



Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar

Edgard Antonio Pereira

Economista, Mestre e Doutor em Economia Industrial pelo Instituto de Economia Industrial da UFRJ, é sócio-fundador da EDAP Consultoria Econômica
edgard@edap.com.br

Rodrigo Delgallo Hussne

Economista, Mestre em Economia pelo Instituto de Economia da UNICAMP, é sócio da EDAP Consultoria Econômica.
rodrigo@edap.com.br

Resumo

A preocupação dos indivíduos em relação à saúde tem aumentado nos últimos anos, assim como o número de usuários do setor de saúde suplementar. Trata-se de um setor com características específicas, marcado por falhas de mercado, especialmente as relacionadas à assimetria de informação. A regulação desse setor no Brasil data do final dos anos 1990 e, atualmente, a ANS vem promovendo discussões sobre a implementação de nova metodologia para cálculo dos reajustes dos planos individuais. Neste sentido, serão examinadas quais as principais falhas de mercado existentes nesse setor à luz das justificativas encontradas na literatura econômica para existência de regulação econômica, avaliando em que medida as formas de regulação adotadas e propostas pela ANS são capazes de compensar essas falhas e maximizar o bem-estar social. Há indícios de que as falhas de mercado do setor de saúde suplementar não necessitam ser corrigidas por meio de políticas de controle de preços. Todavia, caso se opte pela continuação da regulação do reajuste de preços do setor, o modelo mais adequado deve incorporar, de alguma maneira, sua dinâmica de custos específica.

Palavras-Chave

saúde suplementar, regulação do mercado de saúde suplementar, reajuste dos planos de saúde individuais

Sumário

1. Introdução. 2. Regulação econômica e falhas de mercado. 3. Mercado de saúde suplementar. 3.1 Especificidades do setor de saúde suplementar. 3.2 Outros setores regulados. 4. Modelo de regulação proposto pela ANS. 5. Referências Bibliográficas.



Abstract

Regulation and competitive standard in the supplementary health sector

Edgard Antonio Pereira

Economist, Masters Degree and PhD in Industrial Economics from the Institute of Industrial Economics at UFRJ, Founding Associate Member of EDAP Economic Consulting
edgard@edap.com.br

Rodrigo Delgallo Hussne

Economist, Masters Degree in Economics from the Economics Institute at Unicamp, Associate Member of EDAP Economic Consulting.
rodrigo@edap.com.br

Summary

The concern of individuals in relation to health care has increased in recent years, as the number of users of private health care. This is a sector with specific characteristics, marked by market failures, especially those related to information asymmetry. The regulation of this industry in Brazil dates from the late 1990s and, currently, ANS is promoting discussions on the implementation of a new methodology for calculating the adjustment of individual plans. In this sense, this paper examines which are the main market failures in this sector in light of the justifications found in economic theory for the existence of market regulation, assessing the extent to which the regulation frameworks adopted and proposed by ANS are able to compensate for these market failures and maximize social welfare. There is evidence that market failures of private health care sector need not be corrected through price controls policies. However, if they choose to further regulate the price adjustment in the sector, the most appropriate model should incorporate, somehow, the dynamics of its specific costs.

Key Words

private supplementary health, regulation of the private supplementary market, readjustment of individual health plans

Contents

1. Introduction. 2. Economic Regulation and Flaws in the Market. 3. Private Supplementary Health Market. 3.1 Specificities of the Private Supplementary Health Sector. 3.2 Other Regulated Sectors. 4. Model of Regulation Proposed by the ANS. 5. Bibliographical references.



Edgard Antonio Pereira e Rodrigo Delgallo Hussne

Sinopsis

Regulación y modelo competitivo en el sector de salud privada suplementaria

Edgard Antonio Pereira

Economista, Máster y Ph.D en Economía Industrial por el Instituto de Economía Industrial de la UFRJ, es socio-fundador de la EDAP Consultoría Económica
edgard@edap.com.br

Rodrigo Delgallo Hussne

Economista, Máster en Economía por el Instituto de Economía de la UniCamp, es socio de la EDAP Consultoría Económica.
rodrigo@edap.com.br

Resumen

La preocupación de los individuos con relación a la salud se ha incrementado en los últimos años, así como el número de usuarios del sector de la salud privada suplementaria. Este es un sector con características específicas, marcado por fallas de mercado, especialmente las relacionadas con la asimetría de la información. La regulación de este sector en Brasil se remonta a finales de 1990 y, actualmente, la ANS ha estado promoviendo debates sobre la aplicación de una nueva metodología para el cálculo de los ajustes de los planes individuales. En este sentido, se examinarán las principales fallas de mercado existentes en este sector a la luz de las justificaciones que se encuentran en la literatura económica para explicar la existencia de la regulación económica, evaluando en qué medida las formas de regulación adoptadas y las propuestas por la ANS son capaces de compensar estas fallas y maximizar el bienestar social. Hay indicios de que las fallas de mercado en el sector de la salud privada suplementaria no necesitan ser corregidas a través de políticas de control de precios. Sin embargo, en el caso de que se decida por la continuación de la regulación del ajuste de precios en el sector, el modelo más apropiado debe incorporar, de alguna manera, su dinámica específica de costos.

Palabras-Clave

salud privada suplementaria, regulación del mercado de salud privada suplementaria, reajuste de los planes individuales de salud

Sumario

1. Introducción. 2. Regulación Económica y Fallas de Mercado. 3. Mercado de Salud Privada Suplementaria. 3.1 Especificidades del Sector de Salud Privada Suplementaria. 3.2 Otros Sectores Regulados. 4. Modelo de Regulación Propuesto por la ANS. 5. Referencias bibliográficas.



1. Introdução

É crescente a preocupação dos indivíduos em relação à saúde, e o número de usuários do setor de saúde suplementar apresentou crescimento significativo nos últimos anos. Em 2009, o número de beneficiários de planos de saúde no Brasil era de 56 milhões de pessoas, ou cerca de 29% da população do país. Esse setor apresenta características bastante peculiares e é marcado por falhas de mercado, principalmente aquelas decorrentes de assimetria de informação.

A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil data do final dos anos 1990, com a lei nº 9.656/98, e posteriormente a lei nº 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em conjunto com as regulamentações infralegais, formam o arcabouço regulatório desse segmento. Atualmente, a ANS vem promovendo discussões sobre a implementação de nova metodologia para cálculo dos reajustes dos planos individuais, em substituição à metodologia atual que atrela esse reajuste à variação dos preços dos planos coletivos.

O objetivo da presente Nota é avaliar brevemente as características específicas do setor de saúde suplementar à luz das justificativas encontradas na literatura econômica para existência de regulação econômica. Especificamente, examinam-se quais as principais falhas de mercado existentes nesse setor e em que medida a forma de regulação adotada e proposta pela ANS é capaz de compensar essas falhas e maximizar o bem-estar social.

A seção 2 trata brevemente dos conceitos de regulação econômica e falhas de mercado. Na seção 3 apresentam-se brevemente as principais características e falhas de mercado do setor de saúde suplementar. Por fim, a análise das formas de regulação adotadas e propostas pela ANS, bem como a proposição de adequação desta às particularidades do setor são objeto da seção 4.

2. Regulação econômica e falhas de mercado

Regulação pode ser entendida como qualquer ação governamental com o intuito de limitar a liberdade de escolha dos agentes econômicos. Essas ações vão além da regulação de preços, também sendo comum a regulação de quantidades, qualidade, número de ofertantes no mercado, entre outros. A regulação econômica tem por finalidade promover um ajustamento de mercado o mais próximo possível daquele que seria obtido se as firmas estivessem submetidas a um ambiente plenamente competitivo.

Em uma situação idealizada, de concorrência perfeita, o preço refletiria o custo de produção da unidade marginal e o excedente do produtor e do consumidor seriam maximizados. Essa solução de equilíbrio teria o atributo de preservar duas características socialmente desejáveis de um sistema econômico: permitir um processo (i) neutro e (ii) descentralizado de alocação de recursos, o que levaria à convergência autônoma entre os objetivos públicos e privados.

Embora seja tido como ótimo, o resultado perfeitamente competitivo é dificilmente verificado na prática, onde a presença de falhas de mercado pode conduzir a economia a resultados bastante distintos. Nesses casos, o Estado interfere na formação do preço do bem ou



serviço, nas quantidades ofertadas, na qualidade dos produtos ou mesmo na quantidade de ofertantes, substituindo o mecanismo de ajuste pelo mercado por medidas específicas de regulação, com o objetivo de maximização do bem-estar econômico.

Os tipos mais comuns de falhas de mercado referem-se à ocorrência de monopólios naturais, presença de externalidades e distribuição assimétrica da informação. Cada tipo de falha de mercado tem efeitos distintos sobre o bem-estar e, portanto, devem ser tratados de forma diferenciada pelo órgão regulador.

Situações de monopólio natural ocorrem em indústrias com elevados custos fixos que, em consonância com o decrescente custo marginal ao longo do tempo, ensejam a atuação de apenas uma empresa realizando um serviço eficiente e rentável do ponto de vista do investimento necessário. Todavia, o equilíbrio de monopólio apresenta preços maiores e quantidades menores do que o equilíbrio em mercados competitivos. Na qualidade de único produtor de determinado produto, o monopolista encontra-se em posição que o permite controlar a quantidade de produto que será colocada à venda. Portanto, em situações de monopólio natural, a falha de mercado deve ser corrigida por meio de regulação econômica, o que ocorre, em geral, pela regulação de preços.

As externalidades, por sua vez, são falhas típicas de mercados em que o benefício ou custo social superam o benefício ou custo para a empresa que produz o bem ou serviço. Nesses casos, existe tendência a se produzir em quantidade insuficiente ou excessiva o bem ou serviço.

Por fim, informação assimétrica existe nas situações em que um dos agentes de determinado mercado tem informação relevante enquanto o outro, por sua vez, não possui. A existência dessa assimetria faz com que os agentes econômicos não aloquem seus recursos da maneira mais eficiente possível, devido à incerteza em relação ao comportamento do outro agente envolvido na troca. Por isso, um indivíduo pode estar disposto a abrir mão da eficiência alocativa para minimizar o risco e a incerteza da troca, resultando naquilo que a literatura especializada define como seleção adversa.

Em decorrência da existência de assimetria de informação, a firma não maximiza o valor social da troca. Essa falha de mercado pode tornar a curva de demanda menos do que infinitamente elástica, garantindo algum grau de poder de mercado às firmas, que então são capazes de aumentar seus preços marginalmente, porém sem perder todos os seus consumidores.

Trata-se portanto, de tipos distintos de falhas de mercado, que geram “ineficiências” de maneiras distintas. A natureza da ineficiência decorrente da existência de monopólios naturais é diferente da natureza da perda de bem-estar gerada em situações de externalidades que, por sua vez, difere dos efeitos da presença de informação assimétrica sobre o bem-estar social.

Com o intuito de agir na correção dessas falhas de mercado, a regulação econômica deve buscar “recriar” os mecanismos de mercado de modo a



aproximar o equilíbrio daquele que seria obtido caso as firmas estivessem submetidas a um ambiente plenamente competitivo. Tendo em vista os diferentes tipos de falhas de mercado e as características de cada indústria, as medidas de regulação econômica devem ser específicas.

Ineficiências com origens distintas não podem ser compensadas por meio de medidas regulatórias uniformes e gerais. Para a maximização do bem-estar econômico deve-se respeitar as características competitivas de cada indústria e/ou mercado, utilizando-se dos instrumentos regulatórios mais adequados para cada situação particular.

Com efeito, é necessário compreender quais as características dos bens e serviços desses mercados, examinando, por exemplo, seu grau de homogeneidade. Ademais, deve-se analisar se a indústria é marcada pela presença de economias de escala e, em caso positivo, identificar se essas economias de escala são suficientemente grandes para configurar monopólio natural. Além disso, é fundamental ter conhecimento detalhado de cada um dos elos da cadeia produtiva da indústria, atentando-se para a existência de assimetria de informações e/ou externalidades.

Ou seja, a formulação de um modelo regulatório para determinado setor não pode prescindir da profunda compreensão das características específicas das indústrias ou mercados a serem regulados. Não é cabível transportar para determinado setor formas de regulação existentes em outros setores, sob a pena de não compensar as falhas de mercado existentes. Deve-se ter suficientemente claro quais são as falhas de mercado presentes em cada situação e quais as origens de cada uma delas antes de se colocar em prática medidas regulatórias que, caso contrário, seriam capazes de causar distorções competitivas ainda mais significativas.

3. Mercado de saúde suplementar

O mercado de saúde suplementar refere-se às atividades que envolvem a operação de planos privados de assistência à saúde. Os principais produtos que compõem esse mercado são os planos individuais ou familiares e os planos empresariais (ou de grupos), que podem abarcar tanto serviços médico-hospitalares quanto odontológicos.

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 (ANS).

Esse mercado tem como base de funcionamento o mutualismo, importante mecanismo de cooperação voluntária que funciona quando vários indivíduos contribuem financeiramente para que alguns poucos indivíduos possam, quando da ocorrência de adversidades em sua saúde, utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas¹.

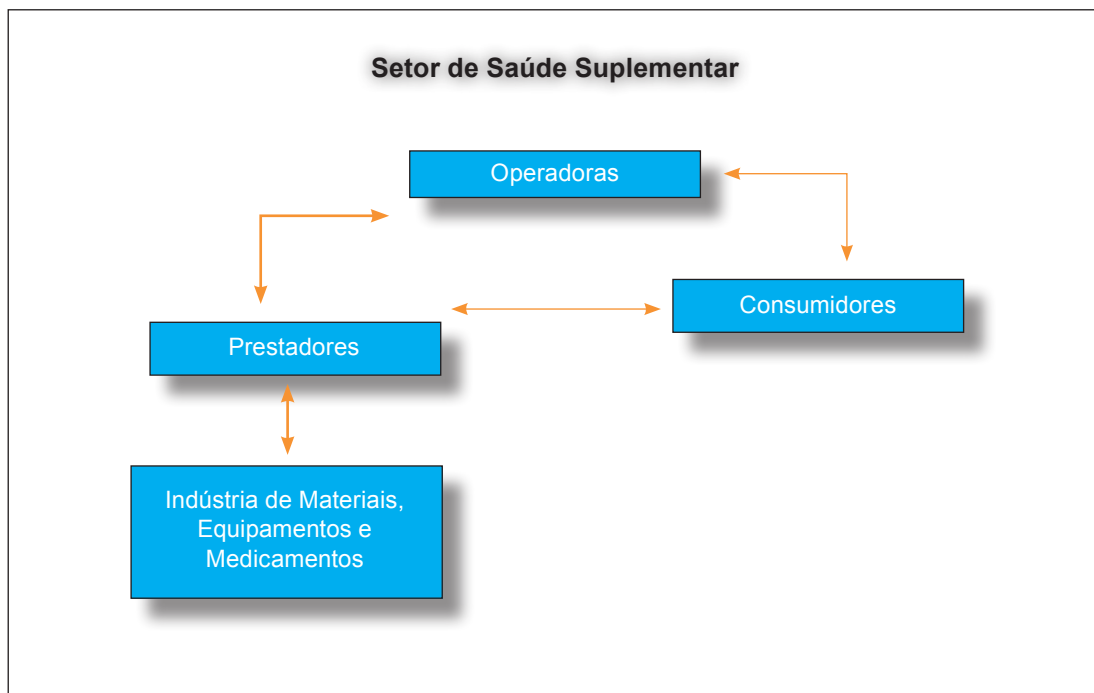
¹ LEAL, Sandro (2009). **Entre a proteção e a eficiência**: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação. Trabalho vencedor do Prêmio SEAE de Regulação Econômica em 2009.



Dessa maneira, ao adquirir um plano ou seguro de saúde, o consumidor protege sua renda de variações decorrentes de eventos inesperados que possam afetar a sua saúde física e demandar gastos imprevistos. Cada vez mais esse instrumento de proteção se faz necessário, tendo em vista que o custo da saúde é crescente e os serviços oferecidos pelo setor público ainda se encontram muito aquém das reais necessidades da sociedade.

Até dezembro de 2009, cerca de 56 milhões de brasileiros estavam cobertos por algum tipo de plano de saúde no Brasil, ou aproximadamente 29% da população brasileira. Deste total, 42,8 milhões consomem planos médico-hospitalares e 13,2 milhões possuem planos exclusivamente odontológicos².

O setor de saúde suplementar está organizado, pelo lado da oferta, por um conjunto de relações contratuais entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar (médicos, hospitais e laboratórios) e odontológica, a indústria de medicamentos e, finalmente, a indústria de materiais e equipamentos. Pelo lado da demanda, temos os consumidores individuais, pessoas físicas, e os clientes corporativos, pessoas jurídicas³.



Fonte: LEAL, op. cit.

² Fonte: ANS.

³ LEAL, Op. cit.



Como analisado a seguir, o mercado de saúde suplementar apresenta características específicas e falhas de mercado. Essas falhas não estão relacionadas à presença de monopólios naturais, mas sim à existência de assimetria de informações.

3.1 Especificidades do setor de saúde suplementar

Os planos são comercializados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, que de acordo com a Lei 9.656/98 são definidas como *“a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”*.

Essas operadoras podem ser classificadas de acordo com as seguintes modalidades⁴:

- **Administradora:** empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante e que não possuem risco decorrente da operação desses planos nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada, de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;
- **Cooperativa Médica:** sociedade de pessoas sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde;
- **Cooperativa Odontológica:** sociedade de pessoas sem fins lucrativos que operam exclusivamente planos odontológicos;
- **Autogestão:** entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda, participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;
- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica e declaração de utilidade pública;
- **Medicina de Grupo:** empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores;
- **Odontologia de Grupo:** empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

Em 2001, a Lei 10.185 exigiu que as seguradoras que já atuavam no segmento do seguro saúde se transformassem em seguradoras especializadas, equiparando-as às operadoras.

⁴ RDC nº 39 da ANS.



Edgard Antonio Pereira e Rodrigo Delgalo Hussne

- Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos de seguro.

Operadoras em atividade com beneficiários (Brasil – 2003-2010)			
Ano	Operadoras Médico-Hospitalares	Operadoras Exclusivamente Odontológicas	Operadoras com Registro Ativo com Beneficiários
2003	1.072	346	1.418
2004	1.080	354	1.434
2005	1.063	342	1.405
2006	1.070	355	1.425
2007	1.081	365	1.446
2008	1.091	384	1.475
2009	1.086	395	1.481
2010 (até mar)	1.085	395	1.480

Fonte: ANS.

Há, no Brasil, 1.480 operadoras com registros ativos e beneficiários, sendo 1.085 operadoras médico-hospitalares e 395 operadoras exclusivamente odontológicas.

Operadoras em atividade* por modalidade (Março de 2010)					
Modalidade da operadora	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (1 a 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (mais de 100.000)
Administradoras	23	23	–	–	–
Autogestão	244	29	174	30	11
Cooperativa médica	339	3	191	112	33
Cooperativa odontológica	133	3	106	21	3
Filantropia	97	2	71	22	2
Medicina de grupo	479	53	302	96	28
Odontologia de grupo	330	65	233	21	11
Seguradora especializada em saúde	13	–	2	1	10
Total	1.658	178	1.079	303	98

(*) Inclui as operadoras sem beneficiários

Fonte: ANS.

Essas operadoras ofertam diversos tipos de planos. Há obrigatoriedade do oferecimento do plano referência por todas as operadoras⁵. O contrato deve contemplar a cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive partos

⁵ Com exceção das autogestões patrocinadas (Art. 10 da Lei 9.656).



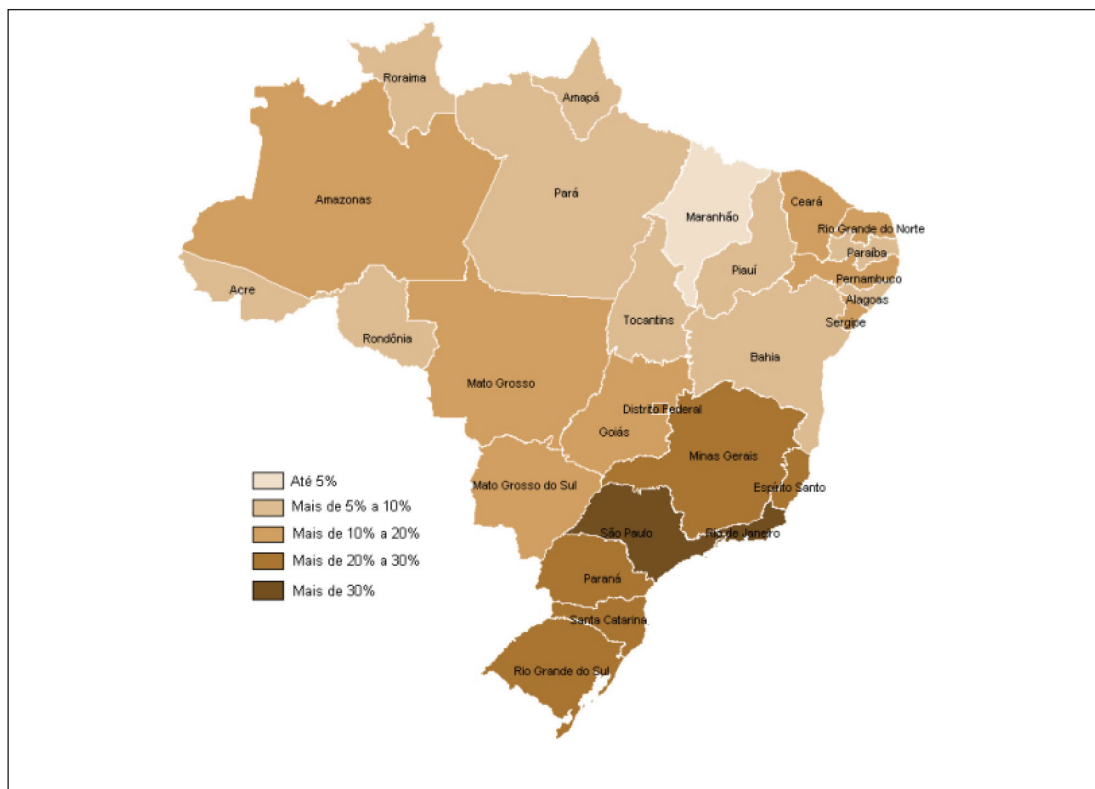
Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar

e tratamentos realizados no Brasil no padrão enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando a internação for necessária. A cobertura deve abranger todas as doenças citadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde. É ainda obrigatório o serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Os demais planos ofertados podem variar, ainda, em função da rede credenciada de hospitais, laboratórios, médicos, tipos de reembolsos, abrangência de atendimento em cidades e estados do Brasil. Com isso, há no mercado planos com prêmios (mensalidades) diversos, que também variam de acordo com a faixa etária do beneficiário.⁶ A esse respeito, há operadoras que ofertam amplo portfólio de planos, para todos os segmentos de renda, e outras especializadas em determinado segmento.

As operadoras estão espalhadas por todo o território nacional, conforme mapas abaixo.

Taxa de Cobertura dos Planos de Assistência Médica por UF (mar/2010)

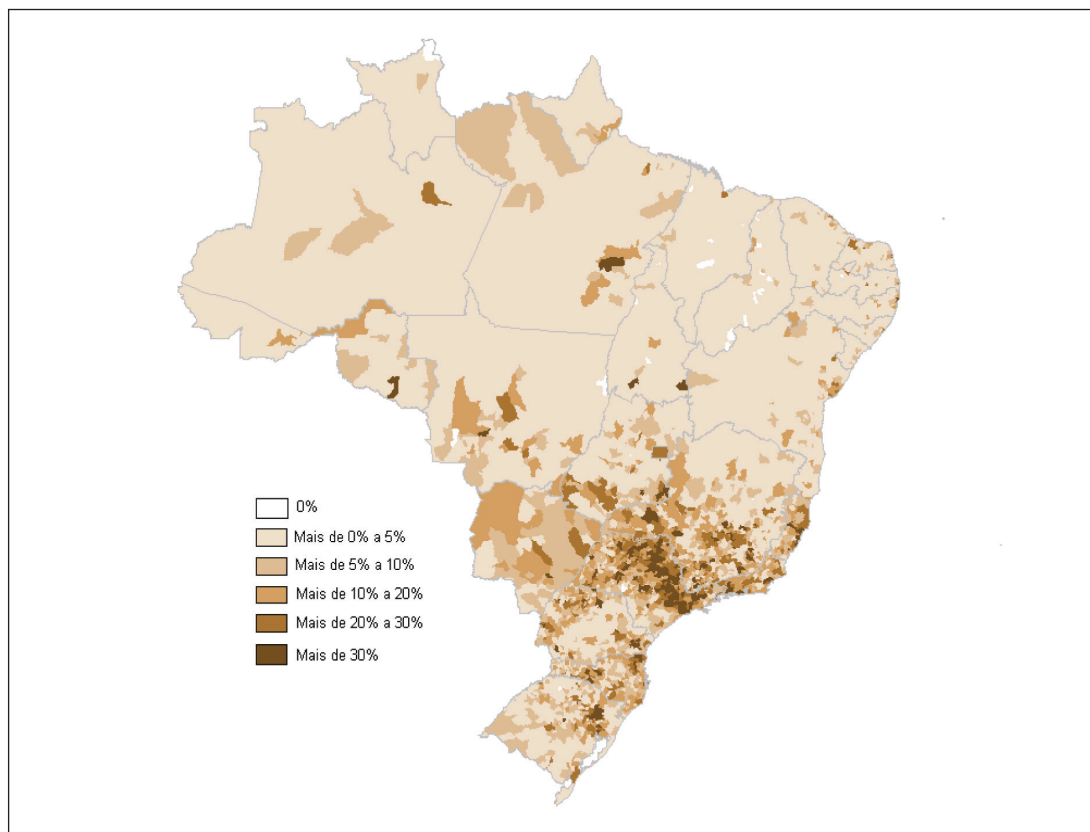


Fonte: ANS.

⁶ As faixas etárias são definidas em: I – 0 a 18 anos; II – 19 a 23 anos; III – 24 a 28 anos; IV – 29 a 33 anos; V – 34 a 38 anos; VI – 39 a 43 anos; VII – 44 a 48 anos; VIII – 49 a 53 anos; IX – 54 a 58 anos; X – 59 anos ou mais. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.



Taxa de Cobertura dos Planos de Assistência Médica por Município (mar/2010)



Os mapas indicam a maior concentração de beneficiários nas regiões Sul e Sudeste do país, especialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Quando os municípios são considerados, além dessas localidades, nota-se maior concentração de usuários nas capitais estaduais.

Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras – Assistência médica com ou sem odontologia (Brasil – março de 2010)

Cobertura assistencial do plano	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
4.496.120	10,4%	2	0,2%
8.963.367	20,8%	6	0,6%
13.293.033	30,8%	12	1,1%
17.479.176	40,5%	22	2,0%
21.742.596	50,3%	39	3,6%
25.912.486	60,0%	71	6,6%
30.265.088	70,1%	118	10,9%
34.548.713	80,0%	202	18,7%
38.869.920	90,0%	362	33,5%
43.196.168	100,0%	1.082	100,0%

Fonte: ANS.



Na oferta de planos de saúde, não há que se falar em presença de monopólios naturais. Há grande número de operadoras no país, o que comprova a ausência de economias de escala suficientes para justificar a existência de monopólios naturais locais, regionais ou nacional.

Com efeito, não há economias de escala significativas na oferta de planos de saúde, tendo em vista que os requerimentos de capital fixo são pouco substanciais quando comparados a outras indústrias, como geração de energia elétrica ou prestação de telefonia fixa, em que predominam monopólios naturais. Praticamente não há *sunk costs* relacionados a essa atividade, e as barreiras à entrada de novos competidores podem ser consideradas baixas.

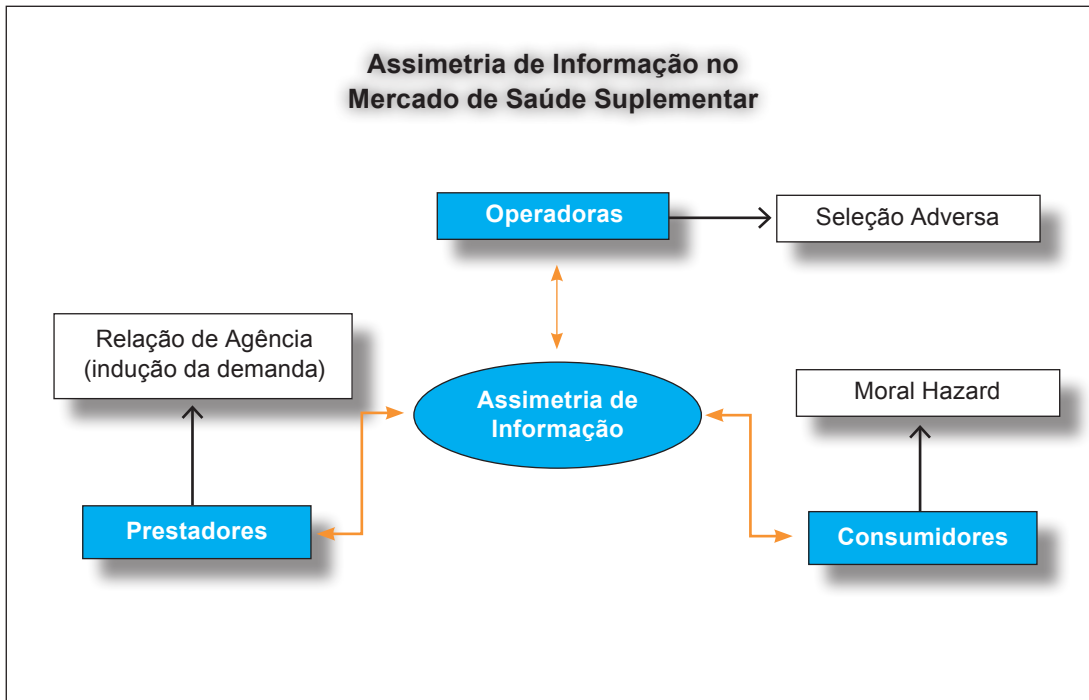
No setor de saúde suplementar, a depender da localidade, podem existir monopólios – naturais ou não – na prestação dos serviços, especificamente por hospitais. Por exemplo, em municípios com poucos habitantes, pode ser mais eficiente existir apenas um hospital ou laboratório.

Todavia, ainda nessas situações, na ausência de exclusividade com alguma operadora de planos de saúde, não há razão para se supor a ausência de competição nesse segmento. Ou seja, ainda que haja apenas um hospital em determinada localidade, é provável que exista mais de uma operadora oferecendo planos de saúde a essa população.

Do mesmo modo, mesmo no caso de hospitais de primeira linha, que ofertam produtos e serviços muito diferenciados e inovadores e que, portanto, detêm algum poder de mercado na prestação desses serviços, não haveria extensão desse poder de mercado ao elo das operadoras. Existindo competição entre as operadoras e considerando a ausência de barreiras significativas à entrada de novos concorrentes, a capacidade para a imposição de preços de monopólio por uma ou mais empresas é bastante limitada. Desta forma, a regulação de preços dos produtos ofertados pelas operadoras, sobretudo nos segmentos e localidades onde há maior competição entre grande número de empresas, parece desnecessária, tendo em vista o elevado grau de contestabilidade desses mercados.

Por outro lado, merecem destaque no mercado de saúde suplementar as falhas de mercado relacionadas à existência de assimetria de informações, tanto na relação médico × paciente quanto na relação seguradora × segurado. Outra importante característica desse setor é que a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, e o segurado não necessariamente possui conhecimento suficiente a respeito da qualidade dos serviços prestados⁷.

⁷ GODOY, M.R. et al. (mimeo). **Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica**. Apresentado no IX Encontro Nacional de Economia Política.



Fonte: Godoy, M.R. *et al.* Op. cit.

A existência de informação assimétrica pode levar a perdas de eficiência quando comparada a equilíbrios em situações de informação completa. Na presença de informação assimétrica há incentivos para que os agentes desse mercado não sigam uma trajetória de alocação de recurso eficiente.

A assimetria de informação está presente em todas as relações entre os agentes, conforme figura acima. No caso de uma operadora, a oferta de planos no mercado pode estar sujeita a um problema de seleção adversa, caracterizado pela atração de indivíduos com alta propensão de utilização de serviços médicos.

Pelo lado dos prestadores, dadas as características específicas do mercado de saúde, há incentivos a induzir os pacientes a aumentarem seus gastos com saúde, como forma de incremento de seus rendimentos. Já os beneficiários, por sua vez, são incentivados a mudar de comportamento, o que pode resultar na alteração dos hábitos referentes à saúde, alterando-se as probabilidades teóricas de ocorrência de doenças ou utilização de serviços de saúde.

Além disso, os beneficiários não necessariamente possuem conhecimento suficiente a respeito da qualidade dos serviços prestados, vez que, além da grande oferta de diferentes tipos de planos, o acesso ao serviço é de baixa frequência e a assimetria do conhecimento entre médico e paciente é grande. Desse modo, a avaliação, pelos consumidores, dos planos e serviços prestados, é prejudicada.



Diante de falhas de mercado dessa natureza, o modelo regulatório recomendado para setor de saúde suplementar deve, essencialmente, centrar-se em mecanismos que elevem e tornem mais simétrico o nível de informação entre os distintos participantes desse mercado, promovendo a competição nos vários elos da cadeia de prestação de serviços. É diferente, portanto, do que se recomendaria, por exemplo, para setores regulados caracterizados pela presença de monopólios naturais.

Ademais, o setor de saúde suplementar apresenta importantes especificidades relacionadas aos custos da prestação de serviços médicos hospitalares e laboratoriais. Esses custos tendem a se elevar mais do que a maioria dos outros produtos e serviços ao longo do tempo, em função de fatores de demanda e oferta.

Pelo lado da demanda, há crescente procura por quantidades cada vez maiores de serviços de saúde em decorrência do envelhecimento da população e da "transição epidemiológica" que atravessa a sociedade brasileira, a qual vem alterando tanto a incidência quanto o tipo das doenças que afetam a população e que, em geral, exigem tratamento mais custoso. Há também o aumento das coberturas obrigatórias mínimas, além do *moral hazard* discutido anteriormente.

Do lado da oferta, o surgimento e a incorporação acelerada de novas tecnologias, diferentemente dos demais setores da economia, não reduzem necessariamente os custos de produção. Pelo contrário, são equipamentos mais sofisticados e intensivos em tecnologia, novos medicamentos e materiais que, na maioria das vezes, não substituem os antigos, mas sim se agregam a eles, e ampliam substancialmente os custos do setor. Outra importante fonte de elevação de custos pelo lado da oferta decorre da capacidade que tem esta de criar sua própria demanda. Uma vez que é o profissional de saúde que faz as vezes de um consumidor substituto, quanto maior a oferta de serviços médicos, maior é a demanda gerada.

Como resultado da atuação conjunta dos fatores acima relatados, os custos e os preços desse setor tendem a se elevar de forma mais intensa do que os demais preços da economia.

Em resumo, trata-se de um setor com características específicas de funcionamento e que, assim como outras indústrias reguladas, requer medidas regulatórias próprias destinadas a combater suas falhas de mercado particulares.

3.2 Outros setores regulados

É útil fazer referência à forma da regulação em outros setores da economia, como distribuição de energia elétrica e telecomunicações, por exemplo, para perceber como o arcabouço regulatório trata as especificidades do setor, bem como quais métodos são utilizados para lidar com questões que podem ser comuns a outros mercados regulados.

No caso da distribuição de energia elétrica, trata-se de um setor em que a principal falha de mercado refere-se à existência de monopólios naturais. É oferecido um produto homogêneo (energia elétrica), em que



se verificam elevadas economias de escala e vultosos investimentos em capital fixo, além de baixo grau de inovação tecnológica. Assim, é mais eficiente a oferta do produto por uma só empresa, se fazendo necessária, contudo, a regulação dos preços da distribuição da energia elétrica.

Como visto, o objetivo precípua da regulação econômica é reproduzir, no desempenho da empresa monopolista regulada, os efeitos da pressão da concorrência (efetiva e potencial) observados em mercados competitivos. Neste sentido, o atual modelo de concessão do serviço público de distribuição de energia elétrica consagrou um regime tarifário de regime de preços máximos (*price cap*), pelo qual os serviços são regulados pelo preço.

Quando da assinatura do Contrato de Concessão, a empresa reconhece que o nível tarifário vigente, ou seja, o conjunto das tarifas definidas na estrutura tarifária da empresa, em conjunto com os mecanismos de reajuste e revisão das tarifas estabelecidos nesse contrato, é suficiente para a manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro. Isso significa reconhecer que a receita anual é capaz de cobrir os custos operacionais incorridos na prestação do serviço e remunerar adequadamente o capital investido, seja naquele momento, seja durante o período de concessão, na medida em que as regras de reajuste têm a finalidade de preservar, ao longo do tempo, o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato.

A receita das distribuidoras é composta de duas parcelas: “Parcela A”, referente a custos não-gerenciáveis (encargos setoriais, encargos de transmissão, compra de energia elétrica para revenda), e “Parcela B”, ligada a custos gerenciáveis (despesas de operação e manutenção, despesas de capital e outros).

Os contratos de concessão estabelecem que as tarifas de fornecimento podem ser atualizadas por meio de três mecanismos. Há um reajuste tarifário anual, em que para a “Parcela A” são repassadas as variações dos itens de custo não-gerenciáveis e a “Parcela B” é corrigida pela variação do IGP-M, descontado um Fator X, este referente a ganhos de produtividade.

Além disso, há uma revisão tarifária periódica, com o objetivo de analisar, após um intervalo previamente definido no contrato de concessão (geralmente de quatro anos), o equilíbrio econômico-financeiro da concessão.

Destaca-se que enquanto nos reajustes tarifários anuais a “Parcela B” da Receita é atualizada monetariamente pelo IGP-M, no momento da revisão tarifária periódica é calculada a receita necessária para cobertura dos custos operacionais eficientes e a remuneração adequada sobre os investimentos realizados com prudência. A revisão tarifária periódica é realizada mediante o cálculo do reposicionamento tarifário e o estabelecimento do Fator X. Por meio do Fator X são firmadas as metas de eficiência para o próximo período tarifário, aquelas que serão expressas na tarifa.

Para a definição dos custos operacionais eficientes, o enfoque metodológico é denominado de Empresa de Referência, definida



como “a *simulação de uma empresa responsável pela operação e manutenção das instalações elétricas, gestão comercial de clientes e direção e administração da área geográfica da concessionária de distribuição em análise, que presta esses serviços em condições de eficiência e adaptação econômica ao ambiente no qual desenvolve sua atividade*”⁸.

Por fim, há a revisão tarifária extraordinária, por meio do qual a ANEEL, poderá, a qualquer tempo, por solicitação da empresa de distribuição e quando devidamente comprovada, proceder à revisão das tarifas, visando a manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, caso haja alterações significativas nos custos da empresa de distribuição, incluindo as modificações de tarifas de compra de energia, encargos setoriais ou encargos de uso das redes elétricas que possam ser estabelecidos durante o período.

Assim, a forma de regulação se adequa às falhas de mercado que caracterizam o setor. As medidas regulatórias servem para corrigir as distorções competitivas causadas pela existência de monopólios naturais (aplicação de *price cap* para evitar preço de monopólio) e, ao mesmo tempo, gerar incentivos às concessionárias para buscarem ganhos de produtividade (Fator X), sem, contudo, deixar de atentar para o equilíbrio econômico-financeiro das empresas (diferentes formas de reajustes das parcelas gerenciável e não-gerenciável da receita e revisões tarifárias periódicas e extraordinárias).

No setor de telecomunicações, o serviço de telefonia fixa comutada (STFC) é caracterizado por monopólios naturais, decorrentes de elevadas economias de escala e significativos investimentos em capital fixo, além de baixa dinâmica tecnológica e homogeneidade do produto. Justifica-se, portanto, a adoção da regulação de preços dos pacotes de serviços por meio de *price caps*, com o objetivo de evitar o aumento abusivo de preços para os consumidores e a prática de preços predatórios que impeçam a entrada de novos competidores no mercado.

A fórmula de reajuste do valor dos planos também inclui o desconto de um fator de produtividade e estão previstas revisões periódicas com o intuito de garantir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Além disso, devido à essencialidade do serviço, há metas de universalização e de estabelecimento de qualidade no STFC.

Na telefonia móvel, o Serviço Móvel Pessoal (SMP) apresenta maior dinâmica tecnológica e menor homogeneidade de produtos e serviços. Nesse caso, o órgão regulador optou pela determinação de um teto de preço para o chamado “plano básico” e introduziu um modelo de competição, com mais de uma empresa concorrendo em cada região do serviço. Não se regulam, portanto, os preços dos planos alternativos, que na prática são aqueles comercializados pelas operadoras. Tendo em vista a rivalidade por meio de inovação e preços, não se faz necessária a determinação de preços-teto para serviços como SMS, MMS, acesso à internet etc.

⁸ ANEEL. Caderno Temático nº 5.



Ademais, regula-se o acesso às redes concorrentes determinando-se a obrigatoriedade da interconexão de redes e a isonomia de preços, sendo as tarifas de interconexão inicialmente homologadas pela Anatel e atualmente pactuadas de forma livre entre as operadoras.

Em suma, nos serviços em que o mercado é caracterizado pela existência de monopólios naturais e menor dinâmica tecnológica, há regulação de preços, enquanto que para os serviços de maior dinâmica tecnológica e grau de inovação optou-se pela introdução da competição entre diversas empresas e ausência de regulação de preços desses serviços.

Ou seja, nesses e em outros setores, as normas regulatórias refletem as especificidades e tipos de falhas de cada mercado. Não há uma regra geral a ser aplicada indistintamente para todo setor regulado. Regulação econômica não pode se confundir com controle de preços, uma vez que não necessariamente as falhas de mercado estão associadas a preços de monopólio.

Normas regulatórias eficientes são as que respondem às falhas que caracterizam cada mercado, são capazes de corrigi-las e mimetizar os mecanismos de ajuste de mercado com vistas a alcançar o máximo bem-estar, fim último da regulação econômica.

4. Modelo de regulação proposto pela ANS

A ANS está promovendo a discussão de inédita metodologia para a autorização de planos de saúde individuais novos por meio de câmara técnica. O modelo atual é apontado como principal limitador à oferta de novos produtos ao mercado, de forma que o estabelecimento de um novo modelo de regulação que crie incentivos à maximização do bem-estar é de suma importância para a sociedade.

A metodologia atualmente em vigor atrela o reajuste dos planos individuais ao aumento registrado nos preços dos planos coletivos. Ou seja, do ponto de vista da regulação dos produtos, uma distinção marcante desse setor é o tipo de contratação.

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 respeitar a regra de mutualismo com pacto intergeracional, materializada principalmente pela definição de preços diferenciados em dez intervalos de faixa etária.

Para os planos coletivos⁹, os reajustes são livremente negociados entre as partes e tão somente monitorados pela ANS, considerando que o fato de representarem um conjunto de beneficiários tende a lhes possibilitar maior capacidade de negociação e maior mobilidade. Para os planos contratados por pessoas físicas, especialmente os planos individuais, 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, cuja base teórica é o modelo de regulação de reajuste de preço-teto.

⁹ Com exceção dos planos coletivos sem patrocínio ofertados por operadoras classificadas como autogestões sem mantenedor.



Trata-se de um modelo de *yardstick competition* (padrão de medida de concorrência), caracterizado pela criação de uma medida de comparação para as empresas reguladas, utilizando parâmetros de desempenho.

A crítica central ao atual modelo reside no fato de resultar num único percentual de reajuste, aplicado de forma linear a todos os tipos de planos individuais, sem distinção. Assim, deixa-se de considerar fatores importantes, como as diferenças na incorporação de inovações tecnológicas pelos variados tipos de planos, diferenças regionais no grau de competição entre as empresas e a evolução dos custos dos procedimentos, entre outros.

A sugestão inicial da ANS para a nova metodologia busca incorporar elementos de diferenciação e estímulo à eficiência na forma de reajuste. Trata-se de um modelo de *value-cap*, variante do *price-cap*, em que o índice de reajuste dos planos (R) varia em função de um índice setorial (I_s) de variação de custos (preços e quantidades), descontado um fator de produtividade/eficiência (X) adicionado de fatores exógenos (Y).

$$R = I_s - X + Y$$

Todavia, persistem problemas no modelo proposto. Em relação ao indicador I_s , não há um índice setorial que reflita a variação real dos custos com despesas médico-hospitalares do setor de saúde. Como visto, os custos das operadoras de planos de saúde variam significativamente em função de fatores de demanda e oferta e crescem a taxas superiores aos demais preços da economia. Trata-se de produtos diferenciados em função de variáveis, como rede credenciada, região etc, o que torna a aplicação de um reajuste uniforme pouco útil para o objetivo da regulação de elevação da eficiência.

Em relação ao Fator X , o conceito de eficiência no setor de saúde é complexo e de difícil mensuração. Nesse setor, produtividade tradicional pode ser o oposto da percepção de qualidade e eficiência dos consumidores. Por exemplo, se um plano inclui em sua rede referenciada hospitais e médicos de maior reputação – e consequentemente com custo maior – seria classificado pelos modelos tradicionais como menos eficiente, quando na verdade este pode ser exatamente um atributo de diferenciação valorizado pelos usuários.

A diferenciação de produto é um aspecto absolutamente relevante na saúde suplementar, pois tanto pelo lado da oferta quanto pelo lado da demanda influencia as decisões dos consumidores. Entre os atributos mais relevantes para este mercado, destacam-se: padrão de reembolso, grau de cobertura, amplitude da rede referenciada, qualidade da rede, condições de acesso.

Assim, modelos que não incorporam a heterogeneidade de produtos não são recomendáveis como referência para a mensuração da eficiência das operadoras do setor de saúde suplementar. Caso os indicadores I_s e X não sejam corretamente elaborados, há o risco de prejuízo à qualidade dos produtos ofertados com a consequente redução do bem-estar social. Mesmo que esses indicadores fossem corretamente estimados, ter-se-ia uma média do mercado como parâmetro,



permanecendo o desequilíbrio do reajuste para as operadoras que ofertam planos cujos custos são superiores.

Dessa maneira, entende-se preliminarmente que caso se opte pela continuação da regulação do reajuste de preços do setor de saúde suplementar, o modelo mais adequado deve incorporar, de alguma forma, a dinâmica de custos própria do setor, que também se diferencia intrassetor, tendo em vista as especificidades dos planos ofertados.

Além disso, apenas parcela limitada dos custos das operadoras é gerenciável pelas empresas, sendo adequado apenas sobre essa parcela incidir um fator de produtividade redutor do percentual de reajuste. Na parcela não-gerenciável de custos estariam os preços dos serviços médico-hospitalares, que por serem bens diferenciados podem trazer no aumento de seu valor (preço × quantidade) significativo ganho de eficiência para os usuários.

Para tanto, caso seja feita a opção pela continuidade da regulação de preços, uma das formas de reajuste que poderiam levar ao aumento da eficiência do mercado seria um sistema de *price cap* (ou *value cap*) que separasse os custos gerenciáveis dos não-gerenciáveis e incorporasse estratificações de diferenciação de produto. Estas poderiam refletir tanto os padrões de “qualidade” dos planos quanto a localização geográfica das operadoras e usuários, tendo como base empresas de referência. Ademais, é importante a previsão de revisões periódicas das tarifas de modo a permitir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e a incorporação e repasse de ganhos reais de produtividade.

Ainda que as principais falhas de mercado do setor estejam relacionadas à existência de assimetria de informações, há métodos que tendem a captar de forma mais adequada as especificidades do setor de saúde suplementar, especialmente no que se refere à diferenciação do produto e às elevações dos custos decorrentes do aumento da qualidade dos produtos.

5. Referências bibliográficas

ANEEL. Caderno Temático nº 5.

GODOY, M.R. et al. (mimeo). **Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica**. Apresentado no IX Encontro Nacional de Economia Política.

LEAL, Sandro. **Entre a proteção e a eficiência**: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação. Trabalho vencedor do Prêmio SEAE de Regulação Econômica em 2009.

