.

Neste trabalho serão apresentadas e discutidas algumas destas falhas dentro do contexto da relação segurado e seguradora. No Brasil, aproximadamente 25% da população é atendida pelos serviços de saúde através de seguros ou planos de saúde, assim este estudo tem como objetivo discutir brevemente as principais teorias econômicas que envolvem este mercado. Com este propósito, o trabalho se divide em cinco seções, incluindo esta introdução: seção 2 discutirá a origem do mercado de seguros; seção 3 apresentará as principais teorias envolvendo as questões relacionadas às características específicas dos serviços de saúde, risco moral, seleção adversa e a relação agente-principal; seção 4 mostrará a evolução do sistema de saúde complementar no Brasil e a atual regulamentação, bem como serão apresentados os

resultados da PNAD, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD, 1998)/suplemento-saúde; por fim, seção 5 sumará as principais conclusões.

2. A ORIGEM DO MERCADO DE SEGUROS

A origem dos seguros⁶ é bastante remota, havendo indícios que desde a antiguidade, aproximadamente há 5.000 anos, havia formas rudimentares de seguros, que oferecia formas de proteção a pessoas expostas a riscos⁷ previsíveis ou imprevisíveis, de ocorrência incerta. Os primeiros tipos de seguros que surgiram buscavam diminuir a possibilidade de perdas através da concessão de indenizações pela perda inesperada de escravos, perda de cargas de navios por naufrágios e roubos.

Com a evolução de centros urbanos e crescimento populacional surgiram então os seguros de vida que buscavam conceder auxílios pela morte do chefe de família e outros. Como não havia uma fórmula para cálculo dos valores a serem cobrados de anuidade ocorriam práticas de valores sub ou super dimensionados, favorecendo a existência de práticas desonestas⁸. Conforme Camargo (1991), muitos matemáticos se interessaram em desenvolver métodos para resolução deste problema, entre eles Cardano (1570), Halley (1693), Bernoulli (1730), Dodson (1756), Duvilland (1806). Duvilland fez vários ajustes nas tábuas de vida e métodos até então desenvolvidos, o que permitiu o uso generalizado dessas tábuas, com isto os prêmios poderiam ser calculados de acordo com a idade.

Na primeira década do século XIX começou-se a fazer a classificação dos riscos através da verificação da existência ou não da varíola, assim aqueles que a haviam contraído não eram aceitos pelas seguradoras. Com as tábuas de vida e os estudos de probabilidade, as seguradoras passaram a adotar novas condutas, por exemplo, em 1825 a Amicable, em Londres, passou a limitar o número de associados, regulamentou as condições de admissão e estabeleceu prêmios e indenizações proporcionais.

⁶ Neste trabalho serão tratados planos de saúde e seguros-saúde como sinônimos, pois embora existem diferenças entre eles, popularmente, no Brasil, são tratados como iguais. Isto talvez seja explicado pelo curto espaço de tempo que eles estão presentes no mercado brasileiro.

⁷ Os riscos que estão nos mercados de seguros são chamados de **riscos puros**, que são aqueles que envolvem uma chance de perda ou não, mas nunca uma possibilidade de ganho BAHIA (2001). Como HURTADO (1997) afirma, nos riscos puros o segurado não concorreria para a ocorrência do sinistro dado que isto só lhe traria prejuízos.

⁸ Há uma estreita relação entre os avanços ocorridos na matemática, bem como na teoria da probabilidade, e a administração do risco. As companhias de seguro se beneficiaram muito com o desenvolvimento nesta área do conhecimento, tornando o mercado mais eficiente. Para uma fascinante leitura sobre a história do risco, ver Bernstein (1997).

No desenvolvimento dos seguros foi de fundamental importância o conhecimento dos estudos demográficos, do cálculo das probabilidades, da estatística e das avaliações sobre a duração e o valor da vida humana, que possibilitaram o estabelecimento de prêmios de acordo com o risco e idade de seus segurados.

Aos poucos se expandiram as atividades do mercado segurador surgindo outros tipos de seguros: de automóveis, acidentes, compulsórios, roubo, incêndio, morte e muitos outros, dentre eles o seguro-saúde. Apesar das particularidades de cada tipo de seguro, o principal propósito destes é proteger o assegurado de eventuais formas de acidentes ou risco (Biswas, 1997).

O seguro-saúde se tornou economicamente significativo a partir do período pós-guerra, sendo este relativamente novo se comparado a outros tipos de seguro, tais como seguro contra incêndio e seguro de vida, os quais já eram bem desenvolvidos no final do século XIX. A maior procura por seguro-saúde é consequência da busca dos indivíduos em minimizar o risco referente à saúde. Por exemplo, indivíduos risco-avessos procurarão se proteger de eventuais necessidades de gastos no que concerne aos serviços de saúde, sendo, neste caso, duas alternativas possíveis, além do seguro-saúde: i) tomar dinheiro emprestado no mercado financeiro para fazer frente aos gastos com os serviços de saúde e no período de pleno estabelecimento da saúde pagá-lo; e ii) fazer poupança precautória no período saudável e utilizá-la no período de doença. Ambas alternativas são ineficientes, uma vez que no primeiro caso pode haver restrição de liquidez (falta de crédito) e no segundo caso há incerteza referente ao montante a ser poupado, pois algumas doenças são substancialmente mais onerosas do que outras. Desta forma, uma solução natural é obter um seguro-saúde para se assegurar de eventuais gastos excessivos referentes a saúde, o que em outros termos significa dizer que indivíduos compartilham o risco entre si (Cutler e Zeckhauser, 2000).

3. CARACTERÍSTICAS INERENTES AO MERCADO DE SAÚDE

O mercado de saúde possui algumas especificidades em relação aos demais mercados da economia, sendo que a não consideração destas podem prejudicar a análise deste mercado. Um dos primeiros autores a tratar destas especificidades do mercado de *health-care* foi Arrow (1963). Segundo ele, as principais características que diferenciam o *health-care* dos demais bens e serviços convencionais estão na i) demanda de serviços de saúde; ii) no comportamento esperado dos médicos; iii) na incerteza do produto; iv) nas condições de oferta; e v) na prática de preços.



i) Demanda de serviços de saúde : A demanda para *health care* é um pouco diferente da maioria dos bens porque ela envolve o bem-estar do indivíduo. A demanda por assistência médica é imprevisível e se intensifica quando a pessoa adoece, conseqüentemente a distribuição não é uniforme ao longo da vida (Andrade & Lisboa, 2000). A demanda para serviços de saúde também está associada com a probabilidade de indivíduos perderem suas funções básicas, o que pode implicar em possíveis reduções na habilidade produtiva e, conseqüentemente, na remuneração. Uma outra característica da demanda por assistência a saúde é que ela é inelástica, isto é, para um dado nível de renda, as famílias tendem a reagir a um aumento em suas despesas com planos de saúde com a redução de outros gastos menos essenciais, como por exemplo, lazer (Kornis & Caetano, 2001);

ii) Comportamento esperado dos médicos: o comportamento dos médicos são distintos dos demais trabalhadores, uma vez que o produto e a atividade de produção são idênticos, ocasionando ao consumidor a impossibilidade de testar o produto antes de consumi-lo. Para que haja trocas entre estes indivíduos (médicos e pacientes) uma variável se torna imprescindível: confiança. Desta forma, a ética profissional é um fator marcante neste mercado.

iii) Incerteza do produto: O indivíduo não necessariamente possui conhecimento a respeito da qualidade dos serviços prestados, visto o acesso ao serviço ser de baixa frequência e a assimetria do conhecimento entre médico e paciente ser grande. Deste modo, a avaliação dos serviços prestados é prejudicada.

iv) Condições de oferta: A oferta de assistência médica é limitada pela obtenção de licença para poder atuar no mercado, isto é, o médico tem que ser certificado por uma instituição de ensino de que está apto a desenvolver a atividade médica. O mercado *health care* também se caracteriza com sendo fortemente subsidiado no que concerne a educação, pois há um alto custo na obtenção de conhecimento na área da saúde.

v) Prática de preços: há uma prática usual de discriminação de preços pela renda, sendo a competição via preço pouco utilizada.

3.1 Risco Moral

O chamado risco moral (*moral hazard*) refere-se à mudança de comportamento do segurado em função de não ter que suportar o custo total do atendimento (Pauly, 1968). Por exemplo, um indivíduo que possua total cobertura de seguro saúde poderá passar a visitar o médico com maior frequência (visto o custo marginal ser zero) do que faria caso não tivesse seguro ou a cobertura fosse limitada. Isto pode levar as seguradoras a oferecer seguros com

prêmios diferentes, assim os segurados que demandam uma cobertura maior terão também um prêmio maior.

O risco moral não altera apenas o comportamento do indivíduo, mas também cria ineficiência econômica, já que a percepção individual tanto do custo como do benefício da atividade difere do custo ou benefício da sociedade. Neste sentido, o termo risco moral foi utilizado pela literatura afim para conceituar qualquer atitude realizada pelo segurado que ocasionasse aumento de custo para a seguradora, sendo associado a esta alteração de comportamento os desvios de conduta ou os padrões de ética. Contudo, os economistas perceberam que a mudança de comportamento do assegurado após adquirir uma apólice de seguro é perfeitamente racional, não sendo relacionado a padrões de conduta ou ética, uma vez que o segurado é incentivado a mudar seu padrão de consumo de assistência médica. Uma consequência desta distorção de comportamento leva ao aumento dos preços dos planos de saúde.

Segundo Culter e Zeckhauser (2000), o risco moral, na terminologia da teoria da demanda, representa o efeito substituição dos indivíduos que gastam mais em assistência médica quando seu preço é menor. Neste sentido, quanto menor for a preço do seguro, maior é o efeito substituição.

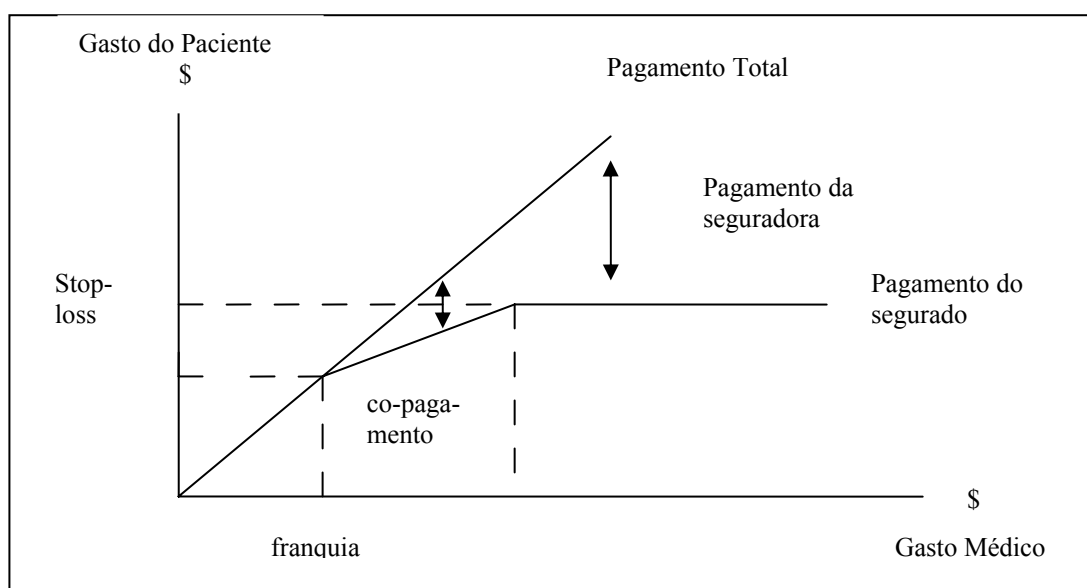
O risco moral pode ser dividido, segundo critérios que dependem do tempo da ação do segurado, em dois tipos: risco moral *ex-ante* e risco moral *ex-post*. O primeiro diz respeito ao segurado não tomar os devidos cuidados necessários referentes a precaução, implicando no aumento da probabilidade deste adoecer. Isto ocorre porque o segurado sabe que os gasto com a eventual doença serão cobertos pelo seguro-saúde. O segundo, por sua vez, refere-se ao uso excessivo dos serviços de assistência médica após a contratação do seguro-saúde, pois para o segurado o custo de utilização de uma unidade adicional de serviço de saúde é zero. Então, este comportamento do segurado está de acordo com a racionalidade econômica.

No caso em que a seguradora aplica um único preço para todo o grupo segurado, o sistema de seguros promove uma transferência entre indivíduos com distintos graus de risco. Na medida em que o risco, em geral, é mais conhecido dos segurados do que dos seguradores, e a tentativa de driblar os controles do seguro faz parte da escolha racional do indivíduo, aqueles com menor risco tenderão a abandonar o sistema ou não comprarão uma apólice ou plano.

Para diminuir os efeitos adversos do risco moral, citados acima, as seguradoras utilizam mecanismos como a limitação do número de consultas, exclusão de alguns

procedimentos tais como cirurgias plásticas com finalidade estética, criação de mecanismos de monitoramento, co-pagamento, entre outros.

Figura 3: Sistema de co-pagamento



Fonte: Cutler e Zeckhauser (2000)

Como forma ilustrativa, o gráfico acima mostra como funcionaria um sistema de co-pagamento. Com este mecanismo o segurador minimiza o problema de risco moral, pois é atribuída ao segurado uma parcela dos custos pela utilização de serviços de saúde. Isto pode ser visto pela curva que representa o pagamento do segurado. Esta curva tem três inclinações diferentes: a primeira inclinação refere-se ao valor pago pela apólice de seguro; a segunda inclinação refere-se a co-participação entre segurado e seguradora, neste caso o custo de acesso ao serviço médico é compartilhado entre os dois agentes; a terceira inclinação ocorre o caso em que a curva de custo do segurado é perfeitamente elástica, implicando que o custo marginal é zero neste intervalo de curva. Assim, todo o gasto adicional é coberto pela seguradora.

Outro exemplo importante no que se refere à tentativa de minimizar os problemas advindos do risco moral é a implementação do *managed care* no mercado de saúde dos Estados Unidos. Este modelo visa racionalizar o uso de serviços de saúde a partir da introdução

do *médico generalista*, o qual é responsável por todos os encaminhamentos referente ao acesso do assegurado ao serviço de saúde, evitando, assim, a procura desnecessária a especialistas, bem como a sobre-utilização de exames sofisticados. Com efeito, o assegurado perde, de certa forma, a liberdade de procurar especialistas diretamente, pois necessita do aval do médico generalista, o qual irá decidir se é procedente ou não o pedido do assegurado. Este modelo também valoriza a prevenção contra doenças, dado que o médico generalista acompanha o assegurado por um longo período⁹, podendo este incentivar o assegurado a ter hábitos mais saudáveis, os quais reduzem a probabilidade de doenças.

3.2 Seleção adversa

As pessoas ao adquirirem planos ou seguro de saúde sabem muito mais a respeito de seu próprio estado geral de saúde do que qualquer companhia seguradora possa ter esperança de saber mesmo se insistisse na realização de exames médicos e aplicação de questionários de auto-avaliação, mesmo os quais podendo inclusive conter quesitos sobre comportamentos de risco, como fumar, beber, hábitos esportivos, práticas sexuais, bem como sintomas psicológicos como depressão e ansiedade. Como Bahia (2001) aponta, os questionários podem não obter os resultados esperados devido aos seguintes fatores:

- 1) A subjetividade que pode levar a valorização de condições benignas e vice-versa;
- 2) Erros de mensuração em função das possibilidades de interpretação das perguntas;
- 3) Se a auto-avaliação é percebida como um instrumento de punição, ela estimula respostas para enganar o sistema.

Conseqüentemente, ocorre uma *seleção adversa*, ou seja, pode existir a tendência do sistema de seguros de incorporar indivíduos de maior risco, significando que aqueles indivíduos com problemas médicos tendem a estar mais propensos a adquirir o seguro saúde, logo é esperado um gasto é maior. Em outros termos, a seleção das pessoas que compram o seguro ou plano de saúde não é uma amostra aleatória da população, mas sim uma amostra que tende a ter um forte viés para com o grupo de pessoas que possuem maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde, ou seja, pessoas que são mais propensas a receberem um benefício maior do que o benefício médio da população (Milgrom & Roberts, 1992). Se a proporção de indivíduos de maior risco aumentar no grupo assegurado tal fato faz com que o preço do seguro aumente, induzindo assim as pessoas de menor risco a não adquiri-lo, o que

⁹ O médico generalista pode ser visto como o médico da família, o qual é o primeiro a ser consultado quando há algum problema de saúde na família. Para um melhor detalhamento do *managed care*, ver Andrade & Lisboa (2000).



fará que cada vez mais aumente a proporção destes indivíduos e reduza a de indivíduos de menor risco até o ponto em que praticamente todos os indivíduos sejam de fato de alto risco, ou seja, os que provocarão maiores gastos. O resultado será um processo progressivo de aumento de preços, o que poderá levar a extinção deste mercado, pois os preços ficaram excessivamente altos.

O problema central no mercado de planos ou seguros de saúde é que a identificação do indivíduo (segurado) é essencial para a eficiência deste mercado, pois o risco associado a cada indivíduo pode afetar significativamente o custo do plano ou seguro de saúde. Como exposto acima, é extremamente difícil ter a informação completa acerca dos segurados, por mais que sejam criados mecanismos que vissem este objetivo. Contudo, uma solução apontada pela literatura é criar incentivos para que o segurado revele suas características. Permitindo, deste modo, que os indivíduos escolham seus planos ou seguros de saúde, de acordo com as suas necessidades, assim será promovida a eficiência neste mercado de informação assimétrica. Se as seguradoras conseguirem fazer com que os indivíduos busquem planos ou seguros-saúde que revelem o verdadeiro valor esperado de seus custos, o problema de seleção adversa é minimizado e as seguradoras podem selecionar os indivíduos eficientemente.

Uma evidência empírica que parece justificar a cobrança diferenciada por faixa etária por ser encontrada nos dados da PNAD/98 que revela que enquanto indivíduos com idade de 14 a 39 anos têm 5 dias de restrição de atividades devido a doenças, indivíduos com 65 anos ou mais têm 8 dias de restrição, indicando com isto que estas faixas etárias estão mais sujeitas a adoecer.

Uma das alternativas que era utilizada pelas companhias de seguro-saúde, no Brasil, para evitar a seleção adversa, até a regulamentação do setor, era a exclusão da cobertura para doenças pré-existentes e outras de alto custo, tais como câncer e AIDS. A limitação do número de consultas também foi praticada, porém, devido aos conflitos existentes entre seguradora e segurado, a partir de 1998, com a nova legislação ficou proibido a exclusão de cobertura para doenças pré-existentes e a limitação de consultas e foram definidos diversos critérios para o funcionamento do setor, o que resultou em aumento de preços das apólices de seguro. A nova legislação também prever a padronização da cobertura e determina a estrutura de formação dos preços de planos e seguros de saúde. Em termos econômicos, a regulamentação da saúde limitou a política de discriminação de riscos utilizada pelas

seguradoras baseada no *experience rating*¹⁰, gerando desta forma um subsídio cruzado entre os indivíduos mais jovens (risco menor) e os mais velhos (risco maior)(Andrade, 2001).

Situação semelhante à regulamentação da saúde no Brasil foi vivenciada no Canadá, porém, no mercado de seguros de automóveis. Em 1978, foi aprovada uma lei que proibia a discriminação de preços de apólices de seguro de automóveis pelo sexo do indivíduo, pois tal discriminação feria os direitos individuais dos canadenses. Contudo, pela *experience rating*, as mulheres tinham um risco menor em estarem envolvidas em um acidente de carro do que os homens e, por este fato, os prêmios eram diferenciados entre mulheres e homens. Com a introdução da nova lei, houve um substancial aumento nos prêmios pagos pelas mulheres e um declínio significativo da participação destas no mercado de seguros, ou seja, o problema de seleção adversa foi ampliado com proibição de discriminação por sexo (Dahlby, 1983).

Outra estratégia utilizada pelas operadoras de seguro-saúde para reduzir a seleção adversa é oferecer seguros para empresas, o chamado *plano coletivo empresarial*. Isto faz com que a seguradora receba indivíduos com diferentes níveis de risco e que os indivíduos adquiram o seguro por um preço menor, mas isto poderia gerar *imobilidade de trabalho* para pessoas com problemas de saúde, pois a perda do emprego acarretaria a perda do seguro (Almeida, 1998).

3.3 A Relação Agente-Principal

Uma forma proposta pela literatura para analisar a questão dos incentivos é o modelo agente-principal. Com este modelo pode-se investigar o comportamento estratégico de dois atores econômicos: i) o agente, representando a parte mais informada, o qual realiza a ação¹¹ e tem a propriedade de afetar o bem-estar de si próprio e do principal dado sua ação; ii) o principal, parte menos informada, consiste no indivíduo que tem o problema de criar um mecanismo de incentivo que faça com que o agente use o esforço ótimo, para que desta forma o bem-estar do principal seja maximizado, uma vez que o principal não consegue verificar o comportamento do agente, somente seu resultado final.

Este modelo pode auxiliar na explicação de uma variedade de comportamentos entre os atores econômicos onde os agentes de beneficiam do fato das informações serem assimétricas. No caso específico do mercado de seguro-saúde, o agente pode ser pensado como os médicos, pois estes são os indivíduos mais informados em relação a um tratamento

¹⁰ Regra utilizada pelas companhias de seguros para formação de preço de planos ou seguros de saúde, os quais são taxados de acordo com os gastos esperados.

¹¹ Para realizar esta ação, o agente ter uma distribuição de possíveis comportamentos, os quais podem variar entre se esforçar muito e se esforçar pouco.

médico e os pacientes seriam o principal, visto que não conseguem monitorar o agente (médico) e este depende do agente para que seu bem-estar seja maximizado. A questão chave nesta relação está no fato da possibilidade do agente atuar e seu benefício próprio, ao invés de agir em benefício do paciente (principal). Da mesma forma, a seguradora gostaria de que o médico agisse em seu favor, reduzindo ao máximo aos custos de assistência de saúde quando o principal adoecesse.

Quando não há restrição dos benefícios, isto é, o paciente pode utilizar os serviços de saúde a custo marginal zero, os interesses entre pacientes e médicos não são conflitantes, pois o paciente quer o melhor tratamento possível e o médico a maior remuneração possível. O conflito existe entre segurador e médico, pois estes possuem objetivos distintos, sendo o primeiro buscando o menor custo possível enquanto o segundo o contrário. O médico pode, então, dado sua informação privilegiada, induzir o paciente para que desta forma utilize mais serviços de assistência médica. Esta situação ficou conhecida na literatura como *Indução de Demanda*.

Gruber e Owings (1994) testaram empiricamente a hipótese da relação de agência entre médicos (obstetras) e pacientes para o caso dos EUA. Estes autores analisaram o comportamento dos obstetras no período da década de 1970, o qual se caracterizou pelo declínio de 13,5% na taxa de fecundidade das mulheres estadunidenses. Com a redução da demanda por serviços de parto (menos mulheres ficaram grávidas), e sendo o parto por cesárea mais caro e mais rápido do que o parto normal, segundo a teoria da agência, os obstetras seriam incentivados a induzir as mulheres a terem parto por cesárea, incrementando, desta forma, a renda dos médicos. Em outros termos, haveria a indução da demanda. Os autores encontraram uma forte correlação entre o estado de declínio da taxa de fecundidade e o número de cesáreas.

4 - O MERCADO DE HEALTH CARE NO BRASIL

4.1 Sistema de Saúde Brasileiro

A atenção à saúde, no Brasil é realizada de três formas: particular, sistema público (SUS) e o sistema de assistência suplementar a saúde. O sistema público atende a maior parte da população, o sistema de assistência suplementar atende entre 18% a 25% e finalmente, temos o atendimento exclusivamente particular que é responsável pela minoria dos atendimentos.

A presença do Estado no sistema de saúde brasileiro é muito forte, as justificativas da participação dele neste sistema se dão em virtude das fortes externalidades positivas geradas

pelos gastos em saúde e pela necessidade de regulação de algumas atividades dada à imperfeição do mercado, pois como Barros *et all* (1996) afirmam existe perversidade no sentido de que o mercado tende a excluir os mais necessitados. Neste sentido, o Estado “protegeria” os cidadãos.

4.1.1 Sistema Público - SUS

Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), este sistema é público, gratuito e de acesso universal, ou seja, todos os brasileiros têm direito a usá-lo. Ele é composto por hospitais públicos e privados, bem como hospitais universitários do Ministério da Educação, formando assim um sistema de abrangência nacional, sendo financiado pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (SOUZA, 2002).

Em 2002, o SUS - Sistema Único de Saúde, contava com aproximadamente 7.397 estabelecimentos para internação hospitalar, sendo 2.588 públicos e 4.809 privados. Dentre os privados 3.357 prestavam serviços ao SUS. Demonstrando que parte expressiva dos hospitais privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema suplementar. Os estabelecimentos privados, com e sem fins lucrativos, podem ainda oferecer serviços particulares, isto é aqueles onde há desembolso por parte do paciente.

A contratação de serviços do setor privado, e o pagamento direto dos hospitais é de responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de autonomia que obtém ao habilitarem-se às diferentes condições de gestão descentralizada do sistema. Na contratação de prestadores privados pelo sistema público, são priorizadas as instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

Para dividir as responsabilidades do gerenciamento do sistema de saúde público brasileiro foram definidas as atribuições para cada nível de governo. Assim, no âmbito federal o Ministério da Saúde é responsável pela normatização e coordenação das ações, bem como pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS.

Já nos estados, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações dos respectivos Estados e os Municípios pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área territorial.

Apesar da Constituição Federal estabelecer, em seu artigo 196, que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado"*, não existem recursos físicos, orçamentários e humanos suficientes para tornar isto uma realidade, assim existem longas filas de espera. Ao tornar o acesso aos serviços de saúde mais moroso ocorre um incentivo indireto aos indivíduos procurarem formas alternativas de atendimento, seja através do sistema de saúde suplementar ou do financiamento total com recursos próprios.

4.1.2 O Setor de Saúde Suplementar

O setor de saúde suplementar reúne mais de 2000 empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas (ANS,2003).

O sistema de saúde suplementar teve início, segundo a ABRAMGE, nos anos 60, com a Medicina de Grupo, basicamente para atender a classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, quando instalava-se na região Metropolitana de São Paulo a indústria automobilística e o setor de auto-peças. A precariedade dos serviços públicos na região, de um lado, e, de outro, a medicina liberal cara, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo boom industrial, criando uma opção intermediária e alternativa capaz de oferecer serviços médicos, em sistema de pré-pagamento.

Em 1964, surgiu a primeira tentativa de se dividir o pesado encargo do Estado com a saúde, mediante a celebração dos primeiros convênios com empresas, realizado pelo IAPI Instituto de Assistência e Previdência. Por estes convênios, as empresas que contratavam assistência médica privada, podiam deduzir, da cota devida ao INPS, 2% da folha de pagamento.

Em 1980, o Ministério da Saúde começa os programas de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Nessa época, o INAMPS, que o órgão era responsável pela assistência médica individualizada, não estava subordinado ao Ministério da Saúde e sim ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, atendia somente os indivíduos que contribuíam ao MPAS, ou seja, aqueles que possuíam carteira assinada ou contribuíam individualmente, deste modo muitos indivíduos ficavam excluídos de atendimento de saúde, principalmente aqueles do mercado informal de trabalho e os trabalhadores rurais.

Na década de 80, os programas de Assistência Médico-Hospitalar Privados aumentaram significativamente a sua participação no modelo de assistência à saúde principalmente através das empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas. Ainda, nesta década floresceu no país o sentido da saúde como direito à vida, sendo então instituído o artigo 196 na Constituição de 1988 que garante a assistência à saúde como direito do cidadão e um dever do Estado. A Constituição de 1988 trouxe diversas modificações no campo da saúde, tais como a universalização da saúde - com o surgimento do Sistema Único de Saúde - e a abertura da assistência saúde à iniciativa privada.

Assim, aumentou significativamente o número de pessoas atendidas no sistema público de saúde, porém os recursos orçamentários não acompanharam o aumento da demanda, conseqüentemente houve uma queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público. Neste contexto, teve início um processo de crescimento do sistema privado, com a procura de modalidades alternativas. Como afirma BAHIA (2001) com a insuficiência do SUS ocorreu a expansão da assistência médica suplementar.

Embora muitas pessoas tenham adquirido planos de saúde, muitas destas continuaram a utilizar SUS naqueles casos em que o serviço não era oferecido, principalmente nos tratamentos de alto custo e alta complexidade, ou para a realização de atividades típicas da saúde pública, como vacinação (TEIXEIRA, BAHIA, VIANNA, 2001). Assim, no SUS não estão somente aqueles com menor condição financeira.

O fato de pessoas que possuíam planos de saúde serem internadas pelo SUS¹² foi muito discutido na Agência Nacional de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde, já que o setor público era onerado em procedimentos que deveriam ser feitos pelo setor de saúde suplementar. Assim, atual legislação a determinou a implantação do cadastro nacional de usuários da saúde suplementar, bem como o estabelecimento do ressarcimento ao SUS.

Em 1998, devido à falta de regulamentação do setor e um aumento significativo de reclamações no PROCON contra as operadoras de planos de saúde, o governo criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei 9.656/98.

Com a criação da ANS as empresas que operavam no setor de planos e seguros de saúde passaram a ter que seguir as determinações da agência, tais como o registro e autorização de funcionamento, obrigatoriedade de prestar informações financeiras, cadastro dos usuários. Dentre as principais alterações destacam-se: i) desenhos claros dos planos de

¹² Confirmando isto, os dados PNAD/98 - suplemento saúde revelam que dentre a população que foi internada pelo SUS, 6,3% destas declararam possuir algum plano de saúde e 5,2% declararam ter pago algum valor pela internação.

saúde; ii) foram estabelecidas sete faixas etárias: de zero a 17 anos; de 18 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; de 60 a 69 anos; e acima de 70 anos. Sendo que o valor da mensalidade da última faixa etária não pode superar seis vezes o valor da primeira; iii) ressarcimento ao SUS; iv) impedimento de restrição ao número de consultas e internações.

A regulamentação do setor em 1998 e o estabelecimento de ressarcimento ao SUS visam basicamente definir os direitos dos consumidores e os deveres das operadoras. Foram criados instrumentos para evitar, por parte das operadoras, a discriminação de consumidores devido a idade, para evitar o moral hazard de operadoras e consumidores operadoras em relação ao SUS, porém os resultados da regulamentação são muitos discutíveis e não há um consenso sobre os reais benefícios gerados pela a ANS.

4.2.2 População assistida

Encontrar o número exato do número da população assistida por planos e seguros de saúde não é uma tarefa fácil, pois os dados são um tanto divergentes. Segundo a ABRAMGE (2003) atualmente, os planos e seguros privados de saúde atendem a cerca de 41,6 milhões de beneficiários. Enquanto isto, os dados do principal instituto de estatística brasileiro o IBGE revelam que, em 1998, o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde era de 38,7 milhões o que corresponde a 24,45% da população do País, porém há de se ressaltar que estes foram colhidos na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios em 1998. Já os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, indicam que a população coberta em Junho/2003 é de 35.026.353.¹³

Segundo o Ministério da Saúde, em 1998, 24,45% dos brasileiros possuíam planos e seguros de saúde privados ou de assistência ao servidor público. A Região Sudeste registrou a maior cobertura (33,30%), enquanto as menores taxas foram observadas no Nordeste (12,39%) e Norte (17,5%).

Na tabela 1 estão demonstrados o número de empresas e número de beneficiários segundo o porte das operadoras. Verifica-se que as operadoras com mais de 50.000 beneficiários embora representem 9,2% do número total, mantêm 68% das pessoas que possuem planos de saúde.

Tabela 1 : Número de empresas e beneficiários segundo o porte das empresas – Maio/2003

Porte da Empresa	Nº de Empresas	Nº de Beneficiários	Nº Empresas/Total	Nº
				Beneficiários/Total

¹³ Sicsu (2002, p.147) afirma que no ano de 2000 existiam 42,1 beneficiários de planos de saúde. Para Albuquerque & Cassiolato (2000) este número era de 41 milhões.

1 a 10.000	1.018	3.238.926	66,8%	9,2%
10.001 a 50.000	367	7.969.831	24,1%	22,8%
Mais de 50.000	140	23.817.596	9,2%	68,0%
Total	1.525	35.026.353	100,0%	100,0%

Fonte: ANS (2003)

Entre as maiores operadoras, verifica-se na tabela 2 que somente uma delas (BRADESCO) possui mais de 2 milhões de beneficiários. As Unimed's também estão entre as maiores operadoras. Além disto, 50% dos beneficiários estão em operadoras com até 299.999 beneficiários. Cerca de 80% das operadoras detêm somente 40% de beneficiários em operadoras com mais de 50.000.

Tabela 2: Número de Beneficiários nas Operadoras com mais de 50.000 beneficiários segundo o tamanho – Julho/2003

Tamanho	Número de beneficiários (Junho/2003)	Número de Operadoras (Julho/2003)
50.000 a 59.999	1,205,516.00	22
60.000 a 69.999	1,430,451.00	22
70.000 a 79.999	1,684,293.00	22
80.000 a 89.999	694,384.00	8
90.000 a 99.999	661,153.00	7
100.000 a 199.999	4,181,275.00	30
200.000 a 299.999	2,369,557.00	10
300.000 a 399.999	2,333,768.00	7
400.000 a 499.999	1,801,506.00	4
500.000 a 599.999	1,081,063.00	2
600.000 a 699.000	640,385.00	1
700.000 a 999.999	1,458,893.00	2
1.000.000 a 2.000.000	2,650,249.00	2
> 2.000.000	2,304,369.00	1
	34,496,862.00	140

Fonte: ANS (2003)

Como pode ser observado na Tabela 3, a cobertura varia de acordo com PIB per capita por região, ou seja, regiões com PIB mais elevado apresentam mais alto grau de cobertura.

Tabela 3 : Percentual da População coberta com Plano de Saúde Complementar segundo PIB per capita - 1998

Região	PIB per capita em R\$	População coberta com saúde complementar (%)
Região Nordeste	2,603.15	12.39
Região Norte	3,446.79	17.50
Região Centro-Oeste	5,681.22	22.50

Região Sul	6,610.89	25.32
Região Sudeste	7,706.20	33.30
Brasil	5,647.66	24.45

Fonte: MS (2002)

Dentre a população assistida com saúde suplementar, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar.

Tabela 4 : Número de beneficiários segundo a natureza das empresas

<i>Número de beneficiários</i>	<i>Natureza da Empresa</i>
9.673.993	Assistência ao servidor público
29.003.667	Empresas privadas

Fonte: IBGE

Segundo a ANS, em 2003, 70% dos beneficiários concentravam-se na região Sudeste, onde mais de um quarto da população tinha algum tipo de vínculo com o setor. A maior parte (59%) das empresas do segmento de saúde suplementar está concentrada na região Sudeste, principalmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

O financiamento do seguro privado é assegurado principalmente através dos empregadores. Em 2003, cerca de 30% dos segurados se vinculava diretamente às empresas de planos e seguros. Segundo a PNAD/98, cerca de 60% dos planos de saúde contam com financiamento integral (13,2%) ou parcial (46,0%) do empregador do titular. O titular paga integralmente o plano em aproximadamente 30% dos casos e cerca de 10% dos titulares têm seus planos financiados por outras pessoas. Como pode-se perceber a participação de empresas neste mercado é muito importante.

4.2.3 As Modalidades de Contrato

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existem 8 modalidades de operadoras no Brasil. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

A **medicina de grupo** é constituída por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. É a forma dominante no mercado e foi a modalidade pioneira no Brasil. A abrangência das empresas de medicina de grupo em geral é regional, e os maiores grupos atuam nas grandes

cidades. A estrutura de atendimento compõe-se de serviços próprios e credenciados. O órgão representativo é a ABRAMGE que foi criado em 1966.

A Medicina de Grupo é responsável pelo atendimento de quase 18 milhões de pessoas, das quais 78% (14,3 milhões) são de planos patrocinados por empresários para trabalhadores e dependentes e 22% (4,1 milhões) são de plano individual e familiar.

As **cooperativas médicas** são sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde. Nesta modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um, segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), sendo previsto a distribuição dos lucros entre os cooperados. Os atendimentos são realizados em instalações de cooperados ou credenciados. São representadas pela UNIMED do Brasil.

Na modalidade de **seguradoras** estão os seguros-saúde que são operados por apenas 37 empresas. A principal característica é a livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada, podendo ou não existir serviços credenciados. Esta modalidade está presente no mercado brasileiro desde 1989, pois até então não era permitido que seguradoras operassem neste segmento. A seguradora tanto pode pagar diretamente a profissionais e hospitais credenciados quanto reembolsar o próprio segurado, mediante a apresentação de comprovantes das despesas médico-hospitalares. Os custos do seguro variam segundo os níveis de cobertura contratados na apólice. As seguradoras são representadas pela FENASEG. Teoricamente, nesta modalidade os indivíduos teriam mais liberdade de escolha.

Dados da PNAD/98 indicam que a modalidade mais freqüente era a de medicina de grupo (34% da população assistida), seguindo-se as cooperativas (25%), as seguradoras (18%) e os planos de autogestão (14%).

Nas Tabelas 5 e 6 estão demonstrados os dados de número de indivíduos atendidos em cada modalidade, bem como a sua respectiva participação no mercado de saúde suplementar.

Tabela 5: Modalidade de Planos e nº de Indivíduos

Modalidade	N. de indivíduos atendidos (milhões)	Participação
Seguro Próprio	9	22,0%
Cooperativas	10	24,4%
Medicina de Grupo	17,3	42,2%
Seguro Saúde	4,7	11,5%
Total	41	100%

Fonte: Elaboração própria a partir de Albuquerque e Cassiolato (2000)

Tabela 6: Número de operadoras segundo a modalidade

Modalidade	Nº de Empresas
Administradoras	37
Auto Gestão	350
Cooperativa Odontológica	175
Cooperativas Médicas	372
Inst. Filantrópica	125
Medicina de Grupo	813
Odontologia de Grupo	463
Seguradora	12
Total	2,347

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS

A modalidade que oferece maior liberdade para o provedor (médico) é a de reembolso, que devido à inexistência de relação trabalhista entre segurador e provedor impede a intervenção deste no trabalho do provedor (IVANAUSKAS, 2002) o que é benefício para o paciente. De outro lado, temos o dado que 93% dos médicos entrevistados pela revista Galileu em abril/2003¹⁴ queixaram-se que os convênios diminuem a autonomia no tratamento médico, talvez pelo fato que exista uma relação contratual entre eles, principalmente no caso de cooperativas médicas ou planos próprios de hospitais privados.

QUADRO 1: Diferenças entre plano de saúde e seguro-saúde

Plano de Saúde	Seguro-Saúde
- sensível a preço	- sensível à qualidade do serviço
- rede credenciada	- livre escolha
- sem desembolso antecipado	- sem desembolso antecipado para grandes despesas
- coberturas baixas	- coberturas elevadas
- pequenas/médias empresas e indivíduos de média/baixa renda.	- grandes empresas e indivíduos de alta renda
- Estão no mercado desde a década de 50.	- estão no mercado desde 1989.

Quanto ao número de consultas realizadas por beneficiários, percebe-se que a população assistida pelo SUS tem o número de consulta médio muito inferior ao dos que são assistência pelo setor privado, pois enquanto no SUS este número é de 2,33 (MS, 2003), no setor privado é de 5,18 consulta/beneficiário/ano. Como afirma NERI & SOARES (20002,p.27), indivíduos que possuem plano de saúde tende a procurar mais serviços médicos

¹⁴ <http://www.unifesp.br/comunicacao/ass-imp/clipping/2003/abr03/abr02.htm#4>

de prevenção, exames de rotina ou até mesmo desnecessariamente e as chances de procurar um serviços de saúde aumenta 552 vezes na presença de plano de saúde.

4.2.4 Perfil

Nesta seção serão apresentados brevemente os principais resultados da PNAD/98. Quanto ao rendimento mensal, 75% da população coberta tem rendimento mensal familiar superior a 5 salários mínimos. Do total de segurados do sistema supletivo, 75% corresponde a cobertura por planos e seguros privados (28,5 milhões de pessoas) e 25% por sistemas destinados ao atendimento de servidores públicos (OPAS, 2000).

Observa-se uma associação positiva entre cobertura de plano de saúde e renda familiar: a cobertura é de 2,6% na classe de renda familiar inferior a um salário mínimo, cresce para 4,8% entre pessoas cuja renda familiar está entre 1 e 2 salários mínimos, e passa a crescer com maior intensidade nas demais classes de renda: 9,4% (2 a 3 salários mínimos), 18,0% (3 a 5 salários mínimos), 34,7% (5 a 10 salários mínimos) e 76% (20 salários mínimos e mais) (IBGE,2003).

No quesito idade, verifica-se que 47,4% dos titulares dos planos de saúde concentram-se no grupo etário de 19 a 39 anos de idade e entre 4,0% e 5% dos titulares têm menos de 18 anos.

Considerando apenas os titulares que têm plano de saúde através do trabalho, o gasto com mensalidade também aumenta na medida em que a renda deste trabalhador aumenta, porém em menor intensidade do que no caso dos titulares que contratam os planos de saúde diretamente. No primeiro caso gastam mais de R\$100,00 por mês no financiamento de seu plano de saúde 2,5% dos titulares com renda familiar até 5 salários mínimos; 8,1% com renda de 5 a 10 salários mínimos e 27,1% com renda maior do que 10 salários mínimos.

Já, dentre os titulares que não têm plano de saúde através do trabalho, a distribuição de acordo com a renda familiar dos que gastam mais de R\$100,00 por mês no financiamento de seu plano de saúde é a seguinte: 17,3% com renda familiar de até 5 salários mínimos; 32,0% com renda de 5 a 10 salários mínimos e 55,1% com renda maior que 10 salários mínimos.

Segundo NERI & SOARES (2002, p.4, 27), as pessoas com menor rendimento apresentam maiores necessidades dos serviços de saúde e gastam proporcionalmente uma maior parcela da renda com seguro saúde e, mesmo assim, seus contratos tendem a ser mais restritos quanto à cobertura dos serviços.

Segundo a pesquisa do IBGE, os coeficientes de internação hospitalar apresentaram uma relação inversa com a renda familiar: decresceram linearmente entre o grupo de menor

renda familiar - - até 1 salário mínimo - e o grupo de maior renda familiar - mais do que 20 salários mínimos. Entretanto, porém pessoas sem rendimento foram as que apresentaram o maior coeficiente de internação hospitalar. Padrão similar do encontrado em estudos em outros países, tais como Chile e Austrália (SAVAGE, WRIGHT, 2003 e SAPELLI, BERNARDITA, 2003).

Com relação à idade dos beneficiários, verifica-se que em 10/2003, cerca de 10% eram pessoas com mais de 60 anos de idade. E destes, 70% possuíam planos de saúde anteriores a atual legislação¹⁵. Com o Estatuto do Idoso ficou regulamentado que os beneficiários acima de 60 anos não poderão ter reajustes no valor das mensalidades, conseqüentemente os custos irão ser redistribuídos para outras faixas etárias, ou seja, os mais jovens sofrerão um reajuste maior. Esta política, a longo prazo, pode expulsar os indivíduos de baixo risco (os jovens) e fazer com este mercado se torne um mercado de *lemons* como descrito por Akerlof (1970). Além disto, pode acarretar em um sobrecarga para o SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual legislação do setor regulamentou claramente o desenho dos planos básicos, onde não há limites de consultas e são estabelecidos critérios para diferenças de preços segundo a idade do consumidor, ocorrendo a impossibilidade de discriminação de preços segundo o grau de risco, conseqüentemente ocorre uma seleção adversa dos consumidores.

Se tomarmos os números tanto do IBGE de 1998 quanto da ANS em 2003 como verdadeiros, teríamos então a confirmação da suspeita que os efeitos da regulação não foram benefícios para a população no sentido em que com a elevação dos prêmios, pelo menos 3 milhões de pessoas abandonaram o sistema de saúde suplementar e voltaram para o SUS. Significando que a rigidez da atual legislação fez com que houvesse perdas para o consumidor, para o sistema público de assistência, que passou a ser onerado pela migração dos desassistidos pela rede privada de planos e seguro saúde.

Entretanto, a regulamentação do setor era necessária devido aos problemas que estavam sendo enfrentados pela população. A ANS de certa forma resolveu o problema de incerteza dos usuários de planos privados de assistência à saúde quanto à integridade das empresas e garantia de continuidade de prestação de serviços contratados.

Como Andrade e Lisboa (2001) afirmam para evitar a seleção adversa de consumidores, as seguradoras ofertam pacotes de benefícios diferenciados por qualidade e

¹⁵ De modo geral, estes planos possuem diferentes tipos de cobertura (p. exemplo: restrição do número de consultas e exames) e as mensalidades são menores.

preço, buscando, a auto-seleção dos indivíduos, porém não nos parece claro que ANS ao restringir as opções tenha contribuído para reduzir a seleção adversa no mercado.

Este trabalho procurou levantar dados e referencial teórico e discutir alguns aspectos do mercado de planos de saúde no Brasil, porém algumas questões merecem um aprofundamento das discussões. Como sugestões de trabalhos futuros, sugere-se que seja feita uma análise dos dados da PNAD/98 buscando identificar e analisar o perfil dos 6% que foram internados pelo SUS, mas tinham planos de saúde. Outra sugestão, é a discussão do marco regulatório deste tão importante setor, discutindo aspectos conceituais da regulação econômica e o desenho institucional da agência reguladora.

BIBLIOGRAFIA:

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em <<http://www.ans.gov.br>> Acesso maio/2003 a Março/2004.
- AKERLOF, G. (1970). The market for lemons. **Quarterly Journal of Economics**, 84: 488-500.
- Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Disponível em <<http://www.abramge.org.br>>
- ALMEIDA, Célia (1998). O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **IPEA**. Texto de Discussão 599.
- ANDRADE, Mônica V. & LISBOA, Marcos B. (2000). Sistema privado de seguro saúde: lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro 54(1): 5-36 (jan./mar.) .
- _____ (2001). A regulação dos contratos de seguro-saúde no Brasil: gerando seleção adversa. **Universidade de Brasília: Programa de Seminários Acadêmicos**, seminário n. 05/01 (27/04/01).
- ARROW, K. (1963). Uncertainty and Welfare Economic of Medical Care. **American Economic Review**, 53: 941-973.
- BAHIA, Ligia (2001a). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 329-339.
- _____ (2001b). Risco, seguro e assistência suplementar no Brasil. ANS.
- BERNSTEIN, Peter (1997). **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. Rio de Janeiro: Campus, 11ª ed.
- BISWAS, Tapan (1997). **Decision-making under uncertainty**. Macmillan, UK.
- BARROS, Maria Elizabeth, PIOLA, Sérgio F., VIANNA, Solon Magalhães. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília, D.F. : IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).
- CAMARGO, Ruy M. **Medicina de seguro: estudo sobre a conceituação à área de competência médica no seguro privado**. Rio de Janeiro. Federação Nacional de Seguros, 1991.

- CORNER, Cochrane. Economics and health care. Disponível em <<<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band18/b18-4.html>>> Acesso em 06/2003.
- IVANAUSKAS, Terry Macedo. (2002) **Seguradores versus provedores no campo da saúde privada**. Encontro de Economia da Saúde.
- CUTLER, David e ZECKHAUSER, Richard (2000). The Anatomy of Health Insurance. **Handbook of Health Economic**, v.1, Elsevier Science B. V.
- DAHLDY, B. G. (1983). Adverse selection and statistical discrimination: an analysis of Canadian automobile insurance. **Journal of Public Economics**, North-Holland Publishing Company 20, 121-130.
- GROSSMAN, Michael. **On the Concept of Health Capital and the Demand for Health**. Journal of Political Economy 80:223 – 255, 1972.
- GRUBER, J.e OWINGS, M. (1994). Physisian Financial incentives and Cesarean Section Delivery. **National Bureau of Economic Research**. Working Paper.N.4933.
- Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE).Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>
- HURTADO, Natalie Haanwinckel. Seguro de Riscos Ambientais. UFRJ- Centro de Estudos E Pesquisas em Seguros. Texto para Discussão nº 2., 1997.
- KREPS, David. (1990). **A course in microeconomic theory**. New York, Haverster Wheasheaf.
- KORNIS, CAETANO (2001). **Regulação e Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS.
- LIPKE, Ana Maria Cantalice (2003). Ação para a Igualdade, o desenvolvimento e a Paz: Mulher e Saúde. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Disponível em << <http://www.clacso.edu.ar/~libros/brasil/pesqui/lipke.rtf>>>. Acesso 31/05/2003.
- MAS-COLELL, A., WHISTON, M. e GREEN, J. R (1995). **Microeconomic theory**. Oxford, Oxford University Press.
- MILGRON, Paul & ROBERTS, John (1992). **Economics, organization and management**. London: Prentice Hall International.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) (2003).Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso Agosto/2003.
- NERI, Marcelo; SOARES, Wagner (2002). **Pobreza, ativos e saúde no Brasil**. Encontro de Economia da Saúde.
- PAULY, M. V. The economics of moral hazard. **American Economic Review**, June, 531-36.
- ROTHSCHILD, M. e STIGLITZ, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. **Quarterly Journal of Economics**, 60: 629-650.
- SAPELLI, Claudio e BERNARDITA, Vital (2003). Self-selection and moral hazard in chilean health insurance. **Journal of Health Economics**, 22, 459-476.
- SAVAGE, Elizabeth e WRIGHT, Donald (2003). Moral hazard and adverse selection in Australian private hospitals: 1989-1990. **Journal of Health Economics**. 22, 331-359.
- SOUZA, Renilson Rehem. O Sistema público de saúde brasileiro. Ministério da Saúde. 2002.
- SICSU, Bernardo (2002). **SEGURO SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 90: Uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória**. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- WORLD BANK (WD). Disponível em< <http://www.worldbank.com>>.