

# Nota Técnica

## INFLAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE – 2000-2018

Nº 54

---

**Disoc**

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Maio de 2019

Carlos Octávio Ocké-Reis  
Eduardo Pedral Sampaio Fiuza  
Pedro Henrique Herig Coimbra





# Nota Técnica

## INFLAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE – 2000/2018

Nº 54

**Disoc**

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Carlos Octávio Ocké-Reis  
Eduardo Pedral Sampaio Fiuza  
Pedro Henrique Herig Coimbra

**ipea**

## **Governo Federal**

### **Ministério da Economia**

**Ministro** Paulo Guedes



Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

#### **Presidente**

Carlos von Doellinger

#### **Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto**

Manoel Rodrigues dos Santos Junior

#### **Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**

Alexandre de Ávila Gomide

#### **Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

#### **Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**

Aristides Monteiro Neto

#### **Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura**

André Tortato Rauen

#### **Diretora de Estudos e Políticas Sociais**

Lenita Maria Turchi

#### **Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

#### **Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação**

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

# Nota Técnica

## INFLAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE – 2000/2018

**Nº 54**

**Disoc**

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Maio de 2019

Carlos Octávio Ocké-Reis  
Eduardo Pedral Sampaio Fiuza  
Pedro Henrique Herig Coimbra

**ipea**

## **EQUIPE TÉCNICA**

Carlos Octávio Ocké-Reis

**Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc/Ipea).**

**E-mail: carlos.ocke@ipea.gov.br.**

Eduardo Pedral Sampaio Fiúza

**Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais (Dirur/Ipea).**

Pedro Henrique Coimbra

**Assistente de pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais (Dirur/Ipea).**

**E-mail: pedro.coimbra@ipea.gov.br.**

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

## SUMÁRIO

### SINOPSE

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 CONTROVÉRSIA ACERCA DA METODOLOGIA DE CÁLCULO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS.....	8
3 TRAJETÓRIA DOS PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE ENTRE 2000 E 2018 .....	10
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS .....	15
APÊNDICE A.....	18
APÊNDICE B .....	19
APÊNDICE C .....	20





# INFLAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE – 2000-2018<sup>1</sup>

Carlos Octávio Ocké-Reis<sup>2</sup>  
Eduardo Pedral Sampaio Fiuza<sup>3</sup>  
Pedro Henrique Coimbra<sup>4</sup>

## SINOPSE

Esta *Nota Técnica* tem por objetivo examinar a evolução dos preços dos planos de saúde no período compreendido entre 2000 e 2018. Constatou-se que a taxa de inflação acumulada dos planos foi superior à taxa de inflação da economia e da saúde. Isso explica, em parte, o fato de a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ter aprovado recentemente a nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais e familiares em dezembro de 2018.

**Palavras-chave:** mercado de serviços de saúde; planos privados de saúde; regulação de preços.

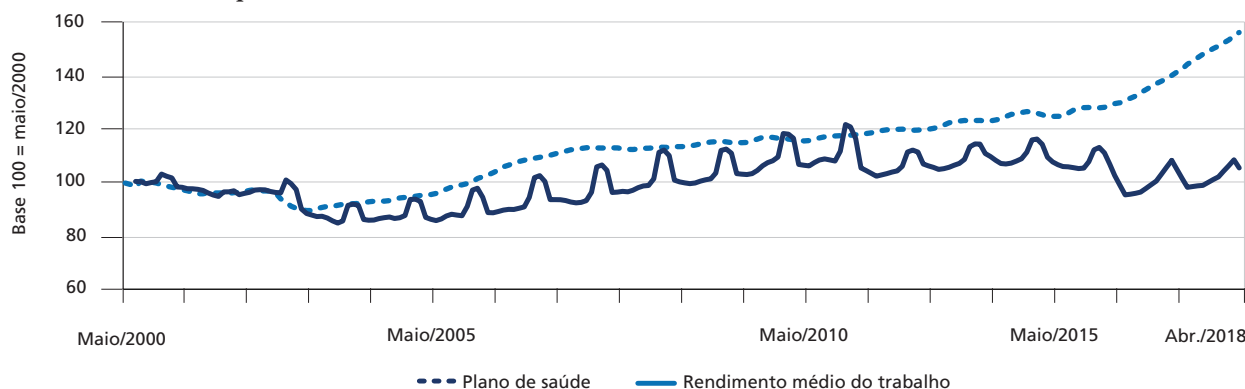
## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo examinar a evolução dos preços dos planos de saúde no período compreendido entre 2000 e 2018 (exceto os planos antigos coletivos).<sup>5</sup>

A partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), constatou-se que a taxa de inflação acumulada de 382% dos planos foi superior à taxa de inflação geral (208%) e à da saúde (180%),<sup>6</sup> que acabou afetando consumidores e empregadores, bem como problematizando a antiga metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais e familiares de saúde, definida pela ANS. Esse contencioso regulatório fica mais claro, por exemplo, se olharmos o contraste entre a evolução da curva dos preços dos planos de saúde e a evolução do rendimento médio do trabalhador no Brasil durante esse período (gráfico 1).

GRÁFICO 1

Índice –IPCA: plano de saúde<sup>1,2</sup> e rendimento médio do trabalho<sup>3</sup>



Fonte: Sistema de Recuperação Automática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Sidra/IBGE).  
Elaboração dos autores.

Notas:<sup>1</sup> Deflacionado pelo IPCA de abril de 2018 (item plano de saúde).

<sup>2</sup> Apoiamo-nos no estudo de Almeida (1998) para estimar o preço médio dos planos de saúde no ano de 2000.

<sup>3</sup> Deflacionado pelo IPCA de abril de 2018 (média móvel trimestral).

1. Este estudo teve início no período da licença capacitação de Carlos Ocké como pesquisador colaborador na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Nesse sentido, além dos pareceristas do Ipea, agradecemos o apoio do professor Áquilas Mendes (USP), os comentários e críticas dos colegas Alexandre Marinho (Ipea), André Martins (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), Angélica Santos (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), Carlos Henrique Leite Corseuil (Ipea), Ricardo Moraes (IBGE), Rodrigo Mendes (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES) e Pedro Salles (Banco Central do Brasil – BCB), e o apoio técnico de Helena Riveiro Fernandes. Todos os erros e omissões são naturalmente de nossa inteira responsabilidade.

2. Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: <carlos.ocke@ipea.gov.br>.

3. Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais (Dirur) do Ipea.

4. Assistente de pesquisa na Dirur/Ipea. E-mail: <pedro.coimbra@ipea.gov.br>.

5. Essa exclusão deve-se ao simples fato de esses planos estarem fora do escopo regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que requereria uma análise completamente nova.

6. O índice do setor saúde foi calculado a partir do expurgo do subgrupo cuidados pessoais e do item plano de saúde.

Nesse sentido, com o intuito de contribuir com esse debate, na próxima seção, analisamos a polêmica envolvida na discussão da nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos. Em seguida, apresentamos, de um lado, os procedimentos adotados para organizar os dados empíricos e, de outro, observamos o comportamento dos preços, comparando a taxa de inflação acumulada dos planos com a inflação geral e com o setor saúde, bem como com o percentual de reajuste aplicado pela ANS aos planos individuais. Nas considerações finais, propusemos criar um índice de preço específico com o objetivo de mensurar a evolução dos custos de produção dos serviços médico-hospitalares.

## 2 CONTROVÉRSIA ACERCA DA METODOLOGIA DE CÁLCULO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

Desde 2001, a ANS estabeleceu um índice de reajuste dos planos individual e familiar, a partir da média do aumento de preço dos planos coletivos empresariais e por adesão com trinta vidas ou mais.<sup>7</sup>

Considerando, entretanto, o aumento do desemprego e a queda da renda (Mello e Rossi, 2018), o debate em torno da validade desse índice se intensificou dada a relação entre o tamanho desse setor e o mercado de trabalho, quando foi observada a expulsão de pouco mais de 3 milhões de usuários de planos de assistência médica com ou sem odontologia nos últimos quatro anos.<sup>8,9</sup>

Vale ressaltar, a metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais da ANS era cercada de controvérsias (Silva, 2018; Anahp e Interfarma, 2017): inspirada no modelo de regulação por desempenho,<sup>10</sup> criou-se a expectativa de que a aplicação dessa metodologia fosse capaz de reduzir custos e assimetrias de informação, bem como estimular a eficiência econômica, apesar do padrão de competição oligopolista das operadoras nos mercados relevantes definidos.<sup>11</sup> Imaginou-se, ainda, que os consumidores dos planos coletivos teriam capacidade de barganha para negociar os contratos com as operadoras e as administradoras de benefícios (Ocké-Reis, 2012), mas, na prática, não foi isso que aconteceu. Observou-se, ao contrário, um aumento sistemático dos preços dos planos coletivos, os quais, por sua vez, embora não regulados, serviam de referência para o núcleo da política de reajuste de preços dos planos individual e familiar da ANS.

7. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/consumidor/2888-reajuste-anual-deplanos-de-sa>>.

8. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

9. “A contratação coletiva (dos planos de saúde) em geral está relacionada ao mercado de trabalho pelo fato de ser o segmento no qual os contratantes são as pessoas jurídicas, diferentemente do mercado individual, no qual os contratantes são pessoas físicas” (Leal e Matos, 2009, p. 448).

10. Segundo o CPB (2000), o modelo regulatório de *yardstick competition* (YC) é usado em mercados nos quais os agentes econômicos produtores de bens e/ou serviços são semelhantes, mas não competem entre si; e nos quais os agentes têm poucos incentivos econômicos para serem eficientes. Uma de suas principais características é condicionar a remuneração dos agentes ao seu desempenho relativo, na perspectiva de estimular a adoção de tecnologias e práticas gerenciais mais eficientes. Nesse quadro, não se pode dizer, rigorosamente, que a antiga regra da regulação dos planos de saúde individuais atendia a esses critérios: de um lado, o YC deveria comparar produtos e/ou serviços que não são substitutos entre si, porém não há uma demonstração técnica rigorosa de que os planos individuais e coletivos pertençam a mercados relevantes diferentes, mas tão somente jurisprudência; de outro lado, não se pode considerar o que era aplicado pela ANS como um YC *stricto sensu*. Em certo sentido, a ANS deturpou o conceito ao aplicá-lo não sobre o processo produtivo ou o uso de insumos, mas ao resultado deles – no caso em tela, o preço dos planos coletivos –, o que contraria o próprio nexo causal formulado nas definições de YC disponíveis na literatura de regulação econômica.

11. Em linha com a cultura antitruste, é importante notar que o conceito de mercado relevante procura elucidar se dois ou mais agentes econômicos competem entre si em busca dos consumidores de um mesmo conjunto de produtos e/ou serviços. Em particular, parece ilusório segmentar a saúde suplementar a partir da modalidade assistencial da operadora ou do desenho dos planos de saúde, uma vez que, nesses casos, os produtos poderiam ser substitutos entre si. Talvez aqui a evidência mais intuitiva para a taxonomia desse mercado repouse na distinção entre planos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos (Duclos, 2006). Entretanto, em sentido diverso, Santos (2008) e Andrade *et al.* (2012) defendem que planos individuais e coletivos pertencem a mercados relevantes diferentes, e o próprio Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) adotou a seguinte classificação individualizada para a definição dos mercados relevantes em seus pareceres e votos: *i*) plano médico individual/familiar; *ii*) plano médico coletivo; *iii*) plano exclusivamente odontológico individual/familiar; e *iv*) plano exclusivamente odontológico coletivo (Ragazzo e Machado, 2011). Abstraindo o debate em torno da relevância geográfica dos mercados, Santos (2008) aponta que a substituição entre planos coletivos e individuais estaria prejudicada nas seguintes dimensões: *i*) cálculo do risco; *ii*) grau de regulação; *iii*) assimetria na substituição; e *iv*) valor dos prêmios. À primeira vista, entendemos que *i*) e *ii*) afetam tão somente a conduta das operadoras, sem prejudicar fundamentalmente a concorrência entre eles, pois o consumidor pode desconhecer essas distinções e ignorá-las no processo de escolha do produto. Em relação ao item *iii*), não há comprovação empírica de que o usuário do plano individual não possa substituí-lo pelo coletivo em todas as situações encontradas no mercado (por exemplo, o funcionário público pode receber seu subsídio do governo federal e escolher entre um plano individual ou coletivo). O argumento *iv*) carece, igualmente, de evidências robustas, mas é plausível reconhecer que o consumidor não ignora o aumento dos prêmios – a própria subdivisão dos planos coletivos entre “empresarial” e “por adesão” foi fruto de uma ação de mercado, incorporada pela ANS, tendo em mente a estratégia de sobrevivência dos consumidores de planos individuais, fenômeno que parece dar razão a Santos (2008), especialmente nessa conjuntura econômica de desemprego e queda acentuada do poder aquisitivo das famílias. Paradoxalmente, se, de um lado, essa estratégia dos consumidores contribuiu para fortalecer o argumento do autor, de outro, deixando o debate inconcluso, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), vinculado ao Ministério da Justiça, ao consagrar jurisprudência que não considera diferente o plano coletivo empresarial do plano coletivo por adesão para fins da definição de mercado relevante, acaba indiretamente reforçando a percepção de que os planos individuais e coletivos não pertencem a mercados relevantes diferentes (dada a substituíbilidade entre os planos individuais e os planos coletivos por adesão): “Os planos coletivos apresentam ainda uma subdivisão entre planos por adesão e planos empresariais. Nos primeiros, a adesão é facultada a possíveis beneficiários que possuem vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como sindicatos, associações, conselhos profissionais etc. Nos últimos, podem ser beneficiárias pessoas vinculadas a uma pessoa jurídica através de relação empregatícia ou estatutária. A jurisprudência do Cade não considera essa diferença para fins de definição de mercado relevante, incluindo ambas as categorias em planos coletivos” (DEE, 2018, p. 41).

Apesar da reconhecida dificuldade dos índices de saúde em mensurar a produtividade e a qualidade dos serviços (Newhouse, 2001), o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) propunha a utilização do IPCA Saúde (Idec, 2018b) para fins de reajuste, mas essa proposta era questionada por não captar *in totum* o aumento da frequência da utilização: dizia-se que o IPCA Saúde, além de ser um índice dirigido aos consumidores e não às operadoras, seria composto tão somente de preços e de quantidades fixas em uma cesta de produtos em determinado período (IBGE, 2013), incorporando lentamente as mudanças tecnológicas e epidemiológicas observadas no setor, o que tornaria difícil precisar se o índice captava o aumento da quantidade consumida de serviços médico-hospitalares com o aumento de preços, considerando a evolução dos custos, a introdução de novas tecnologias etc.<sup>12</sup>

Essa posição foi apresentada pelos empresários, que propunham a aplicação da Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) como parâmetro para a definição do teto de reajuste.

Já faz bastante tempo que a FenaSaúde vem alertando para o crescimento sistemático das despesas na saúde suplementar em taxas insustentáveis, porque estão muito acima da inflação (geral) de preços ou do crescimento das rendas das pessoas e empresas. A Federação também lista possíveis fatores explicativos, entre eles os aumentos da utilização, particularmente em exames, os aumentos dos diferentes preços que compõem os serviços de assistência à saúde (materiais, medicamentos, taxas e diárias, dispositivos implantáveis, novas tecnologias etc.), e particularmente o expressivo aumento no custo médio da internação (Cechin, 2018).

Se, por um lado, era compreensível admitir certos limites do IPCA Saúde, por outro, a VCMH não media, exatamente, a variação dos custos dos prestadores – e sim a variação das despesas das operadoras com consultas, exames, procedimentos diagnóstico-terapêuticos e internações. Assim, parece razoável também criticar a consistência de uma metodologia baseada na VCMH (Idec, 2018a), pois, apesar das dificuldades, o cálculo de reajuste de planos individuais da ANS captava, de alguma forma, o aumento da utilização e a incorporação de novas tecnologias por meio dos seguintes expedientes:

- o reajuste adicional por faixa etária carregava no preço a probabilidade de aumento da taxa de utilização;
- na carteira dos planos empresarial e coletivo por adesão com mais de trinta vidas, que representam aproximadamente 80% do mercado,<sup>13</sup> além dos ganhos obtidos com a aplicação financeira das reservas obrigatórias exigidas pela ANS, as operadoras procuravam embutir na negociação do prêmio a variação esperada de preços e quantidades com profissionais de saúde, hotelaria, material médico-hospitalar e medicamentos (inclusive com as atividades administrativas e os custos relacionados à propaganda e à corretagem), influenciando o nível do teto de reajuste dos planos individuais; e
- a ANS incluía parcela de aumento no teto de reajuste referente ao impacto da atualização do rol de procedimentos médico-hospitalares.

Não foi por outro motivo que, nesse contexto, a ANS tomou a iniciativa de discutir uma nova metodologia do cálculo do reajuste dos planos.<sup>14</sup> Essa proposta foi levada à consulta pública em novembro do ano passado<sup>15</sup> e resultou na Resolução Normativa (RN) nº 441, de 19 de dezembro de 2018 (Brasil, 2018a).

Segundo a agência reguladora, o novo índice chamado Índice Máximo de Reajuste Anual das Contraprestações Pecuniárias dos Planos Privados de Assistência à Saúde Individuais ou Familiares (IRPI)

combina a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Assim, a VDA reflete diretamente as despesas assistenciais, ou seja, as despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras

12. Segundo Borges (2018), os “índices de preços do IBGE ainda não dispõem de ajustes hedônicos (controle por qualidade), que são cada vez mais utilizados em outros países”. Vale dizer, o impacto desses ajustes está longe de ser desprezível (BLS, 2014): estimativas resenhadas por Groshen *et al.* (2017) apontam um viés positivo nos índices de preços da saúde dos Estados Unidos entre 0,3% e 1,4% ao ano (a.a.), uma vez que não são ajustados hedonicamente. Isso significa dizer que os preços dos bens e serviços do setor, controlados pela qualidade, em tese, estariam subindo menos do que os índices registram ou até mesmo caindo.

13. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

14. Seu encaminhamento tardio, no entanto, não impediu a judicialização do tema. No caso da regra antiga, o parecer do Tribunal de Contas da União (TCU), divulgado em março de 2018 (Brasil, 2018b), questionou a dupla contagem no cálculo da antiga regra de reajuste – uma vez que a agência passou a aplicar percentual de aumento correspondente à introdução de novos procedimentos desde 2009 –, bem como apontou problemas relacionados à falta de transparência e consistência da própria metodologia. Esse parecer motivou o Idec a entrar com ação civil pública (Idec, 2018b), por meio de liminar, ganhando no Poder Judiciário uma decisão que garantia que o teto de reajuste dos planos individuais fosse de apenas 5,72% entre maio de 2018 e abril de 2019. Apesar de o juiz acatar a formulação do Idec no sentido de fixar o reajuste com base na variação do IPCA Saúde, a ANS recorreu e estipulou um teto de reajuste de 10% (ANS, 2018) até a aprovação dessa nova metodologia, que se deu em dezembro de 2018.

15. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4662-diretoria-da-ans-aprecia-nova-metodologia-do-calculo-do-reajuste-de-planos-individuais>>.

(despesas administrativas, por exemplo). O índice deixa então de se basear exclusivamente na VDA, mas continua sendo composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais (ANS, 2019).

Vale frisar, o Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA)<sup>16</sup> é composto por três fatores: variação das despesas assistenciais (VDA); variação da receita por faixa etária (VFE); e o fator de ganhos de eficiência (FGE),<sup>17</sup> descrito na fórmula a seguir, que consta do anexo da RN nº 441 (Brasil, 2018b):

$$IVDA = ((1+(VDA-FGE)) / (1+VFE))-1.$$

Não pretendemos esgotar nesta *Nota Técnica* o contencioso regulatório que cerca essa fórmula. O que precisa ser ao menos respondido com garantia pela ANS aos consumidores e empregadores é em que medida a nova metodologia mudará a tendência de aumento continuado dos preços observada entre 2000 e 2018: por exemplo, por meio de simulação, essa fórmula deveria ser testada em retrospectiva, avaliando se o aumento constatado no passado teria sido refreado ou não com essa nova regra.

### 3 TRAJETÓRIA DOS PREÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE ENTRE 2000 E 2018

Nesta seção, apresentamos os procedimentos metodológicos adotados para organizar os dados empíricos, assim como mostramos o comportamento dos preços entre 2000 e 2018, comparando a taxa de inflação acumulada dos planos com a inflação geral e setorial, e com o percentual de reajuste aplicado pela ANS para os planos individuais.

#### 3.1 Procedimentos metodológicos

As informações utilizadas nesta *Nota Técnica* foram coletadas a partir das bases de dados do IBGE e da ANS (teto do reajuste dos planos individuais de saúde entre maio de 2000 e abril de 2018).

Para o IBGE, a saúde está dividida em três subgrupos no IPCA: *i*) produtos farmacêuticos e óticos; *ii*) serviços de saúde; e *iii*) cuidados pessoais (IBGE, 2013).<sup>18</sup>

Para trabalhar com uma série histórica de dezoito anos (2000-2018) foi preciso agrupar três tabelas, em virtude das mudanças ocorridas na cesta de produtos coletada pelo Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (SNIPC) associadas às rodadas de aplicação da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em particular as mudanças dos subitens do grupo saúde e cuidados pessoais: uma de agosto de 1999 a junho de 2006; outra de julho de 2006 a dezembro de 2011; e, por fim, de janeiro de 2012 a abril de 2018.

16. Cabe destacar, a metodologia de apuração da VDA, desde o método de extração das informações, incluindo os critérios de tratamento da base utilizada, será objeto, anualmente, de consulta pública no interior da ANS.

17. À guisa de ilustração, dadas as mudanças tecnológicas em curso no setor (De Negri, 2018), valeria a pena explorar alguns pontos relacionados ao fator *X* de produtividade – empregado na regulação de tarifas de serviços públicos de monopólios naturais, tais como distribuição de energia, saneamento básico etc. Um elemento perturbador na construção do FGE é o uso de uma variável de desempenho (despesa assistencial), observada no passado, dos agentes mais ineficientes. Por que dos mais ineficientes? Por que apenas essa variável? Certamente, dado o caráter unidimensional dessa medida, ela merece ser problematizada *a fortiori* pela agência reguladora, mas existem outras três medidas que precisariam ser, tecnicamente, justificadas pela ANS: *i*) por que o *benchmark* considerado foi o terceiro quartil (um quartil é obtido dividindo-se os dados da distribuição de uma determinada variável – no caso, a VDA – ordenados em ordem crescente, em quatro partes iguais; o terceiro quartil contém os dados entre a mediana da distribuição, ou seja, o ponto médio da distribuição, e o ponto cuja distribuição acumulada seja de 75%) da distribuição da variável de desempenho?; *ii*) por que se definiu uma distância média ponderada dos agentes mais ineficientes em relação ao *benchmark* como base para aferir o ganho de eficiência? Isso não uniformizaria esse ganho para o conjunto do mercado e, portanto, os “eficientes” precisariam aumentar sua eficiência na mesma escala que os “ineficientes”? Dado o nível dos preços relativos, admitindo retornos decrescentes da produtividade, se os “eficientes” usam racionalmente seus insumos em seus processos produtivos, eles não precisariam inovar mais e mais para deslocar sua fronteira de eficiência, enquanto os “ineficientes” poderiam tão somente perseguir o *benchmark* definido pela ANS? Seria realista exigir de ambos a mesma redução das despesas assistenciais, mantidas constantes a cobertura e a qualidade do atendimento médico-hospitalar? Uma alternativa seria separar a mudança na eficiência técnica (deslocamento da fronteira de produção) do *catching-up* dos agentes ineficientes, além de controlar as mudanças de escala e alocativas de acordo com os nichos do mercado (Coelli *et al.*, 2003; Kumbhakar, Denny e Fuss, 2000); e *iii*) por que usar o desempenho observado no passado para medir os ganhos de eficiência? Esse mecanismo não poderia gerar um incentivo perverso no sentido de que haja um *race to the bottom*, isto é, gerar uma situação na qual as operadoras prefiram deixar o FGE estagnado? Criar uma metodologia *forward looking* não é trivial em nenhum setor econômico, pois envolve a coleta de *inputs* e *outputs* que permitam estimar funções de produção ou de custos, mas esse esforço deveria ser patrocinado pela ANS no médio prazo.

18. Grupo 6 – Saúde e cuidados pessoais. Subgrupo 61 – Produtos farmacêuticos e óticos. Item 6101 – Produtos farmacêuticos; subitem 6101001 – Anti-infeccioso e antibiótico; 6101002 – Analgésico e antitérmico; 6101003 – Anti-inflamatório e antirreumático; 6101004 – Antigripal e antitussígeno; 6101006 – Dermatológico; 6101007 – Antialérgico e broncodilatador; 6101009 – Gastroprotetor; 6101010 – Vitamina e fortificante; 6101011 – Hormônio; 6101013 – Psicotrópico e anorexígeno; 6101014 – Hipotensor e hipocolesterolêmico; 6101051 – Oftalmológico. Item 6102 – Produtos óticos; subitem 6102002 – Armação de óculos; 6102003 – Óculos sem grau; 6102011 – Lentes de óculos e de contato. Subgrupo 62 – Serviços de saúde. Item 6201 – Serviços médicos e dentários; subitem 6201002 – Médico; 6201003 – Dentista; 6201005 – Aparelho ortodôntico; 6201006 – Artigos ortopédicos; 6201007 – Fisioterapeuta; 6201010 – Psicólogo. Item 6202 – Serviços laboratoriais e hospitalares; subitem 6202003 – Exame de laboratório; 6202004 – Hospitalização e cirurgia; 6202006 – Exame de imagem. Item 6203 – Plano de saúde; subitem 6203001 – Plano de saúde. Subgrupo 63 – Cuidados pessoais. Item 6301 – Higiene pessoal; subitem 6301001 – Produto para cabelo; 6301002 – Fralda descartável; 6301004 – Produto para barba; 6301006 – Produto para pele; 6301007 – Produto para higiene bucal; 6301010 – Produto para unha; 6301011 – Perfume; 6301014 – Desodorante; 6301015 – Absorvente higiênico; 6301016 – Sabonete; 6301017 – Papel higiênico; 6301020 – Artigos de maquiagem.

No cálculo da taxa de inflação da saúde, expurgamos o subgrupo cuidados pessoais e o item plano de saúde. Esse expurgo foi feito com o objetivo de examinar a trajetória dos preços dos bens e serviços ofertados ao consumidor, os quais, ao seu modo, compõem as despesas assistenciais das operadoras.<sup>19</sup> Em outras palavras, a fim de evitar a retroalimentação do índice, para se obter uma *proxy* dos custos do mercado de planos de saúde, não faz sentido econômico manter o item plano de saúde no cálculo da taxa de inflação setorial, tampouco agregar o subgrupo cuidados pessoais (que se refere *stricto sensu* a produtos de higiene pessoal).<sup>20</sup>

Além do mais, enquanto as variações dos preços dos componentes da cesta de produtos do grupo saúde podem ser calculadas, a definição de seus pesos leva em conta a participação das despesas de cada subitem no orçamento das famílias na POF e também considera a taxa de inflação do subitem em relação ao próprio IPCA. Se a inflação mensal do subitem subir acima da inflação no interior da cesta, o peso é ajustado para cima; caso contrário, o peso pode cair (IBGE, 2013; 2012).<sup>21</sup> Cabe destacar, para estimar

a variação das mensalidades dos contratos individuais e familiares dos planos de saúde para cálculo dos índices de preços ao consumidor, o IBGE, desde 2001, apropria os percentuais de reajuste incidentes sobre os contratos assinados num período de um ano ou mais, abrangendo a maioria dos usuários. A pesquisa consiste em visitar, a cada mês, as operadoras mais representativas, ou seja, aquelas que, notoriamente, agregam o maior número de clientes. Em cada uma delas, obtém-se a informação do percentual de reajuste aplicado sobre as mensalidades dos contratos que estão fazendo aniversário no mês da pesquisa. *O percentual informado, em geral, baseia-se no reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*. Um reajuste anual é normalmente fixado no mês de maio com vistas a vigorar nos doze meses seguintes. A aplicação tem início para os usuários de acordo com a data de aniversário de cada plano. Assim, se o início da aplicação ocorre em junho de um ano, em julho do ano seguinte todos os contratos serão reajustados. O reajuste a incidir sobre os contratos passa pelas seguintes etapas: pesquisa-se a amostra de operadoras em cada região considerada; identificam-se quais os planos novos (aqueles posteriores a 1º de janeiro de 1999) e os planos antigos (anteriores a essa mesma data); calcula-se, por operadora, a variação total média anual ponderada pelas participações dos planos novos e antigos, conforme informação obtida junto à ANS; extrai-se a raiz 12 do valor obtido no item anterior, chegando-se, assim, à variação média mensal, por operadora; e aplica-se a média geométrica sobre as variações mensais de todas as operadoras da região (IBGE, 2013, p. 35-36, grifo nosso).

### 3.2 Descrição do comportamento dos preços

Tendo como subsídios para a análise os apêndices A, B e C, mostraremos nesta subseção o comportamento dos preços dos planos de saúde entre 2000 e 2018, comparando a taxa de inflação acumulada dos planos com a inflação geral e setorial, bem como com o percentual de reajuste aplicado pela ANS.

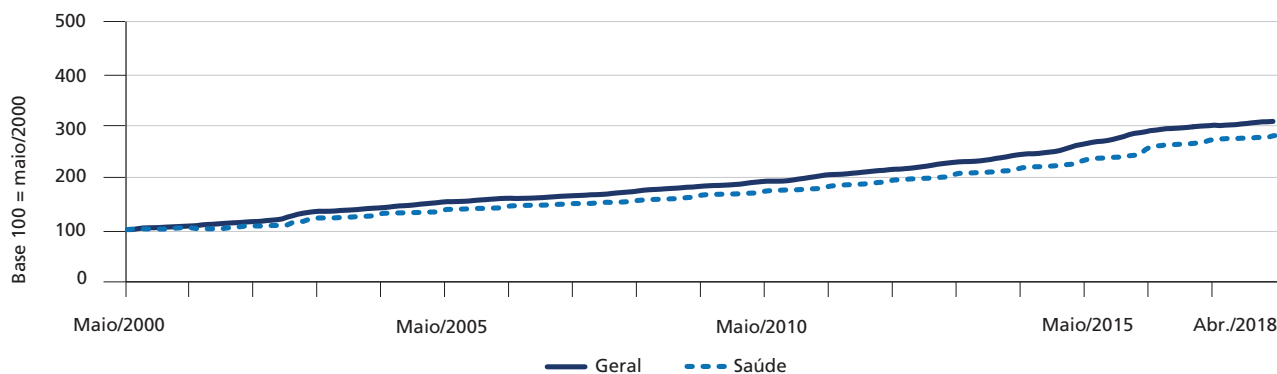
O gráfico 2 mostra um fato insólito: uma vez expurgados o subgrupo cuidados pessoais e o item plano de saúde do IPCA Saúde, a inflação geral foi maior que a setorial ao longo da série histórica. Desse modo, a taxa acumulada do IPCA e a do IPCA Saúde foram de 208% e 180%, respectivamente, enquanto o crescimento médio anual da inflação geral (5,96%) foi maior que a inflação do setor saúde (5,51%). Da ótica do índice de preço ao consumidor, considerado o expurgo, verificamos que a trajetória dos preços da cesta de bens e serviços do IPCA Saúde seguiu o movimento da curva de inflação da economia.

19. A Pesquisa de Especificação de Produtos e Serviços (PEPS) do IBGE de 2006 define a cesta de produtos que é viável de ser coletada, se concentrando no subconjunto mais representativo de bens e serviços. Em 1999 e 2000, o IBGE cedeu, extraordinariamente, ao Ipea os preços médios de cada produto que compunham o subitem pesquisado entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000, nas regiões metropolitanas observadas. *Médico* – valor da consulta particular com ou sem hora marcada (exceto primeira consulta). *Tratamento psicológico e fisioterápico* – valor com recibo da consulta com psicólogo; valor com recibo da sessão completa de fisioterapia (lombalgia, cervical etc.) ou apenas de ondas curtas ou de ultrassom. *Dentista* – valor com recibo de radiografia periapical; valor com recibo de exodontia simples; valor com recibo do tratamento de canal unirradicular; valor com recibo da extração com anestesia – boticão; valor com recibo da restauração ou obturação com amálgama de prata. *Aparelho dentário* – valor com recibo da ponte móvel de cromocobalto, fixa poliacrílica etc.; valor com recibo da coroa (metal e cerâmica) ou jaqueta de acrílico; valor com recibo da dentadura simples superior; valor com recibo do pivô DuraCast. *Exame de laboratório* – valor com recibo do exame de sangue hemograma; valor com recibo do exame de sangue glicemia; valor com recibo do exame de fezes parasitológico; valor com recibo do exame de urina. *Radiografia* – valor com recibo de radiografia de tórax (uma e duas incidências); valor com recibo de radiografia de seios da face (duas e três incidências). *Hospitalização e cirurgia* – valor com recibo do parto cesárea/normal, internação obstétrica, pacote maternidade etc.; valor com recibo da taxa da sala de cirurgia para parto normal/cesárea, primeira hora; valor com recibo da taxa da sala de cirurgia média ou grande; valor com recibo da diária em apartamento simples com banheiro, enfermaria etc. por motivo cirúrgico. A partir da verificação de tais produtos, desatualizados ou não, vê-se que a estrutura das despesas das operadoras de planos não reflete, exatamente, as despesas assistenciais dos consumidores. No entanto, se a aplicação do IPCA Saúde (expurgado) como *proxy* dos custos das operadoras de planos de saúde pode ser vista como problemática – devido à taxa de utilização dos serviços e ao escopo da cesta –, os registros administrativos relacionados às despesas assistenciais deveriam ser auditados pela ANS para funcionar como uma fonte de informação aceitável. Afinal de contas, se o IPCA Saúde (expurgado) fornece tão somente um retrato aproximado da evolução dos custos do mercado, um grande volume de dados disponibilizados pelas operadoras não pode ser deferido sem o escrutínio rigoroso da ANS: técnicas de *big data* devem ser aplicadas em busca da certificação de tais informações (Basu e Sullivan, 2017).

20. Tomou-se cuidado para o expurgo afetar de maneira homogênea o peso dos itens do IPCA Saúde em cada mês da série histórica. Dessa forma, uma vez que eles foram redistribuídos internamente, o expurgo não alterou o peso do grupo saúde no índice de inflação.

21. Supomos que a calibragem dos pesos, definida originalmente pela última POF, foi preservada, garantindo a consistência do cálculo do índice setorial. De qualquer maneira, a POF 2017-2018 mostrará com rigor se o perfil de consumo das famílias mudou ou não. Para evitar a desatualização da cesta de bens e serviços do SNIPC, uma alternativa seria reduzir o intervalo entre as POFs ou garantir a sua realização de forma simplificada entre as POFs quinzenais, permitindo a atualização mais rápida das cestas (IBGE, s.d.).

GRÁFICO 2

Índice – IPCA: geral *versus* saúde<sup>1</sup>

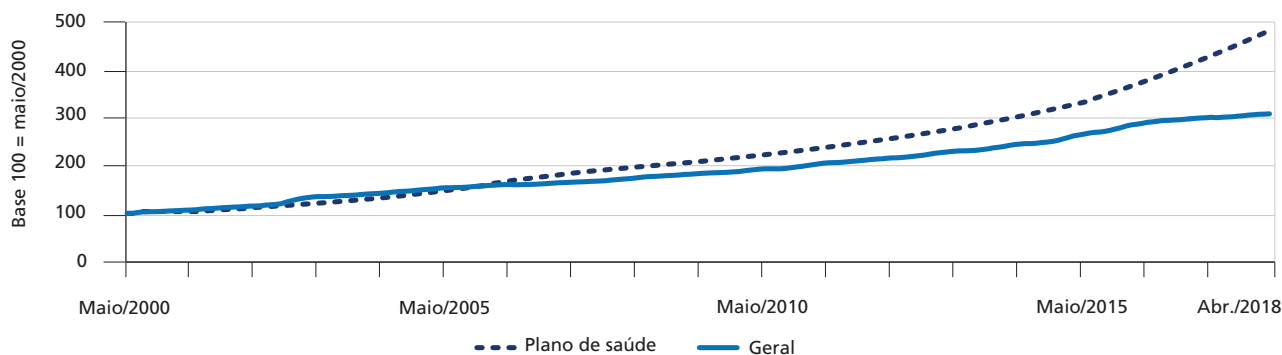
Fonte: Sidra/IBGE.

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Índice calculado a partir do expurgo do subgrupo cuidados pessoais e do item plano de saúde.

O gráfico 3 explica, em parte, o resultado observado no gráfico anterior, dado o peso dos planos de saúde na inflação setorial. Em especial, a partir de 2006, a trajetória da inflação dos planos de saúde se descolou progressivamente do IPCA. Desse modo, as taxas de inflação acumuladas dos planos de saúde e do IPCA foram de 382% e 208%, respectivamente, enquanto o crescimento médio anual da inflação dos planos (8,71%) foi maior que o da inflação (5,96%).

GRÁFICO 3

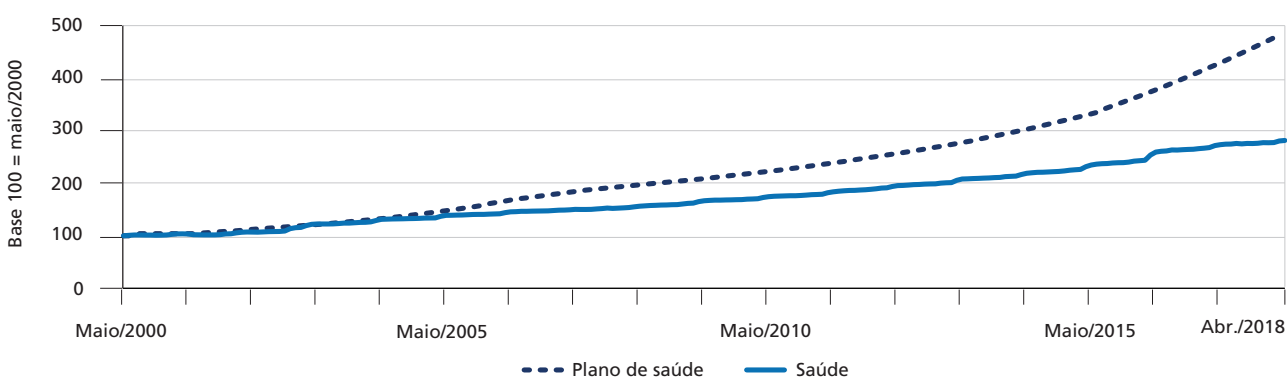
Índice – IPCA: plano de saúde *versus* geral

Fonte: Sidra/IBGE.

Elaboração dos autores.

No gráfico 4, essa discrepância se acentua quando comparamos o IPCA Saúde com a inflação dos planos. Considerado o expurgo, a taxa de inflação acumulada dos planos de saúde (382%) foi mais de duas vezes a inflação setorial (180%), enquanto as taxas médias de crescimento anual foram, respectivamente, 8,71% e 5,51%.

GRÁFICO 4

Índice – IPCA: plano de saúde *versus* saúde<sup>1</sup>

Fonte: Sidra/IBGE.

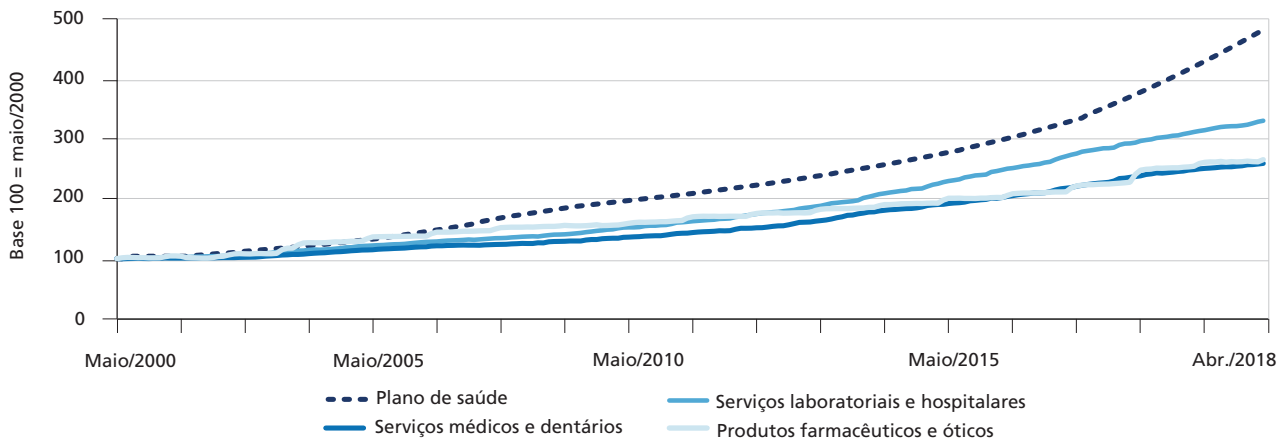
Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Índice calculado a partir do expurgo do subgrupo cuidados pessoais e do item plano de saúde.

No gráfico 5, desagregando os componentes da inflação do setor saúde, a taxa de inflação acumulada dos serviços médicos e dentários (230%), dos produtos farmacêuticos e óticos (165%) e dos serviços laboratoriais e hospitalares (159%), entre 2000 e 2018, foi menor que a dos planos de saúde (382%). Cabe destacar, o crescimento médio anual dos preços dos planos de saúde (8,71%) foi maior que o dos serviços médicos e dentários (6,45%), dos produtos farmacêuticos e óticos (4,93%) e dos serviços laboratoriais e hospitalares (4,50%).

GRÁFICO 5

**Índice – IPCA: plano de saúde versus serviços médicos e dentários, laboratoriais e hospitalares e produtos farmacêuticos e óticos**



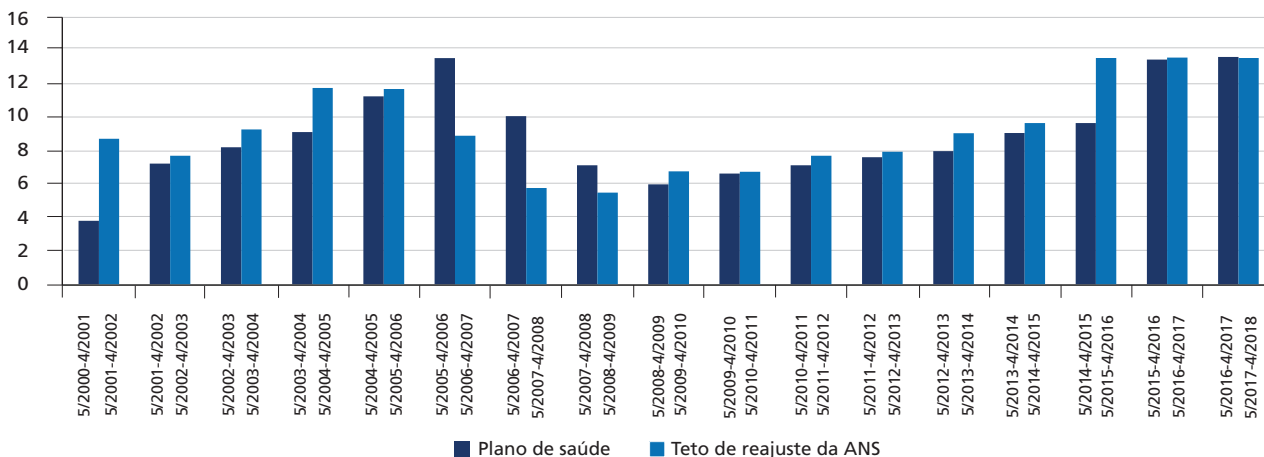
Fonte: Sidra/IBGE.  
Elaboração dos autores.

O gráfico 6 compara a inflação dos planos individuais de saúde com o teto de reajuste definido pela ANS. Como o percentual informado pelo índice de preço, em geral, baseia-se no reajuste fixado pela agência para os planos individuais e familiares, pode-se deduzir que os reajustes dos planos coletivos – *benchmark* para aplicação do teto de reajuste da ANS – ficaram acima do aumento dos planos individuais verificados no ano imediatamente anterior. Vale notar que, ao longo da série histórica, esse fato só não ocorreu entre 2005 e 2009 e 2017/2018, quando a inflação dos planos individuais de saúde foi maior que o teto de reajuste da ANS definido no ano seguinte, em razão da existência de uma política de reajuste de preços proativa em defesa do consumidor.

GRÁFICO 6

**Índice – IPCA: plano de saúde versus teto de reajuste da ANS**

(Em %)



Fonte: Sidra/IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).  
Elaboração dos autores.

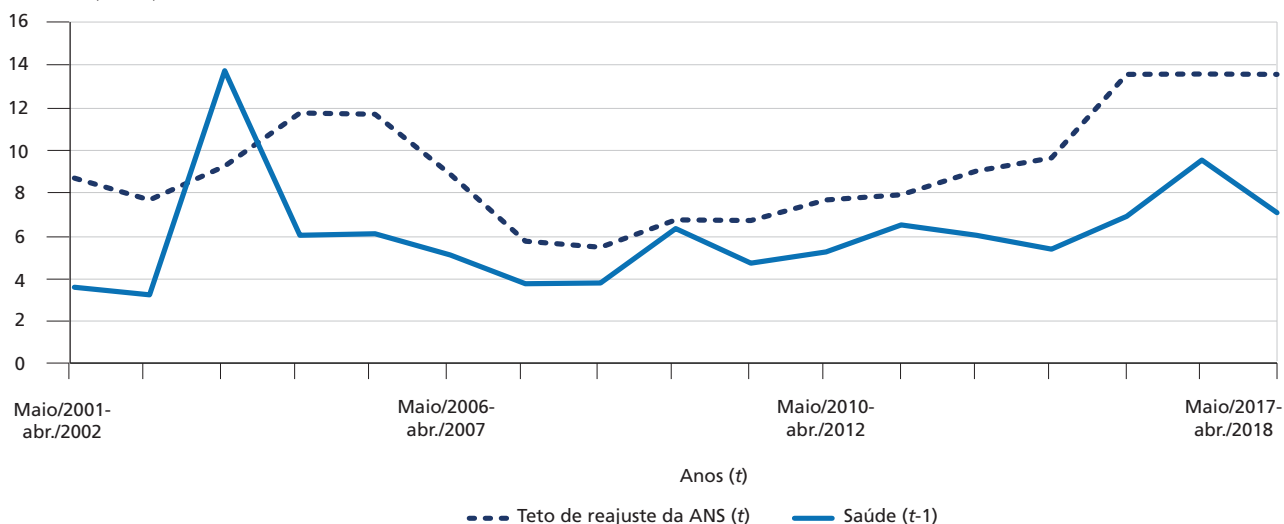
No gráfico 7, considerado o expurgo, observou-se que a trajetória do IPCA Saúde – a seu modo correspondente à evolução dos preços da cesta de consumo das operadoras de planos – não serviu de base *ex ante* (no ano anterior) para calibrar o nível do teto de reajuste da ANS ao longo da série histórica (exceto entre maio de 2002 e abril de 2003, quando a taxa de câmbio<sup>22</sup> sofreu desvalorização acentuada).

22. “Dada a crescente importância da tecnologia nos gastos em saúde e a fragilidade da capacidade produtiva nacional, evidencia-se a importância de entendimento da relação dessas duas variáveis (importação e câmbio)” (Cesário *et al.*, 2017, p. 442).

GRÁFICO 7

Teto de reajuste da ANS *versus* IPCA Saúde<sup>1</sup>

(Em %)



Fonte: Sidra/IBGE e ANS.

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Índice calculado a partir do expurgo do subgrupo cuidados pessoais e do item plano de saúde.

Em síntese, fica claro que a ANS não foi capaz de regular a inflação dos planos de saúde, e por isso sugerimos que a nova metodologia proposta pela ANS seja discutida pela sociedade, para que não seja objeto de indesejável judicialização em futuro próximo.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a taxa de inflação acumulada de 382% dos planos foi superior à taxa de inflação (208%) e do setor saúde (180%). Em particular, é importante destacar os seguintes pontos nessa comparação: *i*) uma vez expurgados o subgrupo cuidados pessoais e o item plano de saúde do IPCA Saúde, surpreendentemente, a inflação geral foi maior que a inflação do setor saúde; *ii*) a partir de 2006, a trajetória da inflação dos planos de saúde se descolou progressivamente do IPCA; *iii*) essa diferença aumenta quando comparamos a evolução do IPCA Saúde (*proxy* dos custos desse mercado) com a inflação dos planos de saúde; *iv*) pode-se deduzir que, em geral, os reajustes dos planos coletivos – *benchmark* para aplicação do teto de reajuste da ANS – ficaram bem acima do aumento dos planos individuais; e *v*) observou-se que a trajetória do IPCA Saúde não serviu de base para – ao menos – calibrar o nível do teto de reajuste da ANS entre 2000 e 2018.

Nesse quadro, o modelo de regulação por desempenho da ANS teve limites,

como, por exemplo, a possibilidade de formação de conluio entre as firmas para influenciar o resultado, e a dificuldade de acesso a informações de custo resultante da competição dos agentes. No caso do modelo utilizado pela saúde suplementar, identificamos um problema que recai sobre a metodologia utilizada, uma vez que não são considerados os custos dos planos coletivos, mas sim o aumento percentual de seu preço (Brasil, 2018c, p. 9).

Diante da crise econômica e dos sucessivos conflitos no setor, a diretoria colegiada da ANS aprovou em dezembro a nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. O índice apresentado se baseia, principalmente, na variação das despesas assistenciais calibrada pela produtividade e pela faixa etária, mas ele conseguirá refrear o aumento continuado dos preços daqui para a frente? Afinal de contas, além dos problemas já mencionados, por que a nova metodologia deixou de fora – novamente – os planos empresariais, que representam a maioria do mercado, cujos preços, na condição de *benchmark*, eram ao menos monitorados pela ANS para fins de reajuste dos planos individuais? Por que o IRPI tem um desenho difuso no tocante à aferição da qualidade, uma vez que, aparentemente, a única sugestão encontrada a esse respeito reforça o emprego do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que incorpora na sua composição a qualidade da atenção à saúde?<sup>23</sup> Por que não se propôs a realização de uma análise envoltória de dados (Hashimoto, 2010) sobre um conjunto de indicadores, e não apenas sobre as despesas assistenciais visando à avaliação por desempenho?



Outra indagação a ser feita é se a nova metodologia evitará a judicialização, que eleva os custos de transação do mercado, prejudicando consumidores e empregadores. Na verdade, a judicialização não é algo incomum no setor. Além do Projeto de Lei nº 6.621/2016, já aprovado no Senado Federal, que propõe um novo marco legal para as agências reguladoras (Cury, 2018), devem-se levar em conta também as discussões realizadas na comissão especial da Câmara dos Deputados, que tem por objetivo alterar a lei dos planos de saúde (Souza, 2018), ou, ainda, a proposta de “expansão do mercado de planos e seguros privados, mediante a comercialização de contratos com diminuição de coberturas assistenciais ou de esquemas de copagamentos inibidores do uso de serviços” (Bahia *et al.*, 2016, p. 1). O Supremo Tribunal Federal (STF), por exemplo, para resguardar o direito fundamental à saúde, suspendeu a Resolução nº 433,<sup>24</sup> segundo a qual pacientes poderiam pagar até 40% do valor de consultas e exames no modelo de coparticipação, o que obrigou a agência reguladora a revogar a medida, apesar da pressão do mercado para moderar a utilização de exames, consultas etc.<sup>25</sup>

Além dessas preocupações e apesar da dinâmica de custos e preços crescentes (Baumol, 2012; Vogt, 1980), que se acentuará com o envelhecimento populacional, uma ideia seria construir outro índice de preços que repousasse na produção dos serviços médico-hospitalares (Ocké-Reis e Cardoso, 2011) para servir de parâmetro ao lado do IPCA Saúde. Além da construção desse índice de preço ao produtor (*producer price index*), em paralelo com o objetivo de mensurar a inflação do setor, seguindo a experiência estado-unidense, a literatura recomenda criar um *medical care expenditure price index*,<sup>26</sup> em linha análoga, embora sem a mesma amplitude regulatória sobre o complexo médico-industrial, ao novo índice proposto pela ANS – que mediria a variação das despesas das operadoras com consultas, exames, procedimentos diagnóstico-terapêuticos e internações.

Apesar dos riscos de captura pelo poder econômico na administração da nova metodologia (Vieira, 2015), o importante agora é perguntar se tal metodologia mudará a tendência de aumento continuado dos planos de saúde, que prejudica consumidores e empregadores, ou se fracassará do mesmo modo que a metodologia anterior. Em especial, uma vez que os planos de saúde foram patrocinados indiretamente com subsídios no valor de R\$ 14,1 bilhões em 2016, originados do abatimento do imposto a pagar em Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e Pessoa Jurídica (IRPJ) (Brasil, 2019). No cenário de restrição fiscal, a magnitude desse subsídio deveria chamar atenção das autoridades governamentais, sobretudo quando os consumidores reclamam de sistemáticos reajustes injustos e abusivos praticados pelo mercado de planos de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS divulga teto de reajuste para planos de saúde individuais**. [s.l.]: ANS, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4496-ans-divulga-teto-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais>>. Acesso em: 29 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **ANS se reúne com órgãos de defesa do consumidor e entidades ligadas ao setor para apresentar novo cálculo do reajuste**. [s.l.]: ANS, 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/a%20respeito%20de-a-ans/4679-ans-se-reune-com-orgaos-de-defesa-do-consumidor-e-institutos-ligadas-ao-seguimento-para-apresentar-novo-calculo-do-reajuste>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, n. 599).

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS; INTERFARMA – ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. **Custos da saúde: fatos e interpretações**. [s.l.]: [s.n.], 2017. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/custos-da-saude---fatos-e-interpretacoes-interfarma1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

ANDRADE, M. V. *et al.* Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 42, n. 3, p. 329-361, 2012.

BAHIA, L. *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. 1-5, 2016.

BASU, A.; SULLIVAN, S. D. Toward a hedonic value framework in health care. **Value in Health**, v. 20, n. 2, p. 261-265, 2017.

24. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4542-nota-da-ans-5>>.

25. Vale dizer, embora não tenham sido devidamente tratadas nesta *Nota Técnica*, a introdução do fator moderador e a discussão em torno do modelo de remuneração de prestadores médico-hospitalares devem ser consideradas como fatores que impactam a dinâmica do aumento continuado dos preços dos planos de saúde.

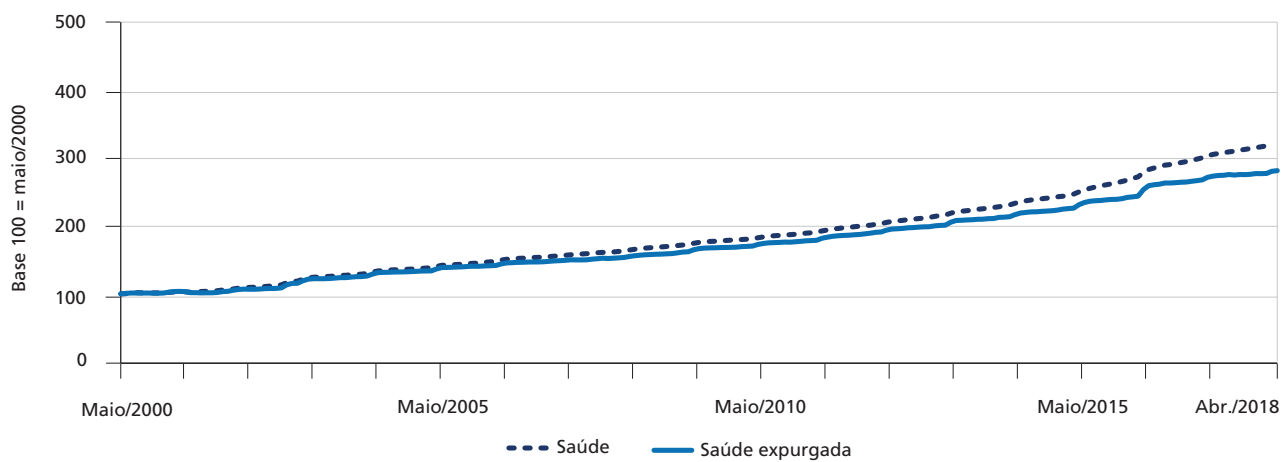
26. “O índice de preços das despesas com cuidados médicos cobriria todo o consumo de bens e serviços de assistência médica, sejam os financiadores, prestadores ou as indústrias nacionais e estrangeiras. E seria estruturado para determinar uma *proxy* dos custos para se tratar um conjunto representativo de doenças” (Berndt *et al.*, 2000, p. 165, tradução nossa).

- BAUMOL, W. J. **The cost disease**. Why computers get cheaper and health care doesn't. New Haven: Yale University Press, 2012.
- BERNDT, E. *et al.* Medical care prices and output. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: North-Holland Press, 2000. v. 1.
- BLS – BUREAU OF LABOR AND STATISTICS. **Quality adjustment in the producer price index**. Washington: BLS, 2014. Disponível em: <<http://www.bls.gov/ppi/qualityadjustment.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- BORGES, B. Apagão estatístico. **Valor Econômico**, 2018. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/opiniaio/5983393/apagao-estatistico>>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- BRASIL. Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2018a. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/56126019/doi-2018-12-20-resolucao-normativa-rn-n-441-de-19-de-dezembro-de-2018-56125847](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/56126019/doi-2018-12-20-resolucao-normativa-rn-n-441-de-19-de-dezembro-de-2018-56125847)>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018b. Anexo I. Documento disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/441/anexos\\_rn\\_441.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/441/anexos_rn_441.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Auditoria operacional na Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Brasília: TCU, 2018c. Disponível em: <<https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/05/TCU.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Nota Técnica SEI nº 10/2018/COGIS/SUPROC/SEPRAC-MF**. Brasília: MF, 2018d. Disponível em: <[http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/679351/RESPOSTA\\_PEDIDO\\_16853005375201801%20-%20Anexo.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/679351/RESPOSTA_PEDIDO_16853005375201801%20-%20Anexo.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2018.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Receita Federal do Brasil. **Gastos tributários – bases efetivas**. Brasília: RFB, 2019. Disponível em: <<http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/bases-efetivas>>. Acesso em: 28 mar. 2019.
- CECHIN, J. Importância do diálogo para esclarecer o crescimento da despesa *per capita*. **CQCS: Notícias**, 2018. Disponível em: <<https://www.cqcs.com.br/noticia/importancia-do-dialogo-para-esclarecer-o-crescimento-das-despesas-per-capita-na-saude-suplementar/>>. Acesso em: 25 out. 2018.
- CÊSARIO, B. B. *et al.* Vulnerabilidade do SUS em relação à variação cambial: análise da dinâmica de importações de medicamentos e equipamentos de saúde entre 1996 e 2014. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 441-456, 2017.
- COELLI, T. *et al.* **A primer on efficiency measurement for utilities and transport regulators**. Washington: The World Bank, 2003. (WBI Development Studies).
- CPB – NETHERLANDS BUREAU FOR ECONOMIC POLICY ANALYSIS. **Yardstick competition: theory, design, and practice**. The Hague: CPB, 2000. (Working Paper, n. 133).
- CURY, E. A necessária modernização das agências reguladoras. **Jota Info**, 2018. Disponível em: <<https://www.jota.info/tributos-e-empresas/regulacao/a-necessaria-modernizacao-das-agencias-reguladoras-22112018>>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- DE NEGRI, F. As tecnologias da informação podem revolucionar o cuidado com a saúde? **Radar (Ipea): Tecnologia, Produção e Comércio Exterior**, v. 57, p. 31-33, 2018.
- DEE – DEPARTAMENTO DE ESTUDOS ECONÔMICOS. **Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica**. Brasília: Cade, 2018.
- DUCLOS, M. T. Atos de concentração, poder de monopólio e restrições verticais no mercado de saúde suplementar. In: FIUZA, E. P. S.; MOTTA, R. S. (Org.). **Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.
- GROSHEN, E. L. *et al.* How government statistics adjust for potential biases from quality change and new goods in an age of digital technologies: a view from the trenches. **Journal of Economic Perspectives**, v. 31, n. 2, p. 187-210, 2017.
- HASHIMOTO, P. A. **Análise de eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da análise envoltória de dados**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema nacional de índices de preços ao consumidor: estruturas de ponderação a partir da pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. (Série Relatórios Metodológicos, v. 39).

- \_\_\_\_\_. **Sistema nacional de índices de preços ao consumidor**: métodos de cálculo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. (Série Relatórios Metodológicos, v. 14).
- \_\_\_\_\_. **Projeto de reformulação das pesquisas domiciliares amostrais do IBGE**. [s.l.]: IBGE, [s.d]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/default.shtm>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- IDEC – INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Ação Civil Pública**. São Paulo: Idec, 2018a. Disponível em: <[https://idec.org.br/sites/default/files/arquivos/acp\\_idec\\_02.pdf](https://idec.org.br/sites/default/files/arquivos/acp_idec_02.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2018.
- \_\_\_\_\_. **Processo nº 5010777-40.2018.4.03.6100**. São Paulo: Idec, 2018b.
- KUMBHAKAR, S.; DENNY, M.; FUSS, M.; Estimation and decomposition of productivity change when production is not efficient: a panel data approach. **Econometric Reviews**, v. 19, n. 4, p. 312-320, 2000.
- LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, p. 447-458, 2009.
- MELLO, G.; ROSSI, P. Do industrialismo à austeridade: a política macro dos governos Dilma. *In*: CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. (Org.). **Para além da política econômica**. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018.
- NEWHOUSE, J. P. **Medical care price indices**: problems and opportunities. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2001. (Working Paper, n. 8.168).
- OCKÉ-REIS, C. O. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- OCKÉ-REIS, C. O.; CARDOSO, S. S. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. **Revista de Economia Política**, v. 31, n. 3, p. 455-470, 2011.
- RAGAZZO, C. E. J.; MACHADO, K. **Desafios da análise do CADE no setor de planos de saúde**. São Paulo: LCTE, 2011. Disponível em: <[https://works.bepress.com/carlos\\_ragazzo/12/](https://works.bepress.com/carlos_ragazzo/12/)>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- SANTOS, T. **Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar**. Brasília: SEAE/MF, 2008. (Documento de Trabalho, n. 46).
- SILVA, A. R. A. **Tendências da variação de custos médico-hospitalares**: comparativo internacional. São Paulo: IESS, 2018. (Textos para Discussão, n. 69).
- SOUZA, M. Propostas que alteram regras sobre planos de saúde voltarão a debate em 2018. **Câmara dos Deputados: Notícias**, Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camara-noticias/noticias/SAUDE/551600-PROPOSTAS-QUE-ALTERAM-REGRAS-SOBRE-PLANOS-DE-SAUDE-VOLTARAO-A-DEBATE-EM-2018.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- VIEIRA, A. S. A. **Agências reguladores independentes?** Especialização e captura nas trajetórias de carreira dos reguladores federais brasileiros. 2015. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.
- VOGT, W. Do desenvolvimento econômico a longo prazo de um sistema capitalista: uma formulação mais precisa. *In*: VOGT, W.; FRANK, J.; OFFE, C. (Ed.). **Estado e capitalismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

## APÊNDICE A

GRÁFICO A.1

Índice – IPCA: saúde *versus* saúde expurgada<sup>1</sup>

Fonte: Sistema de Recuperação Automática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Sidra/IBGE).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Índice calculado a partir do expurgo do subgrupo cuidados pessoais e do item plano de saúde.

## APÊNDICE B

TABELA B.1  
Taxa média do câmbio nominal  
(Em R\$/US\$)

Período	Taxa de câmbio <sup>1</sup>
Maio/2000-abr./2001	1,93
Maio/2001-abr./2002	2,45
Maio/2002-abr./2003	3,27
Maio/2003-abr./2004	2,91
Maio/2004-abr./2005	2,84
Maio/2005-abr./2006	2,28
Mai./2006-abr./2007	2,15
Maio/2007-abr./2008	1,83
Maio/2008-abr./2009	2,02
Maio/2009-abr./2010	1,83
Maio/2010-abr./2011	1,71
Maio/2011-abr./2012	1,72
Maio/2012-abr./2013	2,02
Maio/2013-abr./2014	2,27
Maio/2014-abr./2015	2,55
Maio/2015-abr./2016	3,64
Maio/2016-abr./2017	3,26
Maio/2017-abr./2018	3,24

Fonte: Ipeadata.

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Dólar comercial, preço de venda.

## APÊNDICE C

TABELA C.1

### Taxa de inflação acumulada (maio/2000-abr./2018)

(Em %)

Período	IPCA	Grupo		Subgrupo		Itens		Subgrupo			Itens	Subgrupo
		Saúde e cuidados pessoais	Saúde e cuidados pessoais expurgado	Produtos farmacêuticos e óticos	Produtos farmacêuticos e óticos	Produtos farmacêuticos	Produtos óticos	Serviços de saúde	Serviços de saúde expurgado	Serviços médicos e dentários		
Maió/2000-abr./2018	208,02	220,83	180,35	165,07	161,49	199,65	307,95	207,53	229,96	158,83	381,92	154,34

Fonte: Sistema de Recuperação Automática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Sidra/IBGE).

Elaboração dos autores.

TABELA C.2

### Taxa de inflação média (maio/2000-abr./2018)

(Em %)

Período	IPCA	Grupo		Subgrupo		Itens		Subgrupo			Itens	Subgrupo
		Saúde e cuidados pessoais	Saúde e cuidados pessoais expurgado	Produtos farmacêuticos e óticos	Produtos farmacêuticos e óticos	Produtos farmacêuticos	Produtos óticos	Serviços de Saúde	Serviços de saúde expurgado	Serviços médicos e dentários		
Maió/2000-abr./2018	5,96	6,39	5,51	4,93	4,78	6,44	7,83	6,00	6,45	4,50	8,71	3,93

Fonte: Sistema de Recuperação Automática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Sidra/IBGE).

Elaboração dos autores.



**Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

**Assessoria de Imprensa e Comunicação**

## **EDITORIAL**

### **Coordenação**

Reginaldo da Silva Domingos

### **Supervisão**

Carlos Henrique Santos Vianna

### **Revisão**

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Lis Silva Hall

Mariana Silva de Lima

Marlon Magno Abreu de Carvalho

Vivian Barros Volotão Santos

Barbara Coutinho Ornellas (estagiária)

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)

Laysa Martins Barbosa Lima (estagiária)

### **Editoração**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

### **Capa**

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

*The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.*

### **Livraria Ipea**

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: [livraria@ipea.gov.br](mailto:livraria@ipea.gov.br)









## **Missão do Ipea**

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA  
ECONOMIA



**PÁTRIA AMADA  
BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL