

SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR E MODELOS DE REGULAÇÃO
Modelo para a Regulação de Preços de Planos de Saúde Individuais

Edgard Antonio Pereira
Rodrigo Delgallo Hussne

Outubro de 2010

1. Introdução

Na Nota Técnica “Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar” (“Nota Técnica”) foram brevemente avaliadas as características particulares do setor de saúde suplementar à luz das justificativas encontradas na literatura econômica para existência de regulação econômica. Examinaram-se as possíveis falhas de mercado existentes no setor e as formas de regulação adotada e proposta pela ANS para os planos de saúde novos individuais¹.

Na Nota Técnica, avaliou-se 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 maneira, a dinâmica de custos específica do setor, que também se diferencia intra-setor, tendo em vista as diferenças dos planos ofertados. Concluiu-se que uma das formas de reajuste que poderiam levar ao aumento da eficiência do mercado seria um sistema de *price cap* que separasse os custos gerenciáveis dos não-gerenciáveis e incorporasse revisões periódicas das tarifas de modo a permitir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e a incorporação e compartilhamento de ganhos reais de produtividade.

No presente estudo, apresenta-se de forma mais detalhada essa proposta preliminar de modelo de regulação de preços para os planos novos individuais. Para tanto, inicialmente, na seção 2, trata-se brevemente do embasamento teórico para a proposição da forma de regulação para o setor. A seção 3 traz dados adicionais relativos ao setor de saúde suplementar no Brasil, cujo objetivo é ilustrar o comportamento dos mercados de planos de saúde. Por fim, a seção 4 apresenta os detalhes do modelo de regulação proposto.

¹ Planos individuais ou familiares são assim definidos pela ANS: “*Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar*”. Ademais, quando anteriores à Lei nº 9.656/98 são tratados como “antigos” e, quando posteriores ao instrumento legal, são denominados “novos”.

2. Modelos de Regulação de Preços

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. Como exposto na Nota Técnica, em uma situação idealizada, de concorrência perfeita, o preço do bem refletiria o custo de produção da unidade marginal e o excedente do produtor e do consumidor são maximizados. Contudo, trata-se de situação dificilmente verificada 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. O tipo de medida regulatória está relacionado ao tipo de falha presente em cada mercado, tendo em vista seus efeitos distintos sobre o bem-estar.

Desta forma, regulação econômica não pode se confundir com controle de preços. 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. O papel do regulador é, portanto, o de promotor do aumento do bem-estar do mercado por meio de medidas que visem corrigir falhas de mercado específicas, que não necessariamente incluem controle de preços.

As medidas de regulação econômica, portanto, devem ser específicas, uma vez que 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.

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. Deve-se ter suficientemente claro quais são as falhas de mercado presentes em cada situação e quais as origens de cada uma dessas falhas antes de se colocar em prática medidas regulatórias que, caso contrário, seriam capazes de causar distorções competitivas ainda mais significativas.

Esta seção trata brevemente das diferentes formas de regulação de preços presentes na literatura econômica, com o intuito de apresentar as principais características dos modelos mais utilizados. Não se trata de revisão bibliográfica exaustiva da teoria associada a cada forma de regulação, mas tão somente de avaliação dos princípios e propriedades subjacentes a cada modelo, de modo a embasar teoricamente a proposta de regulação para o setor de saúde suplementar apresentada mais adiante.

Inicialmente, deve-se ter em mente que há enorme variedade nas formas de regulação de preços aplicadas entre diferentes setores de jurisdições diversas. Não há uma única forma de regulação de preços e, na maior parte dos casos, o que se verifica são formas híbridas que combinam elementos de modelos padrões (como regulação por taxa de retorno e *price cap*) com adaptações para tornar o modelo adequado a especificidades de países e setores.

Assim, mais importante do que uma análise caso a caso, setor a setor, país a país, é compreender os princípios e propriedades associados a esses modelos básicos: regulação por taxa de retorno e *price cap*. A partir da análise dos mecanismos de incentivos de cada modelo, bem como de suas principais vantagens e desvantagens, é possível avaliar a abordagem mais adequada para o setor de saúde suplementar.

Em um extremo dos possíveis arranjos de regulação de preços está a **regulação por taxa de retorno** que, de forma geral, permite à empresa regulada recuperar os custos associados à provisão dos serviços, incluindo uma taxa de retorno sobre o conjunto de seus ativos. Tradicionalmente, estimam-se a demanda e as despesas operacionais e custo de capital (incluindo a taxa de retorno) associados à prestação do serviço, de forma a determinar as tarifas cobradas dos consumidores. Assim, após determinação do volumes de serviços de seus custos, as empresas reguladas determinam os preços de prestação desses serviços limitados à condição de obterem, no máximo, a taxa de retorno pré-determinada pela autoridade regulatória.

Um dos benefícios dessa forma de regulação é que os preços acabam por refletir razoavelmente os custos associados à prestação dos serviços, o que, a princípio, promoveria a eficiência alocativa. Além disso, a regulação por taxa de retorno é mais efetiva que outras formas de regulação na atração de capitais para o setor regulado, uma vez que é garantido o retorno aos investidores. Com efeito, essa forma de regulação transfere os riscos de capital dos investidores para os consumidores.

Por outro lado, há significativas desvantagens associadas à regulação por taxa de retorno. Em situações em que o regulador não tem informação completa sobre os custos de prestação dos serviços, esses custos podem ser superestimados, resultando na elevação de preços e na redução da eficiência alocativa. Além disso, essa forma de regulação pode não criar incentivos suficientes para que as empresas reguladas reduzam custos e/ou invistam em inovação, uma vez que esses benefícios seriam repassados aos consumidores pelo mecanismo de preços. Por fim, a regulação por taxa de retorno pode levar as empresas reguladas a investirem mais do que o necessário em capital.

Devido a essas características, esse modelo de regulação tem sido mais adequado aos setores com baixo potencial de ganhos de eficiência. Adicionalmente, em situações em que o regulador é capaz de obter informação

detalhada sobre custos e demanda futura, a regulação por taxa de retorno tem levado a arranjos próximos ao eficiente. Da mesma forma, não é provável que a regulação tradicional por taxa de retorno seja tão efetiva quanto outras formas de regulação em casos onde os fornecedores não sejam totalmente eficientes ou em indústrias tecnologicamente dinâmicas.

No outro extremo dos arranjos para regulação de preços está o **price cap (ou revenue cap)** que em geral envolve a determinação, pelo regulador, de um preço inicial e de reajustes máximos permitidos para os preços (ou receitas) do serviço em determinado período, com alguma independência em com os custos associados à prestação desse serviço. Em sua forma mais simples, o regulador estabelece as regras para a elevação dos preços, cujos movimentos em geral são ajustados pelos movimentos de variáveis exógenas, como algum índice de preços (IP), descontado de um fator de aumento de produtividade (conhecido como “fator X”).

$$\text{Reajuste} = \text{IP} - X$$

O principal aspecto da regulação por *price cap* é que a diferença da regulação por taxa de retorno é que os preços são determinados de forma a serem independentes da parcela de custos gerenciáveis da empresa regulada por um período significativo de tempo. Após esse período pré-determinado, o regulador pode realizar ajustes aos preços iniciais para refletir mudanças de custos e redefinir o fator X de produtividade. Conseqüentemente, em determinados momentos, os preços dos serviços regulados podem não estar diretamente relacionados aos seus custos, uma vez que os custos podem variar mais ou menos que a variação dos preços.

Os incentivos aos ofertantes podem variar significativamente em função do objeto do *price cap*: receita total, receita média ou receita média

ponderada. De acordo com DECKER (2009)², os diferentes tipos de price cap que vem sendo aplicados na prática podem ter efeitos distintos nos incentivos à redução de custos, à determinação de estruturas tarifárias eficientes, expansão da demanda ou melhora da qualidade de serviços.

O primeiro tipo de *price cap* é aquele em que a receita total é determinada *ex ante* de modo que a receita que pode ser alcançada é constante e independente nas quantidades fornecidas. A receita permitida é, portanto, sempre igual à receita esperada no momento de determinação do controle de preços. Dessa forma, os riscos associados às flutuações de demanda recaem sobre os consumidores, e os ofertantes com elevada parcela de custos fixos ficam protegidos, uma vez que os preços tendem a aumentar (diminuir) com a redução (aumento) da demanda.

Devido à natureza desse arranjo, o ofertante pode ter incentivos à reduzir o volume de vendas degradando a qualidade dos serviços. Uma vez que a variável pré-estabelecida é a receita, com base numa quantidade prevista de produto/serviço, não há incentivos para o ofertante maximizar as quantidades vendidas, uma vez que tem sua receita garantida pelo regulador.

Um segundo tipo de *price cap* refere-se ao controle da receita média do ofertante, determinando *ex ante* uma receita máxima permitida por unidade de produto/serviço. Embora a receita *média* por unidade seja determinada, a receita *efetivamente* auferida por cada unidade de produto ou serviço não é estabelecida, de modo que os riscos associados a flutuações de demanda ficam com o ofertante. Se a demanda é menor que a esperada quando da fixação do preço médio, parcela dos custos fixos não será recuperada pela empresa regulada e, caso a demanda efetiva seja superior à prevista, o ofertante recupera todo o custo fixo e ainda é beneficiado com retorno adicional. Portanto, neste caso, a empresa regulada tem claros incentivos a buscar expandir a demanda além do previsto pelo regulador por

² DECKER, Chris (2009), *Characteristics of Alternative Price Control Frameworks: an overview*. Regulatory Policy Institute, UK, February 2009.

meio, por exemplo, do aumento da qualidade dos serviços.

O terceiro tipo de *price cap* combina os dois tipos anteriores num modelo híbrido que permite estabelecer uma função de receita com componentes fixos e variáveis, incluindo a quantidade total ofertada e outros fatores como, por exemplo, o número de usuários. Essa forma híbrida diferencia-se do *price cap* sobre a receita média (apresentado acima) ao introduzir outros componentes de receita além do volume esperado de serviço ao mesmo tempo em que permite a incorporação de um componente fixo de receita. Neste caso, a receita total verificada depende da forma da função estabelecida, especialmente se os parâmetros fizerem com que a receita marginal se aproxime do custo marginal. Quanto maior a diferença entre a receita marginal e o custo marginal, maior será o incentivo dos ofertantes a expandir as quantidades ofertadas, elevar a qualidade dos serviços e estabelecer tarifas eficientes, de modo a maximizar seus lucros.

Por fim, há ainda outro tipo de *price cap*, que estabelece os aumentos permitidos nos preços com base no preço médio *ponderado* de oferta de uma cesta de serviços. Neste caso, uma vez estabelecido o *cap* para o preço médio ponderado, a empresa regulada tem autonomia para determinar os preços individuais dos diferentes serviços. O que diferencia essa forma de *price cap* das demais apresentadas anteriormente é o estabelecimento de uma ligação entre as receitas marginais de cada serviço e seus respectivos preços. Assim, a princípio, essa forma de regulação resultaria em estruturas de preço eficiente, uma vez que os ofertantes teriam incentivos a definir preços próximos aos custos marginais para os serviços com demanda elástica e cobrar preços maiores para os serviços com demanda inelástica.

Quanto às vantagens e desvantagens da regulação por *price caps*, a literatura destaca, em geral, dois principais benefícios quando comparado à regulação por taxa de retorno. Primeiro, ao desvincular os preços médios dos custos por um período significativo de tempo, há incentivos diretos ao aumento da eficiência por parte dos ofertantes. Segundo, a regulação por *price cap* faz com que os riscos

associados a variações na demanda e nos custos fiquem em sua maior parte com o regulado.

Por outro lado, também há algumas desvantagens relacionadas ao “price cap puro”, como os incentivos à redução da qualidade dos serviços que poderiam resultar em redução dos custos. Isso pode ocorrer especialmente em setores nos quais seja elevada a parcela de custos não gerenciáveis, uma vez que a alocação do risco exclusivamente no regulado pode gerar incentivos contrários ao objetivo de maximização do bem estar. Como resultado, a adoção de *price cap* também pode levar à redução do investimento caso haja incerteza elevada acerca do retorno sobre o capital investido e à alocação ineficiente de recursos ao não permitir que mudanças significativas nos custos sejam refletidas rapidamente nos preços.

Todavia, as reais vantagens e desvantagens de cada forma de regulação dependerão das características particulares dos serviços regulados bem como do desenho específico do mecanismo de regulação.

Na prática, as limitações associadas com os diferentes tipos de *price caps* foram identificadas e reconhecidas por autoridades regulatórias em várias jurisdições (DECKER, 2009). Como resposta, essas autoridades adotaram medidas no sentido de assegurar que fossem definidos e monitorados certos níveis de qualidade dos serviços ao mesmo tempo em que fossem criados incentivos para o alcance desses níveis de desempenho. Além disso, os modelos foram adaptados de modo a incorporar mecanismos que obriguem os ofertantes a buscar reduções de custo ao longo do tempo. Como exemplo, pode-se mencionar modelos de *price caps* que passaram a incorporar padrões de qualidade e desempenho que permitem ao ofertante ser beneficiado (penalizado) ao (não) atingir esses padrões.

Em resumo, a maior parte dos modelos básicos de regulação adotados na prática sofreu algum tipo de evolução no sentido de combinar elementos capazes de garantir os objetivos pretendidos. Como mencionado, a tradicional regulação por

taxa de retorno e o *price cap* “puro” representam dois pólos de um amplo espectro de possibilidades de regulação de preços que, na prática, situam-se em algum ponto entre os dois extremos. De forma geral, a escolha do modelo apropriado reflete os *trade-offs* enfrentados pelos reguladores, envolvendo a alocação de riscos, considerações sobre a qualidade dos serviços, assimetria de informação, entre outros.

No caso do setor de saúde suplementar no Brasil, a sugestão inicial da ANS para a nova metodologia de regulação de preços dos planos novos individuais busca incorporar elementos de diferenciação e estímulo à eficiência na forma de reajuste. Trata-se de um modelo de *value-cap* em que o índice de reajuste dos planos (R) varia em função de um índice setorial (Is) de variação de custos (preços e quantidades), descontado um fator de produtividade/eficiência (X) adicionado de fatores exógenos (Y).

$$R = Is - X + Y$$

Todavia, como antecipado na Nota Técnica, o modelo proposto pela ANS apresenta alguns problemas que podem levar à alocação ineficiente de recursos. Inicialmente, em relação ao indicador Is , a ANS não indicou como seria realizada a construção de um índice que reflita a variação real dos custos das empresas do setor. Ademais, em relação ao fator X , o conceito de eficiência no setor de saúde³ é complexo e de difícil mensuração, de sorte que modelos que não incorporam a heterogeneidade de produtos não são recomendáveis⁴. Caso os indicadores Is e X não sejam corretamente elaborados, há o risco de prejuízo à qualidade dos produtos ofertados com a conseqüente redução do bem-estar social. E, 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.

³ A eficiência em saúde, que será tratada na próxima seção, não deve ser confundida com eficiência na gestão das operações.

⁴ Na seção a seguir aprofundaremos a discussão sobre as características dos produtos operados no setor de saúde suplementar.

Desta maneira, entende-se que caso se opte pela continuação da regulação do reajuste de preços do setor de saúde suplementar, o modelo mais adequado deve incorporar a dinâmica de custos específica do setor. Propõe-se um sistema que separe os custos gerenciáveis dos não gerenciáveis⁵. Ademais, é importante a previsão de revisões técnicas periódicas de modo a permitir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e definição do fator de produtividade, além de revisões extraordinárias.

Trata-se de um modelo de *price-cap* em que o índice de reajuste dos planos varia em função de um índice que reflete a variação da parcela de custos não-gerenciáveis e um índice que reflete a variação da parcela de custos gerenciáveis descontado de fatores de produtividade e competitividade.

$$P = [P_A \times I_A] + [P_B \times (I_B - X + Y)]$$

em que P é o valor do prêmio; P_A é a parcela custos não gerenciáveis; I_A é a variação da Parcela A; P_B é a parcela custos gerenciáveis; I_B é a variação de um índice de preços; X é um fator de produtividade e Y é um fator de competitividade.

O modelo proposto prevê ainda a realização de revisões técnicas periódicas – a cada 4 ou 5 anos – para a definição do fator (X) de produtividade, do fator (Y) de competitividade e revisão do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, além da possibilidade da realização de revisões extraordinárias de preços. Os detalhes do modelo proposto e dos itens que compõem cada parcela de reajuste serão apresentados na seção 4, abaixo, após breve discussão acerca das características dos mercados de planos de saúde no Brasil.

3. Principais Características dos Mercados de Saúde Suplementar no Brasil

As atividades que compõem o setor de saúde suplementar referem-se

⁵ Estes conceitos serão definidos e apresentados mais adiante.

à operação de planos privados de assistência à saúde, cujos principais produtos são planos individuais ou familiares e 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. Esse setor apresenta características bastante peculiares e é marcado por falhas de mercado, principalmente aquelas decorrentes de assimetria de informação. 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).

Em maio de 2010, o número de beneficiários de planos de saúde no Brasil era de 56.573.592 de pessoas. Deste total, 43.196.168 consomem planos médico-hospitalares e 13.377.424 possuem planos exclusivamente odontológicos. Os planos coletivos são adotados por 42.526.947 beneficiários e 11.376.450 pessoas são beneficiárias de planos individuais novos, sendo estes últimos o objeto da proposta de nova forma de regulação.

Tabela 1 - Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil (maio de 2010)			
Cobertura assistencial do plano	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico	Total
Coletivo	31.504.583	11.022.364	42.526.947
<i>Empresarial</i>	24.035.576	6.958.277	30.993.853
<i>Por adesão</i>	7.417.313	3.828.326	11.245.639
<i>Não identificado</i>	51.694	235.761	287.455
Individual	9.215.362	2.161.088	11.376.450
Não Informado	2.476.223	193.972	2.670.195
Total	43.196.168	13.377.424	56.573.592

Fonte: ANS.

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 jurídicas⁶.

É importante distinguir, no setor de saúde suplementar, a existência de dois mercados distintos: o primeiro, à montante, composto por prestadores de serviços – médicos, hospitais, laboratórios – e o segundo, à jusante, composto por operadoras de planos de saúde.

Este último é caracterizado por baixos níveis de barreiras à entrada e, de maneira geral, são competitivos e que apresentam na assimetria de informação potencial fonte de falha de mercado. Já no mercado à montante pode-se verificar a presença de monopólios naturais se considerados mercados geograficamente definidos de maneira mais restrita. Não obstante, não há regulação formal para a atividade dos prestadores de serviço, alcançando a ação regulatória apenas o mercado à jusante.

Como apresentado na Nota Técnica, de modo geral, os mercados de saúde suplementar apresentam características específicas e falhas de mercado que não estão relacionadas à presença de monopólios naturais, mas sim à existência de assimetria de informações. Ademais, no setor de saúde suplementar, a demanda por serviços é irregular e imprevisível e o segurado não necessariamente possui conhecimento suficiente a respeito da qualidade dos serviços prestados⁷.

Há, no Brasil, 1.480 operadoras com registros ativos e beneficiários, sendo 1.085 operadoras médico-hospitalares e 395 operadoras exclusivamente odontológicas. A maior concentração de beneficiários de planos individuais novos – cerca de 71,4% do total – está nas regiões Sul e Sudeste do país, especialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Quando se consideram os municípios, além dessas localidades, nota-se maior concentração de usuários nas capitais estaduais.

⁶ 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.

⁷ GODOY, M.R. et al. (mimeo). *Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica*. Apresentado no IX Encontro Nacional de Economia Política.

Tabela 2 - Beneficiários de Planos Novos Individuais (junho de 2010)		
Região/UF	Total	Participação (%)
Região Norte	523.770	5,4%
..Rondônia	34.371	0,4%
..Acre	12.349	0,1%
..Amazonas	91.628	1,0%
..Roraima	5.746	0,1%
..Pará	335.169	3,5%
..Amapá	32.740	0,3%
..Tocantins	11.767	0,1%
Região Nordeste	1.899.899	19,7%
..Maranhão	78.626	0,8%
..Piauí	58.992	0,6%
..Ceará	499.633	5,2%
..Rio Grande do Norte	193.508	2,0%
..Paraíba	134.981	1,4%
..Pernambuco	384.523	4,0%
..Alagoas	168.148	1,7%
..Sergipe	81.746	0,8%
..Bahia	299.742	3,1%
Região Sudeste	5.816.034	60,4%
..Minas Gerais	695.172	7,2%
..Espírito Santo	161.638	1,7%
..Rio de Janeiro	1.391.940	14,4%
..São Paulo	3.567.284	37,0%
Região Sul	1.062.847	11,0%
..Paraná	560.813	5,8%
..Santa Catarina	160.107	1,7%
..Rio Grande do Sul	341.927	3,5%
Região Centro Oeste	333.175	3,5%
..Mato Grosso do Sul	46.428	0,5%
..Mato Grosso	68.020	0,7%
..Goiás	154.830	1,6%
..Distrito Federal	63.897	0,7%
Outros	39	0,0%
..Exterior	24	0,0%

..Não Identificado	15	0,0%
Total	9.635.764	100,0%

Fonte: ANS

Do lado das operadoras de planos de saúde, a oferta desses produtos no Brasil, como um todo, não é concentrada, sendo o índice C_4 – participação das quatro maiores operadoras no total de beneficiários atendidos – inferior a 20%, conforme tabela abaixo.

Tabela 3 - 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.

Há, portanto, forte indício de que os diferentes mercados relevantes geográficos não são marcados pela presença de monopólios naturais. Com efeito, nota-se grande número de operadoras no país, o que indica a ausência de economias de escala suficientemente elevadas para justificar a existência de monopólios naturais nos mercados locais.

A esse respeito, dados de maio de 2010 apresentados pela ANS em artigo publicado recentemente pela Agência⁸ comprovam a ausência de monopólios

⁸ ANS (2010). *Estrutura do Mercado de Planos Individuais de Assistência Médica*. In: Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Setembro de 2010.

naturais na oferta de planos de saúde individuais nos mercados locais delimitados por municipalidade. Embora segundo a ANS a maioria desses mercados seja concentrada, é fato que em cada um dos 30 mercados analisados pela Agência – maiores municípios em número de beneficiários – estão presentes ao menos 4 diferentes ofertantes. Com efeito, nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, as medidas de concentração indicam se tratarem de mercados altamente competitivos.

Do mesmo modo, em recente trabalho, ANDRADE *et. al.* (2010)⁹ realizam análise da concentração de 89 mercados relevantes geográficos de planos de saúde individuais no Brasil. Esses mercados foram delimitados utilizando-se metodologia gravitacional e foram analisadas as concentrações considerando os indicadores C1, C4, C5 e HHI¹⁰.

Há diferenças substanciais entre os graus de concentração dos diferentes mercados relevantes geográficos analisados no referido estudo. Em relação ao indicador C1 (parcela detida pela maior empresa do mercado), os valores vão de 18,61% no Recife/PE até 99,54% em Umuarama/PR. O menor índice C4 entre os mercados analisados é de 55,01% em São Paulo/SP, que também apresenta o menor índice HHI (10,63%). No outro extremo do espectro de concentração está o município de Lages/SC, onde os índices C4 e HHI são, respectivamente, iguais a 100% e 99,53%.

Portanto, verifica-se acentuada heterogeneidade entre os graus de concentração dos 89 mercados analisados. Segundo os autores, os mercados menos concentrados são aqueles mais populosos, formados por municípios com maior densidade demográfica e com oferta de serviços de saúde significativamente maior.

⁹ ANDRADE, MV; GAMA, MM; RUIZ, RM; MAIA, AC; MODENESI, B; TIBURCIO, DM. *Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil*. Texto para Discussão nº 400. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2010.

¹⁰ Os índices C1, C4 e C5 medem, respectivamente, a participação percentual da primeira, das quatro maiores e das 5 maiores empresas no mercado. O índice HHI (*Herfindahl-Hirschman Index*) é a soma dos quadrados das participações de cada empresa no mercado.

Ou seja, assim como em demais indústrias e setores da economia, a concentração dos mercados de planos de saúde suplementar individual no Brasil está relacionada ao volume de demanda ou ainda a alguma medida de “escala de produção”. Isto é, há indícios de que os mercados mais concentrados são aqueles que não apresentam escala populacional suficiente para permitir uma configuração de mercado com muitas operadoras.

Todavia, ainda que existam mercados mais ou menos concentrados, deve-se ressaltar que em relação aos planos individuais, dos 89 mercados relevantes geográficos analisados no referido estudo, apenas 1 – Lages (SC) – apresenta o índice C5 igual a 100, de forma que nos 88 mercados restantes há 5 ou mais empresas competindo. Ou seja, embora as características de alguns mercados levem a uma estrutura de oferta composta por menos empresas, não há indício da existência de monopólios naturais em nenhum dos mercados analisados.

Vale notar, ainda, que tanto a ANS (2010) quanto ANDRADE *et. al.* (2010) analisam tão somente índices de concentração – HHI, C1, C4 e C5 – não sendo objeto de suas análises as demais condições que indicam se determinado mercado relevante é ou não competitivo.

Como é sabido, o controle de parcela substancial de mercado é uma condição necessária, mas não suficiente, para que determinada empresa exerça eventual poder de mercado¹¹. Adicionalmente, é necessário que existam, no mercado, elementos que tornem lucrativa a restrição das quantidades ofertadas. Se não for verificada essa condição, a adoção de tais condutas não será economicamente atrativa e a empresa, ainda que possa desviar suas condutas de seus níveis competitivos, decidirá não fazê-lo.

Nos mercados de saúde suplementar, o principal elemento que torna

¹¹ O exercício do poder de mercado consiste no ato de uma empresa diminuir a qualidade ou a variedade dos produtos ou serviços, ou ainda, reduzir o ritmo de inovações com relação aos níveis que vigorariam sob condições de concorrência irrestrita, por um período razoável de tempo, com a finalidade de aumentar seus lucros.

improvável o exercício abusivo de poder de mercado é a ausência de barreiras à entrada de novos competidores numa determinada região geográfica. Em outras palavras, a possibilidade de entrada de novos competidores no mercado é outro fator que inibe o exercício de poder de mercado.

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, em que predominam monopólios naturais. Praticamente não há *sunk costs* relacionados a essa atividade e os investimentos necessários para determinada operadora passar a ofertar planos em um mercado relevante em que não atue são bastante reduzidos.

Eventuais restrições ao ingresso de uma operadora em um mercado relevante em que não oferte planos referem-se ao grau de integração da cadeia produtiva e à possibilidade de acesso aos prestadores de serviços. 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 restrições ao acesso de prestadores de serviços por parte das operadoras, não há razão para se supor a ausência de competição nesse segmento. Ou seja, ainda que haja apenas um hospital em determinada localidade, nada impede que exista mais de uma operadora oferecendo planos de saúde a essa população.

Assim, caso não haja restrições para uma nova operadora credenciar hospitais, médicos e laboratórios nos mercados relevantes, a ameaça de entrada de novos concorrentes tende a ser suficiente para inibir eventuais tentativas de exercício de poder de mercado.

Adicionalmente, deve-se considerar a capacidade e incentivo de rivalizar das empresas instaladas nos mercados relevantes. O fato de existir

concentração em um mercado não implica que as operadoras nele instaladas deixem de rivalizar. Por força da rivalidade entre as operadoras, mesmo em mercados concentrados pode haver acirrada competição entre esses agentes econômicos, resultando em preços próximos ao competitivo.

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.

Em suma, o grau de concentração de determinado mercado, isoladamente, não é justificativa suficiente para a adoção de regulação de preços. Caso o fosse, grande parte dos mercados de diversas indústrias e setores no Brasil e no mundo – que apresentam índices de concentração tão ou mais elevados que os de saúde suplementar – também deveriam ter seus preços regulados. Todavia, isso não ocorre, uma vez que outros fatores presentes nesses mercados tornam a regulação de preços desnecessária.

Desta forma, a regulação de preços dos planos de saúde novos individuais, sobretudo nos segmentos e localidades onde há maior competição entre grande número de empresas, parece desnecessária, tendo em vista o grau de contestabilidade¹² desses mercados.

Por outro lado, como destacado na Nota Técnica, há outras falhas de mercado que caracterizam o setor de saúde suplementar. Em resumo, em relação à existência de informação assimétrica, a oferta de planos pelas operadoras pode estar sujeita a um problema de seleção adversa, caracterizado pela atração de

¹²A chamada “teoria dos mercados contestáveis” foi proposta na década de 1980, procurando examinar as condições nas quais um mercado concentrado, oligopolístico ou até monopolístico, pode apresentar desempenho competitivo nos preços (conduta) e nos custos (eficiência) apenas sob ameaça de entrada da concorrência potencial, sem necessidade de reduzir a estrutura à condição atomística da concorrência perfeita, (BAUMOL, W. J.; PANZER, J. e WILLIG, R. (1982). *Contestable Markets*. New York: Harcourt Brace Jovanovich., 1982). Um mercado é dito perfeitamente contestável se os concorrentes potenciais têm acesso à tecnologia disponível e podem recuperar seus custos de entrada, caso posteriormente decidam abandonar a indústria. Assim, o conceito de perfeita contestabilidade está relacionado com liberdade absoluta de entrada e saída das firmas em um determinado mercado.

indivíduos com alta propensão de utilização de serviços médicos. Pelo lado dos prestadores, dada 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.

Diante de falhas de mercado dessa natureza, o modelo regulatório recomendado para setor de saúde suplementar deve incorporar mecanismos que elevem e tornem mais simétrico o nível de informação entre os distintos participantes desse mercado, promovendo a competição nos distintos elos da cadeia de prestação de serviços. Vale lembrar que no setor, apenas o elo à jusante – operadoras de planos de saúde individuais – tem os preços regulados, o que não ocorre no elo à montante, dos prestadores de serviços médico-hospitalares.

Além disso, como tratado na Nota Técnica, 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.

Por um lado, há crescente demanda por quantidades cada vez maiores de serviços de saúde em decorrência do envelhecimento da população; da “transição epidemiológica” que atravessa a sociedade brasileira que vem alterando tanto a incidência quanto o tipo das doenças que afetam a população e que, em geral, exigem tratamento mais custoso; além do aumento das coberturas obrigatórias mínimas. Lembre-se que nos planos de saúde, caracterizados pelo regime mutualista, não há a possibilidade de cobrar uma contraprestação maior em função da freqüência de utilização por parte dos beneficiários.

Por outro lado, o surgimento e a incorporação acelerada de novas tecnologias, ao contrário dos demais setores da economia, não reduzem necessariamente os custos de oferta. O surgimento de equipamentos mais sofisticados e intensivos em tecnologia, novos medicamentos e materiais que na

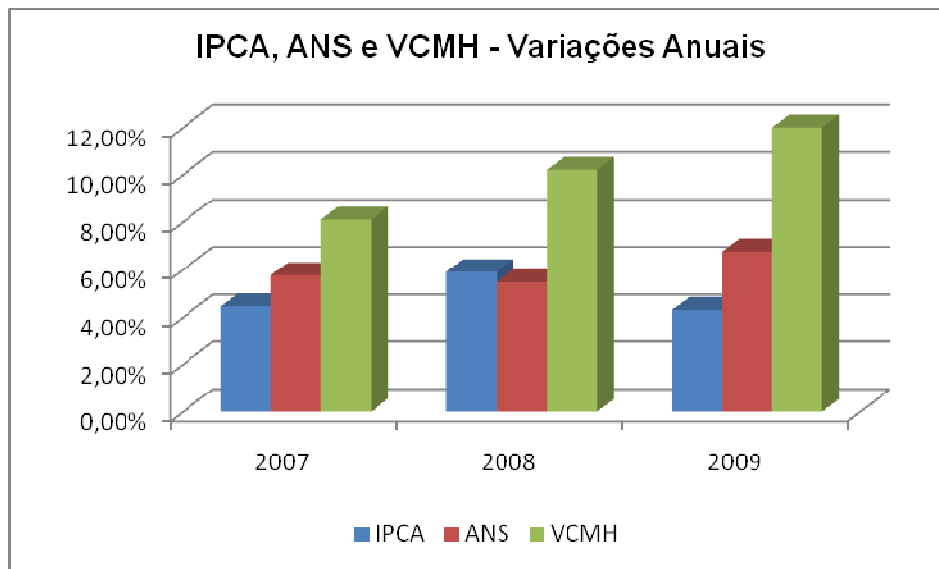
maioria das vezes não substituem os antigos, mas sim se agregam a eles, e ampliam substancialmente os custos do setor. Outra importante fonte de elevação de custos pelo lado da oferta decorre da capacidade da oferta em criar sua própria demanda. Uma vez que é o profissional de saúde que faz as vezes 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 deste setor tendem a se elevar de forma mais intensa do que a média dos demais preços da economia, sendo elevada a parcela de custos não gerenciáveis pelas operadoras de planos de saúde.

Os dados de Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), publicados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)¹³ comprovam essa dinâmica dos custos das operadoras de planos de saúde. Esse índice mede a variação das despesas médico-hospitalares médias de um período de 12 meses em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores e o cálculo é feito para o conjunto dos planos individuais (antigos e novos) de operadoras que representam cerca de um quarto do mercado.

Em relação ao ano de 2008, a VCMH de 2009 foi de 12% frente ao reajuste de 6,76% autorizado pela ANS para planos individuais novos. De acordo com o IESS, os percentuais do VCMH têm sido sistematicamente superiores às variações do IPCA, tendência que também é observada nos países da OECD.

¹³ IESS. VCMH 2007-2009.



Fonte: IESS, ANS, IBGE

Quando decomposto por grandes grupos de procedimentos – consultas, exames, terapias, internações e outros atendimentos ambulatoriais (OSA) – o VCMH mostra-se superior às variações de preços em todos os casos, conforme ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 4 – VCMH por Grupo de Procedimentos

Ano	Consulta	Exame	Terapia	OSA	Internação
2007	10,0%	5,5%	8,6%	19,1%	7,5%
2008	13,5%	8,4%	13,1%	20,4%	9,0%
2009	10,1%	8,8%	9,1%	17,0%	12,9%
Peso (%)	9,0%	17,0%	4,0%	8,0%	60,0%

Fonte: IESS

Quando a VCMH desses grupos de procedimentos é decomposta entre variação na freqüência e variação de preço do procedimento, nota-se que em 2008 e 2009 o grande impulsionador do aumento de custos foi a elevação da freqüência de utilização, com exceção das consultas que tiveram substancial reajuste no período.

Tabela 5 – VCMH por Grupo de Procedimentos decomposto em freqüência e preço															
Ano	Consulta			Exame			Terapia			OSA			Internação		
	Freq.	Preço	Custo	Freq.	Preço	Custo	Freq.	Preço	Custo	Freq.	Preço	Custo	Freq.	Preço	Custo
2007	-1,7%	12,0%	10,0%	2,1%	3,3%	5,5%	4,7%	3,8%	8,6%	1,1%	17,7%	19,1%	0,9%	6,5%	7,5%
2008	4,1%	9,0%	13,5%	7,4%	0,9%	8,4%	15,2%	-1,8%	13,1%	11,7%	7,8%	20,4%	11,7%	-1,5%	9,0%
2009	3,9%	6,1%	10,1%	5,3%	3,3%	8,8%	17,6%	-7,2%	9,1%	2,6%	14,0%	17,0%	4,5%	8,1%	12,9%

Fonte: IESS

Nas consultas houve importante reajuste de preços nos três anos (12,0%, 9,0% e 6,1%) e a freqüência com que os beneficiários realizaram consultas também aumentou. O crescimento da VCMH de terapias decorreu do grande aumento na freqüência de realização desse tipo de procedimento (12,2% em 2008 e 17,6% em 2009), como decorrência das alterações do Rol de Procedimentos em vigência desde abril de 2008, que incluiu, por exemplo, sessões de fonoaudiologia e psicoterapias.

A VCMH de internações, que têm peso elevado na VCMH total, elevou-se especialmente em função dos expressivos aumentos nas freqüências – 11,7% em 2008 e 4,5% em 2009, totalizando mais de 16% de aumento nesses dois anos. De notar também o aumento de 8,1% no preço médio das internações.

Ou seja, não só o custo unitário dos grupos de procedimento aumentou, como também o volume de utilização desses procedimentos pelos beneficiários cresceu de forma significativa. Se por um lado as operadoras de planos de saúde podem tentar gerenciar os preços dos procedimentos juntos aos fornecedores de serviços médico-hospitalares, por outro lado é impossível o gerenciamento da freqüência de utilização desses serviços pelos beneficiários.

Os dados do Caderno de Informações da ANS, de junho de 2010, também ilustram a elevação dos gastos das operadoras com despesas assistenciais médias aos beneficiários nos últimos anos.

Tabela 6 - Taxa de internação de beneficiários e gasto médio por internação, por tipo de contratação (Brasil - 2007-2009)		
Ano	Taxa de internação (%)	Gasto médio (R\$)

	Total	Coletivo	Individual	Total	Coletivo	Individual
2007	13,3	13,9	16,1	3.219,56	3.075,68	3.579,49
2008	13,4	13,8	16,3	3.480,42	3.395,99	3.700,71
2009	13,0	13,4	15,8	3.844,43	3.803,17	3.950,28

Fonte: ANS

O gasto médio com internação cresceu 10,36% entre 2007 e 2009 para os beneficiários de planos individuais, embora tenha havido ligeira queda na taxa de internação, indicando elevação ainda maior do gasto médio por internação.

Tabela 7 – Receita e Despesa Assistencial Média das Operadoras (R\$)					
Ano	Beneficiários	Receita	Despesa assistencial	Receita Média (R\$)	Despesa assistencial média (R\$)
2003	36.218.571	28.015.808.675	22.784.778.036	774	629
2004	39.130.203	31.622.102.461	25.756.585.317	808	658
2005	41.477.483	36.396.870.458	29.629.270.789	878	714
2006	44.458.154	41.157.766.429	32.812.629.440	926	738
2007	47.903.511	50.776.024.165	40.898.463.172	1.060	854
2008	51.736.897	59.164.291.002	47.538.648.584	1.144	919
2009	56.070.666	63.970.270.882	53.114.223.516	1.141	947

Fonte: ANS. Inclui todos os tipos de planos – médicos e odontológicos – e não apenas os planos individuais.

Os dados da ANS indicam importante elevação da despesa assistencial média das operadoras, superior inclusive ao aumento de sua receita média. Entre 2003 e 2009, a receita média por beneficiário passou de R\$ 774 para R\$ 1.141 ao ano – variação de 47,4% - enquanto a variação da despesa assistencial média no mesmo período foi de 50,6%, passando de R\$ 629 para R\$ 947 por beneficiário.

O mesmo ocorre quando se analisa os dados das empresas filiadas à FenaSaúde. Entre 2008 e 2009, verifica-se variação de 16% nas despesas relacionadas a eventos e sinistros indenizáveis e aumento de 13% no valor dos prêmios.

Tabela 8 – Eventos/Sinistros e Prêmio das Operadoras Filiadas à FenaSaúde (R\$ mil)			
Ano	2008	2009	Variação (%)
Eventos/Sinistros Indenizáveis Líquidos	16.688.794	19.401.820	16%

Contraprestações Efetivas/Prêmios Ganhos	21.494.834	24.280.701	13%
--	------------	------------	-----

Fonte: FenaSaúde

Desta forma, tem-se que apenas uma parcela dos custos das operadoras de planos de saúde pode ser gerenciada pelas empresas.

Na parcela não gerenciável, a freqüência de utilização dos serviços pelos beneficiários também tem importante papel, uma vez que a variação dos custos das operadoras de planos individuais de saúde suplementar ocorre não apenas pela variação dos custos dos serviços incluídos nos planos, mas também pelas variações na quantidade utilizada desses serviços pelos beneficiários.

Em resumo, a oferta de planos individuais de saúde suplementar no Brasil é marcada pela presença de número elevado de operadoras e de mercados geográficos. Em cada um desses mercados, o número de operadoras e os níveis de concentração variam especialmente em função da população, número de beneficiários e oferta de serviços de saúde.

Embora existam mercados mais ou menos concentrados, na oferta de planos de saúde, não há evidências da presença de monopólios naturais. Além disso, há outros fatores, além dos níveis de concentração, que indicam a possibilidade de existir elevado grau de contestabilidade nos diferentes mercados de saúde suplementar. A ausência de barreiras significativas à entrada de novos concorrentes, bem como a rivalidade entre os competidores no mercado, são fatores capazes de evitar qualquer exercício abusivo de poder de mercado no setor. Desta maneira, medidas regulatórias que incentivem a entrada de novos competidores nesses mercados e ampliem a escolha dos consumidores são capazes de elevar o grau de contestabilidade e gerar aumento de bem-estar social.

Há falhas de mercado relacionadas à assimetria de informação que caracterizam a oferta e demanda por planos de saúde e, além disso, o setor de saúde suplementar apresenta importantes especificidades relacionadas aos custos da prestação de serviços médicos hospitalares e laboratoriais. Como resultado da

atuação conjunta de fatores relacionados à oferta e demanda, os custos deste setor tendem a se elevar de forma mais intensa do que a média dos demais preços da economia, sendo elevada a parcela de custos não gerenciáveis pelas operadoras de planos de saúde.

4. Modelo de Regulação de Preços para Planos Individuais

O setor de saúde suplementar apresenta, como visto, características e falhas de mercado específicas que o diferencia de outros setores regulados. Ao contrário de outros setores em que a substancial escala produtiva e as economias de rede implicam na existência de monopólios naturais, nos diversos mercados geográficos de planos de saúde individuais são encontrados fatores que indicam a existência de competição (ao menos potencial) entre os ofertantes.

Assim, entende-se que, ao menos em parte dos mercados geográficos, a regulação de preços de planos de saúde individuais não se faz necessária.

Com vistas à maximização do bem estar no setor de saúde suplementar, entende-se adequadas medidas regulatórias que incentivem a competição entre as operadoras, especialmente por meio de ações que garantam a possibilidade de entrada de novas empresas e a rivalidade nos mercados locais. A esse respeito, os principais elementos referem-se ao acesso aos prestadores de serviços, que podem representar importante entrave ao ingresso de novos competidores, e à redução de assimetria de informações sobre os produtos disponíveis.

Neste sentido, o modelo regulatório para os planos de saúde individuais poderia contemplar três aspectos:

A – Medidas de indução à concorrência: adoção de medidas de incentivo à competição entre as operadoras, especialmente por meio de ações que

garantam a possibilidade de entrada de novas empresas e a rivalidade nos mercados locais. Além disso, podem ser adotadas medidas para atenuar a assimetria de informação presente no setor, como certificação de planos, difusão de informações e outras medidas que facilitem a escolha do consumidor e promovam a concorrência entre as empresas que, de alguma forma, já vem sendo adotadas pela ANS¹⁴.

B – Flexibilização da regulação de reajustes: considerando a existência de (segmentos de) mercados que possuem características competitivas, a importante redução da assimetria de informações promovida pela ANS e ampliação significativa da mobilidade entre os planos, por meio da portabilidade, o modelo regulatório pode substituir o controle de reajustes por monitoramento em segmentos nos quais se avalie a existência de concorrência suficiente para que o mercado se ajuste sem necessidade de controle. Essa flexibilização levaria em conta fatores geográficos, tipos de planos, perfil dos beneficiários etc.

C – Modelo de reajuste de preços nos casos em que os planos ficassem sob controle. Para os produtos que permaneçam sob o regime de regulação de reajustes de preços, o modelo mais adequado deve incorporar a dinâmica de custos específica do setor.

Propõe-se, portanto, um sistema híbrido, que combina o *price cap* com elementos particulares do setor de saúde suplementar. As principais características do sistema proposto são:

- Segmentação da receita das operadoras em duas parcelas (A e B), sendo a primeira referente aos custos não gerenciáveis e a segunda aos custos gerenciáveis;

¹⁴ São exemplos de medidas dessa natureza: lançamento do atlas econômico-financeiro da saúde suplementar, do anuário, do caderno de informações e do guia de planos de saúde; implantação da portabilidade de carências; qualificação das operadoras de planos de saúde; desenvolvimento de projeto de acreditação de prestadores de serviço; Tabnet; caderno ressarcimento; TISS; TUSS; convênio com os órgãos de defesa da concorrência; atuação relativa aos indícios de unimilitância.

- Reajuste anual dos prêmios;
- Previsão de revisões técnicas periódicas;
- Previsão de revisões extraordinárias;
- Regionalização dos reajustes.

4.1 Composição da Receita das Operadoras

Idealmente, no momento da implementação do novo modelo, as operadoras que ofertam planos individuais teriam reconhecido, junto à ANS, os níveis dos prêmios suficientes para cobrir os custos operacionais incorridos na prestação do serviço e remunerar adequadamente o capital investido. As regras de reajuste, por sua vez, teriam a finalidade de preservar, ao longo do tempo, o equilíbrio econômico-financeiro inicial dos contratos.

A receita das operadoras com os planos individuais seria composta de duas parcelas. A primeira parcela refere-se ao repasse dos custos considerados não gerenciáveis, seja porque seus valores e quantidades, bem como sua variação no tempo, independem de controle da empresa, ou porque se referem a encargos e tributos legalmente fixados. Esse primeiro conjunto é identificado como “Parcela A” da receita da operadora.

O principal item de custo que compõe a Parcela A são as despesas assistenciais, referente aos custos dos serviços médico-hospitalares, especialmente honorários médicos e de outros profissionais de saúde, multiplicados pela frequência de sua utilização. No estudo da Towers Watson, esses custos são definidos como a “parcela das despesas que estão atreladas ao ato de assistência à saúde, ocorridas em ambiente hospitalar ou em regime ambulatorial”. Nesta parcela de despesas, a frequência de utilização dos serviços pelos beneficiários também tem importante

papel, uma vez que a variação dos custos das operadoras de planos individuais de saúde suplementar ocorre não apenas pela variação dos custos dos serviços incluídos nos planos, mas também pelas variações na quantidade utilizada desses serviços pelos beneficiários. Além disso, também compõem essa parcela de custos não gerenciáveis os impostos e encargos setoriais.

O segundo conjunto refere-se à cobertura dos custos de pessoal e outras atividades vinculadas diretamente à operação e administração dos serviços, bem como à remuneração dos investimentos.. De acordo com o estudo elaborado pela consultoria Towers Watson, trata-se da “parcela das despesas incorridas na operacionalização dos planos de saúde não atrelada às despesas médico-hospitalares”. Na Resolução Normativa nº 96 de 2005 da ANS, estas despesas seriam descritas como “despesas não assistenciais”, referindo-se às despesas de comercialização, despesas administrativas e demais despesas com eventos (desde que não componham o ato de assistência à saúde).

Assim, a “Parcela B” da receita das operadoras é composta por despesas de operacionalização e administração, depreciação de ativos e remuneração do capital.

4.2 Modelo de Reajuste

Os prêmios dos planos de saúde individuais podem ser atualizados por meio de três mecanismos.

4.2.1 Reajuste anual dos prêmios

O objetivo do reajuste tarifário anual é restabelecer anualmente o poder

de compra da receita obtida pelas operadoras. Conforme mencionado, a receita é composta pelas parcelas “A” e “B”. Em cada reajuste anual, o novo valor da “Parcela A” é obtido pelo somatório dos valores (preços x frequência de utilização) de cada um de seus itens. Na prática, a intenção do modelo regulatório é que a variação dos custos não gerenciáveis seja automaticamente repassada às receitas das operadoras na ocasião dos reajustes.

O valor reajustado da “Parcela B” resulta da correção do valor do período base pela variação de um índice de preços referente aos 12 meses anteriores à data do reajuste, descontado de um “Fator X”¹⁵ de produtividade.

Dessa forma, a ANS aplicaria o procedimento de reajuste anual, com base na seguinte fórmula:

$$P = [P_A \times I_A] + [P_B \times (I_B - X + Y)]$$

em que P é o valor do prêmio; P_A é a parcela custos não gerenciáveis; I_A é a variação da Parcela A; P_B é a parcela custos gerenciáveis; I_B é a variação de um índice de preços; e X é um fator de produtividade e Y é um fator de competitividade.

A descrição detalhada do que compõe cada uma das variáveis do modelo é apresentada mais adiante.

4.2.2 Revisões Técnicas Periódicas

O processo de revisão periódica tem como principal objetivo analisar, após um período previamente definido (por exemplo, quatro ou cinco anos), o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.

Enquanto nos reajustes tarifários anuais a “Parcela B” é atualizada monetariamente pelo IGP-M, no momento da revisão periódica é recalculada a receita necessária para cobertura dos custos operacionais e a remuneração

¹⁵ Detalhes na próxima subseção.

adequada sobre eventuais investimentos realizados. Nessa avaliação, devem ser levados em conta eventuais ajustes necessários em função de mudanças significativas no perfil etário dos planos individuais¹⁶.

Adicionalmente, na revisão periódica seriam estabelecidos dois fatores: o Fator X, por meio do qual são determinadas metas de eficiência para o próximo período; e o Fator Y, que representaria a intensidade da concorrência em cada mercado.

A racionalidade para a existência de um Fator Y é que nos mercados mais competitivos, a pressão competitiva já induziria as empresas a atuarem de forma eficiente. Entende-se que nos mercados mais competitivos, os mecanismos de mercado têm importante papel na indicação dos preços de equilíbrio, devendo ser incorporados ao modelo de regulação.

Propõe-se então, que no momento de implementação do modelo e nas revisões periódicas, seja estabelecido um Fator Y distinto para os diferentes (grupos de) segmentos ou mercados relevantes, levando em consideração seu grau de contestabilidade. Para segmentos ou mercados mais competitivos, o Fator Y deve ser maior que nos mercados menos competitivos, de forma que o reajuste de preços tenha maior grau de liberdade e reflita em maior intensidade o mecanismo de mercado.

Vale notar que não há necessidade de estabelecer um Fator X para cada segmento ou mercado relevante. Pode-se estabelecer grupos classificados por diferentes critérios, como tipo de plano, nível concentração do mercado, entre

¹⁶ Especificamente quanto ao perfil etário, entende-se que a classificação dos planos seria sobremaneira complexa, de modo que deixa-se de incluir essa variável na segmentação de planos aqui proposta. Contudo, tendo em vista a importância dessa variável, propõe-se seu monitoramento e a inclusão de sua análise nas revisões técnicas periódicas com objetivo de garantir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.

outros.

4.2.3 Revisões extraordinárias

Além dos processos de reajuste anual e revisão periódica, o modelo proposto estabelece também o mecanismo da revisão extraordinária, por meio do qual a ANS, poderá, a qualquer tempo, por solicitação das operadoras e quando devidamente comprovada, proceder a revisão dos valores dos prêmios, visando manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, caso haja alterações significativas nos custos das operadoras.

4.3 Regionalização dos Reajustes

O objetivo da previsão, no modelo regulatório, de reajustes distintos em cada mercado relevante (ou grupo de mercados relevantes) é fazer com que nos mercados mais competitivos a concorrência entre as operadoras tenha papel mais relevante na determinação dos preços dos planos do que no caso dos mercados menos competitivos, em que, em tese, pode se fazer mais necessário o controle de preços.

Como apresentado, os diferentes mercados relevantes geográficos de planos de saúde individual apresentam níveis bastante distintos de concentração de mercado e número de empresas. Ademais, a depender das condições de entrada e rivalidade em cada mercado – que não necessariamente estão relacionados à concentração –, é provável que esses mercados também apresentem diferentes graus de contestabilidade.

Assim, o Fator Y pode ser definido regionalmente, considerando as características competitivas de cada mercado local.

4.4 Operacionalização

Considerando a grande quantidade de empresas de diferentes portes no setor, a aplicação do modelo de reajuste poderia incorporar a distinção entre empresas líderes e empresas atuando na “franja” do mercado. Assim, a regulação, considerando um mercado com franja competitiva, poderia ser feita pela definição de níveis representativos de agregação, levando-se em conta os fatores regiões, tipos de planos, tamanhos de empresa, entre outros, por meio da de estruturas de custo representativas de diferentes segmentos de mercado.

4.4.1 Segmentação dos Planos

Tendo em vista a notável heterogeneidade entre os diversos tipos de planos de saúde individuais, o índice de reajuste referente à Parcela A deve levar em conta essas diferenças. Assim, na definição do índice I_A deve ser levado em conta a segmentação dos planos em função de: padrão de produto, segmentação assistencial e região de utilização. Essas são as principais variáveis que, segundo o estudo da Towers Watson, afetam a composição do custo do risco *per capita*¹⁷ dos planos de saúde novos individuais.

Mais detalhadamente, para a definição dos índices de reajuste, seriam utilizados os seguintes critérios para segmentação.

Padrão do produto

Refere-se aos atributos de acesso à rede credenciada e livre escolha, podendo ser segmentados de quatro formas diferentes – básico, intermediário, superior e executivo – cujas atributos são apresentados na tabela abaixo.

¹⁷ Definido como custo médio mensal por usuário, calculado para um período de 12 meses.

Tabela 9 – Principais Atributos dos tipos de planos individuais			
Plano	Acomodação	Rede	Limite de Reembolso
Básico	Enfermaria ou quarto coletivo	Rede credenciada básica ou rede própria	1 vez a tabela da AMB (se houver)
Intermediário	Apartamento	Rede credenciada básica	2 vezes a tabela da AMB (se houver)
Superior		Rede credenciada padrão	5 vezes a tabela da AMB (se houver)
Executivo		Rede credenciada diferenciada	Superior a 5 vezes a tabela da AMB

Fonte: Towers Watson.

Segmentação assistencial

Refere-se aos atributos de cobertura assistencial do plano, podendo ser segmentados em quatro módulos: ambulatorial; ambulatorial + hospitalar com obstetrícia; ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia; e hospitalar.

Região de utilização

Refere-se à região geográfica onde a despesa específica ocorreu. Neste caso, serão consideradas tantas regiões geográficas quanto a ANS entender que sejam os mercados relevantes em que exista necessidade de aplicação do regime de controle de preços.

Em resumo, cada índice de preços I_A a ser aplicado resultaria da combinação entre padrão do produto, segmentação assistencial e região de utilização.

Em cada segmento, pode ser determinada uma estrutura representativa de custos para as empresas líderes e outra para as empresas da “franja” do mercado, de modo a se estabelecer a proporção entre P_A (parcela custos não gerenciáveis) e P_B (parcela dos custos gerenciáveis).

O conjunto dos índices de variação I_A , que corrige a parcela de custos não gerenciáveis, conforme os critérios descritos, seria apurado anualmente e aplicado sobre a parcela P_A .

O índice I_B , que incide sobre a parcela P_B é o IGP-M acumulado nos 12 meses anteriores à data de reajuste anual.

O fator X, que estabelece metas de eficiência administrativa e operacional para o período subsequente pode ser estabelecido com base em empresas modelos. Esse fator, em geral, é estabelecido pelo órgão regulador tendo por referência uma empresa teórica minimizadora de custos, adotada como *benchmark* para cálculo do índice de produtividade.

Por fim, o fator Y, que busca refletir a intensidade da concorrência em cada mercado, pode simplificadaamente ser definido com base no grau de concentração dos mercados regionais.

Em resumo, o modelo de reajuste proposto para os produtos que permanecerem sob o controle de preços é operacionalizável com base em informações que poderiam ser obtidas pela ANS junto às operadoras. A estrutura proposta para o modelo permite captar de forma adequada as características dos mercados de planos de saúde individuais novos, levando a uma regulação mais eficiente.

São Paulo, outubro de 2010.

EDGARD PEREIRA & ASSOCIADOS

Edgard Antonio Pereira
Corecon nº 17.677 / 2ª Região/SP

Rodrigo Delgallo Hussne
Corecon nº 32.380 / 2ª Região/SP