

MARCIA COSTA DO NASCIMENTO

INSTITUIÇÕES FORMAIS E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: EVIDÊNCIAS EM UMA OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Graduação em Ciências Econômicas, Departamento de Economia do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali

CURITIBA
2009

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIA COSTA DO NASCIMENTO

INSTITUIÇÕES FORMAIS E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: EVIDÊNCIAS EM UMA OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE

Monografia aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali
Departamento de Economia, UFPR.



Prof. MPhil. José Felipe Araújo de Almeida



Prof. Dr. Luiz Alberto Esteves
Departamento de Economia, UFPR.

Curitiba, 26 de junho de 2009

À minha filha Érica que participou
neste trabalho de um jeito especial:
ainda dentro de mim...

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Luiz Esteves, por ter aceitado gentilmente o convite para avaliar este trabalho.

A José Felipe Almeida, por ter me aberto os olhos para a Economia Institucional e por também ter aceitado gentilmente o convite para avaliar este trabalho.

A Huáscar Fialho Pessali, pelas orientações, pela paciência e pela liberdade que me deu no desenvolvimento do tema. E também por ser sempre amável.

Aos funcionários da operadora de planos de saúde estudada, pelos esclarecimentos sobre o funcionamento do mercado de saúde suplementar no dia-a-dia. E à funcionária que coletou os dados (sei que deu muito trabalho!): meu agradecimento especial.

À Diretoria desta operadora, pelo acesso irrestrito aos dados.

Ao meu irmão, Augustinho, pela transformação do **Resumo** em **Abstract** em prazo relâmpago.

Ao meu marido, Avelino, por ter me apoiado a cursar outra faculdade a 100km de distância de casa, só por diversão.

E a Odie e Mila, meus cockers, pela companhia durante as horas de estudo.

A curiosidade é mais importante do que o conhecimento.

Albert Einstein

RESUMO

Ao longo do século XX, o mercado de saúde suplementar no Brasil vem se desenvolvendo, tomando maior corpo a partir a década de 1960. Inicialmente, e por muito tempo, a evolução deste mercado ocorreu sem qualquer regulamentação e regulação do Estado, porém, a partir da Constituição de 1988, a história vem mudando. Nos primeiros anos, houve uma certa inércia até a publicação da Lei no. 9.656, em 1998, e depois a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2000, mas desde então, a regulação, extremamente necessária neste mercado que vende bem-estar, tem sido forte e em certo ponto parcial ao definir os direitos e deveres entre as operadoras de planos de saúde e os beneficiários. Também o Conselho Federal de Medicina publicou, em 1988, a Resolução CFM nº 1.246, conhecido como Código de Ética Médica, regulamentando o exercício da Medicina e protegendo a conduta médica do controle das operadoras de planos privados de saúde. De fato, houve uma mudança institucional importante e as mudanças institucionais implicam em alteração da performance econômica. Se para melhor ou para pior, depende dos efeitos gerados pelas instituições nas informações disponíveis aos agentes ao realizarem os contratos. As instituições podem inibir ou favorecer as assimetrias de informação na dinâmica do mercado. O presente trabalho mostra evidências de assimetrias de informação presentes no mercado de saúde suplementar. Os dados da operadora de planos de saúde estudada mostram que risco moral, seleção adversa e demanda induzida pelo fornecedor estão presentes e podem interferir no desempenho econômico deste mercado.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Instituições. Assimetria de informação.

ABSTRACT

Along the XX century, the supplementary health market in Brazil has been developing, getting to bigger figures mainly from the decade of 1960. Initially, and for much time, the evolution of this market took place without any regulations and rules by the State, however, from the Constitution of 1988, the history is changing. In the first years, there was a certain lethargy up to the publication of the Law 9.656, in 1998, and then the creation of the National Agency of Supplementary Health – ANS, in 2000, but from that time, the regulation extremely necessary in this market that sells well-being, has been strong and in certain point partial while defining the rights and duties between the operators of health plans and the beneficiaries. Also the Federal Council of Medicine published, in 1988, the Resolution CFM nº 1.246, when was known as a Code of Medical Ethics, regularizing the exercise of Medicine and protecting the medical behavior as to the control of the operators of private plans of health. In fact, there was an institutional important change and the institutional changes imply in alteration of the economic performance. Whether for better or worse, it depends on the effects produced by the institutions in the available information to the agents after they carried out the contracts. The institutions can inhibit or favor the asymmetries of information in the dynamic of the market. The present work shows evidences asymmetries of information present in the market of supplementary health. The data from the operator of plans of health studied show what moral hazard, adverse selection and supplier-induced demand are present and can interfere in the economic performance of this market.

Key words: Supplementary health. Institutions. Asymmetry of information.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 3 |
| 2.1 AS INSTITUIÇÕES | 3 |
| 2.2 A PERFORMANCE ECONÔMICA | 4 |
| 2.3 OS CUSTOS DE TRANSAÇÃO: OS CUSTOS DA INFORMAÇÃO E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO | 4 |
| 3 HISTÓRICO | 8 |
| 4 A LEGISLAÇÃO E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO | 17 |
| 4.1 O PAPEL DA ANS E A LEI N ^o . 9.656/98 | 17 |
| 4.1.1 A Cobertura Assistencial e Condições de Acesso | 18 |
| 4.1.2 O Papel do Conselho Federal de Medicina – CFM | 21 |
| 5 MATERIAIS E MÉTODO | 23 |
| 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO | 26 |
| 6.1 SELEÇÃO ADVERSA | 26 |
| 6.2 RISCO MORAL | 31 |
| 6.3 DEMANDA INDUZIDA PELO FORNECEDOR | 35 |
| 6.3.1 Reconsultas | 36 |
| 6.3.2 Exames Autogerados | 41 |
| 6.4 REFLEXOS DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E NO DESEMPENHO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR | 45 |
| 7 CONCLUSÃO | 47 |
| REFERÊNCIAS | 49 |

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 define a assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mas permite a prestação de serviços pela iniciativa privada, desde que sob regulação estatal, participando de forma complementar ao sistema público, o Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei nº. 9.656 de 1998 define o setor de saúde suplementar como “as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde”. De acordo com sua modalidade, as operadoras podem ser agrupadas em operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas. Neste trabalho, serão abordados os aspectos relativos às operadoras médico-hospitalares.

No mercado da saúde suplementar há três atores principais: operadoras de planos de saúde, prestadores de serviço e consumidores. Na caracterização tradicional da organização industrial, este é um mercado imperfeito e por isso pede a regulação do Estado a fim de reduzir distorções e prejuízos ao bem-estar. Assim, em 2000 foi promulgada a Lei nº. 9.961, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. O texto da Lei diz que

a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (BRASIL, 2000).

Percebe-se portanto que a regulação tem o objetivo de proteger os consumidores e prestadores de serviços.

Dentre os prestadores de serviços estão os médicos que têm os seus atos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através do Código de Ética Médica. O Código de Ética define claramente no art. 16 que

nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

O Código de Ética pretende proteger o exercício da Medicina.

Embora a regulação devesse evitar distorções e buscar equilíbrio entre os atores, percebe-se pela própria legislação vigente que não é isso o que ocorre no mercado de saúde suplementar. A legislação vigente acaba por promover a assimetria de informação quando deixa descoberto de proteção a participação das operadoras de planos de saúde, induzindo à sobreutilização dos planos de saúde. Isto prejudica os interesses da propriedade privada e encarece o serviço prestado. Para dimensionar a sobreutilização dos planos de saúde serão avaliados a seleção adversa (quando um plano é contratado pelo consumidor que tem mais risco), o risco moral (o uso inadequado e exagerado pelo consumidor para “fazer jus” ao pagamento) e a demanda induzida pelo fornecedor (quando o prestador de serviços procura auferir ganhos de renda com a elevação da utilização do plano de saúde).

Como instituições formais, a regulação da ANS e o Código de Ética Médica influenciam a performance econômica das operadoras de planos de saúde e, portanto, a evolução do mercado. Conforme se observa, estas instituições formais, apesar de necessárias, acabam por favorecer algum grau de ineficiência do mercado de saúde suplementar.

Este trabalho irá analisar o banco de dados de uma operadora de saúde a fim de evidenciar empiricamente a seleção adversa, o risco moral e a demanda induzida pelo fornecedor: ineficiências de mercado induzidas ou favorecidas pelas instituições formais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Economia Institucional está fundamentada em dois conceitos básicos: a performance econômica e as instituições. A base desta abordagem são os custos de transação, que são estabelecidos de acordo com as instituições. Estes custos de transação irão influenciar a performance econômica, gerando um processo de realimentação, já que a evolução econômica exige alterações nas instituições e, portanto, nos custos de transação. Assim, as instituições influenciam a performance econômica; e a performance econômica influencia as instituições. As características das instituições e suas mudanças, ao longo do tempo, têm conseqüências no desenvolvimento econômico e, portanto, sobre os setores da economia (BARCELOS, 2003, p. 5).

2.1 AS INSTITUIÇÕES

“Institutions are the rules of the game in a society or, more formally, are the humanly devised constraints that shape human interaction” (NORTH, 2007, p. 3). As instituições podem ser formais ou informais. As instituições formais são as normas escritas, as leis. As instituições informais são as regras não escritas, mas que definem como deve ser o comportamento do indivíduo - são os costumes e as tradições, por exemplo. Esses dois tipos básicos interagem de forma dinâmica, de modo que as instituições informais influenciam as formais e estas podem modificar aquelas. A não observação das regras institucionais, tanto formais quanto informais, sujeita o indivíduo a punições pela sociedade.

O principal ambiente onde as instituições definem os limites e as regras na interação entre os agentes na economia é o mercado. Sendo a definição de mercado como

um conjunto de instituições sociais em que se verifica normalmente um grande número de trocas de mercadorias de um tipo específico, sendo essas trocas facilitadas e estruturadas por essas instituições” e destaca que a troca “implica acordo contratual e intercâmbio de direitos de propriedade, e o mercado consiste, em parte, de mecanismos para estruturar, organizar e legitimar essas atividades. (HODGSON, 1994, p. 175).

Dentro do mercado, algumas instituições formais e informais definem as regras de troca e os contratos, outras instituições determinarão o desenvolvimento do mercado e a coordenação organizada das trocas (HODGSON, 1994, p. 175). Portanto, também os mercados evoluem conforme mudam as instituições.

2.2 A PERFORMANCE ECONÔMICA

Segundo NORTH (2007, p. 5), a performance da economia é afetada pelas instituições, juntamente com a tecnologia empregada, devido aos seus efeitos nos custos de transação e produção. Um sistema político-econômico é feito de um complexo de instituições inter-relacionadas, limitadas por normas constitucionais, que especificam a estrutura dos direitos de propriedade e a forma de controle por coerção do Estado. Essas normas devem determinar, dentre outras coisas, o modelo para um sistema de regras operacionais a fim de reduzir os custos de transação na economia (NORTH, 1981, p. 205).

A performance econômica de uma sociedade, e, portanto, dos setores da economia nesta sociedade, dependerão do perfil de suas instituições, dos custos de transação que estas determinam e da evolução das instituições, das organizações e dos mercados, ao longo do tempo.¹

2.3 OS CUSTOS DE TRANSAÇÃO: OS CUSTOS DA INFORMAÇÃO E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

Os custos de produção total incluem os custos de transformação, que são os custos com os fatores de produção como terra, trabalho e capital, e incluem os custos de transação, que são os custos para definir proteger e reforçar os direitos de propriedade² (NORTH, 2007, p. 28). Portanto, de acordo com NORTH (2007, p. 27),

¹ Organizações ou empresas são grupos de indivíduos reunidos pelos mesmos objetivos (NORTH, 2007, p.5).

² North (2007, p. 28) define direito de propriedade como “the right to use, the right to derive income from the use of, the right to exclude, and the right to exchange”.

“the costliness of information is the key to the costs of transacting, which consists of the costs of measuring the valuable attributes of what is being exchanged and the costs of protecting rights and policing and enforcing agreements”.

Instituições informais, definindo um código de comportamento dos agentes envolvidos, podem reduzir os custos de transação quando por exemplo há uma relação de confiança entre os agentes. Porém, quando não é possível obter esta garantia apenas através das instituições informais, as instituições formais, como as leis, são procuradas para estabelecer que os acordos e contratos sejam cumpridos com custos de transação reduzidos.

Quanto mais garantias as instituições dão aos direitos de propriedade, menores são os incentivos ao comportamento oportunista. Isso proporciona custos de transação menores, e por isso um estímulo à realização de mais trocas, o que é um indicador de performance de uma economia de mercado. Por outro lado, instituições formais elaboradas de modo parcial a fim de favorecer um agente econômico podem prejudicar o direito de propriedade, incentivar o comportamento oportunista, elevar os custos de transação e piorar a performance econômica.

Os bens, os serviços e a performance dos agentes têm inúmeros atributos e a medida, ou seja, o conhecimento destes, varia de agente para agente. Portanto, há assimetria de informação entre os diversos agentes. E esta assimetria importa, pois “the information costs in ascertaining the level of individual attributes of each unit exchanged underlie the costliness of this aspect of transacting” (NORTH, 2007, p. 29). A evolução da tecnologia e as mudanças institucionais, melhorando a disponibilidade da informação, tendem a reduzir a assimetria, reduzindo os custos de transação.

Recorrendo aos conceitos de Microeconomia, conforme PINDYCK (2002, p. 602), “as informações assimétricas são uma característica de muitas situações econômicas”. A informação assimétrica é observada quando as partes têm níveis diferentes de informações. No mercado de saúde suplementar, isto acontece por exemplo quando as pessoas têm mais informação sobre o seu estado de saúde real e de suas necessidades do que as operadoras (FOLLAND *et al.*, 2008, p. 264).

A assimetria de informação dá origem, por exemplo, ao problema de seleção adversa. Na seleção adversa, “produtos de qualidades distintas são vendidos ao mesmo preço” (PINDYCK, 2002, p. 604) ou, mais precisamente no mercado de saúde suplementar, “um fenômeno pelo qual o seguro atrai pacientes que são

prováveis de usar os serviços num nível mais alto que a média” (FOLLAND *et al.*, 2008, p. 264). A mensalidade de um plano de saúde privado é calculada pela média de utilização da carteira de clientes. Assim, a mensalidade para quem pretende uma utilização elevada apresenta-se subvalorizada, tornando-se atrativa para as pessoas de maior risco. O contrário ocorre com as pessoas de menor risco que, por isso, deixam de contratar um plano de saúde e têm perda de bem-estar social. Na seleção adversa, há uma redistribuição de renda das pessoas saudáveis para as não saudáveis (FOLLAND *et al.*, 2008, p. 270).

Outro problema derivado da assimetria de informações é o risco moral. O risco moral é

quando uma pessoa ou empresa encontra-se plenamente segurada e não pode ser meticulosamente monitorada por uma companhia de seguros, já que esta só dispõe de informações limitadas, a parte segurada pode agir de um modo que aumente a probabilidade de um acidente ou dano ocorrer. (PINDYCK, 2002, p. 613).

Aplicando este conceito ao mercado de saúde suplementar, FOLLAND *et al.* (2008, p. 270) destacam que “o consumo de assistência à saúde adicional é encorajado”. Esse consumo adicional eleva o nível de despesa da carteira de clientes e pode ser um risco não calculado pelas operadoras, pois é uma utilização por pessoas saudáveis, que foge ao cálculo atuarial da formação de preço do plano de saúde.

A relação entre médico e paciente é uma relação agente-principal, onde o paciente – o principal – contrata o médico – o agente – como o especialista capaz de melhor determinar as condutas necessárias com relação aos cuidados com a sua saúde. O paciente delega ao médico a autoridade decisória para recomendar os procedimentos necessários, procedimentos muitas vezes executados, ou em outras palavras, fornecidos pelos mesmos médicos. O agente perfeito irá recomendar os procedimentos que o próprio principal recomendaria se tivesse o conhecimento necessário. O agente perfeito age no interesse do principal, mas o principal, por não ter o conhecimento médico, não tem como saber se o agente está agindo conforme o interesse da sua saúde e os interesses podem ser divergentes (FOLLAND *et al.*, 2008, p. 272). Neste caso, já que “information, in the form of skilled care, is precisely what is being bought from most physicians” (ARROW, 1963), a informação assimétrica na relação imperfeita de agência entre médico e paciente pode levar à demanda induzida pelo fornecedor, pois “o paciente tem menos informações sobre

os tratamentos apropriados do que o médico que o atende”, conforme FOLLAND *et al.* (2008, p. 264).

3 HISTÓRICO

No período colonial não havia um sistema de saúde formalmente estruturado, a saúde pública era voltada principalmente para o controle de surtos (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 382). Neste início da história do sistema de saúde brasileiro, nem o governo nem a iniciativa privada tinham interesse em prover assistência médica. Esta assistência era provida pelas Santas Casas, implantadas pelos colonizadores portugueses, e administradas por religiosos, sendo financiadas por doações.

A primeira Santa Casa começou a ser construída em 1542, no povoado de São Vicente: o Hospital de Todos os Santos, que acabou dando o nome da cidade de Santos. Até o fim do século XVI haviam sido construídas Santas Casas também no Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo (BRENER, 2005).

Nas Santas Casas a assistência hospitalar era um ato de caridade e não um ato médico; era uma assistência espiritual e não física. “A disponibilidade de recursos hospitalares era extremamente limitada, a estrutura física e os recursos técnicos e humanos existentes limitavam as possibilidades de assistência” (ESTEVES, 2005, p. 33), posto que não havia médicos suficientes, sabendo-se que “em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades européias” (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 6). “A prática médica estava restrita portanto, à relação pessoal do médico com seu paciente, que ocorria principalmente nas residências das pessoas de posses” (ESTEVES, 2005, p. 34).

Somente no início de século XIX o Estado define sua competência na saúde, pois “com a instalação da corte no Rio de Janeiro, em 1808, tem início uma nova era para a saúde no Brasil, com implantação do ensino e do policiamento médico, incluindo o exercício profissional e medidas de higiene dos portos e de terra” (ESTEVES, 2005, p. 31), mas ainda a assistência à saúde da população em geral continuava a cargo das Santas Casas de Misericórdia.

Até 1850, as ações do Estado estavam limitadas ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império e esta tendência se manteve até o começo do século XX (POLIGNANO, 2001, p. 3). A assistência à saúde prestada

pela Diretoria Geral de Saúde Pública, regulamentada em 1901, e pelos órgãos federais que lhe sucederam,

estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, no eixo central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atuação do poder federal na assistência individual à saúde. (RISI JÚNIOR *et al.*, 2002, p. 121).

A assistência médico-hospitalar ainda dependia em maior parte de entidades beneficentes e filantrópicas. Assim, do período da primeira República até a Revolução de 1930, com a eclosão de diversas epidemias, a saúde à população tinha a forma de Sanitarismo Campanhista (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 382).

Nos fins do século XIX e início do século XX surgiram os avanços tecnológicos e a medicina científica, revolucionando o papel e funções do hospital, com “a introdução de recursos exclusivos ao âmbito hospitalar, tal como o aparelho de Raios X”, fazendo do hospital “um local de diagnóstico e tratamento obrigatório também para a população de maior poder aquisitivo” (ESTEVES, 2005, p. 39), alterando a finalidade de caritativa para diagnóstica e terapêutica, favorecendo a ampliação de estabelecimentos visando o lucro, ou seja, um crescimento da rede hospitalar privada. A introdução destes recursos tecnológicos e a criação de escolas de Medicina fizeram migrar a prática médica das residências para os hospitais (ESTEVES, 2005, p. 39).

Somente na década de 1920, com o movimento operário brasileiro articulando-se diante das péssimas condições de trabalho à época, ocorre a promulgação, em 1923, da Lei Elói Chaves, criando as CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões. Com as CAPs, a responsabilidade pela assistência médico-hospitalar, antes uma exclusividade das comunidades através das Santas Casas de Misericórdias, passou a ser compartilhada com as empresas, a partir de então, responsáveis pela assistência de seus trabalhadores e familiares. (ESTEVES, 2005, p. 32).

As Caps eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas. (MATTA e PONTES, 2007, p. 35).

Assim, “com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado” (MATTA e PONTES, 2007, p. 36).

Como dito, o Estado não participava do custeio das Caixas de Aposentadoria e Pensões, estas eram mantidas pelos empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos), pelas empresas (1% da renda bruta) e pelos consumidores dos serviços das mesmas. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado abaixo:

- a) socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- b) medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- c) aposentadoria;
- d) pensão para seus herdeiros em caso de morte

As CAPs também eram obrigadas a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho (POLIGNANO, 2001, p. 8).

As CAPs eram organizações privadas. O Estado se restringia a legalizá-las e a controlá-las à distância. A partir de então, deu-se início ao esboço de um sistema de proteção social no Estado brasileiro e de uma participação privada mais organizada.

No Estado Novo, com aumento da demanda pela assistência à saúde, os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) foram criados e passaram a prestar assistência médica, tanto em hospitais próprios, quanto comprando a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares (CONASS, 2007, vol.11, p. 21). Em 1933, segundo o CONASS (2007, vol.1, p. 21), o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões criado foi o dos Marítimos (IAPM). Os benefícios assegurados aos associados eram:

- a) aposentadoria;

- b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários;
- c) assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias; e
- d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

Paralelamente aos IAPs, na década de 1940, surgiram as caixas de assistência, fornecendo aos empregados de algumas empresas assistência em saúde com consultas médicas e medicamentos, por meio próprio ou por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social. Um exemplo disso foi a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil – Cassi. As caixas de assistência eram patrocinadas e administradas pelas empresas e seus funcionários associados. (CONASS, 2007, vol.11, p. 22). Os IAPs substituíram muitas das antigas CAPs e representavam as categorias do operariado urbano organizado, estendendo aos mesmos os benefícios da previdência. Nestes institutos, os trabalhadores não eram organizados por empresa, como nas caixas de assistência, mas por categoria profissional: marítimos, comerciários, bancários etc. Até o fim década de 1950, a assistência médica previdenciária não era importante: os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações (CONASS, 2007, vol.1, p. 21).

Com a instalação no país de empresas estatais e multinacionais, nos anos 1950, surgiram os sistemas assistenciais próprios – os sistemas patronais – que prestavam assistência médica de forma direta a seus funcionários (CONASS, 2007, vol.11, p. 22). A Assistência Patronal – denominada atualmente como Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) – foi estruturada nesse período pelos funcionários do instituto de aposentadorias e pensões dos industriários – IAPI – em 1945. Com o governo militar a partir de 1964 a participação de empregados e empregadores nos programas de saúde foi suspensa e, em 1966, o governo unificou todos os IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a Assistência Patronal foi estendida a todos os servidores estatutários. O INPS passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, a gerir as aposentadorias, as

pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais urbanos (CONASS, 2007, vol. 1, p. 24). Após a criação do INPS, a Assistência Patronal passou a ser facultativa aos servidores estatutários, mediante contribuição, e as regras de custeio eram: 3% da dotação orçamentária de pessoal pelo INPS, 2% sobre o salário base como contribuição do servidor e eventual participação direta no preço dos serviços prestados. Esses recursos eram destinados a um fundo específico, o FAP – Fundo de Assistência Patronal e a Assistência Patronal passou a ser um benefício aos servidores públicos na época (GEAP, 2009).

A criação do INPS levou o Estado a ter que tornar homogênea a oferta de benefícios dos diferentes IAPs como a incorporação da assistência médica para todos, que já era oferecida por vários IAPs, sendo que alguns já possuíam serviços e hospitais próprios. Todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, gerando uma capitalização de grande volume de recursos financeiros. Os recursos deveriam vir da participação do empregado, do empregador e da União. Porém este aumento da base de contribuição por um aumento substancial no número de contribuintes foi acompanhado de uma conseqüente elevação no número de beneficiários, sendo impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população (POLIGNANO, 2001, p. 15). A unificação dos IAPs desagradou a muitos beneficiários de categorias economicamente mais favorecidas, devido à dificuldade de acesso aos serviços médicos. Isto levou a Previdência Social a credenciar prestadores de serviços privados, financiando grupos médicos. Também as caixas de assistência e os sistemas patronais, por aumento da demanda pela maior adesão dos insatisfeitos com a Previdência Social, estenderam seus credenciamentos. Para atender a esta demanda crescente, no final da década de 60 surgiram as cooperativas médicas, que pretendiam preservar a prática liberal da Medicina oferecendo atendimento nos consultórios dos próprios profissionais, e as empresas de medicina de grupo que defendiam a prática médica voltada para o mercado e eram responsáveis pelos atendimentos hospitalares (CONASS, 2007, vol.11, p. 22).

A saúde suplementar no Brasil se desenvolveu a partir da necessidade de se suprir as deficiências do Estado em atender várias das demandas por cuidado à saúde, evoluindo praticamente sem regulamentação e formando empresas de diversas configurações, com diversos tipos de contratos entre operadoras e

beneficiários. Esse processo teve uma expansão mais aguda a partir da década de 1960.

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do governo federal, entre outros, já possuíam planos de saúde. Este período é, sem dúvida, um marco na história da Saúde Suplementar no Brasil.

Podia ser observada a co-existência de várias possibilidades de assistência médica oriundas de contratos coletivos: a rede do INPS, com unidades próprias e credenciadas; os serviços credenciados para atendimento de trabalhadores rurais; os serviços credenciados das empresas médicas e as empresas com planos próprios – as autogestões. De uma forma geral, esses planos ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados, independente do nível hierárquico ocupado por eles na empresa. Já no caso dos planos contratados às cooperativas médicas e as medicinas de grupo, a assistência prestada variava segundo o nível hierárquico, caracterizando a segmentação dos planos e uma profunda mudança no caráter mutual das caixas de assistência, introduzindo no mercado de planos a lógica de benefício e mérito.

Como foi visto, todos os diversos arranjos estabelecidos na relação público-privado por quase seis décadas conformaram o atual setor de Saúde Suplementar que exhibe a diferenciação entre as modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde, estabelecida de acordo com características relacionadas com a sua forma de organização. (CONASS, 2007, vol.1, p. 23).

Nos anos 1980, segundo SANTOS (2006, p. 45) “em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores de ‘classe média’ para os planos e seguros privados”. A partir daquela década o crescimento da assistência médica pelas empresas de saúde suplementar foi elevado, contemplando em dezembro de 2008, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2009, p.21), 40,9 milhões de beneficiários vinculados a 1.138 operadoras de planos de saúde. Essa expansão se deu praticamente sem a regulamentação do Estado.

Em resumo, no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, e, posteriormente, abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigerassem sem intervenção e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las. (ALMEIDA, 1998, p. 11).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, definiu a assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Reconhecendo porém a impossibilidade que tem o Estado de prover

plenamente este direito, o Artigo 199 permitiu a prestação de serviços pela iniciativa privada, podendo esta participar de forma complementar ao sistema público, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Passados 10 anos, somente em 1998, com a Lei nº. 9.656, foi definido o setor de saúde suplementar como “as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde” e foi regulamentada a sua atividade. Até a promulgação da Lei nº. 9.656/98, o Estado brasileiro não dispunha dos instrumentos necessários para a regulação do mercado de saúde suplementar, já organizado e funcionando há décadas no país. Em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Lei nº. 9.961, com a finalidade, conforme o seu Artigo 3, de **promover a defesa do interesse público** na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores (BRASIL, 2000, grifo nosso).

A Lei nº. 9.656/98 trouxe garantias aos beneficiários. Com ela, segundo MONTONE (2003, p. 10, grifo do autor), “o Plano Referência, como conceito de plano de assistência integral à saúde, deixou de ser de oferecimento obrigatório e passou a ser o único modelo de plano aprovado para a comercialização”, isto é, um único produto definido por Lei. As operadoras também foram proibidas de comercializar qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais. A Lei também reforçou ou criou regras muito fortes de proteção ao consumidor e passou a determinar:

- O controle dos reajustes de preço, inclusive por faixa etária;
- A proibição da seleção de risco;
- O limite de 24 meses para a alegação, por parte da operadora, de omissão de doença ou lesão preexistente com definição de conceito jurídico para esta alegação;
- E a proibição do rompimento unilateral ou não renovação do contrato com os beneficiários de planos familiares/individuais.

Assim, “após a regulamentação, foi limitada a liberdade de definição do produto a ser oferecido, do público a quem oferecer, das condições de operação e de preço” (MONTONE, 2003, p. 13). Os contratos anteriores à Lei, os contratos antigos, embora também chamados de não regulamentados, receberam também regulamentação, como a proibição de limites de consultas e a suspensão de

internação, inclusive em UTI, proibição de rompimento unilateral para os contratos familiares/individuais e controle dos reajustes para os contratos familiares/individuais. Os usuários destes planos também passaram a se beneficiar deste maior controle sobre as operadoras, além do direito de permanecer com seu contrato antigo por tempo indeterminado e de exigir a adaptação para um contrato novo a qualquer tempo (MONTONE, 2003, p. 14).

MONTONE (2003, p. 13) resume o mercado de saúde suplementar antes e após a regulamentação, conforme mostrado na figura 1, a seguir:

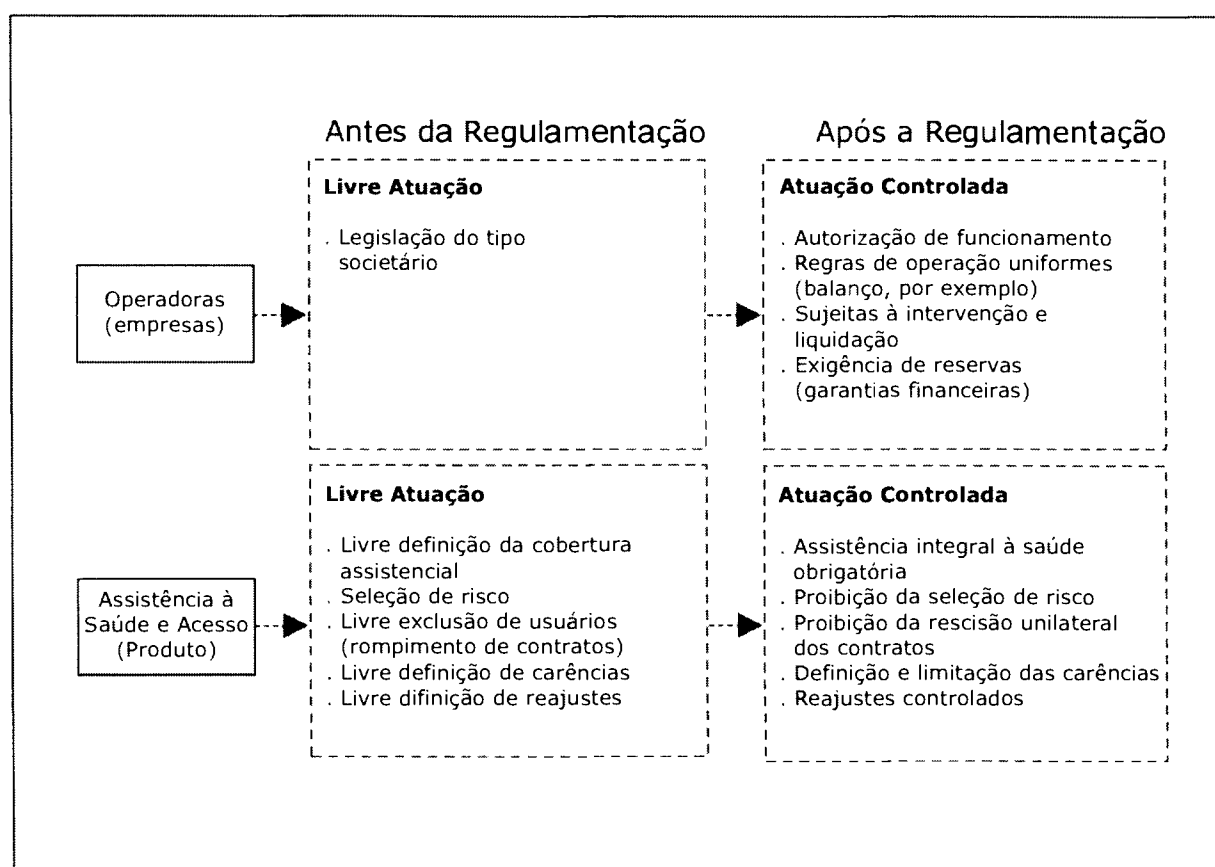


FIGURA 1 – O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANTES E APÓS A REGULAMENTAÇÃO
Fonte: MONTONE (2003, p. 13)

Hoje, a ANS, regulamenta o setor de saúde suplementar com ações normativas e fiscalizadoras para garantir o cumprimento da legislação.

Atualmente, as operadoras do setor de saúde suplementar estão classificadas, conforme seu estatuto jurídico, em oito modalidades:

- Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários;

não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

- Medicina de Grupo: operam com os chamados convênios médico-hospitalares, com ou sem rede própria;
- Odontologia de grupo: operam, exclusivamente, planos odontológicos;
- Cooperativas médicas: operam com os serviços dos próprios cooperados e com os convênios médico-hospitalares. Podem ter ou não rede própria;
- Cooperativas odontológicas: operam com os serviços dos próprios cooperados. Operam exclusivamente planos odontológicos;
- Autogestão: sistema fechado que atende a um público específico, geralmente empresas públicas ou privadas, como também sindicatos e associações. Operam a assistência através de departamentos próprios ou através de entidades vinculadas;
- Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais;
- Seguradoras especializadas em saúde: além do seguro-saúde propriamente dito, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde.

De acordo com a sua modalidade, as operadoras podem ser agrupadas em:

- Operadoras médico-hospitalares: administradora, autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo;
- Operadoras exclusivamente odontológicas: cooperativa odontológica e odontologia de grupo (ANS, 2009, p. 8).

4 A LEGISLAÇÃO E A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

Conforme visto na evolução histórica, a legislação que regulamenta o setor é recente e, num processo natural de aprendizagem, os atores deste cenário vêm se interagindo na tentativa de encontrar um melhor ajuste. Como atores, podem ser identificados: i) as operadoras de planos de saúde, representadas por diversas entidades como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE – e a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil; ii) os beneficiários, representados pela ANS; e iii) os médicos, representados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

Todos os atores têm suas representações, porém somente os representantes dos beneficiários e dos médicos têm o poder de implementar ações fiscalizadoras e normativas. As operadoras, assim, têm suas ações condicionadas pelos outros atores. A questão que nos interessa neste ponto é: como a legislação atual e as resoluções da ANS e do CFM podem influenciar na ocorrência da assimetria de informação neste mercado?

4.1. O PAPEL DA ANS E A LEI N^o. 9.656/98

A regulação realizada pela ANS é composta por seis dimensões com ações normativas e fiscalizadoras para garantir o cumprimento da Lei n^o. 9.656/98 que regulamenta setor de saúde suplementar. As ações visam regular a cobertura assistencial e condições de acesso; as condições de ingresso, operação e saída do setor; a regulação de preço; a fiscalização e efetividade da regulação; a comunicação e informação; e o ressarcimento ao SUS.

Neste trabalho serão abordadas a regulamentação da Lei e as ações de regulação que têm influência sobre a interação entre beneficiários e operadoras e que, portanto, têm influência sobre a ocorrência de a assimetria de informação entre os mesmos. Assim, serão abordadas a cobertura assistencial e as condições de acesso.

4.1.1 A Cobertura Assistencial e Condições de Acesso

A Lei nº. 9.656/98 basicamente determina que deve haver produto básico único, ser proibida a seleção de consumidor e risco, conforme descrito a seguir.

Produto básico único: o plano-referência de assistência à saúde com cobertura das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, sendo facultada a oferta de produtos conforme segmentação do plano-referência em ambulatorial, internação hospitalar com ou sem atendimento obstétrico e odontológico. Os produtos podem ser por segmento ou a soma de segmentos, mas sempre respeitando as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência. Para cobertura assistencial ambulatorial: cobertura de consultas médicas, em número ilimitado e de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; para hospitalar: internação hospitalar e despesas hospitalares relacionadas a esta com padrão de enfermaria, incluindo UTI, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, sendo permitido o oferecimento de acomodação superior ao padrão enfermaria; para atendimento obstétrico: cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente durante os primeiros trinta dias após o parto; e para odontológico: cobertura de consultas, exames, procedimentos preventivos de dentística e endodontia e cirurgias orais ambulatoriais sem anestesia geral. Os produtos devem ser registrados quanto à segmentação da cobertura assistencial; tipo de contratação (familiar/individual ou coletivo); âmbito geográfico de cobertura; faixas etárias e respectivos preços; rede hospitalar (para segmentações hospitalar e referência). A ANS regulamenta a cobertura assistencial conforme um Rol de Procedimentos, sendo o atual o publicado na Resolução Normativa – RN Nº 167, de 9 de janeiro de 2007.

Proibição de selecionar o consumidor: ninguém pode ser impedido de contratar um plano privado de assistência à saúde, mesmo em razão da idade ou da condição de portadora de qualquer deficiência; assegura, quando incluir atendimento obstétrico, a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção e, independente de atendimento obstétrico, a inscrição de filho adotivo, menor de doze

anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante; também assegura, ao consumidor e seus dependentes com plano em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou no caso de aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, por tempo determinado de acordo com o tempo de contribuição. Os contratos têm vigência mínima de 1 ano, renovados automaticamente, sem recontagem de tempo de carência e a operadora não pode suspender ou a rescindir unilateralmente o contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias e, durante a ocorrência de internação do titular, em qualquer hipótese.

Proibição de selecionar o risco: se o beneficiário alegar desconhecimento de doenças ou lesões pré-existentes, somente é permitido fixar os seguintes períodos máximos de carência: trezentos dias para partos a termo; vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência e cento e oitenta dias para os demais casos. A operadora está proibida de excluir da cobertura doenças e lesões preexistentes durante os primeiros vinte e quatro meses de vigência do contrato se o beneficiário referir desconhecimento, cabendo a ela o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário.

Diante da Lei, a ANS edita normas para garantir seu cumprimento. Neste contexto, a norma de interesse é a Resolução Normativa – RN nº. 162 de 17 de outubro de 2007. Ela regula a seleção de risco e dispõe sobre as Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP – e a Cobertura Parcial Temporária – CPT. Esta RN estabelece a Declaração de Saúde – DS – e a Carta de Orientação ao Beneficiário, obrigatórias nos contratos de planos privados de assistência à saúde familiares/individuais e coletivos com menos de cinquenta beneficiários, e define o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário.

Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP – são aquelas que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde. Cobertura Parcial Temporária – CPT – é aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, por um período de até 24 meses a partir

da data da contratação do plano privado de assistência à saúde, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

A Carta de Orientação ao Beneficiário é um documento padronizado pela ANS que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. A Declaração de Saúde é um formulário, elaborado pela operadora, onde o próprio beneficiário registra informações sobre as doenças ou lesões de que saiba ser portador no momento da contratação, além de ter esclarecidas questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações. Na Declaração de Saúde não são permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

No contexto da Lei nº. 9.656/98 e da RN Nº 162, a contratação de um plano de saúde familiar/individual segue os seguintes passos:

1. Uma pessoa, independente da idade e de ser portador de qualquer problema de saúde se dirige a uma operadora.
2. Ela escolhe um produto registrado na ANS, não sendo possível negociar a amplitude da cobertura e nem preço.
3. Ela recebe a Carta de Orientação ao Beneficiário a fim de preencher a Declaração de Saúde. Para este preenchimento, o candidato a beneficiário contrata um médico ou a operadora oferece um médico para orientá-lo numa entrevista qualificada.
4. Na entrevista qualificada, o médico pode eventualmente constatar uma doença ou lesão preexistente – DLP, mas mesmo assim o futuro beneficiário pode preencher a Declaração de Saúde negando conhecer qualquer problema. Se a pessoa declarar ser portador de DLP ou o médico constatar a DLP, a operadora, neste momento somente, pode oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT. Se o contratante aceitar, a questão estará resolvida.
5. Se a pessoa preencher a DS como não conhecedor de DLP, a operadora não pode alegar omissão de informação por parte do beneficiário, pois é vedada tal alegação quando há a constatação de DLP em exame ou perícia no beneficiário com vistas à admissão no plano. Neste caso, a operadora é obrigada a realizar o contrato sem CPT.

A Lei nº. 9.656/98 diz que a operadora tem até 24 meses para provar a sua alegação de omissão de informação por parte do beneficiário, mas não pode usar como prova uma perícia ou qualquer exame realizado na admissão do beneficiário. A operadora também não pode buscar informações sobre o passado do beneficiário em outras operadoras sem a autorização deste, conforme o artigo 12 da Lei nº. 9.656/98, e nem com médicos que já o atenderam, pois o Código de ética Médica – Resolução CFM nº 1.246/88 – protege o sigilo médico. À operadora cabe então o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário de DLP não declaradas no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde. Enquanto o processo estiver em andamento na ANS, a operadora deve manter a cobertura com as carências máximas permitidas pela Lei, considerando uma DS com negativa de conhecimento de DLP.

Uma questão relevante é: como poderá a operadora provar um caso de DLP existente mas não declarada? A legislação atual parece ser permissiva quanto à possível ocorrência de contratos com seleção adversa, ou seja, com assimetria de informação, posto que impede a coleta de informações sobre o beneficiário pela operadora de planos privados de assistência à saúde e, em caso de suspeita de omissão de informação, não provê meios factíveis de comprovação.

4.1.2 O Papel do Conselho Federal de Medicina – CFM

A Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, publicada no Diário Oficial da União em 26 de janeiro de 1988, mais conhecida como Código de Ética Médica, é a norma básica que regulamenta o exercício da Medicina. Todas as normas do CFM têm como fundamento o Código de Ética Médica, já que este Código norteia as relações entre médicos e pacientes, entre os médicos entre si e entre médicos e demais instituições com as quais lida no exercício da profissão, como hospitais e operadoras de plano de saúde.

O Código de Ética Médica se propõe ser uma norma imparcial. Ele defende o paciente e a Medicina, tanto que muito observa não somente os direitos, mas os deveres dos médicos e as restrições a que devem cumprir para o bem-estar do paciente.

A assimetria de informação, neste caso, não é causada pela legislação, mas existe como em qualquer contrato e é inerente à interação entre as pessoas. A

legislação, por mais imparcial que tente ser, regimenta algum tipo de assimetria. Em havendo assimetria de informação, há informação não revelada e que somente poderia ser evidenciada se fossem realizadas auditorias em cada prescrição e pedido de exame, ou seja, em cada detalhe da conduta de um médico com o seu paciente, e também auditorias sobre as auditorias e assim infundavelmente. Não é preciso dizer que isto é inviável.

O Código de Ética Médica, em seu Artigo 21, diz que é direito do médico “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”. Complementarmente, no Artigo 42, diz que é vedado ao médico “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País” e, no Artigo 60, que é vedado ao médico “exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”. O Código de Ética Médica também destaca, no Artigo 65, que é vedado ao médico “aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política”.

A relação médico-paciente não é apenas técnica, mas envolve os medos, desejos e interesses de cada um. Consultas e procedimentos, incluindo exames e cirurgias, podem acabar sendo solicitados em número maior do que realmente são necessários ao bem-estar do paciente. Médicos, que também são executores de exames e procedimentos, têm no direito de indicar o procedimento adequado ao paciente a oportunidade de aumentar a demanda pelo procedimento que fornecem. Paralelamente, pacientes que querem “usar o plano já que estão pagando” podem ir a mais consultas e nelas solicitarem a seus médicos que peçam exames que, considerando seus sinais e sintomas, seriam desnecessários na investigação diagnóstica de seus problemas. Muitos médicos podem acabar solicitando os exames pedidos por seus pacientes para não lhes desagradar, já que o custo é de um terceiro, a operadora de planos de saúde. A assimetria de informação gerada na relação médico-paciente, no contexto da norma do CFM, implica em demanda induzida pelo fornecedor e risco moral.

5 MATERIAIS E MÉTODO

A coleta de informações para este estudo foi realizado no primeiro semestre de 2009, a fim de analisar a possibilidade de ocorrência risco moral, seleção adversa e demanda induzida pelo fornecedor. Para a observação de risco moral e seleção adversa foram utilizados dados dos beneficiários de uma operadora de planos de saúde, referentes ao período de 01/01/2005 a 31/01/2008, e para a observação de demanda induzida pelo fornecedor foram utilizados dados dos médicos da mesma operadora de planos de saúde, durante o ano de 2008.

A operadora, no período estudado, contava com uma população de pouco mais de 27.000 beneficiários. Pela divisão por tipo de plano, os beneficiários estavam divididos em 5.000 em planos familiares/individuais e 22.000 em planos coletivos, e pela divisão por acesso, 3.500 com co-participação e 23.500 sem co-participação.

A coleta da amostra foi realizada por uma funcionária da operadora que, embora tivesse conhecimento da natureza do estudo, desconhecia os objetivos deste. Foram coletados dados sobre 3.006 beneficiários, sendo, por tipo de plano, 358 em planos familiares/individuais, 2.648 em planos coletivos e, por acesso, 1.218 com co-participação e 1.788 sem co-participação.

Segundo o grau de dependência a amostra nos planos familiares/individuais continha titulares, cônjuges e filhos, e nos planos coletivos, além destes três tipos, os agregados e outros. Para tornar os perfis das amostras semelhantes, foram mantidos na amostra de planos coletivos apenas os titulares, cônjuges e filhos.

Também foi observado que a operadora pratica um tipo de contrato híbrido, como forma de acesso, vendendo planos coletivos com co-participação, porém somente efetivando a cobrança da co-participação em procedimentos e exames executados fora da área de abrangência da operadora. Considerando a necessidade de dicotomização – sem co-participação e com co-participação – foram excluídos da amostra os beneficiários em planos coletivos híbridos.

Para a análise estatística, foram respeitados os seguintes parâmetros:

- Erro máximo permitido de 5%
- Probabilidade de ocorrência de 85%
- Nível de confiança de 95,5% (2 desvios padrão)

Os tamanhos mínimos calculados conforme os parâmetros acima e os tamanhos utilizados de amostras foram, respectivamente:

- Para planos familiares/individuais: 283 e 300;
- Para planos coletivos: 202 e 1.140;
- Para planos com co-participação: 193 e 194;
- Para planos sem co-participação: 202 e 637.

Em relação aos médicos, a população da operadora em 2008 era de 104 médicos e, respeitando os mesmos parâmetros estatísticos acima, exceto pela probabilidade de ocorrência que foi estimada em 30%, o tamanho mínimo de amostra calculado foi de 80 médicos. Na nossa amostra, conseguimos informações sobre 93 médicos.

Quanto às variáveis analisadas neste estudo, utilizamos as seguintes informações:

- Para seleção adversa: o intervalo de início de uso, considerando o período de carência; a despesa gerada pelo uso do plano de saúde no primeiro ano a partir da carência; e a evolução desta despesa nos anos seguintes do período analisado.
- Para risco moral: o intervalo de início de uso considerando o período de carência; a despesa gerada pelo uso do plano de saúde em exames e procedimentos ambulatoriais no primeiro ano a partir da carência; e a evolução desta despesa nos anos seguintes do período analisado.
- Para demanda induzida pelo fornecedor: o número de reconsultas por consultas; e o número de exames solicitados por consulta de exames executados pelo médico que também realiza a consulta – o exame autogerado.

Conforme a legislação vigente, nos planos coletivos com mais de cinquenta beneficiários a carência de dias necessários para o início do uso é zero e nos planos familiares/individuais é de 300 dias para partos e de 180 dias para exames e procedimentos ambulatoriais, internações e cirurgias, dentre outros usos com períodos menores não relevantes ao estudo. Não foram incluídos no estudo despesas de pequeno porte, como consultas e exames laboratoriais.

Reconsulta é a consulta subsequente a uma consulta, considerando-se que a primeira consulta médica é por livre demanda do beneficiário. As reconsultas foram

classificadas conforme a data inicial da primeira consulta: até 15 dias, entre 16 e 30 dias, de 31 a 45 dias, entre 46 e 60 dias e mais de 60 dias, sendo também observadas as reconsultas totais. Os profissionais foram analisados em conjunto e por especialidade. Na análise por especialidades, foram descartadas as especialidades com menos de três médicos, sendo, assim, estudadas 10 especialidades.

A solicitação de exames também é consequência da consulta médica e também é feita de acordo com o caso do beneficiário. Os médicos foram avaliados comparando-se a solicitação de exames por consulta entre médicos executores e não executores.

Para estudar a ocorrência de exames autogerados foram selecionadas três especialidades: cardiologia, angiologia e cirurgia vascular, e ginecologia e obstetrícia, com seus respectivos exames de imagem mais comuns: ecocardiograma, ultrassonografia com doppler de vasos arteriais e venosos periféricos, e ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia.

A fim de determinar a ocorrência de demanda induzida pelo fornecedor: para reconsultas, foram considerados como reconsultas induzidas os casos onde o resultado de reconsultas por consulta ultrapassou a soma da média com um desvio padrão da amostra, e para exames autogerados, o número de exames solicitados por médicos também executantes comparado com este mesmo índice por médicos não executantes na mesma especialidade.

Para justificar a ocorrência de seleção adversa e risco moral, comparou-se o uso e despesas dos beneficiários com possibilidade de terem estimulados ou inibidos estes comportamentos com seus grupos controle: beneficiários de planos familiares/individuais *versus* beneficiários de planos coletivos e beneficiários de planos sem co-participação *versus* beneficiários de planos com co-participação, respectivamente.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 SELEÇÃO ADVERSA

A análise de ocorrência de seleção adversa se baseia na forma de adesão ao plano de saúde, se dar por demanda espontânea, caso dos planos familiares/individuais, ou por oferta do empregador, caso dos planos coletivos. A demanda espontânea por um plano de assistência médica privada pode ser por pessoas híidas que buscam precaução a uma doença ou evento futuro e inesperado, como um acidente, ou pode ser por pessoas já doentes e com uma necessidade imediata de utilização deste plano de saúde. Do ponto de vista da sustentabilidade de uma operadora, é interessante saber quando a procura do segundo grupo se sobrepõe em relação ao primeiro, ou seja, quando a demanda espontânea é para utilização mais precoce e com uso de maiores recursos, gerando maior despesa. No segundo caso, o problema da seleção adversa é potencialmente mais presente, pois pode haver manipulação de informações relevantes às condições prévias de saúde do demandante. Isto parece particularmente importante diante da legislação vigente, que apresenta incentivos econômicos à entrada de pessoas em tal situação.

O estudo observou a despesa gerada pelo uso do plano de saúde no primeiro ano a partir da carência e a evolução desta despesa nos anos seguintes do período analisado que é de 2005 a 2008.

A amostra colhida foi de 1440 beneficiários, sendo 1140 em planos coletivos e 300 em planos familiares/individuais, com e sem co-participação. A idade variou de 0 a 91 anos, sendo 845 no sexo feminino e 455 no masculino. A idade média foi a mesma para planos familiares/individuais e planos coletivos: 33 anos, mas a idade máxima foi pouco maior nos planos familiares/individuais: 91 contra 82 anos e a idade mínima foi de zero contra 1 ano. A diferença entre gêneros de 59,7% de pessoas do sexo feminino nos planos coletivos contra 66,6% nos planos familiares/individuais, mostrando que nos dois grupos os integrantes do sexo masculino foram minoria. Destes perfis, observa-se que os grupos têm características semelhantes quanto à abrangência de faixa etária e de divisão por gênero.

Quanto ao início do uso do plano de saúde, o intervalo médio de dias a partir da carência para início do uso foi 64,1% menor nos planos familiares/individuais em relação aos coletivos, ou seja, 132 contra 368 dias. E o intervalo mínimo de dias foi -269 dias nos planos familiares/individuais contra 1 dia nos planos coletivos. O número negativo é explicado pelo uso antes do término do período de carência legal, seja por promoções de vendas de planos sem carência, por autorizações dos serviços de auditoria das operadoras, ou por determinação judicial. Assim, percebe-se um uso mais precoce pelos planos familiares/individuais. Tanto o intervalo médio quanto o mínimo foram menores nos planos familiares/individuais, o que mostra a tendência de início mais precoce nos planos familiares/individuais, mesmo se considerarmos que, na amostra dos planos coletivos, o uso foi no primeiro dia de contrato. Neste caso, porém, não havia carência estipulada, portanto, seu uso imediato estava previsto. Já na amostra dos planos familiares/individuais, o uso inicial com -269 dias foi um uso não previsto, embora -269 dias signifique 31 dias.

A despesa média gerada no primeiro ano após a carência também foi maior nos planos familiares/individuais. A despesa média dos planos familiares/individuais foi de R\$ 1.235,41 contra R\$ 553,23 dos planos coletivos, uma diferença de 123%. Nos anos seguintes, essa diferença cai para 108%, isto é, R\$ 1.228,69 contra R\$ 589,66. Essa redução da diferença dá-se pela redução do uso dos planos familiares/individuais em 0,5% contra um incremento do uso pelos planos coletivos em 6,6%. Desta evolução pode-se concluir que os planos familiares/individuais tendem a realizar despesas elevadas logo no início dos contratos e praticamente mantêm esses gastos constantes, considerando que a redução foi de apenas 0,5%. Os planos coletivos tendem a aumentar os gastos com o decorrer do tempo, porém ainda gerando uma despesa média significativamente menor que os familiares/individuais.

A tabela 1 mostra os dados analisados:

TABELA 1 – PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS FAMILIARES/INDIVIDUAIS E COLETIVOS – PERÍODO: 01/01/2005 A 31/01/2008

| Tipos de Planos | n | Sexo | | Idade média (anos) | Idade mínima (anos) | Idade máxima (anos) | Intervalo de dias - médio | Intervalo de dias - mínimo | Despesa média no primeiro ano (R\$) | Despesa média nos anos seguintes (R\$) |
|------------------|------|------|-----|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--|
| | | F | M | | | | | | | |
| Total | 1440 | 845 | 595 | 33 | 0 | 91 | 293 | -269 | 1.788,64 | 1.818,35 |
| Planos Fam./Ind. | 300 | 179 | 121 | 33 | 1 | 82 | 132 | -269 | 1.235,41 | 1.228,69 |
| Planos Coletivos | 1140 | 666 | 474 | 33 | 0 | 91 | 368 | 1 | 553,23 | 589,66 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

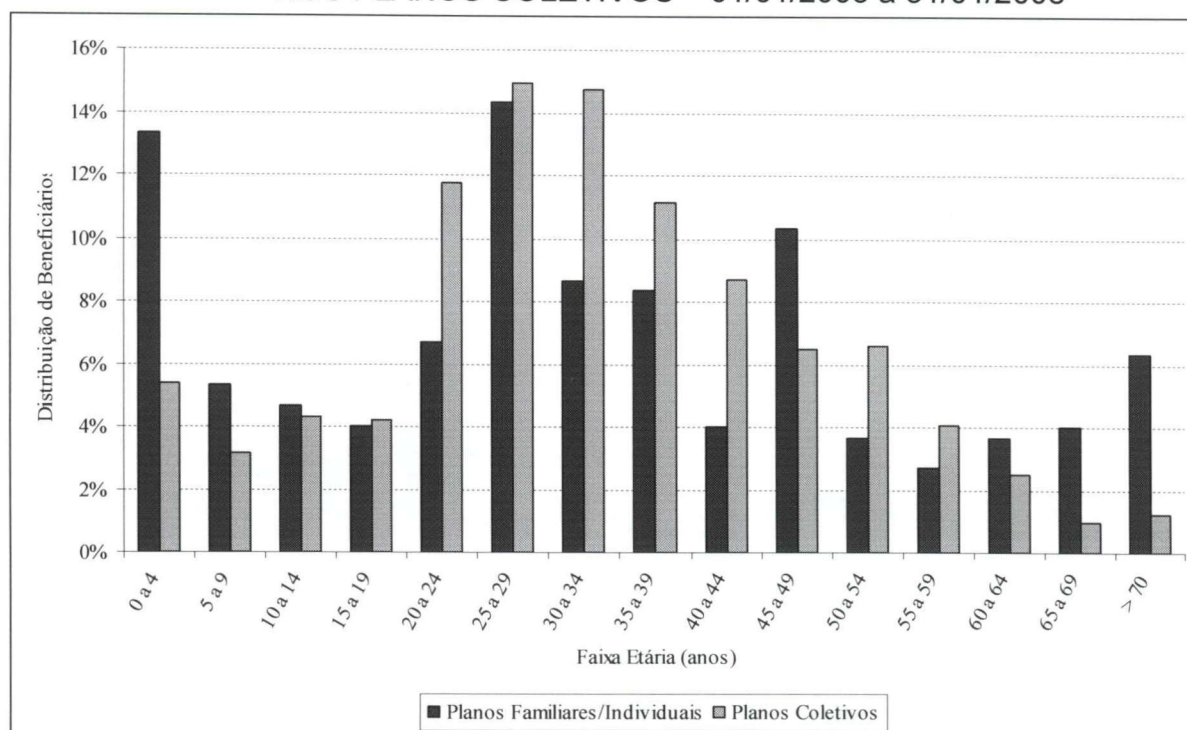
Embora semelhantes na abrangência de faixa etária, a distribuição percentual por faixa etária é diferente nos dois grupos. Nos planos familiares/individuais, o percentual de beneficiários é maior que nos planos coletivos nas faixas etárias até 14 anos e acima de 60 anos. Nas demais faixas etárias, exceto de 45 a 49 anos, os planos coletivos percentualmente têm mais beneficiários, conforme mostrado na tabela 2 e no gráfico 1 a seguir:

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS FAMILIARES/INDIVIDUAIS E NOS PLANOS COLETIVOS – 01/01/2005 a 31/01/2008

| Tipos de Planos | Faixa Etária (anos) | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| | 0 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | 60 a 64 | 65 a 69 | > 70 |
| Familiares / Individuais | 13% | 5% | 5% | 4% | 7% | 14% | 9% | 8% | 4% | 10% | 4% | 3% | 4% | 4% | 6% |
| Coletivos | 5% | 3% | 4% | 4% | 12% | 15% | 15% | 11% | 9% | 6% | 7% | 4% | 2% | 1% | 1% |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS FAMILIARES/INDIVIDUAIS E NOS PLANOS COLETIVOS – 01/01/2005 a 31/01/2008



FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

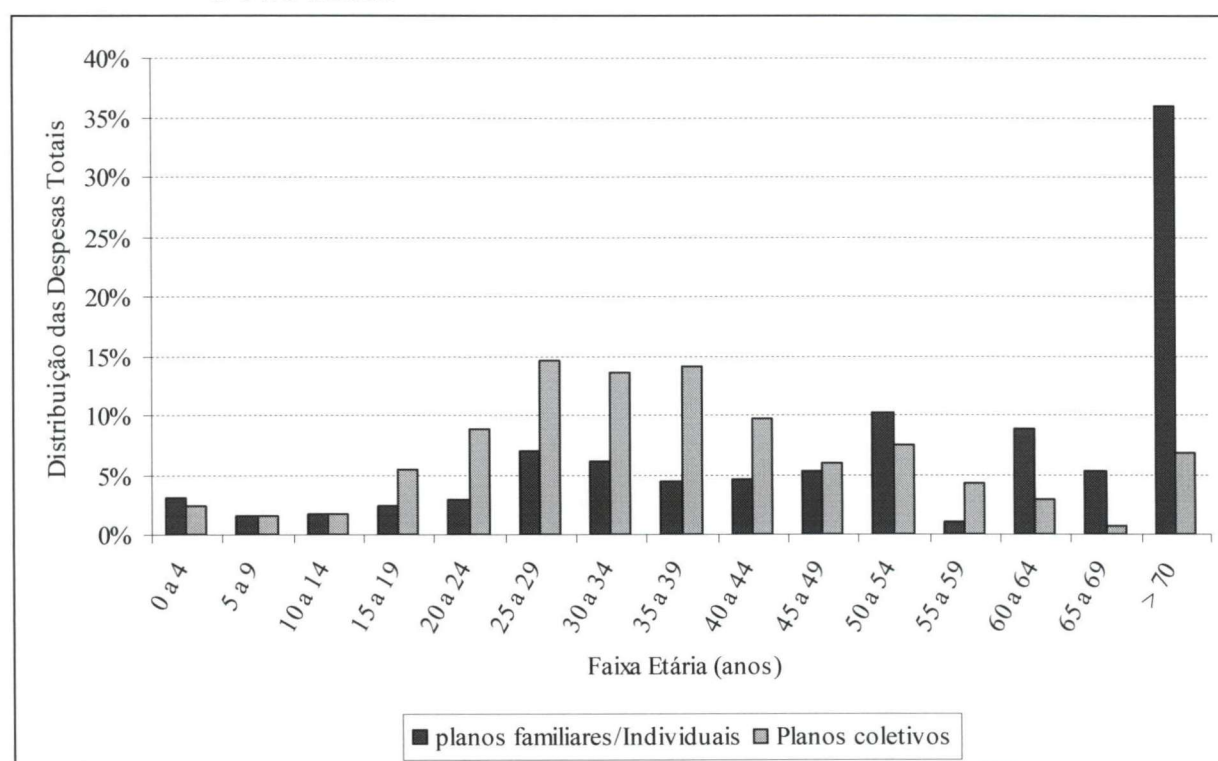
Percebe-se que, enquanto que nos planos coletivos há uma redução gradual de beneficiários a partir de 30 a 34 anos, permanecendo em valores baixos a porcentagem de idosos, nos planos familiares/individuais, esse maior número de beneficiários idosos apresenta-se como um incremento gradual a partir dos 60 anos. Também é de se notar que o maior número de crianças e adolescentes neste grupo tem expressiva participação de beneficiários até 4 anos de idade.

Este comportamento da distribuição dos beneficiários por faixa etária nos planos familiares/individuais pode refletir duas situações: a procura de pessoas na terceira idade devido à necessidade de assistência médica para o tratamento de doenças crônico-degenerativas que são mais comuns nessas faixas etárias e o contrato de planos privados pelos pais para os seus filhos a fim de prover a assistência médica pediátrica necessária para protegê-los das doenças comuns da infância. Ou seja, essas duas situações podem ser resultado de uma causa: a procura por planos de saúde privados pelos grupos de maior risco.

Essa procura de pessoas de maior ricas está refletida nas despesas, conforme mostra a tabela 3 e o gráfico 2. Comparando-se a distribuição percentual

das despesas totais (a soma da despesa do primeiro ano com a despesa dos anos seguintes) por faixa etária nos planos familiares/individuais e coletivos, pode se observar que as pessoas idosas, a partir dos 60 anos de idade, representam maior despesa nos planos familiares/individuais que nos planos coletivos. Nos planos familiares/individuais, a faixa etária acima de 70 anos, ou seja, 6% de todos os beneficiários, representa 36% das despesas totais de todos os beneficiários. No gráfico 2 e na tabela 3, a faixa etária de 0 a 4 anos destes planos, não mostra despesa elevada por provavelmente o uso ser maior em consultas médicas e exames laboratoriais, dados não levados em conta neste estudo.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS TOTAIS POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS FAMILIARES/INDIVIDUAIS E NOS PLANOS COLETIVOS – 01/01/2005 a 31/01/2008



FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS TOTAIS POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS FAMILIARES/INDIVIDUAIS E NOS PLANOS COLETIVOS – 01/01/2005 a 31/01/2008

| Tipos de Planos | Faixa Etária (anos) | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| | 0 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | 60 a 64 | 65 a 69 | > 70 |
| Familiares / Individuais | 3% | 2% | 2% | 2% | 3% | 7% | 6% | 4% | 5% | 5% | 10% | 1% | 9% | 5% | 36% |
| Coletivos | 2% | 1% | 2% | 5% | 9% | 15% | 14% | 14% | 10% | 6% | 7% | 4% | 3% | 1% | 7% |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

Do estudo conclui-se que há evidências da ocorrência de seleção adversa na adesão aos planos familiares/individuais, pois se percebe uma procura maior por pessoas de maior risco e um uso mais precoce da assistência. Uso que gera maior despesa se comparado a grupo de controle, os beneficiários de planos coletivos, principalmente pelos beneficiários acima de 70 anos de idade. Essa maior despesa nos planos familiares/individuais está refletida na despesa média elevada e maior que o grupo de controle desde o início e que se mantém desta forma nos anos seguintes. Portanto, há evidências de que os beneficiários de planos familiares/individuais formam um grupo que busca os planos de saúde privados quando já apresentam problemas de saúde e necessitam da assistência médica.

6.2 RISCO MORAL

A análise de ocorrência de risco moral tem base na forma de utilização do plano de saúde. A Lei nº. 9.656/98 autoriza a venda de planos de saúde com co-participação, que é o pagamento por parte do beneficiário a cada uso da assistência em nível ambulatorial – consultas, exames e procedimentos – desde que este pagamento não torne inviável o acesso à assistência. Em geral o percentual de co-participação cobrado chega a 30% do valor do evento, com limite máximo em valor absoluto de R\$ 80,00 na operadora estudada. Assim, espera-se que um beneficiário que pague pelo custo da utilização, além de pagar a mensalidade, venha a utilizar menos do que aquele que pague somente a mensalidade, embora maior que nos

planos com co-participação, e tenha direito a um uso ilimitado sem restrição de custo, ou seja, sem desembolsar qualquer valor como parte da despesa para cobrir o custo do evento. O princípio é mesmo da franquia na cobertura de seguros de automóveis: ninguém solicita a cobertura do seguro para consertar pequenos arranhões somente porque o carro está no seguro, posto que a cobrança da franquia inibe o uso indiscriminado. Isto limita a sinistralidade – a relação percentual entre a despesa e a receita gerada pelo contratante. No uso dos planos de saúde, a cobrança de co-participação pretende também inibir o uso indiscriminado, ou seja o “usar porque tem plano de saúde” sem necessidade real para o bem-estar do indivíduo. Assim, há risco moral quando o beneficiário utiliza o plano de saúde indiscriminadamente, somente porque paga a mensalidade, sem necessitar da assistência para o seu real bem-estar.

O estudo observou o intervalo de início de uso, descontado o período de carência, a despesa gerada pelo uso do plano de saúde em exames e procedimentos ambulatoriais no primeiro ano a partir da carência e a evolução desta despesa nos anos seguintes do período analisado (de 2005 a 2008). Também foi observado o custo desta utilização, que é a despesa subtraída do valor cobrado em co-participação.

A amostra colhida foi de 831 beneficiários, sendo 194 em planos com co-participação e 637 em planos sem co-participação, coletivos e familiares/individuais. A idade variou de 1 a 91 anos, sendo 452 no sexo feminino e 379 no masculino. A idade média foi de 37 anos, sendo que, nos planos com co-participação foi de 39 anos e, nos sem co-participação, foi de 35 anos. A idade máxima foi de 78 contra 91 anos e a idade mínima foi de dois contra um ano, nos planos com e sem co-participação, respectivamente. A diferença entre gêneros de 52,6% de pessoas do sexo feminino nos planos com co-participação contra 54,9% nos planos sem co-participação mostra que nos dois grupos os integrantes do sexo masculino foram minoria. Destes perfis, observa-se que os grupos têm características semelhantes quanto à divisão por gênero, sendo a abrangência de faixa etária mais ampla nos planos sem co-participação.

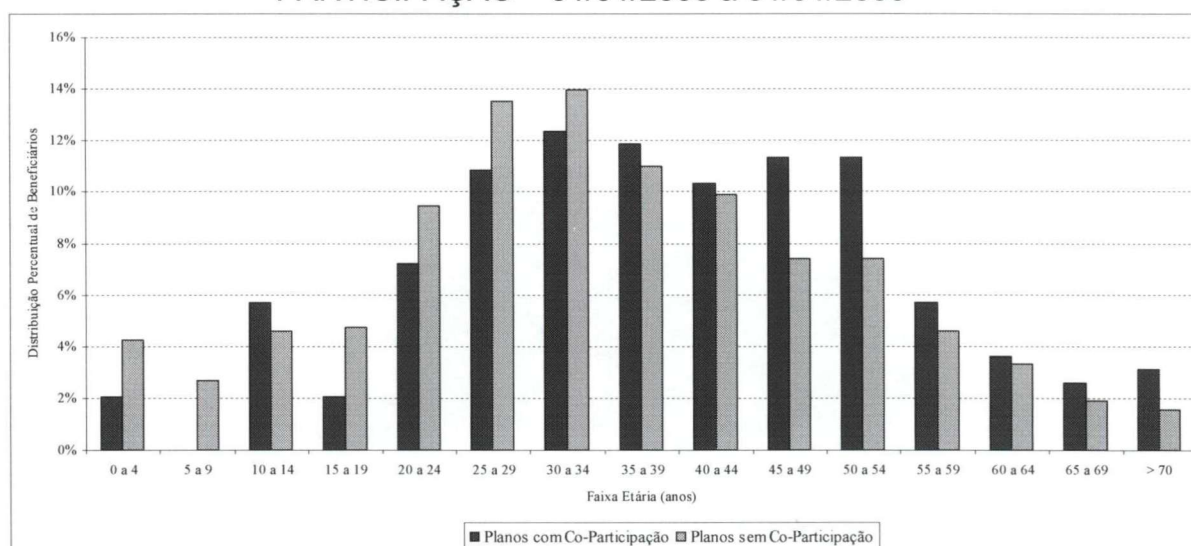
A distribuição percentual dos beneficiários por faixa etária não mostrou diferenças dignas de nota, conforme a tabela 4 e o gráfico 3.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS COM E SEM CO-PARTICIPAÇÃO – 01/01/2005 a 31/01/2008

| Tipos de Planos | Faixa Etária (anos) | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| | 0 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | 60 a 64 | 65 a 69 | > 70 |
| Com co-participação | 2% | 0% | 6% | 2% | 7% | 11% | 12% | 12% | 10% | 11% | 11% | 6% | 4% | 3% | 3% |
| Sem co-participação | 4% | 3% | 5% | 5% | 9% | 14% | 14% | 11% | 10% | 7% | 7% | 5% | 3% | 2% | 2% |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS COM E SEM CO-PARTICIPAÇÃO – 01/01/2005 a 31/01/2008



FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

Quanto ao início do uso do plano de saúde, o intervalo médio de dias a partir da carência para início do uso foi 0,7% menor nos planos com co-participação em relação aos sem co-participação (387 contra 390 dias). E o intervalo mínimo de dias foi 69,3% menor nos planos com co-participação em relação aos sem co-participação (-47 dias contra -153 dias). O número negativo é explicado pelo uso antes do término do período de carência legal, seja por promoções de vendas de planos sem carência, por autorizações dos serviços de auditoria das operadoras por

determinação judicial. Assim, percebe-se um uso mais precoce pelos planos sem co-participação.

A despesa média gerada no primeiro ano após a carência também foi maior nos planos sem co-participação. A despesa média dos planos sem co-participação foi de R\$ 313,25 contra R\$ 282,39 dos planos com co-participação, uma diferença de 11%. Nos anos seguintes, essa diferença inverte o sinal e sobe para 16%, isto é, R\$ 341,03 contra R\$ 406,65, ou seja, os planos com co-participação passam a gerar despesas maiores. Essa alteração se dá pelo incremento do uso dos planos com co-participação em 44,0% contra um incremento do uso pelos planos sem co-participação em 8,9%. Por outro lado, nos planos com co-participação, a cobrança de co-participação pouco se elevou com percentual de crescimento em 1,3%, de R\$ 88,99 para R\$ 90,11, o que significou uma elevação no custo da assistência em 63,7% contra 8,9% nos planos sem-co-participação.

No primeiro ano dos planos com co-participação, o incremento do custo não acompanhou o aumento da despesa. Desta evolução pode-se concluir que os planos sem co-participação tendem a realizar despesas mais elevadas logo no início dos contratos com incremento na utilização dos anos seguintes. Já os planos com co-participação tendem a gerar menor despesa no início, provavelmente inibidos pela cobrança da co-participação, mas que aumentam significativamente com o decorrer do tempo, possivelmente pela percepção do custo-benefício favorável nesta utilização. Diante disso, vê-se que a cobrança de co-participação, nos valores apresentados, deixa ser eficiente em inibir o uso indiscriminado do serviço e talvez passe a estimulá-lo, já que a mensalidade é menor que no plano sem co-participação e a franquia não inibitória. O que pode explicar a desproporcionalidade entre a evolução da despesa e do custo é o valor do teto na cobrança de co-participação, que parece não ser desestimulante ao uso nos planos de saúde em procedimentos de alto custo, como por exemplo o exame de ressonância magnética cujos valores variam entre R\$ 700,00 e R\$ 800,00. Assim, um limite de R\$ 80,00 é apenas 10% desta despesa, valor relativo muito aquém dos 30% cobrados em procedimentos de menor custo.

A tabela 5 mostra os dados analisados:

TABELA 5 – PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS COM CO-PARTICIPAÇÃO E SEM CO-PARTICIPAÇÃO – PERÍODO: 01/01/2005 A 31/01/2008

| Tipos de Planos | n | Sexo | | Idade média (anos) | Idade min. (anos) | Intervalo de dias - médio | Interv. de dias - min. | Despesa média no primeiro ano (R\$) | Cobrança média de co-part. no primeiro ano (R\$) | Despesa média nos anos seguintes (R\$) | Cobrança média de co-part. nos anos seguintes (R\$) | Custo médio no primeiro ano (R\$) | Custo médio nos anos seguintes (R\$) |
|--------------------|-----|------|-----|--------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|--|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| | | F | M | | | | | | | | | | |
| Total | 831 | 452 | 379 | 37 | 1 | 387 | -153 | 306,05 | 20,78 | 356,35 | 21,04 | 285,27 | 335,31 |
| Planos com co-part | 194 | 102 | 92 | 39 | 2 | 387 | -47 | 282,39 | 88,99 | 406,65 | 90,11 | 193,40 | 316,53 |
| Planos sem co-part | 637 | 350 | 287 | 35 | 1 | 390 | -153 | 313,25 | 0,00 | 341,03 | 0,00 | 313,25 | 341,03 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

Do estudo conclui-se que há evidências da ocorrência de risco moral na utilização dos planos de saúde em planos sem co-participação, pois se percebe um uso mais precoce e que gera maior despesa no primeiro ano (descontado o período de carência) comparando-se com o grupo de controle, os beneficiários de planos sem co-participação. Entretanto, com o decorrer do tempo, os beneficiários parecem perceber que os valores cobrados em co-participação, principalmente o valor do teto de cobrança, são pouco desestimulantes ao uso, sendo ineficientes em inibir a ocorrência de risco moral.

6.3 DEMANDA INDUZIDA PELO FORNECEDOR

A relação médico-paciente é uma relação agente-principal. O paciente é o principal que delega autoridade decisória ao médico, seu agente. Isto acontece pois o principal não tem informação suficiente para determinar a melhor conduta para a resolução de seu problema. O agente é o detentor desta informação. Assim, o médico deve indicar a conduta necessária para promover o bem-estar do paciente, como se fosse o próprio paciente, conforme os interesses deste. Mas o médico pode ter outros interesses além do bem-estar do paciente. Assim, se um certo número de pacientes procura um certo número de médicos, por mais que os pacientes sejam diferentes e os médicos também, considerando que os pacientes desconhecem o

médico antes da primeira consulta, ocorre uma distribuição aleatória na demanda inicial por médicos.

Os pacientes distribuídos aleatoriamente tenderão a ofertar aos médicos uma média dos diversos tipos de doenças as quais estes médicos irão tratar. Tem-se assim que as condutas tomadas pelos médicos deverão também estar dentro de uma média na necessidade de reconsultas e exames solicitados. A evidência de exames solicitados ou reconsultas acima da média sugere que pode haver outros motivos na decisão médica que vão além do bem-estar do paciente. Um médico pode indicar mais procedimentos que a média por diversos motivos, como excesso de zelo, insegurança em sua avaliação clínica, vontade de agradar o paciente, medo de processos questionando a sua conduta, dentre outros motivos aqui não listados. Um outro motivo possível, porém, é ser remunerado se for o executante do procedimento indicado, o que caracteriza a demanda induzida pelo fornecedor. Como forma de avaliar a ocorrência de demanda induzida pelo fornecedor no mercado de saúde suplementar foi realizada uma análise do número de reconsultas por consultas e o número de exames solicitados por consulta de exames executados pelo médico que também realiza a consulta – o exame autogerado – numa operadora de planos de saúde.

Considerando-se que a primeira consulta médica é por livre demanda do beneficiário, a reconsulta, ou seja, uma segunda consulta originada da primeira, pode ocorrer se o beneficiário necessitar de um acompanhamento mais prolongado. Isto pode ser inerente à sua doença ou induzido pelo, mesmo que não seja uma necessidade para o seu bem-estar, posto que o médico será remunerado pela reconsulta.

A solicitação de exames também é consequência da consulta médica e também de acordo com o caso do beneficiário o exame será solicitado. Se o médico que consulta também é o médico que executa o exame e é pago por isso, porém, pode ocorrer uma solicitação de exames por consulta maior do que realmente é necessário ao bem-estar do beneficiário a fim de auferir maior renda ao médico.

6.3.1 Reconsultas

Considerando a reconsulta a partir da data inicial da primeira consulta, foram considerados como reconsultas induzidas os casos em que o resultado das

reconsultas por consulta ultrapassou a soma da média com um desvio padrão da amostra.

No conjunto dos 93 médicos sem distinção de especialidade, nota-se que 32 médicos induziram a reconsulta pelo critério acima estipulado. Dos 32, seis profissionais tiveram mais reconsultas que os outros no período até 15 dias, 10 entre 16 e 30 dias, 12 entre 31 e 45 dias, 11 entre 46 e 60 dias e 10 além de 60 dias. Considerando o número de períodos, 17 médicos tiveram reconsultas induzidas em apenas um período, 10 médicos em dois períodos e quatro médicos em três períodos.

A tabela 6 mostra os 32 médicos que tiveram reconsultas por consulta em número superior à média somada ao desvio-padrão, conforme os períodos.

TABELA 6 – RECONSULTAS NO GERAL - continua

| 32 Médicos (do total de 93) | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais que 60 dias |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Médico 3 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00579 | 0,00356 | 0,02492 |
| Médico 5 | 0,00000 | 0,00182 | 0,00819 | 0,00728 | 0,01183 |
| Médico 6 | 0,00154 | 0,00154 | 0,01194 | 0,00231 | 0,01464 |
| Médico 10 | 0,00000 | 0,00588 | 0,01765 | 0,02353 | 0,01765 |
| Médico 11 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01261 | 0,00924 | 0,01513 |
| Médico 12 | 0,00000 | 0,00000 | 0,04068 | 0,00693 | 0,00832 |
| Médico 14 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01333 | 0,00000 | 0,01333 |
| Médico 15 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00638 | 0,00638 | 0,00820 |
| Médico 18 | 0,00000 | 0,00273 | 0,00982 | 0,00327 | 0,00982 |
| Médico 23 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00789 | 0,01316 | 0,03947 |
| Médico 24 | 0,00219 | 0,00109 | 0,00765 | 0,00219 | 0,02186 |
| Médico 28 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00000 | 0,02985 |
| Médico 32 | 0,00000 | 0,00000 | 0,02758 | 0,01169 | 0,01730 |
| Médico 35 | 0,00053 | 0,00000 | 0,00267 | 0,00160 | 0,01175 |
| Médico 43 | 0,00000 | 0,00203 | 0,00101 | 0,00203 | 0,00101 |
| Médico 44 | 0,00000 | 0,00174 | 0,00696 | 0,00418 | 0,01114 |
| Médico 46 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01169 | 0,00319 | 0,03082 |
| Médico 52 | 0,00131 | 0,00197 | 0,01512 | 0,00197 | 0,00986 |
| Médico 53 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00431 | 0,00345 | 0,01898 |
| Médico 58 | 0,00000 | 0,00434 | 0,00972 | 0,00329 | 0,01525 |
| Médico 59 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00452 | 0,00622 | 0,02715 |
| Médico 60 | 0,00000 | 0,00294 | 0,00196 | 0,00294 | 0,01079 |
| Médico 62 | 0,00145 | 0,00290 | 0,00507 | 0,00217 | 0,01957 |
| Médico 66 | 0,00051 | 0,00000 | 0,00840 | 0,00382 | 0,01604 |
| Médico 71 | 0,00000 | 0,00132 | 0,01449 | 0,00659 | 0,01054 |
| Médico 82 | 0,00000 | 0,00617 | 0,00514 | 0,00617 | 0,01852 |
| Médico 83 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00164 | 0,00164 | 0,01023 |
| Médico 84 | 0,00000 | 0,00110 | 0,01266 | 0,00330 | 0,00550 |
| Médico 85 | 0,00000 | 0,00071 | 0,01559 | 0,00213 | 0,00850 |
| Médico 86 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00828 | 0,00207 | 0,02484 |
| Médico 88 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01447 | 0,00482 | 0,01286 |

TABELA 6 – RECONSULTAS NO GERAL - conclusão

| 32 Médicos (do total de 93) | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais que 60 dias |
|-----------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|------------------|
| Médico 89 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00586 | 0,00669 | 0,01423 |
| Desvio padrão | 0,00035 | 0,00115 | 0,00634 | 0,00340 | 0,00797 |
| Média da especialidade | 0,00008 | 0,00053 | 0,00533 | 0,00263 | 0,00977 |
| Média dos maiores | 0,00188 | 0,00542 | 0,02598 | 0,01484 | 0,05120 |
| Média dos outros | 0,00000 | -0,00166 | -0,02399 | -0,01279 | -0,06526 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada, em 2008

NOTA: Em negrito: reconsultas que ultrapassaram a soma da média com o desvio-padrão.

Na análise agrupando os médicos por especialidade, 26 foi o número de médicos que ultrapassaram seus colegas nas especialidades. Cinco médicos tiveram mais reconsultas em até 15 dias em duas especialidades; 10 tiveram reconsultas a mais entre 16 e 30 dias em sete especialidades; entre 31 e 45 dias, 10 médicos em sete especialidades; de 46 a 60 dias, em 8 especialidades, 10 médicos tiveram mais reconsultas; e além de 60 dias, oito médicos em cinco especialidades ultrapassaram seus colegas. Considerando o número de períodos, dezesseis médicos tiveram reconsultas em um período, quatro profissionais em dois períodos e seis médicos em três períodos.

A tabela 7 mostra os médicos, agrupados por especialidade, que tiveram reconsultas em número superior à média somada ao desvio-padrão, conforme os períodos.

TABELA 7 – RECONSULTAS NAS ESPECIALIDADES - continua

| Especialidade | Ginecologia e Obstetrícia | | | | |
|----------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 4 Médicos (do total de 13) | | | | | |
| Médico 6 | 0,00154 | 0,00154 | 0,01194 | 0,00231 | 0,01464 |
| Médico 10 | 0,00000 | 0,00588 | 0,01765 | 0,02353 | 0,01765 |
| Médico 24 | 0,00219 | 0,00109 | 0,00765 | 0,00219 | 0,02186 |
| Médico 52 | 0,00131 | 0,00197 | 0,01512 | 0,00197 | 0,00986 |
| Desvio padrão | 0,00075 | 0,00159 | 0,00490 | 0,00618 | 0,00560 |
| Média da especialidade | 0,00043 | 0,00117 | 0,01079 | 0,00487 | 0,01205 |
| Média dos maiores | 0,00168 | 0,00588 | 0,01765 | 0,02353 | 0,02186 |
| Média dos outros | 0,00005 | 0,00078 | 0,01022 | 0,00332 | 0,01123 |
| Especialidade | Pronto Atendimento | | | | |
| 0 Médicos (do total de 6) | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |

Não houve reconsultas por consulta acima da média somada ao desvio-padrão

TABELA 7 – RECONSULTAS NAS ESPECIALIDADES - continuação

| Especialidade | Pediatria | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 5 Médicos (do total de 15) | | | | | |
| Médico 18 | 0,00000 | 0,00273 | 0,00982 | 0,00327 | 0,00982 |
| Médico 58 | 0,00000 | 0,00434 | 0,00972 | 0,00329 | 0,01525 |
| Médico 62 | 0,00145 | 0,00290 | 0,00507 | 0,00217 | 0,01957 |
| Médico 75 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00578 | 0,00489 | 0,00934 |
| Médico 82 | 0,00000 | 0,00617 | 0,00514 | 0,00617 | 0,01852 |
| Desvio padrão | 0,00038 | 0,00186 | 0,00335 | 0,00194 | 0,00636 |
| Média da especialidade | 0,00012 | 0,00151 | 0,00427 | 0,00228 | 0,00811 |
| Média dos maiores | 0,00145 | 0,00525 | 0,00977 | 0,00553 | 0,01778 |
| Média dos outros | 0,00002 | 0,00094 | 0,00343 | 0,00178 | 0,00569 |
| Especialidade | Clínica Médica | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 6 Médicos (do total de 16) | | | | | |
| Médico 3 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00579 | 0,00356 | 0,02492 |
| Médico 7 | 0,00000 | 0,00039 | 0,00655 | 0,00578 | 0,01348 |
| Médico 23 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00789 | 0,01316 | 0,03947 |
| Médico 26 | 0,00000 | 0,00040 | 0,00243 | 0,00202 | 0,01215 |
| Médico 67 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01035 | 0,00259 | 0,01358 |
| Médico 69 | 0,00000 | 0,00087 | 0,00564 | 0,00239 | 0,01258 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00024 | 0,00354 | 0,00340 | 0,01104 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00010 | 0,00289 | 0,00228 | 0,00912 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00055 | 0,00826 | 0,00947 | 0,03220 |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00000 | 0,00166 | 0,00125 | 0,00582 |
| Especialidade | Oftalmologia | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 2 Médicos (do total de 5) | | | | | |
| Médico 37 | 0,00000 | 0,00063 | 0,00127 | 0,00190 | 0,01332 |
| Médico 90 | 0,00000 | 0,00029 | 0,00318 | 0,00058 | 0,01012 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00031 | 0,00120 | 0,00083 | 0,00493 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00031 | 0,00130 | 0,00050 | 0,00775 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00063 | 0,00318 | 0,00190 | 0,01332 |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00022 | 0,00083 | 0,00014 | 0,00635 |
| Especialidade | Otorrinolaringologia | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 1 Médico (do total de 4) | | | | | |
| Médico 70 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00702 | 0,00372 | 0,00826 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00000 | 0,00260 | 0,00087 | 0,00088 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00000 | 0,00373 | 0,00242 | 0,00922 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00000 | 0,00702 | 0,00372 | - |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00000 | 0,00264 | 0,00199 | 0,00922 |
| Especialidade | Ortopedia | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 3 Médicos (do total de 5) | | | | | |
| Médico 17 | 0,00000 | 0,00091 | 0,01089 | 0,00181 | 0,00907 |
| Médico 27 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00155 | 0,00466 | 0,01553 |
| Médico 39 | 0,00000 | 0,00133 | 0,00353 | 0,00221 | 0,01458 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00063 | 0,00428 | 0,00154 | 0,00628 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00045 | 0,00441 | 0,00230 | 0,01071 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00133 | 0,01089 | 0,00466 | - |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00023 | 0,00279 | 0,00171 | 0,01071 |

TABELA 7 – RECONSULTAS NAS ESPECIALIDADES - conclusão

| Especialidade | Cardiologia | | | | |
|---------------------------|--|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 2 Médicos (do total de 4) | | | | | |
| Médico 46 | 0,00000 | 0,00000 | 0,01169 | 0,00319 | 0,03082 |
| Médico 59 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00452 | 0,00622 | 0,02715 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00000 | 0,00404 | 0,00259 | 0,01163 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00000 | 0,00580 | 0,00339 | 0,01988 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00000 | 0,01169 | 0,00622 | - |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00000 | 0,00384 | 0,00244 | 0,01988 |
| Especialidade | Dermatologia | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 1 Médico (do total de 3) | | | | | |
| Médico 57 | 0,00000 | 0,00154 | 0,00922 | 0,00423 | 0,016135 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00089 | 0,00453 | 0,00177 | 0,006159 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00051 | 0,00725 | 0,00254 | 0,009024 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00154 | | | 0,016135 |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00000 | 0,00725 | 0,00254 | 0,005469 |
| Especialidade | Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo | | | | |
| | Até 15 dias | 16 a 30 dias | 31 a 45 dias | 46 a 60 dias | Mais de 60 dias |
| 2 Médicos (do total de 4) | | | | | |
| Médico 13 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00000 | 0,00424 | 0,00424 |
| Médico 60 | 0,00000 | 0,00294 | 2,00000 | 0,00294 | 0,01079 |
| Desvio padrão | 0,00000 | 0,00147 | 1,41421 | 0,00119 | 0,00425 |
| Média da especialidade | 0,00000 | 0,00074 | 2,00000 | 0,00291 | 0,01029 |
| Média dos maiores | 0,00000 | 0,00294 | - | 0,00424 | - |
| Média dos outros | 0,00000 | 0,00000 | 2,00000 | 0,00247 | 0,01029 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada, em 2008

NOTA: Em negrito: reconsultas que ultrapassaram a soma da média com o desvio-padrão.

Comparando a análise no total de médicos e agrupados por especialidades, percebe-se que praticamente 1/3 dos médicos tendem a induzir a reconsulta. A maioria destes induz a reconsulta em um dos períodos e principalmente nos períodos além de 30 dias. A explicação para essa indução de reconsulta além de 30 dias é que esta operadora não remunera a reconsulta num período abaixo de 30 dias se não justificada como sendo por motivo diferente da primeira consulta. Fazer a justificativa exige tempo e trabalho, implicando em algum custo mínimo de oportunidade. Na reconsulta, além de 30 dias nada é questionado e o pagamento é realizado como uma nova consulta. Também se pode perceber que 13 médicos figuraram nas duas análises, sendo assim, 14% ultrapassaram seus colegas tanto quando agrupados no total geral quanto considerando a especialidade, o que mostra que a ocorrência de maior número de reconsultas não é fato aleatório, mas demanda induzida pelo fornecedor.

6.3.2 Exames Autogerados

Os exames autogerados, isto é, aqueles solicitados pelo próprio executor, foram avaliados comparando-se a solicitação de exames por consulta entre médicos executores e não executores da mesma especialidade. Os exames estudados nas especialidades são: ecocardiograma na cardiologia, ultrassonografia com doppler de vasos arteriais e venosos em angiologia e cirurgia vascular, e ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia.

Para ecocardiograma, há quatro cardiologistas na amostra, sendo que somente um, o médico 45, é também executor. O número de exames por consulta solicitados pelo médico 45 é de 0,196, enquanto a média dos demais é 0,067. A diferença percentual entre o médico 45 e a média dos demais é de 192,44%. Ou seja, a quantidade de exames por consulta pedida por ele é praticamente três vezes a média dos cardiologistas não executantes. O segundo maior solicitante, o médico 48, pediu 0,084 exames por consulta. O médico 45 realizou, no ano de 2008, 938 ecocardiogramas solicitados por cardiologistas e demais especialistas, sendo que 521 exames foram solicitados pelo próprio executante, ou seja, 56%. A tabela 8 mostra os dados referentes ao exame de ecocardiograma em Cardiologia.

TABELA 8 – EXAMES AUTOGERADOS – ECOCARDIOGRAMA EM CARDIOLOGIA - SOLICITANTES NA ESPECIALIDADE – ANO: 2008

| Solicitantes na Especialidade | Num. ex. solicitados | Num. exames sol./consulta |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Médico 45 (executante) | 521 | 0,196 |
| Médico 46 | 67 | 0,071 |
| Médico 48 | 68 | 0,084 |
| Médico 59 | 81 | 0,046 |
| Total | 737 | 0,397 |
| Desvio padrão | 225 | 0,067 |
| Média Geral | 222 | 0,104 |
| Média dos executantes | 521 | 0,196 |
| Média dos não executantes | 72 | 0,067 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

NOTA: Em negrito: exames por consulta que ultrapassaram a soma da média com o desvio-padrão.

Para a ultrassonografia com doppler de vasos arteriais e venosos periféricos em Angiologia e Cirurgia Vascular, serão comparados dois especialistas, um executante e outro não executante. O número de exames por consulta solicitado pelo médico 4, executante, é 0,575 (364 exames), enquanto o do médico não

executante é 0,134 (75 exames), uma diferença de 329,36%. Ou seja, a quantidade de exames por consulta pedida pelo médico executante é 4,3 vezes a quantidade do especialista não executante. O médico 4 executou 392 ultrassonografias solicitadas por especialistas da área e demais especialistas, sendo que 276 exames executados foram solicitados pelo próprio executante, ou seja, 70,41%. Para este exame, há outro executante não especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, um radiologista, que realizou 206 exames. O número total de exames realizados pelos dois executantes foi 598, sendo que 73,41% foram exames solicitados pelos dois especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascular e 60,87% somente pelo médico 4, um dos executantes. O médico 4 executou 75,82% dos exames que solicitou. A tabela 9 mostra os dados referentes ao exame de ultrassonografia com doppler de vasos arteriais e venosos periféricos em Angiologia e Cirurgia Vascular por solicitante na especialidade, e a tabela 10 os dados por executante.

TABELA 9 – EXAMES AUTOGERADOS – ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DE VASOS ARTERIAIS E VENOSOS PERIFÉRICOS EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR – POR SOLICITANTE NA ESPECIALIDADE – ANO: 2008

| Solicitantes na Especialidade | Num. de exames solicitados | Num. de exames solicitados/consulta |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Médico 4 (executante) | 364 | 0,575 |
| Médico 65 | 75 | 0,134 |
| Total | 439 | 0,709 |
| Média | 220 | 0,354 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

TABELA 10 – EXAMES AUTOGERADOS – ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER DE VASOS ARTERIAIS E VENOSOS PERIFÉRICOS EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR – POR EXECUTANTE – ANO: 2008

| Executante | Num. de exames executados conforme o solicitante | | |
|---------------------|--|--------|-------|
| | Executante | Outros | Total |
| Médico radiologista | 0 | 206 | 206 |
| Médico 4 | 276 | 116 | 392 |
| Total | 276 | 322 | 598 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

Para a ultrassonografia em ginecologia e obstetria, são treze especialistas. Os executantes são os médicos 5, 24, 52, 76 e 85. Os não-executantes são os

médicos 6, 8, 10, 11, 49, 66, 84 e 88. Os executantes solicitaram 0,456 exames por consulta, em média, contra a média de 0,297 dos não executantes. O executante que mais pediu exames foi o médico 5 com 0,564 exames por consulta e o que menos pediu foi o médico 24 com 0,325 exames por consulta, resultado abaixo da média dos executantes, porém acima da média dos não-executantes. Os 5 maiores solicitantes foram os médicos 8, 5, 85, 76 e 52. Dentre estes, somente o médico 8 não é executante. A diferença percentual entre a média dos executantes que estão entre os 5 maiores solicitantes e a média dos não executantes foi de 66,23%. Dentre os ofertantes deste tipo de exame, além dos médicos citados há uma clínica cujo médico executante é radiologista e, portanto, não solicitante. Esta clínica cobriu 37,37% do total de exames executados (2.233 exames). O médico 5 cobriu 9,26% da demanda do mercado e realizou 546 exames solicitados por ele de um total de 553 exames que executou, ou seja, 98,73%. O médico 76 cobriu 14,08% da demanda do total e realizou 831 exames solicitados por ele de um total de 841 exames que executou, ou seja, 98,81%. O médico 52 cobriu 17,42% da demanda do mercado e realizou 613 exames solicitados por ele de um total de 1041 exames que executou, ou seja, 58,89%. O médico 24 cobriu 9,44% da demanda de todos os médicos e realizou 265 exames solicitados por ele de um total de 564 exames que executou, ou seja, 46,99%. E o médico 85 cobriu 12,44% da demanda total e realizou 683 exames solicitados por ele de um total de 743 exames que executou, ou seja, 91,92%. Neste mercado, os cinco especialistas também executantes solicitaram e executaram 2.938 exames do total de 5.975 exames executados no total na região, sendo responsáveis pela demanda de 51,85% das ultrassonografias na especialidade, sendo que os quatro executantes que estão entre os cinco maiores solicitantes demandaram 46,78% dos exames executados totais. É importante destacar que o número de exames solicitados pelos especialistas é de 8.673 que ultrapassa os 5.975 exames executados na região. Isto ocorre porque muitos pacientes realizam exames fora da área de abrangência da operadora, em outros executores. A tabela 11 mostra os dados referentes ao exame de ultrassonografia em Ginecologia e Obstetria por solicitante na especialidade, e a tabela 12 os dados por executante.

TABELA 11 – EXAMES AUTOGERADOS – ULTRASSONOGRRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - POR SOLICITANTE – ANO: 2008

| Solicitantes na Especialidade | Num. de exames solicitados | Num. de exames solicitados/consulta |
|---|----------------------------|-------------------------------------|
| Médico 5 (executante) | 587 | 0,564 |
| Médico 6 | 824 | 0,328 |
| Médico 8 (executante) | 419 | 0,684 |
| Médico 10 | 57 | 0,341 |
| Médico 11 | 122 | 0,103 |
| Médico 24 | 297 | 0,325 |
| Médico 49 | 36 | 0,166 |
| Médico 52 (executante) | 637 | 0,429 |
| Médico 66 | 855 | 0,218 |
| Médico 76 (executante) | 856 | 0,472 |
| Médico 84 | 750 | 0,428 |
| Médico 85 (executante) | 715 | 0,508 |
| Médico 88 | 65 | 0,106 |
| Total | 6.220 | 4,672 |
| Desvio padrão | 326 | 0,178 |
| Média Geral | 478 | 0,359 |
| Média dos executantes | 559 | 0,456 |
| Média dos não executantes | 391 | 0,297 |
| Média dos executantes entre os cinco maiores solicitantes | 699 | 0,493 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

NOTA: Em negrito: Os cinco maiores solicitantes de exames.

TABELA 12 – EXAMES AUTOGERADOS – ULTRASSONOGRRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - POR EXECUTANTE – ANO: 2008

| Executante: | Num. de exames executados conforme o solicitante | | |
|---------------------|--|--------|-------|
| | Executante | Outros | Total |
| Médico 5 | 546 | 7 | 553 |
| Médico 24 | 265 | 299 | 564 |
| Médico 52 | 613 | 428 | 1041 |
| Médico 76 | 831 | 10 | 841 |
| Médico 85 | 683 | 60 | 743 |
| Médico radiologista | 0 | 2233 | 2233 |
| Total | 2.938 | 3.037 | 5.975 |

FONTE: Elaboração própria – dados da operadora de planos de saúde estudada

NOTA: Em negrito: Os cinco maiores solicitantes de exames.

Diante dos números apresentados em relação aos três exames, percebe-se que: i) aparentemente, alguns executantes buscam no mercado, prioritariamente, produzir a sua própria demanda, posto que solicitam maior número de exames por consulta que os especialistas não executantes; e ii) a ocorrência de maior número de exames solicitados por executantes não é fato aleatório, mas demanda induzida pelo fornecedor.

6.4 REFLEXOS DA ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E NO DESEMPENHO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Conforme observado nos tópicos anteriores, há evidências de risco moral, seleção adversa e demanda induzida pelo fornecedor no mercado de saúde suplementar. A legislação atual favorece este tipo de comportamento oportunista. A legislação, como instituição formal, indiretamente eleva os custos de transação das operadoras de planos privados de saúde ao limitar o acesso à informação por parte das operadoras e, portanto, influencia negativamente o desempenho econômico destas organizações.

A legislação, na forma atual, cria vantagens a certos grupos sociais em detrimento de outros. Como visto, aqueles que deixam de contratar um plano de saúde a fim de evitar eventos futuros têm perda de bem-estar, posto que o valor das mensalidades para pessoas de baixo risco se eleva em função da seleção adversa. Por outro lado, o uso abusivo devido ao risco moral e à demanda induzida pelo fornecedor eleva os custos assistenciais de modo não previsível nos cálculos atuariais, o que também impacta negativamente no desempenho econômico deste mercado.

O fundamento da discussão não é deixar de regular o mercado e permitir que as operadoras estabeleçam contratos abusivos, mas observar que a sobreutilização do plano de saúde privado por alguns implica no encarecimento do mesmo para outros quando não há alguma forma razoável de discriminação de preços.

Num país onde a saúde é obrigação do Estado e direito de todos os cidadãos, a participação da iniciativa privada deveria contar com maior grau de liberdade nos contratos entre operadoras e beneficiários, deixando de ser obrigatória a venda do plano de saúde privado a quem quisesse adquirir, por um preço controlado e com a facilidade de poder não revelar possíveis riscos no momento da admissão. Considerando que o Estado deve estar presente com eficiência tanto como provedor de assistência à saúde do cidadão, como é sua obrigação, quanto na regulação da atividade da iniciativa privada a fim coibir abusos e proteger o consumidor, essa presença eficiente do Estado já seria o suficiente para que um

maior grau de liberdade nos contratos estimulasse a concorrência entre as operadoras a fim de oferecer um produto melhor por preços competitivos. Um Estado presente e eficiente que tornasse a procura por serviços privados apenas uma alternativa ao cidadão para obter a assistência médica – o Estado como forte concorrente – seria a condição suficiente para que as operadoras buscassem também eficiência: qualidade com menor preço, tentando captar o maior número possível de beneficiários, acabando por desonerar o Estado.

Numa resposta compensatória: a hipotrofia da atuação do Estado como provedor de saúde leva à hipertrofia da sua atuação como regulador da iniciativa privada. O que parece é que o Estado, conhecedor de suas dificuldades como provedor de assistência à saúde, quer transferir o dever de garantir saúde aos cidadãos às operadoras de planos de saúde privados. Note-se que a Lei nº. 9.656/98, em seu Artigo 32, instituiu o ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde. Ela institui que devem ser ressarcidos ao Estado, pelas operadoras de planos privados de saúde, todos os “serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”, como se um beneficiário de plano de saúde não tivesse o direito de usufruir a rede pública de saúde. Em analogia, isto é o mesmo que dizer que uma pessoa que tem contrato com duas operadoras, se atendida por uma delas, esta devesse ser ressarcida pela outra no montante das despesas efetuadas.

Considerando as conseqüências sobre o desempenho econômico destas organizações e, portanto, do mercado de saúde suplementar, a legislação que parece querer direcionar o uso da assistência à saúde para longe do SUS pode acabar, num longo prazo, por inviabilizar a existência deste mercado ao elevar seus custos totais a serem repartidos pela população de usuários. No longo prazo, um mau desempenho econômico das organizações poderá levar a uma redução do tamanho do mercado de saúde suplementar com conseqüente aumento da demanda pelos serviços da rede pública. Ou seja, potenciais beneficiários de planos privados de saúde, sem a alternativa desta oferta, apenas poderão contar com o SUS e este não poderá contar com as operadoras a fim de obter o ressarcimento das despesas pelo atendimento médico prestado.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou a evolução histórica do mercado de saúde suplementar e de sua regulamentação e discutiu como o perfil atual da legislação regulada pelo Estado e pelo Conselho Federal de Medicina pode influenciar no comportamento oportunista de prestadores de serviços, os médicos, e beneficiários. Esse comportamento oportunista implica em assimetria de informação e prejuízo ao desempenho econômico das operadoras de planos privados de saúde.

Analisando a seleção adversa, observou-se que as pessoas que contratam planos familiares/individuais tendem a contratá-los quando já necessitam da assistência e não no intuito de prevenir eventos futuros. São os beneficiários de maior risco que procuram espontaneamente as operadoras de planos de saúde.

Estudando o risco moral, ficou evidente que há diferença no uso por beneficiários de planos com co-participação e sem co-participação, pelo menos num primeiro momento. O uso excessivo, para além do objetivo de melhora real do bem-estar, é inibido quando o beneficiário sabe que terá que arcar com parte das despesas por este uso e procura suprir somente as suas necessidades reais. Como visto nos dados da operadora estudada, um valor de cobrança de co-participação subdimensionado pode não surtir o efeito inibitório desejado quando o beneficiário percebe este mau dimensionamento.

No estudo da demanda induzida pelo fornecedor, foram comparados exames por consulta solicitados por médicos executantes e não executantes na mesma especialidade e reconsultas por consulta de uma amostra de médicos. Os resultados sugerem que muitos médicos solicitam mais exames que seus colegas quando são eles mesmos os executores. Há também evidências de que alguns profissionais têm a tendência de solicitar mais retornos aos seus consultórios que outros médicos, principalmente nos períodos cuja operadora remunera a reconsulta sem fazer questionamentos. Isto sugere uma falha na relação agente-principal, configurando assimetria e informação que dá margem ao comportamento oportunista dos médicos com relação às operadoras.

Diante das evidências levantadas e da observação da legislação vigente, fica claro que o estado atual do mercado de saúde suplementar e sua regulação pode ser danoso à sua viabilidade econômica no longo prazo. Portanto, sugere-se uma reavaliação na legislação, principalmente possibilitando às operadoras avaliar

mais precisamente o grau risco do beneficiário no momento do contrato a fim de melhor ajustar prazos de carência. Às operadoras, a sugestão é um melhor dimensionamento da co-participação a fim de ser um instrumento que desestimule o mau uso da assistência, sem inibir o uso para o real bem-estar. E finalmente, sugere-se ao Conselho Federal de Medicina rever a relação médico-paciente, observando que infelizmente procedimentos médicos são solicitados sem que necessariamente o objetivo seja o bem-estar do paciente e que o médico auditor da operadora, que obviamente também está sujeito ao Código de Ética Médica, da mesma forma é responsável pelo bem-estar do paciente. Assim, a contraposição justificada do médico auditor da operadora de planos de saúde em relação à conduta do médico assistente pode trazer benefícios ao tratamento do paciente, eliminando procedimentos desnecessários que poderiam ser prejudiciais a este.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. O Mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Ministério do Planejamento e Orçamento. **Texto para discussão nº. 599**, 1998. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 04 set. 2007.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, mar. 2009. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Acesso em: 12 de abr. 2009.

ARROW, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economic Review**, vol. 53, n. 5, p. 941-973 dez. 1963.

BARCELOS, R. **A nova economia institucional: teoria e aplicações**. 28 f. Monografia (graduação em Ciências Econômicas) – Programa Especial de Treinamento, Departamento de Economia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 1996.

BERTOLOZZI, M.; GRECO, R. As políticas de saúde no Brasil: construção histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 1665, 04 jun. 1998, p. 1, coluna 1.

BRASIL. Lei nº. 9.661, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jan. 2000, p. 5, coluna 2, Seção Extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN Nº 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo

beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n 201, 18 out. 2007, p. 38, Seção 1, p. 47-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN Nº 167, de 9 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 jan. 2008, Seção 1, p. 348-49.

BRENER, J. História da medicina suplementar no Brasil: capítulo 1. **Revista Pangea**, 2005. Disponível em <http://www.clubemundo.com.br/revistapangea/show_news.asp?n=272&ed=2> Acesso em: 04 set. 2007.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema único de saúde. **Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS**. 1 ed. Brasília: CONASS, vol. 1, 2007. Disponível em <<http://www.conass.org.br>> Acesso em: 04 set. 2007.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema único de saúde. **Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS**. 1 ed. Brasília: CONASS, vol. 11, 2007. Disponível em <<http://www.conass.org.br>> Acesso em: 04 set. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jan. 1988, Seção 1, p. 1574-7.

ESTEVES, M. **Organizações hospitalares e o controle do trabalho profissional: estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do estado de Paraná**. 206 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Departamento de Administração, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

FOLLAND, S. *et al.* **A economia da saúde**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2008.

GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL. Disponível em <http://www.geap.com.br/_geap/ge_index.asp> Acesso em: 10 jun. 2007.

HODGSON, G. **Economia e instituições**: manifesto por uma economia institucionalista moderna. Oeiras: Celta, 1994.

MATTA, G.; PONTES, A. Políticas e operacionalização do sistema único de saúde. In: MOROSINI, M. (Org.) **Coleção Educação Profissional e Decência em Saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, vol. 3, 2007.

MONTONE, J. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Suplementar. **Série ANS**. Rio de Janeiro: ANS, n. 4, 2003. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf> Acesso em: 12 de abr. 2009.

NORTH, D. **Structure and change in economic history**. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 1981.

NORTH, D. **Institutions, institutional change and economic performance**. 24 ed. New York: Cambridge University Press, 2007.

POLIGNANO, M. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Faculdade de Medicina da UFMG, 2001. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 12 de out. 2007.

PYNDYCK, R. ; RUBINFELD, D. **Microeconomia**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

RISI JUNIOR, J. *et al.* As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública**. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, vol. 1, p. 117-234, 2002.

SANTOS, F. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde suplementar. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.