

TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1232

UMA DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – 2001-2005

**Carlos Octávio Ocké-Reis
Simone de Souza Cardoso**

Rio de Janeiro, novembro de 2006

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1232

UMA DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – 2001-2005*

Carlos Octávio Ocké-Reis**

Simone de Souza Cardoso***

Rio de Janeiro, novembro de 2006

* Gostaríamos de agradecer o apoio de Marcelo de Ávila, Maria Andréia Parente Lameiras e Samuel Simões de Oliveira Franco pela cessão de dados e elaboração de gráficos. Agradecemos os comentários e críticas de Carlos Henrique Corseuil, Fernando Gaiger Silveira, José Gustavo Feres, Jorge Coloneze e Waldir Jesus de Araújo Lobão, em especial as agudas e pertinentes observações de Alexandre Marinho. Queremos ainda agradecer a Cornélia Nogueira Porto, do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), a Moacir Moken Yabiku, da Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (Fipe), e a Eulina Nunes dos Santos e a Márcia Maria Melo Quintslr, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelos esclarecimentos acerca dos índices de preços de suas respectivas instituições na área de saúde. Erros e omissões são de inteira responsabilidade dos autores.

** Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do Ipea. E-mail: <octavio@ipea.gov.br>.

*** Pesquisadora associada da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do Ipea. E-mail: <simonesc@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Ministro – Paulo Bernardo Silva

Secretário-Executivo – João Bernardo de Azevedo Bringel



Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais, possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro, e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Luiz Henrique Proença Soares

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Alexandre de Ávila Gomide

Diretora de Estudos Sociais

Anna Maria T. Medeiros Peliano

Diretora de Administração e Finanças

Cinara Maria Fonseca de Lima

Diretor de Estudos Setoriais

João Alberto De Negri

Diretor de Estudos Regionais e Urbanos

Marcelo Piancastelli de Siqueira

Diretor de Estudos Macroeconômicos

Paulo Mansur Levy

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe de Comunicação

Murilo Lôbo

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

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

ISSN 1415-4765

JEL D40, I11, I18

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Uma publicação que tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos, direta ou indiretamente, pelo Ipea e trabalhos que, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

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 do Planejamento, Orçamento e Gestão.

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

SINOPSE

Os índices agregados de preços medem as variações nos preços nominais, sendo de vital importância para a análise da economia de um país. Este trabalho é uma investigação exploratória sobre a evolução dos preços dos planos de assistência à saúde, no período entre maio de 2001 e abril de 2005, a partir dos índices de preços do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e da base de dados do Ipeadata. A partir de 2001, esses índices foram comparados com os reajustes de preços definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para responder, basicamente, se os reajustes dos planos individuais acompanharam a evolução da inflação da economia e do setor saúde.

ABSTRACT

Aggregate price indices, which measure variations in nominal prices, are of the utmost importance for any country's economy. This work is an exploratory investigation into the development of the prices of health plans in Brazil between May 2001 and April 2005, based on the price indices published by the following Brazilian institutions: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística and Ipea. These indices were compared with the price rises set by the Agência Nacional de Saúde Suplementar (Regulatory Agency of Supplementary Health) as of 2001 with a view to answering a basic question whether the price rises of individual health plans tracked the inflation rate, and whether these rises were in line with the changes to costs in the health sector.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 NOTAS METODOLÓGICAS SOBRE O REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS	10
3 UMA AVALIAÇÃO DESCRITIVA DO COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5 GLOSSÁRIO	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O mercado de serviços de saúde se distingue dos demais setores da economia por possuir uma demanda inelástica e uma oferta indutora da procura, além de favorecer a presença de informações assimétricas e externalidades, que não estimulam o predomínio de mecanismos de mercado (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000). Como parte integrante do setor serviços, o fator trabalho é intensamente utilizado, além de apresentar baixa mobilidade e reduzida taxa marginal de substituição, considerando, respectivamente, seu caráter não-comercializável (*non-tradable*) e alto grau de especialização. Nessa estrutura, o aparecimento de inovações tecnológicas não implica aumento automático e generalizado da produtividade média, tampouco permite que seu crescimento se dê no mesmo ritmo da atividade industrial, podendo alimentar uma tendência altista dos custos dos serviços médicos. Ademais, a depender do grau de desenvolvimento de um país, a importação de insumos e equipamentos médicos, patrocinada pela dinâmica do complexo médico-industrial, torna a taxa de câmbio uma peça-chave para decifrar a elevação dos custos na área da saúde. Vale dizer, caso se depre com um mercado de planos de saúde concentrado, tal pressão nos custos levaria, facilmente, a um aumento continuado dos prêmios no setor privado, dados a inelasticidade-preço da demanda e o custo de transação sofrido pelo consumidor (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). Nesse contexto, os custos crescentes configuram um traço econômico marcante nesse setor (MEDICI, 1992; BAUMOL, 1993) e tendem a provocar uma variação do nível de preços na saúde maior do que a taxa média de inflação da economia, como se observa na tabela 1.

TABELA 1

Taxa acumulada: inflação do setor saúde *versus* índice de preços ao consumidor – 2002-2004
(Em %)

País	Taxa acumulada		
	Inflação saúde	IPC ^a	Diferença
Alemanha	14,00	3,64	10,36
Canadá	42,38	6,95	35,43
Espanha	19,38	9,06	10,32
Estados Unidos	48,11	7,79	40,32
França ^b	13,96	4,14	9,81
Holanda	29,18	11,82	17,36
Itália	8,64	7,19	1,44
Reino Unido ^c	10,35	2,72	7,63
Suíça	24,00	1,30	22,69

Fonte: *Towers Perrin* (2006). Adaptação: Ipea/Dimac.

^a Média do Índice de Preço ao Consumidor (IPC) divulgada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI).

^b Relativa ao período 2003-2004.

^c Relativa ao período 2002-2003.

Crer nessa tendência não obscurece a percepção de que determinados aspectos dos modelos de proteção social, da história das instituições, da formação dos profissionais, da gestão dos sistemas de saúde, das formas de pagamento aos

prestadores, e das técnicas gerenciais, podem se constituir em elementos decisivos para contra-arrestar a suposta inevitabilidade dos custos crescentes, *vis-à-vis* a melhoria das condições de atenção médica e saúde das populações. Existem divergências quanto às melhores alternativas para superar esse dilema, mas é plausível acreditar que: *a*) a contenção dos gastos públicos e privados em saúde deve ser enfrentada, conjuntamente, pelas autoridades governamentais, instituições públicas e agentes econômicos privados (REMLER; BROWN; GLIED, 2005); e *b*) a formação dos preços e a dinâmica da inflação médica devem ser passíveis de escrutínio próprio no campo da formulação das políticas públicas, independentemente de os preços da área subirem em ritmo superior ao da inflação geral (MARMOR; WITTMAN; HEAGY, 1976, p. 300).

Em nível internacional, a escalada dos custos no âmbito dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) não produziu melhores condições de saúde da população, nem atenção médica mais eficiente, e sim maiores preços, como, por exemplo, no caso dos Estados Unidos (EVANS, 2005; ANDERSON *et al.*, 2005). No Brasil, constata-se o peso crescente da saúde no orçamento das famílias e a elevada participação de seus produtos na formação das taxas dos índices de preço ao consumidor (BRAZ, 2006, p. 50). Assim, parece razoável investigar os impactos da inflação do setor saúde sobre a economia, o sistema de saúde e a população, seja em relação à participação do setor saúde no Produto Interno Bruto (PIB) ou à eficiência e à equidade das políticas (NEWHOUSE, 2002, p. 1-6), apesar de as características econômicas e institucionais do mercado dificultarem a mensuração dos preços dos bens e serviços do setor (BERNDT *et al.*, 2000, p. 122). Dessa maneira, é comum observar que a metodologia de cálculo dos índices da saúde desperte controvérsias, pois, se aplicada de forma inadequada, dificultaria a identificação das principais causas de elevação do valor dos gastos das famílias com saúde. Em geral, essa polêmica reside na discussão relativa à metodologia de apuração dos preços relativos de insumos e bens finais; à agregação do produto real; à mensuração da produtividade das atividades médico-hospitalares; e às estimativas relacionadas à microeconomia do *moral hazard* (NEWHOUSE, 2001).¹

Nessa linha, é importante desenvolver estudos acerca das implicações da inflação do setor saúde sobre o bem-estar dos consumidores, cuja liberdade de escolha restrita ao mercado de planos pode tornar o efeito inflacionário dramático (SLOAN, 2001). Em especial, no contexto da regulamentação da saúde privada, tornou-se necessário refletir sobre a inflação do setor saúde, considerando que a regulamentação dos planos é de competência legal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Lei 9.961, em seu capítulo I, art. 4º, inciso XVII, afirma que cabe à agência “(...) autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda (redação final da Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)” (ANS, 2000a). Em particular, a partir de 2000, a cada ano, a agência vem definindo, por meio de resoluções normativas, os índices para a aplicação de reajustes, estabelecendo a política de preços dos planos individuais e familiares e dos planos de autogestão não-patrocina-

1. Dada a natureza propedêutica deste trabalho, não enfrentamos essas controvérsias conceituais. Tampouco se julgou necessário, nesse momento, fazer uso de exercícios estatísticos para comprovar a robustez dos resultados empíricos encontrados.

(financiados diretamente pelos usuários). Esses planos dependem de prévia autorização da agência para aplicação de reajustes, leiam-se, contratados após janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656, de 1998 (ANS, 1998).

Dado o perfil agregado dos dados, limitado à avaliação dos prêmios e contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, procurou-se mais descrever os resultados encontrados do que explicar seus principais motivos. Em particular, sem ter acesso à base de dados da agência que monitoriza as informações relativas ao reajuste dos planos individuais, avalia-se, de uma parte, a trajetória dos preços, e de outra, compara-se a evolução de tais preços com o patamar de reajuste oficial definido anualmente pela ANS, respondendo, basicamente, *se os reajustes dos planos individuais acompanharam a evolução da inflação da economia e do setor saúde*. Considerando o foco setorial do trabalho, porém, cabe sublinhar que não verificamos o impacto dos reajustes setoriais sobre a inflação geral (tampouco sobre a sistemática de “metas para a inflação”, no âmbito da política monetária após 1999), nem examinamos a metodologia de cálculo do índice de reajuste dos planos individuais da agência, e tampouco hierarquizamos os índices utilizados: todos são – igualmente – relevantes para o desenvolvimento desta avaliação descritiva.

Ao longo da próxima seção, chamamos a atenção do leitor para certos aspectos relacionados à política de reajuste dos preços dos planos individuais mediante a apresentação de algumas notas metodológicas. Na terceira, assumindo uma dimensão exploratória, avalia-se o comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, a partir dos índices de preço do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da base de dados macroeconômicos, financeiros e regionais do Ipeadata. Comparam-se tais índices com os reajustes da ANS, no período compreendido entre maio de 2001 e abril de 2005.² Apresentamos, também, três boxes adicionais, que extrapolam o cerne do texto, mas que ajudam a compreender a problemática intrínseca à regulamentação dos preços adotada pela agência; um, comparando a diferença do reajuste patrocinado pela agência e o aumento dos planos empresariais (os quais, em tese, deveriam funcionar como uma espécie de referência média, um *benchmark*); outro, estimando a evolução dos preços do setor saúde, à luz da política regulatória definida para o período 2006-2007; e o último comparando a evolução do salário real *versus* a evolução dos preços dos planos individuais, evidenciando uma crise de subconsumo (OCKÉ-REIS, 2005b). Nas conclusões, identificamos os principais resultados relativos à descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, cujas causas devem ser examinadas no futuro, a partir de ampla investigação interdisciplinar.

O mercado de planos de saúde abrange, aproximadamente, 25% da população brasileira, cobrindo boa parte do mercado formal de trabalho e funcionários públicos. Desse modo, se considerarmos que as operadoras e os órgãos de defesa do

2. Considerando as restrições do Ipeadata no que se refere aos dados desagregados do IPC, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), entre eles, aqueles relativos aos planos e seguros privados de saúde, não foi possível trabalhar com esse índice. Cabe lembrar, o Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M), produzido pela FGV, é largamente utilizado para efeito dos reajustes de alguns planos antigos assinados antes de janeiro de 1999. No período entre maio de 2005 e abril de 2006, esse índice apresentou uma variação negativa de inflação de -0,9% (IPEADATA, 2006) que, se aplicada, iria beneficiar os consumidores de planos cujos contratos são regidos por esse índice.

consumidor divergem, entre outros aspectos, quanto à magnitude que devem ter os reajustes dos planos individuais de saúde, não é nenhuma surpresa notar que a resolução desse conflito escape muitas vezes ao raio de ação da agência reguladora, envolvendo as mais altas autoridades do poder Executivo e Judiciário do país. Sem dúvida, tal evidência demonstra que o tema merece ser investigado pelos analistas de política de saúde preocupados com o funcionamento do *mix* público/privado, cujo subsistema privado deveria atuar em sinergia com o Sistema Único de Saúde (SUS), em vez de estabelecer com ele uma relação contraditória, seja no tocante à renúncia fiscal, seja no que se refere ao uso da alta complexidade, seja no que tange ao não-pagamento do ressarcimento ao SUS (ver HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005).

2 NOTAS METODOLÓGICAS SOBRE O REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

Antes de avaliar o comportamento dos preços, examinaremos a seguir algumas características do mercado de planos de saúde, destacando aspectos institucionais da regulamentação, que acabam conformando a natureza, a abrangência e a metodologia de cálculo do reajuste dos preços dos planos individuais de saúde (denominados, assim, por um vício de linguagem, um jargão da arena regulatória, que, embora impreciso, foi adotado aqui para facilitar a leitura do texto). A rigor, para fins de cobertura da assistência médica privada, com ou sem odontologia, tal regulamentação se aplica, formalmente, aos planos individuais e familiares; aos planos de autogestão não-patrocinaados; e aos planos anteriores à Lei 9.656/98 não-adaptados, cujas cláusulas contratuais não indiquem, claramente, o índice ou os critérios para fins de cálculo de reajuste.

2.1 A NATUREZA DA REGULAMENTAÇÃO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

O reajuste anual definido pela ANS para remarcação dos preços não representa um tabelamento do valor nominal dos preços dos planos novos individuais. É tão-somente um percentual de reajuste autorizado previamente – um teto fixado a cada ano – que delimita a variação dos prêmios e contraprestações pecuniárias, ou seja, a margem de aumento possível dentro do marco regulatório, para os contratos novos com mais de um ano. Desse modo, não existe um controle de preços *stricto sensu* dos planos individuais, mas sim o monitoramento da evolução dos preços, mediante a demarcação de um teto de reajuste dos preços dos planos individuais novos com mais de um ano de contrato, a partir de 2000. Antes de aplicar os reajustes às mensalidades, as operadoras devem obter autorização da agência para os planos individuais novos, que cobrem os serviços de assistência médica, com ou sem odontologia.

Vale mencionar que, após a decisão liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), em agosto de 2003, a regulamentação do setor pelo Estado foi submetida a um duro teste, pois o STF considerou inconstitucional o dispositivo que obrigava as operadoras a solicitar à ANS autorização prévia para fins dos reajustes de preços dos planos individuais antigos (em especial aquelas cujos índices de reajustes não eram claros), bem como outro dispositivo que proibia as rescisões unilaterais de contratos.

Diante desse fato, querendo, aparentemente, salvaguardar os contratos não-adaptados à lei da regulamentação, restritos à fiscalização com base nas disposições do Código de Defesa do Consumidor (ANS, 2006c), a agência reguladora acabou concedendo reajustes específicos, por meio de Termos de Compromisso, a determinados planos contratados antes de 1999. Para os contratos adaptados, existe igualmente legislação específica quanto ao reajuste de preço, caso o reajuste anual dos planos novos tenha sido aplicado antes de decorrido o período de um ano de adaptação, no contexto do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (Piac), assentado na Lei Ordinária 10.850, de 25/03/2004 (ANS, 2006c) e na Resolução Normativa 64, de dezembro de 2003 (ANS, 2003). Finalmente, vale frisar que os valores relativos às franquias ou copagamentos não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado para os prêmios ou contraprestações pecuniárias.

A agência não autoriza previamente nem define o percentual de reajuste de planos contratados por pessoas jurídicas, isto é, os planos coletivos.

2.2 A ABRANGÊNCIA DA REGULAMENTAÇÃO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

Segundo informações da ANS (2006b) existiam 42,5 milhões de planos de saúde em dezembro de 2005, somados os planos médico-hospitalares (com ou sem odontologia) e os exclusivamente odontológicos. De acordo com a ANS, esse cálculo está sujeito à revisão, mas pode-se dizer, por meio das informações disponibilizadas pela agência, que o mercado total é composto por 63,6% de planos novos e 36,4% de antigos, e que 66,9% são planos coletivos e 21,2% individuais (embora 11,9% do conjunto – coletivo/individual – não tenham sido ainda identificados pela ANS).

A rubrica “usuário” refere-se aos vínculos estabelecidos com planos de saúde, podendo existir, assim, um indivíduo com mais de um vínculo. Da ótica da agência reguladora, pode-se dizer, em termos *per capita*, que o mercado seria menor do que 42,5 milhões – dado que o número de “planos” cadastrados pela ANS é superior ao número de pessoas físicas (ANS, 2006b, p. 18). Em sentido inverso, como não está clara a forma de registro dos dependentes – aos quais o vínculo com o titular garante a cobertura assistencial – poderia haver um sub-registro do número de usuários cobertos pelo mercado. Em que pese essa restrição na coleta dos dados, para efeito deste trabalho, reconhecemos enquanto unidade de medida os vínculos correspondentes ao número de planos.

Desses 42,5 milhões de planos de saúde, 6,2 milhões são exclusivamente odontológicos. Vale destacar, esses não são afetados diretamente pela política da agência reguladora quanto à autorização do reajuste dos preços dos planos individuais. Por meio da Resolução Normativa 118 (ANS, 2005d), que abrange os contratos com data de aniversário entre maio de 2005 e abril de 2006, foram estabelecidos critérios exclusivos para aplicação de reajustes dos planos odontológicos. Ademais, diz o artigo 2º da Resolução Normativa 129 de 2006, que

(...) nos planos exclusivamente odontológicos contratados por pessoas físicas, assim considerados os planos individuais ou familiares e aqueles operados por entidades de autogestão não-patrocinada (...)

poderão ser aplicadas as cláusulas de reajuste que sejam claras, assim consideradas as que elejam um índice de preço divulgado por instituição externa (ANS, 2006e).

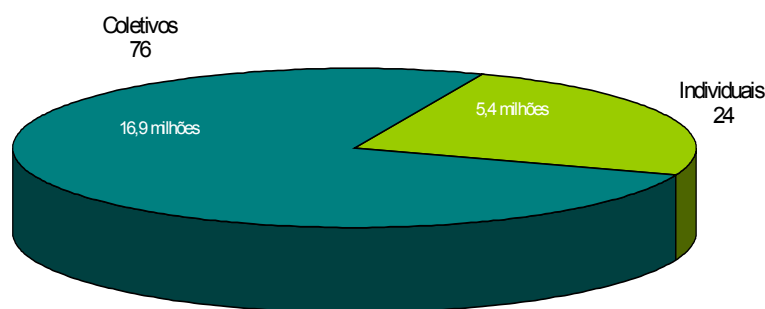
Desse modo, para os contratos que já possuam índice, por exemplo, o IGP-M ou o Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), eles devem continuar vigorando. Já nos contratos sem cláusulas de reajuste, índices de preços explícitos, critérios de cálculo do índice ou que conste apenas o índice aplicado pela ANS – conforme o parágrafo 1º, artigo 2º, da Resolução Normativa 129 (ANS, 2006e) – a operadora deve oferecer um termo aditivo para a adoção de um índice de preço divulgado por instituição externa, que passe a vigorar como critério de reajuste anual. Com base nessa resolução, cabe a interpretação de que o teto de reajuste fixado para os planos individuais de assistência à saúde não é aplicável aos planos exclusivamente odontológicos, cujas regras de funcionamento privilegiam a escolha de índices externos à agência reguladora, mesmo quando, curiosamente, o contrato prevê, originalmente, a aplicação do índice definido pela própria agência reguladora.

Em relação aos planos de assistência médica, pode-se dizer que eles são a maioria do mercado,³ girando em torno de 36,2 milhões – 13,9 milhões (38,5%) antigos e 22,3 milhões (61,5%) novos (ANS, 2006b, p. 25). No gráfico 1, observa-se que, dentre os novos, 24,4% são individuais, correspondentes a 5,4 milhões de planos. Os planos familiares estão seguramente contabilizados aí, mas seria necessário incorporar o montante de planos de autogestão não-patrocinados e de planos individuais antigos não-adaptados (cujas cláusulas contratuais não fornecem o índice ou os critérios de reajuste), caso se queira totalizar o número de planos afetados pela política de reajuste dos planos individuais, definida pela agência.

GRÁFICO 1

Distribuição de planos novos de assistência à saúde, coletivos e individuais – dezembro de 2005

(Em %)



Fonte: Cadastro de Beneficiários da ANS/Ministério da Saúde (MS) (12/2005). Adaptação: Ipea/Dimac.

Considerando a presença de um conjunto de normas acessórias à política de reajuste, no tocante ao aumento de preço por faixa etária e aumento por revisão técnica, podem ocorrer reajustes paralelos ao reajuste oficial anual – único – autorizado pela ANS (2006f). Na verdade, tais reajustes, cuja aplicação deve ser

3. Vale ressaltar, a ANS não contabiliza os usuários cobertos pelos planos das instituições do setor público, mas sua quantidade pode ser estimada por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE (BAHIA; LUIZ, 2006).

previamente autorizada pela agência, repousam especialmente sobre os planos novos. As regras estabelecidas para os aumentos por faixa etária se estendem aos planos coletivos de assistência médica e variam segundo o período de vigência do contrato: antes de 1999 (vale o estipulado no contrato dos planos antigos); entre janeiro de 1999 e dezembro de 2003 (foram definidas 7 faixas etárias, sendo que o prêmio dos indivíduos com 70 anos ou mais de idade deve ser no máximo 6 vezes o valor da primeira faixa); depois de janeiro de 2004 (após a implementação do Estatuto do Idoso, as 7 faixas etárias foram desdobradas em 10 e os idosos, com 60 anos ou mais, não podem sofrer mudança do valor do prêmio, em função desse reajuste por faixa etária). Em relação às regras que permitem o aumento por revisão técnica, a ANS pode autorizar reajustes se a “carteira de usuários” das operadoras apresentar, comprovadamente, desequilíbrio atuarial, de tal modo que ameace a continuidade da cobertura da prestação de serviços. Essa revisão prevê, ainda, a assinatura de um Termo de Adesão, que contém metas de gestão a serem atingidas pelas operadoras de planos de saúde.

Em um mesmo ano, em tese, um portador de plano individual pode sofrer, além do índice aplicado pela ANS, aumentos por mudança de faixa etária e revisão técnica, para não falar de possíveis reajustes sobre o valor da franquia e co-pagamentos (ANS, 2006f). A partir de meados de 2004, esse quadro se tornou mais difuso para os 4,5 milhões de “usuários” de planos de assistência à saúde (IPEA, 2005, p. 65) que pagaram um valor adicional para adaptar seu plano antigo, alinhando-se às regras da ANS no tocante aos preços, à cobertura, à carência etc. (se o reajuste anual da agência foi efetuado antes de o plano adaptado ter completado 1 ano, há outro aumento aplicado sobre a parcela adicional paga para conversão do plano antigo em adaptado) (ANS, 2006d).⁴

Em relação aos 13,9 milhões de planos antigos de assistência médica, cabe tecer breves comentários. O gráfico 2 mostra que, dentre eles, existem 2,7 milhões de planos individuais (19,2%); 4,4 milhões têm origem desconhecida, pois a ANS não identificou se eles são coletivos ou individuais, retratando uma lacuna informacional, que repousa sobre 1/3 dos contratos assinados antes de 1999. Nota-se, ainda, que quase a metade dos planos antigos é composta por planos empresariais, indicando, em um primeiro exame, uma resistência das operadoras, dos empregadores ou quiçá dos próprios consumidores, para inscrever 6,8 milhões de planos *in totum* no raio de ação regulatório da agência.

4. O valor do reajuste que incide sobre a parcela referente à adaptação pode ser exemplificado na fórmula a seguir:

$$X = [(1 + Y)^N (1 + Z) / 12] - 1$$

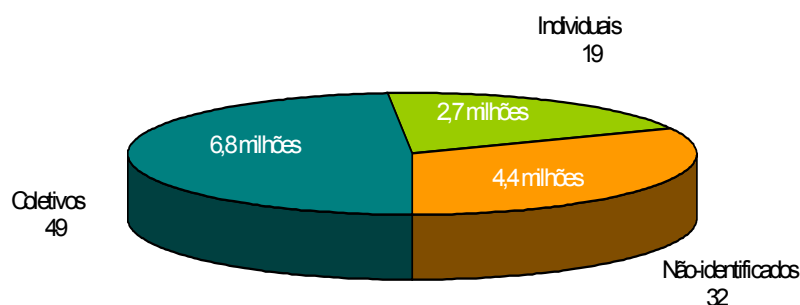
onde:

X = reajuste a ser aplicado na parcela referente à adaptação;

Y = reajuste autorizado com base no ano prospectivo;

Z = reajuste autorizado com base no ano retrospectivo; e

N = número de meses decorridos entre a adaptação e o primeiro reajuste.



Fonte: Cadastro de Beneficiários da ANS/MS (12/2005). Adaptação: Ipea/Dimac.

Após a decisão liminar do STF, entre os planos individuais antigos, observam-se dois tipos diferentes de reajustes:

a) Para o primeiro tipo não há necessidade de autorização prévia da ANS para fins de reajuste e esse modelo pode ser dividido em dois grupos: em um deve-se aplicar o disposto no contrato para fins de reajuste dos preços, desde que as regras sejam claras; no outro, se as cláusulas do contrato, o cálculo de apuração do reajuste ou ainda o próprio índice a ser utilizado não forem transparentes, deverá ser adotado – obrigatoriamente – o índice oficial estipulado pela agência reguladora.

b) O segundo tipo de reajuste é aplicado quando não há índice de reajuste definido no contrato, mas os planos passam a ser regidos por Termos de Compromisso⁵ acordados com a ANS (2006g), como é o caso de alguns planos antigos. Esse modelo abrange pelo menos 6 operadoras com poder de mercado: Amil Internacional de Saúde, Golden Cross Internacional de Saúde, ItaúSeg, Bradesco, Sul América e Porto Seguro,⁶ de tal modo que, a partir de 2004, a agência passou a conceder reajustes específicos ao segmento líder do mercado.

Em suma, o reajuste anual dos planos individuais e familiares novos para fins da cobertura da assistência médico-hospitalar, com ou sem odontologia, abrange a parcela de 14,9% do mercado de planos de assistência médica e uma proporção menor de 12,7% se compararmos com o mercado total de planos de saúde (incluindo aí os planos exclusivamente odontológicos). Cabe recordar que os planos coletivos compõem 2/3 desse mercado (ANS, 2006b, p. 26), mas não se submetem à regulamentação da agência no tocante à evolução dos preços (embora, em tese, tenham seus produtos registrados e avaliados pela ANS no tocante às cláusulas de cobertura dos contratos, além de fornecerem informações relativas ao acompanhamento de preços). Por fim, descartamos avaliar o impacto dos reajustes – autorizados pela ANS – decorrentes de mudança de faixa etária, revisão técnica, adaptação de planos antigos, assinatura de Termos de Compromisso, ou ainda, da

5. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), assim como o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado de São Paulo consideram tais Termos de Compromisso ilegais e existem ações judiciais em andamento (*O Globo*, 2006).

6. Em agosto de 2006, a ANS assinou com a seguradora Porto Seguro um Termo de Compromisso. O índice de reajuste de parte de seus planos antigos será de 14,83%, com base na variação do custo médico-hospitalar (VCMH), atingindo 35 mil usuários (ANS, 2006j).

aplicação de franquias e co-pagamentos, pois tal avaliação exigiria um esforço exaustivo de coleta de dados, o que inviabilizaria a realização deste trabalho.

2.3 METODOLOGIA DE CÁLCULO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

No período anterior à criação da ANS, o acompanhamento de preços dos seguros privados de saúde era efetuado pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. O reajuste dos prêmios se resumia, principalmente, ao segmento representado hoje pelas “sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde”, já que as demais modalidades de pré-pagamento conseguiam escapar, em certos casos, da regulamentação, por uma série de razões jurídicas e institucionais (OCKÉ-REIS, 1995).

No período entre maio de 2000 e abril de 2001, a metodologia para aplicação do reajuste de preço dos planos individuais de assistência à saúde foi estabelecida considerando-se a média de uma cesta de índices de inflação (IDEC, 2006, p. 13; CATA PRETA, 2004, p. 34-35). O reajuste foi fixado em 5,42%, apesar de a Resolução da Diretoria Colegiada 29 (ANS, 2000b), que estabeleceu as normas para fins desse reajuste, não ter explicitado tal valor (em seu artigo 2º somente foi previsto que os planos individuais e/ou familiares poderiam ser reajustados, nos percentuais autorizados pela agência reguladora). Sem dúvida, no início, o funcionamento da ANS requereu dos seus quadros tecnoburocráticos um intenso aprendizado para que pudessem montar e agilizar o *modus operandi* da instituição (OCKÉ-REIS, 2005b). Dado o caráter experimental dessa fase, optou-se por não acompanhar a evolução dos preços ocorrida no período 2000-2001. Além do mais, em prol da consistência dos dados utilizados, a incorporação desse período poderia produzir mais ruídos do que sinais. À primeira vista, depois da implantação da política de preços da ANS, o IPCA (do IBGE) passou, por exemplo, a coletar os preços dos planos individuais com mais de um ano de contrato, de tal modo que, sem piso monetário prévio de referência, alguns dados não eram aplicáveis a essa investigação na série temporal do índice, entre maio de 2000 e abril de 2001. Como a regra de formação dos preços foi modificada, procurou-se assim evitar problemas de emparelhamento da série; afinal, nesse primeiro momento, os contratos dos planos novos individuais não tinham ainda completado um ano de vigência, condição para a aplicação do reajuste sancionado pela ANS.

Em relação à metodologia, a partir do período de referência – entre maio de 2001 e abril de 2002 – passou a vigorar uma política de preços ancorada na taxa média de variação nos prêmios dos planos coletivos, observada no ano anterior, como base para aplicação do valor do reajuste a ser adotado nos 12 meses consecutivos. Em outras palavras, na medida em que o poder Legislativo considerou que os planos individuais precisavam de uma proteção especial para fortalecer sua posição de barganha junto às operadoras (ANS, 2006a), a agência estabeleceu o índice de reajuste desses planos a partir da média dos aumentos aplicados nos contratos coletivos nos últimos 12 meses (sejam eles contratados por empresas, associações ou sindicatos). Em tese, tal metodologia de apuração garantiria ao usuário um poder de negociação semelhante ao observado pelo usuário de planos coletivos. Dessa maneira, imaginou-se que não haveria repasse integral dos custos ao preço dos planos

individuais, “(...)”, mas apenas parcela do aumento de custos, (reflexo do) resultado da negociação entre operadora e empregadores, cuja média refletiria a realidade dos reajustes observados em negociações diretas no mercado, sem intervenção da ANS” (ANS, 2006a).

Sem entrar no mérito da discussão acerca das virtudes ou problemas dessa metodologia, tecnicamente, ela pode ser entendida como uma espécie de regulação por desempenho (*yardstick competition*) (POSSAS; PONDE; FAGUNDES, 1997, p. 89), pois procura eliminar os excessos de assimetria de informação, dada a presença de vários planos regulados, bem como procura definir o teto de reajuste dos preços dos planos individuais mediante a comparação com uma referência média (*benchmark*) – a taxa de variação dos prêmios dos planos coletivos no período de referência passado – o que produziria, em tese, incentivos à maior eficiência (menores custos, supondo cobertura e qualidade constantes). As operadoras são obrigadas a informar à agência os índices de reajuste dos planos coletivos, embora, à primeira vista, não exista nos registros documentais públicos disponibilizados pela agência reguladora uma regra explícita que normalize, fundamente e torne transparente essa metodologia de cálculo. A implantação da recente Instrução Normativa 13, da Diretoria de Normas e comunicação dos reajustes dos planos coletivos de assistência médica, pode vir a preencher essa lacuna caso produza externalidades positivas sobre a regulamentação de tais planos coletivos.

Paralelamente, a metodologia de cálculo do reajuste dos planos antigos, em especial daqueles amparados por Termos de Compromisso, merece ser examinada, pois ela ressuscita a polêmica em torno da validade da adoção de índices próprios para efeito do reajuste, de acordo com a realidade econômico-financeira retratada pelas operadoras (mas analisada e auditada pela agência). Depois da decisão do STF, que lhe retirou o poder de regulamentar os planos antigos, a agência, pressionada pelas operadoras líderes do mercado, encontrou um expediente administrativo para conceder reajustes específicos para alguns planos contratados antes de 1999 (OCKÉ-REIS, 2006a, p. 10-11). Segundo a agência, “a celebração destes Termos de Compromisso traz para o consumidor a vantagem de não ter de recorrer ao judiciário para evitar aumentos abusivos e traz o reajuste destes planos para a regulação da ANS” (ANS, 2005b). Vale dizer, essa metodologia dos planos antigos espelha, rigorosamente, a variação dos gastos das operadoras (e não dos custos dos prestadores) com consultas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e internações – excetuando-se os dispêndios comerciais e administrativos –, variação essa registrada pelo Sistema de Informação de Produto (SIP) da ANS.

Em particular, a partir de 2004, para as seguradoras Bradesco Saúde e Sul América foi determinada pela agência a aplicação de um resíduo atrelado à VCMH, com base no período compreendido entre fevereiro de 2002 e janeiro de 2003 e entre fevereiro de 2003 e janeiro de 2004. Tal resíduo girou em torno de 9% que, somado ao reajuste de 11,75% definido pela ANS no período 2004-2005 (sancionado por meio de ação judicial), acabou totalizando, em termos nominais, um reajuste maior do que 20%. No entanto, com o objetivo de diminuir o impacto financeiro desse reajuste, a agência reguladora negociou com as operadoras o parcelamento em dois anos do resíduo, sendo o primeiro percentual parcial aplicado aos contratos com data de aniversário entre julho de 2005 e junho de 2006 (a partir de julho de 2005) e o

segundo nos contratos entre julho de 2006 e junho de 2007 (a partir de julho de 2006). A seguir, no período 2005-2006, foram aplicados reajustes com índice próprio, adotando-se o critério da VCMH, mas levando em conta a modalidade, o porte e a suposta eficiência das operadoras no tocante à variação de tais gastos médico-hospitalares (no período entre fevereiro de 2003 a janeiro de 2004 e de fevereiro de 2004 a janeiro de 2005). Além da primeira parcela do resíduo mencionado anteriormente, entre 2005 e 2006, foi aprovado pela ANS um aumento, baseado em um índice próprio, de 15,67%, que penalizou 533.797 pessoas afiliadas às seguradoras Bradesco Saúde e Sul América (ANS, 2005b). Entre julho de 2006 e junho de 2007, além da aplicação da segunda parcela do resíduo, serão aplicados reajustes baseados em índices próprios naquelas operadoras que assinaram Termos de Compromisso.⁷

Após a exposição desse complexo quadro institucional, as notas metodológicas sobre a natureza, a abrangência e a metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais servirão de apoio para avaliar o comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, baseado nos índices do Dieese, da Fipe e do IBGE, com o apoio dos dados da base do Ipeadata, no período compreendido entre maio de 2001 e abril de 2005 – em especial, tais índices quando comparados com o índice da ANS (que reajusta os planos individuais de assistência médica, com mais de um ano de contrato). A agência autoriza e aplica diferentes tipos de reajuste de preço, relacionados a mudança de faixa etária, revisão técnica, adaptação de planos antigos, assinatura de Termos de Compromisso, ou ainda, à presença de franquias e a copagamentos, que acabam afetando o nível e a evolução dos preços do setor. No entanto, não foi possível identificar, em toda a sua extensão, os dados e tampouco as inter-relações estabelecidas entre as ações regulatórias da agência e a formação de preços no mercado de planos de saúde. Desse modo, fixamo-nos tão-somente na descrição do índice de reajuste aplicado aos planos individuais novos, mas não poderíamos deixar de ressaltar a importância central da dimensão institucional para avaliar a dinâmica de preços nesse mercado, após a criação da ANS.

3 UMA AVALIAÇÃO DESCRITIVA DO COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nesta seção, com o apoio dos dados da base do Ipeadata, avaliamos o comportamento da taxa da inflação geral da economia, do setor saúde e dos planos de assistência à saúde, observando a variação acumulada e anual dos preços, a partir dos índices do Dieese, da Fipe e do IBGE, no período entre maio de 2001 e abril de 2005. Essa periodização atende ao ciclo regular de reajuste do plano individual definido pela ANS, que será objeto de comparação com os índices mencionados anteriormente. Apresentamos, também, três boxes acessórios; no primeiro se compara a diferença do reajuste da ANS e dos preços dos planos empresariais; no segundo, estima-se a

7. No contexto da assinatura dos Termos de Compromisso, a ANS autorizou percentuais de reajuste entre 11,46% e 11,57% para os planos individuais de saúde antigos, para vigorar no período entre julho de 2006 e junho de 2007, das seguintes operadoras: Amil, Golden Cross, ItaúSeg, Bradesco Saúde e Sul América. O número de "usuários" atingidos por esse reajuste é de 754.121, correspondentes a 2,1% do total de 36,2 milhões de planos médico-hospitalares no Brasil (Amil: 19.749 usuários; Golden Cross: 150.419; Bradesco Saúde: 238.721; ItaúSeg: 21.715; e Sul América: 323.517 usuários) (ANS, 2006h).

evolução dos preços do setor saúde à luz da política regulatória, entre abril de 2006 e abril de 2007; e, no último, por meio da construção de índices, mostra-se a evolução do salário real *versus* a evolução dos preços dos planos individuais.

Este estudo possui uma dimensão exploratória. Estamos diante de um quadro institucional complexo no tocante às regras e à abrangência dos reajustes dos planos individuais novos e antigos (para não falar dos problemas no que se refere ao registro dos dados),⁸ trabalhando com índices diferentes quanto à metodologia e ao tratamento dos dados, em um mercado cujas características econômicas e institucionais dificultam a mensuração da evolução dos preços. Se isso exigiu a abstração de certos aspectos concretos da economia política do setor e da própria mensuração dos índices de preços agregados, fez-se um esforço analítico no sentido de superar tal dificuldade, procurando, quando possível, dimensionar com alguma base empírica os dilemas da regulamentação de preços adotada pela ANS. Apesar desse comprometimento, não foi possível trabalhar com microdados. Tampouco tivemos a pretensão de abarcar questões microeconômicas relativas à teoria do consumidor ou de cotejar problemas lógicos e probabilísticos, no que se refere à discussão do “índice ideal de preços”.

Essa é, certamente, uma temática complexa. Estudos do *National Bureau of Economic Research* (NBER) mostram que a construção de um índice de preço na área da saúde, em particular seus vieses, pode afetar tanto a mensuração do índice geral de preços, quanto o cálculo do deflator implícito do PIB, ou ainda, comprometer o cálculo dos preços relativos de outros produtos que compõem a cesta do IPC (NEWHOUSE, 2001). Caberia, então, antes de começar a descrever o comportamento dos preços, fazer breves advertências a esse respeito:

a) O fenômeno da inflação dos planos de saúde se caracteriza pelo aumento continuado dos preços, do que resultaria uma perda do poder aquisitivo das famílias. Da ótica da cesta do consumidor, que agrega bens e preços diversos, imaginemos que os prêmios tenham crescido 15%. Seria importante saber que parcela desse incremento se deu em função do aumento da quantidade produzida de serviços médico-hospitalares e que parcela se deveu ao aumento de preços (considerando o aumento dos custos, a introdução de novas tecnologias etc.). A dificuldade de responder a essa questão provém do fato de que as diferentes quantidades produzidas e os diferentes preços são grandezas heterogêneas.

8. A ANS faz um esforço para melhorar a qualidade das informações do mercado de planos de saúde. Houve a implantação do Programa de Troca de Informações em Saúde Suplementar (Tiss) (ANS, 2005c) e a introdução da ANS TabNet (ANS, 2005e), mas permanece ausente o registro relativo ao número exato de indivíduos cobertos pelo mercado de planos de saúde, com conseqüências sobre o planejamento do *mix* público/privado no Brasil (em outras palavras, não houve “pareamento” entre o número de planos e o número de indivíduos). Em relação ao Tiss, as operadoras e prestadores deverão, obrigatoriamente, adotar padrões eletrônicos homogêneos nos conteúdos das guias, dos demonstrativos de pagamento e nas análises de contas médicas, visando desburocratizar, reduzir custos administrativos, diminuir glosas e dotar de maior rapidez o pagamento aos prestadores. No tocante à ANS TabNet, tem-se por objetivo ampliar a divulgação de dados e informações sobre o setor privado no que se refere à distribuição dos usuários e das operadoras, por estados e municípios. Não obstante tal esforço, além dos problemas de registro do número de usuários, permanecem dúvidas quanto à prestação da atualização dos registros, ao cadastro dos produtos e às informações de utilização, segundo regiões da federação.

b) Em geral, a solução encontrada pelos índices é ponderar o aumento de preços pelas diferentes quantidades. Comumente utilizado na área da saúde, o índice de Laspeyres mede a variação de preços entre o período atual e o período do ano-base, ponderando tais preços pela quantidade consumida no ano-base.⁹ Tais índices, no Brasil, se baseiam na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e sua respectiva estrutura de ponderação. Nele o consumidor não altera seu padrão de consumo após mudanças nos preços relativos. Considerando-se quantidades fixas, para cada novo cálculo mensal, existe uma estrutura de pesos alterada, de acordo com as mudanças nos preços relativos de cada item, ajustando, assim, a ponderação original definida no mês de referência da POF. Vale notar, o índice de Laspeyres aproxima-se da medida do custo de vida,¹⁰ mas tende a superestimar a inflação. Além do mais, esse índice tende a ignorar, de um lado, uma eventual queda da qualidade das mercadorias, e de outro, os produtos novos surgidos no período de vigência da POF. Esse último efeito é amenizado mediante o uso de “técnicas de encadeamento”, que podem ser aplicadas no momento da realização de uma nova POF, caso se faça necessário introduzir ou substituir itens de consumo, acompanhando-se assim as mudanças tecnológicas operadas na economia (CARMO, 2004; SIMONSEN; CYSNE, 1989).

c) Em que pese o índice de preços da saúde se referir à cesta de consumo dos consumidores, ele pode representar uma *proxy* dos custos das operadoras de planos de saúde. O IPC acaba captando a trajetória dos preços dos produtos que fazem parte, sim, da planilha de custo das operadoras. Cabe assinalar que tal índice resulta do cálculo de uma média, cujo valor não expressa, obviamente, a variabilidade total dos valores (preços e quantidades) dos gastos com hotelaria, material médico-hospitalar e medicamentos, dada a oferta diversificada de bens e serviços.

d) No caso brasileiro, embora os bens e serviços de saúde providos pelo SUS não sejam apreçados, tais compras influenciam a magnitude da inflação na área médica. Além do mais, é preocupante a exclusão dos planos empresariais, cujo pagamento é feito freqüentemente pelos usuários nas modalidades de pré-pagamento. Assim, os índices do setor saúde deveriam procurar mensurar os gastos com planos empresariais e do governo (ver NEWHOUSE; *idem*, p. 12-13).

e) Considerando que tal índice se constitui em um importante instrumento para dimensionar a magnitude da economia do setor, mas que não serão tratados aqui *per*

9. Em particular, a literatura especializada ensina que a fórmula modificada de Laspeyres II “(...) é uma média aritmética de quantidades fixas no período base, adotando-se implicitamente a hipótese de elasticidade-preço nula para todos os componentes do índice; isto é, qualquer que seja a variação no preço de uma componente, o seu consumo físico será sempre o mesmo de acordo com essa metodologia. Assim sendo, o ‘peso’ de cada componente varia direta e proporcionalmente ao aumento de preço: quanto maior for o aumento no preço de uma componente, maior será a sua participação no índice” (KIRSTEN, 1985, p. 132).

10. Diz-se que o verdadeiro índice de custo de vida dependeria do nível de utilidade usado como referência para o consumidor. Desse modo, em relação à utilidade inicial, o verdadeiro índice de custo de vida seria menor ou igual ao índice de Laspeyres (o índice de preços ao consumidor seria um estimador, uma *proxy* do índice de custo de vida). Contudo, segundo Simonsen e Cysne (1989, p. 184), “(...) todas essas considerações são muito interessantes, mas não chegam a suprir grandes subsídios para a construção prática de números-índice: (i) é difícil medir as preferências de um consumidor, inclusive porque essas preferências podem variar no tempo; (ii) um índice procura medir as variações de preços e quantidades não apenas para um consumidor, mas para um conjunto de consumidores com preferências distintas; e (iii) a idéia de um consumidor representativo, cujas preferências sejam alguma média das de todos, não encontra amparo teórico firme”.

se, caso se queira adequá-lo à realidade brasileira, seria interessante discutir futuramente os seguintes tópicos: o método de coleta e processamento dos dados; a população-objetivo; a natureza da cesta; a amostra da cotação de preços de cada bem ou serviço; a atualização da estrutura de ponderação, do cadastro de mercadorias e informantes; a definição da fórmula dos pesos (critério plutocrático: importância relativa no consumo familiar médio; ou critério democrático: número de domicílios); a forma de introduzir as inovações tecnológicas; os períodos de referência; as especificações de produtos e a representação do componente elementar do subitem; e a forma de encadeamento da série de preços (CARMO, *idem*; NEWHOUSE, *ibidem*).

Feitas essas considerações, descreve-se, a seguir, o comportamento dos preços segundo os índices do Dieese, da Fipe e do IBGE, e com o apoio dos dados da base do Ipeadata, no período de maio de 2001 a abril de 2005. Procurou-se mais descrever do que explicar seus resultados. Avalia-se, de uma parte, a trajetória dos preços, e de outra, compara-se a evolução de tais preços com o reajuste definido pela ANS. Reiteramos que não verificamos o impacto dos reajustes setoriais sobre a inflação geral, nem examinamos a fundo a metodologia de cálculo do índice de reajuste dos planos individuais da agência; tampouco hierarquizamos os índices utilizados. À guisa de ilustração, ao final dessa seção, serão feitos comentários no que diz respeito à avaliação do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde.

3.1 DIEESE: O COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DA SAÚDE

A região Sudeste detém mais de 2/3 do mercado de planos de assistência médica, sendo que o Estado de São Paulo cobre 42,4% e o município de São Paulo 17,4% do total (tabela 2). Além do mais, segundo o Cadastro de Beneficiários, da ANS, a “taxa de cobertura” de planos no município de São Paulo corresponde a 57% da sua população; significa dizer que existem 6,3 milhões de planos. Atuam no estado mais de mil operadoras de planos de assistência à saúde (ver mapa).

TABELA 2

Número de planos de assistência à saúde^a – dezembro de 2005

Unidades da federação	Planos	%
Brasil	36.202.745	100
Sudeste	24.450.122	67,5
São Paulo	15.342.825	42,4
Município de São Paulo ^b	6.300.000	17,4

Fonte: Cadastro de Beneficiários, da ANS/MS (12/2005). Elaboração: Ipea/Dimac.

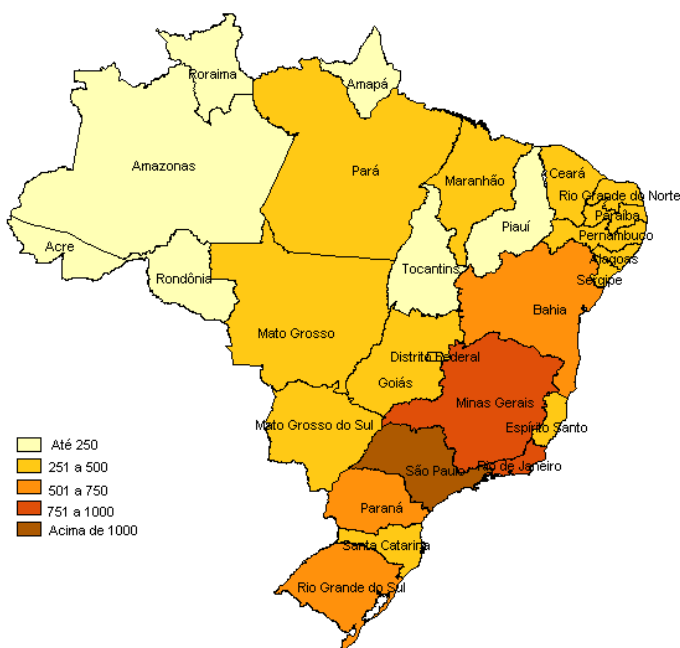
^a Não usamos o termo “usuários” porque os registros referem-se aos planos de saúde.

^b A estimativa da população do município de São Paulo é de 10.927.985 (Ibge, 2005d).

No município de São Paulo, ademais, o Índice de Custo de Vida (ICV), do Dieese (1997), apura a variação mensal dos preços dos bens e serviços consumidos pelas famílias com renda média de até R\$ 2.800. Há também índices para rendas baixa e intermediária. Aplica-se a fórmula de Laspeyres, supondo-se elasticidade-preço igual a 0 (correspondência com a função utilidade de Leontief). Assim, essa fórmula não capta o efeito-substituição no consumo, podendo gerar uma taxa de inflação

superestimada (BACEN, 2004). Coletam-se os preços dos planos de assistência à saúde ofertados pelas operadoras, e quando se observa alguma inovação no plano selecionado – se substitutos próximos entre si – haveria uma seqüência única para o acompanhamento do preço desse novo produto. Na saúde, a cesta de consumo está dividida em três itens: assistência médica; aparelhos e próteses; e medicamentos e produtos farmacêuticos. Em um primeiro exame, os planos individuais e empresariais, novos e antigos, estão inseridos no item “assistência médica”, sendo o único índice a apresentar dados relativos aos planos empresariais, que são a maioria no mercado de planos de assistência à saúde.

Número de operadoras de planos de assistência à saúde, segundo estados da federação – fevereiro de 2006



Fonte: Cadastro de Operadoras da ANS/MS (02/2006). Adaptação: Ipea/Dimac.

Na POF de 1994-1995, o peso original do plano individual na composição do grupo saúde foi maior do que o plano empresarial. Tratando-se de um índice de custo de vida, deve-se notar que, no caso dos planos coletivos, é difícil precisar a magnitude do gasto dos consumidores, descontando desse gasto a transferência monetária efetuada pelos empregadores, sob a forma de benefícios (salário indireto). Em geral, o plano empresarial tem ou um financiamento misto ou os empregadores pagam integralmente o plano de pré ou pós-pagamento. Cumpre assinalar, a opção encontrada pelo Dieese foi atribuir um peso menor aos planos empresariais, para fins de cálculo desse componente específico do ICV.

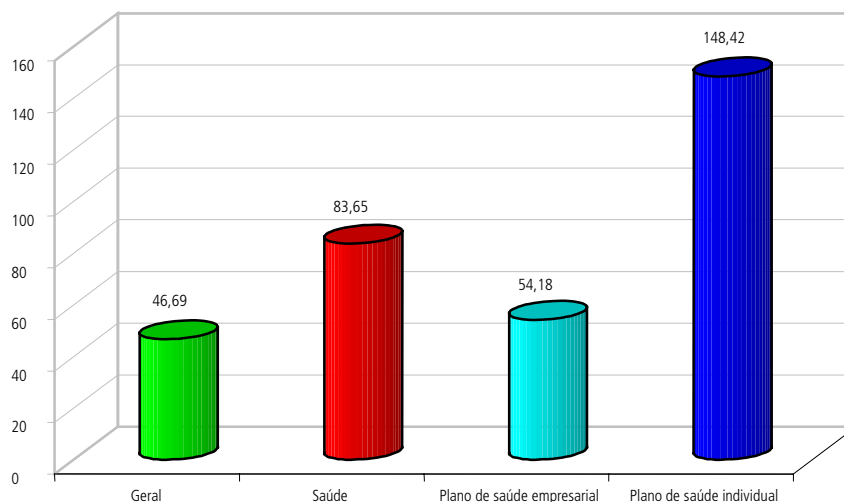
Posto isto, o gráfico 3 mostra que o ICV do Dieese foi de 46,69% entre maio de 2001 e abril de 2005, enquanto a taxa de inflação acumulada do setor saúde apresentou um percentual de 83,65%. Observa-se, ainda, que o aumento dos planos empresariais foi de 54,18%, embora o aumento dos planos individuais tenha sido de 148,42% – três vezes mais do que a inflação no município de São Paulo. No gráfico 4, observa-se que a taxa de crescimento dos preços dos planos individuais foi

decrecente, mas voltou a subir entre maio de 2004 e abril de 2005, passando de 14,9% para 21,46%. Houve um pico na taxa de crescimento dos preços dos planos empresariais entre 2003 e 2004 (em contraste com a redução da taxa de variação dos planos individuais), e no último período, ocorreu, inversamente, uma deflação de 3,1%. É interessante notar, finalmente, que entre maio de 2004 e abril de 2005, houve uma convergência entre o reajuste sancionado pela ANS e a taxa de variação do setor saúde (uma *proxy* do custo médio das operadoras).

GRÁFICO 3

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada – maio de 2001–abril de 2005

(Taxa de inflação acumulada, em %)

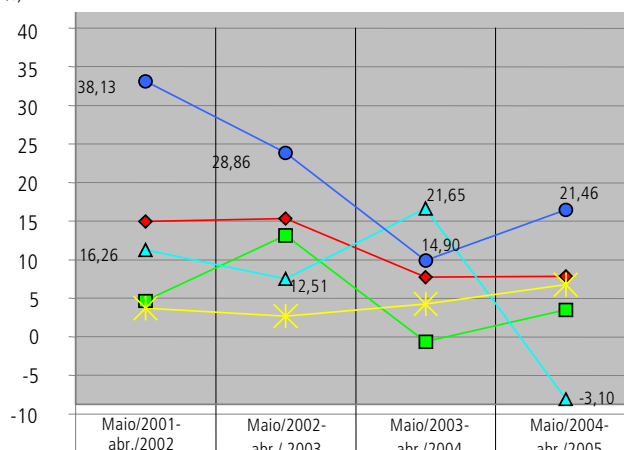


Fonte: ICV/Dieese. Elaboração: Ipea/Dimac.

GRÁFICO 4

Município de São Paulo: variação do prêmio dos planos de assistência à saúde em relação a outros indicadores – maio de 2001-abril de 2005

(Variação dos indicadores, em %)



Indicador	Maio/2001-abr./2002	Maio/2002-abr./2003	Maio/2003-abr./2004	Maio/2004-abr./2005
Geral	9,66	18,14	4,36	8,50
Saúde	19,97	20,33	12,73	12,85
Plano de saúde empresarial	16,26	12,51	21,65	-3,10
Plano de saúde individual	38,13	28,86	14,90	21,46
ANS	8,71	7,69	9,27	11,75

Fontes: ICV/Dieese e ANS. Elaboração: Ipea/Dimac.

BOXE 1

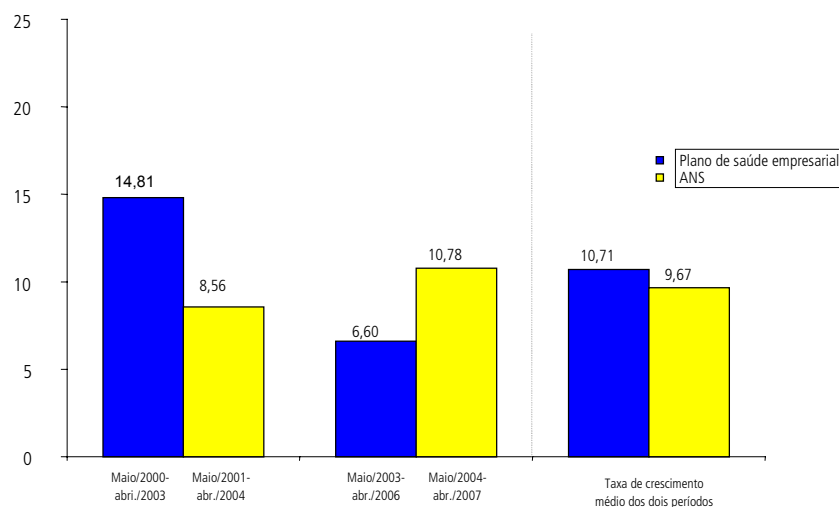
O processo de formação dos prêmios dos planos empresariais é uma função da taxa de juros esperada no futuro; do ramo da atividade ocupacional; da idade média da massa segurada; da distribuição do sexo; e da probabilidade de uso dos serviços médico-hospitalares (a severidade de utilização de tais serviços, dada a experiência passada ou utilização esperada); agregam-se a isso, ainda, as despesas administrativas, as despesas relativas ao crescimento do custo unitário dos bens e serviços e o pagamento dos corretores (ver COSTA, 1999).

Nessa linha, dado o suposto poder de barganha dos empregadores, atribuído à presença de um *pool* considerável de consumidores na “carteira” dos planos coletivos, cuja escala favoreceria, em tese, a oferta de preços mais acessíveis, esse segmento do mercado funciona, aparentemente, como uma espécie de *benchmark* (farol) para a política de preços da ANS dirigida aos planos individuais, servindo de base para aplicação do seu reajuste. Contudo, o gráfico 5 mostra que, quando comparada com a evolução dos preços dos planos empresariais, a taxa média de crescimento anual dos reajustes dos planos individuais foi menor entre 2001 e 2004, e, ao contrário, foi maior entre 2004 e 2007. Em que pese a constatação dessa oscilação, quando se compara a média desses períodos ao longo da série histórica, observa-se uma taxa média de crescimento anual similar: os planos empresariais subiram a uma taxa de 10,71%, enquanto os reajustes da ANS cresceram 9,67%.

GRÁFICO 5

Município de São Paulo: comparação da taxa média anual de crescimento dos reajustes da ANS e dos preços dos planos empresariais – maio de 2001-abril de 2007

(Em %)



Fontes: ICV/Dieese e ANS. Elaboração: Ipea/Dimac.

3.2 FIPE: O COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DA SAÚDE

O IPC da Fipe apura a variação mensal de preços dos bens e serviços consumidos pelas famílias com renda média entre 1 e 20 salários mínimos (SM), no município de São Paulo. Aplica-se a fórmula de Köonus-Byushgens (índice geométrico), supondo-se elasticidade-preço da demanda igual a 1 para cada subitem (correspondência com a função utilidade Cobb-Douglas), cujos pesos são obtidos, diretamente, na POF (CARMO, 2004, p. 18-58). Esse método permite a substituição do consumo de bens e serviços que tiveram aumento relativo por aqueles que ficaram relativamente mais baratos, sendo capaz de captar o efeito-renda e o efeito-substituição e é apurado com base no conceito de caixa, ou seja, somente contabiliza o reajuste quando os gastos das famílias são afetados (BACEN, 2004). Baseia-se na POF do município de São Paulo da Fipe efetuada entre 1998 e 1999 e adotada em janeiro de 2000. Na saúde, a cesta de consumo está dividida em três itens: aparelhos corretivos; contrato de assistência à saúde (onde está o item plano de saúde); serviços médicos e laboratoriais; e remédios e produtos farmacêuticos.

O período de coleta vai do primeiro ao último dia de cada mês e o dia de divulgação do IPC-Fipe é no terceiro dia útil após o término da coleta. Semanalmente ocorrem divulgações prévias, chamadas quadrissemanais, que simplesmente comparam os preços das últimas quatro semanas apuradas, em relação às quatro semanas imediatamente anteriores, auferindo um índice mensalizado para cada semana do mês (RIZZIERI; CARMO, 1995). No painel de domicílios acompanhados pela Fipe, a amostra parece representativa com relação aos gastos das famílias com planos individuais e empresariais, novos e antigos (o IPC não capta os aumentos dos planos de assistência à saúde no caso de mudança entre faixas etárias, mas tão-somente o aumento de preços ocorrido no produto original demandado pelo consumidor). A metodologia adotada para o cálculo do índice foi utilizada para elaborar uma lista de procedimentos médico-hospitalares – a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) – contemplando todas as especialidades médicas, elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e suas sociedades especializadas, junto com o Conselho Federal de Medicina (AMB, 2005).

O gráfico 6 mostra, entre maio de 2001 e abril de 2005, que a taxa da inflação acumulada do IPC foi de 36,99% ante um reajuste de 42,95% da ANS. Além do mais, a taxa acumulada de 36,12% do setor saúde foi inferior à inflação de 41,3% dos planos de assistência à saúde. Em particular, o gráfico 7 mostra que os reajustes da ANS sofreram, ano a ano, uma taxa de variação maior do que a variação da inflação geral e do setor saúde, exceto no período 2002-2003, dada a depreciação do câmbio e o aumento da inflação (em 2002, o IPCA alcançou 12,5%, ultrapassando o limite do intervalo de tolerância da meta e a cotação média do dólar cresceu, na média, de R\$ 2,55 para R\$ 3,67).¹¹ Com exceção dos anos 2002-2003, na mesma direção, os preços dos planos de assistência à saúde apresentaram uma taxa de variação igual ou superior à variação da inflação geral e do setor saúde, em especial entre 2004 e 2005. Ao longo

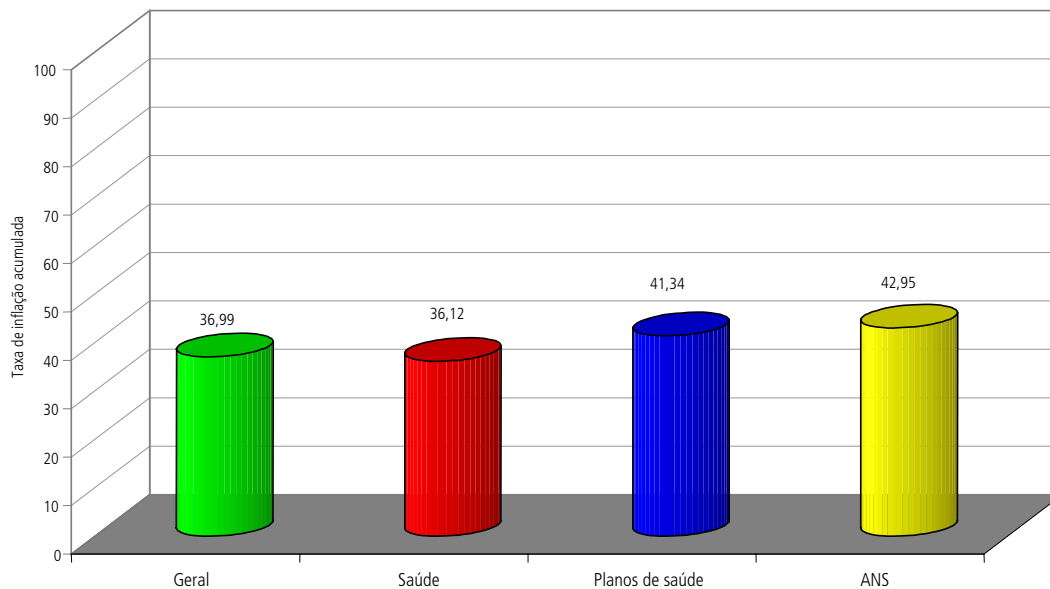
11. No período entre 2002 e 2003, "as dificuldades enfrentadas pelo país se refletiram principalmente sobre a taxa de câmbio e as expectativas de inflação. As depreciações acentuadas da taxa de câmbio e a deterioração das expectativas de inflação tiveram fortes impactos sobre a inflação, levando ao descumprimento da meta de inflação para o ano de 2002" (BANCO CENTRAL, 2003, p. 2).

do período, a taxa de crescimento dos preços dos planos de assistência à saúde foi ascendente, possivelmente, correlacionada com a taxa de variação dos reajustes da ANS.

GRÁFICO 6

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada – maio de 2001-abril de 2005

(Taxa de inflação acumulada, em %)

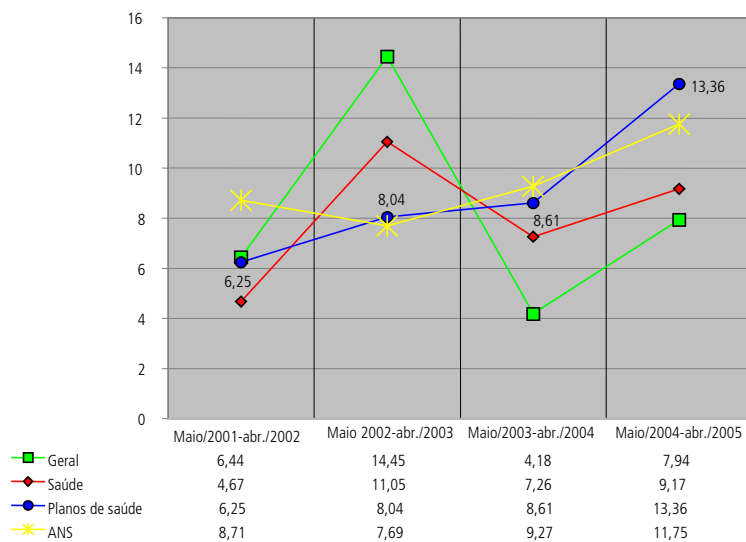


Fontes: IPC/Fipe, Ipeadata e ANS. Elaboração: Ipea/Dimac.

GRÁFICO 7

Município de São Paulo: variação percentual do prêmio dos planos de assistência à saúde em relação a outros indicadores – maio de 2001-abril de 2005

(Variação dos indicadores)



Fonte: IPC/Fipe. Elaboração: Ipea/Dimac.

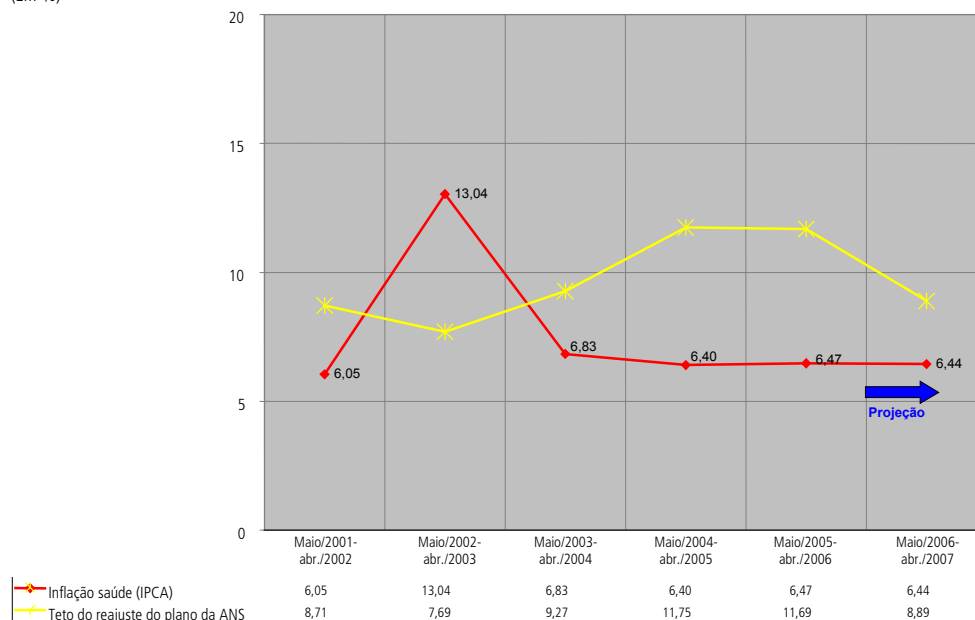
BOXE 2

Para o período 2006-2007, o gráfico 8 mostra que o percentual definido pela ANS para fins de reajuste dos planos individuais converge em direção à estimativa de inflação do setor saúde (*proxy* dos custos médios das operadoras), projetada a partir da utilização dos dados da Fipe.

GRÁFICO 8

Projeção da taxa de variação da inflação do setor saúde em relação aos reajustes da ANS – maio de 2006 a abril de 2007

(Em %)



Fontes: Ipeadata, ANS e IPCA/IBGE. Elaboração: Ipea/Dimac.

Considerando que o teto de reajuste dos planos individuais de saúde para o período 2006-2007 é dado pela ANS, estimamos a taxa de inflação do setor saúde *ad hoc* (para esse fim específico), no período entre maio de 2006 e abril de 2007. Vale frisar, levando em conta a estabilidade da inflação após o ano de 2004, calculou-se P a partir da média do índice de inflação dos 24 meses anteriores a maio de 2006, elevando essa média à 12ª potência e subtraindo-a de 1:

$$P = \left(\frac{\sum_{i=1}^{24} I_i}{24} \right)^{12} - 1$$

onde P é a projeção da taxa de inflação e \bar{I} a média dos índices.

Vale lembrar que os reajustes dos planos individuais incidem, agora, sobre uma quantidade menor de planos, considerando os Termos de Compromisso assinados com a ANS, que conferem aumento diferenciado para alguns planos individuais antigos – sem índices de reajuste transparentes – em especial os das operadoras líderes. Além do mais, o número de planos individuais tende a decrescer por causa da evolução dos seus preços de entrada, sobretudo nas faixas etárias das pessoas mais idosas, se é que não tendem à extinção, como à primeira vista já se observa nas seguradoras especializadas em saúde.

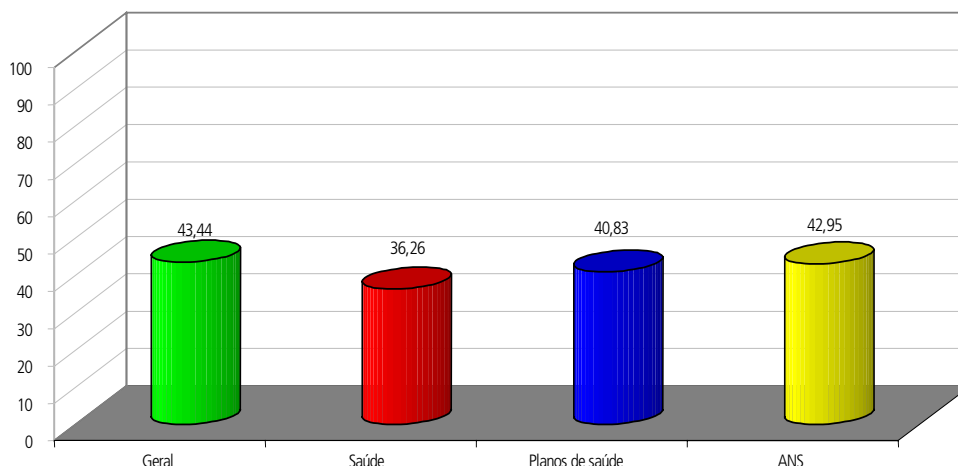
3.3 IBGE: O COMPORTAMENTO DOS PREÇOS DA SAÚDE

O IPCA do IBGE apura a variação mensal de preços dos bens e serviços consumidos pelas famílias com renda média entre 1 e 40 SMs em nove regiões metropolitanas, Distrito Federal e a capital de Goiás. É um índice oficial que mede a cesta de consumo de famílias e utilizado pelo Banco Central (Bacen) para o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no sistema de metas de inflação. Os índices nacionais são calculados a partir dos resultados dos índices regionais, utilizando-se a média aritmética ponderada, cujo ponderador é o rendimento total urbano (Pnad de 1996). A partir dos resultados do IPCA do mês de junho de 2006, o IBGE passará a calcular os índices com base nas estruturas de gastos de consumo da POF utilizada no período de julho de 2002 a agosto de 2003. Na saúde, a cesta de consumo está dividida em três itens: cuidados pessoais; produtos farmacêuticos e óticos; e serviços de saúde – que inclui o item plano de saúde (IBGE, 2005b).

Desde 2001, com vistas a acompanhar a variação de preços dos planos individual e/ou familiar, registram-se os percentuais de reajuste incidentes sobre os contratos assinados em um período de um ano ou mais. A cada mês e em cada região, as operadoras com maior número de usuários são visitadas, sendo obtida a informação do percentual de reajuste aplicado sobre a mensalidade dos contratos que aniversariam no mês da pesquisa. O percentual informado segue, geralmente, aquele fixado pela ANS, com vistas a vigorar nos 12 meses seguintes à aplicação. Considerando, por hipótese, que 1/12 de usuários da carteira de uma operadora tenha seu contrato aniversariando em cada um dos meses do ano, ao final de 12 meses, no acumulado, os índices de preços do IBGE terão refletido o total dos reajustes de fato ocorridos sobre os contratos. A partir de 2004, para estimar a variação ocorrida nas mensalidades, o IBGE passou a utilizar *ad hoc* fatores de ponderação nos cálculos: aqueles que assinaram contrato até 31 de dezembro de 1998 tiveram ponderação de 58%; e aqueles que assinaram contrato após a referida data, ponderação de 42%. Para o ano de 2005, o reajuste dos contratos antigos com índice próprio não foi levado em conta pelo IBGE e a coleta permanece delimitada aos planos individuais (sem a mensuração dos planos empresariais) (IBGE, 2005a, 2004).

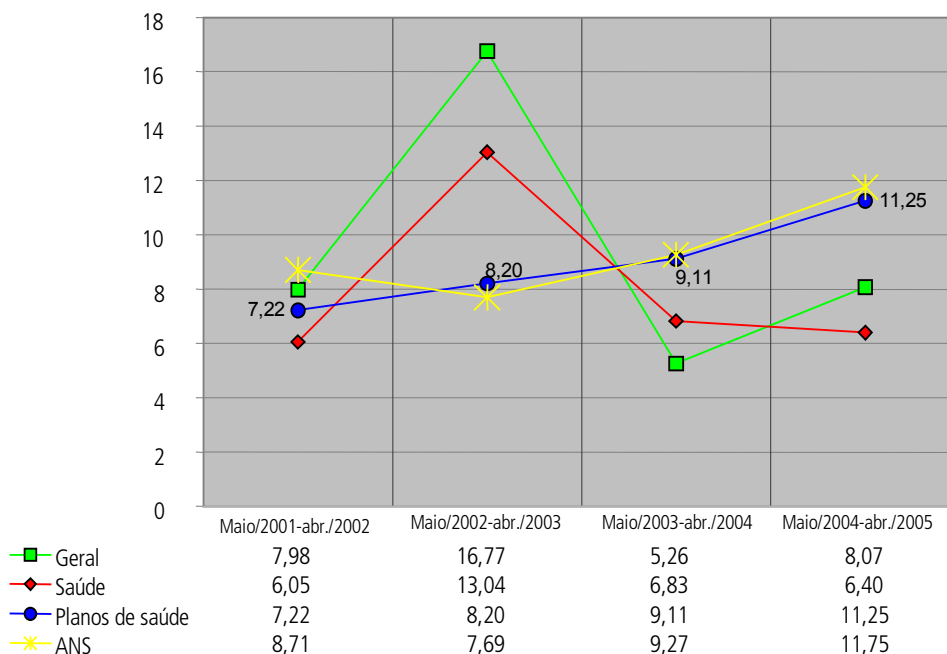
O gráfico 9 mostra, entre 2001 e 2005, que a taxa acumulada de 43,44% do IPCA (IBGE) foi pouco maior do que os reajustes aplicados pela ANS. Ademais, a inflação do setor saúde ficou abaixo da inflação acumulada dos planos – em torno de 7 pontos percentuais (p.p.). Paralelamente, o gráfico 10 mostra que os reajustes da ANS apresentaram uma taxa de variação crescente depois de 2002, acima da taxa de variação do setor saúde e da inflação geral, indicando que a ANS, de forma consciente ou não, fomentou uma política de recuperação de preços *vis-à-vis* a evolução dos custos do setor. Em especial, chama a atenção o fato de que a variação dos preços no setor saúde foi menor do que a inflação geral, entre maio de 2004 e abril de 2005.

GRÁFICO 9
Brasil: taxa de inflação acumulada – maio de 2001-abril de 2005
 (Em %)



Fontes: IPCA/IBGE e ANS. Elaboração: Ipea/Dimac.

GRÁFICO 10
Brasil: variação percentual do prêmio dos planos de assistência à saúde em relação a outros indicadores – maio de 2001-abril de 2005
 (Variação dos indicadores)



Fontes: IPCA/IBGE e ANS. Elaboração: Ipea/Dimac.

Caberia, ainda, observar os resultados encontrados por Lameiras e Giambiagi (2006). Segundo os autores, o IPCA desacelerou de 7,7% em 2001 para 5,7% em 2005, e a expectativa para variação dos preços administrados em 2006 é de forte queda, ancorada na desaceleração dos Índices Gerais de Preços (IGPs) no ano passado. Em particular, os preços dos não-comercializáveis responderam por 25,2% da variação total do IPCA em 2001, mas, em 2005, essa participação alcançou 35%.

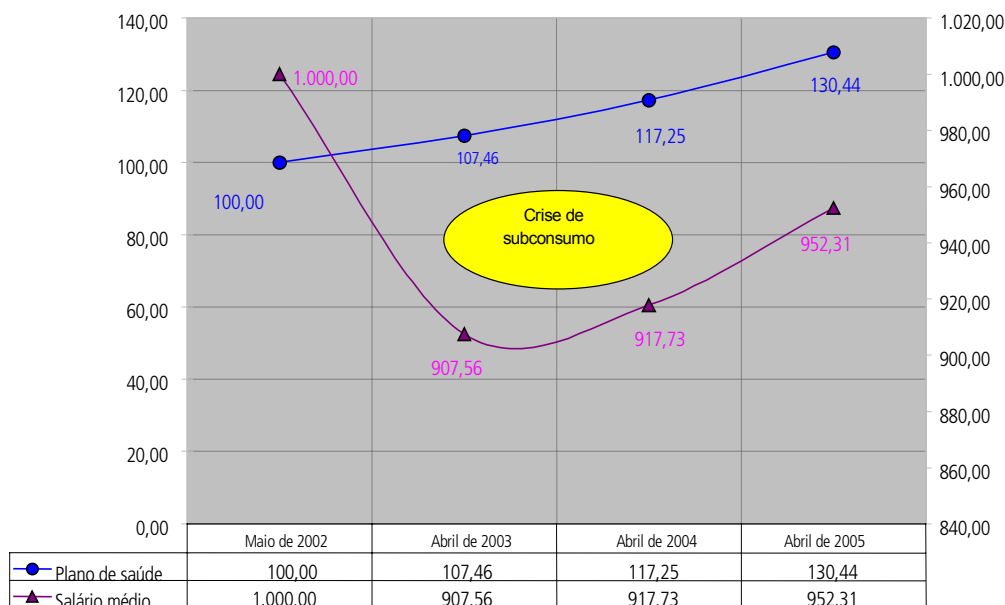
BOXE 3

Em que pese o problema do registro com relação ao número de usuários, esse setor apresenta uma crise potencial de subconsumo. Comparamos a evolução do salário real e dos planos de assistência à saúde, entre maio de 2002 e abril de 2005. Imagine-se um consumidor hipotético que ganhe R\$ 1.000, pagando R\$ 100 pelo plano de saúde, no início do período. Em três anos, observando-se o comportamento do índice de salário com dados da Pesquisa Mensal de Emprego (PME), do IBGE, seu rendimento cai para R\$ 952,31, enquanto, no mesmo período, o prêmio subiria para R\$ 130,44 (corrigido pelo IPCA do IBGE). O poder aquisitivo do consumidor diminuiu, devido à redução do salário real e ao aumento do plano individual de saúde em 30 p.p. (gráfico 11). Com os dados disponíveis, sabe-se que os planos coletivos alcançam, pelo menos, 65% do mercado, e, portanto, nesse quadro, se a ANS continuar regulando apenas os preços dos planos individuais, esse tipo de regulamentação pode perder um pouco de sentido, se admitirmos que venha a acontecer o que se viu nos Estados Unidos, onde o seguro individual é, atualmente, apenas uma categoria residual (OCKÉ-REIS, 2006b).

GRÁFICO 11

Índices: salário^a versus plano de saúde individual^b – maio de 2002^c - abril de 2005

(Base: maio de 2002 = 100, em R\$)



Fontes: PME e IPCA/IBGE. Elaboração: Ipea/Dimac.

^a Índice construído a partir da evolução da massa salarial efetiva nas seis regiões metropolitanas da PME (ocupação versus rendimentos reais efetivos).

^b Índice construído a partir do IPCA, subitem plano de saúde.

^c A PME implementou um novo questionário em 2002, de tal modo que não se incorporou o ano de 2001 na série deste gráfico.

Nesse contexto, observa-se uma queda de inflação mais lenta nos serviços não-comercializáveis, como é o caso dos serviços médicos, em geral, devido a baixa elasticidade de substituição e inércia inflacionária de alguns produtos (excluindo-se daí os planos de assistência à saúde, que foram reconhecidos pelos autores enquanto “preços administrados”):

(...) a queda nas taxas de inflação passadas leva algum tempo até surtir efeito na composição desses preços (dos não-comercializáveis), fazendo com que eles recuem mais lentamente. Adicionalmente, a baixa elasticidade de substituição desses grupos faz com que, mesmo na presença de maior competição, exista uma grande resistência à troca desses tipos de serviços tendo em vista que essas mudanças tendem a gerar um certo custo de adaptação (LAMEIRAS; GIAMBIAGI, 2006, p. 106).

Verificou-se, ainda, segundo os autores, que a contribuição dos serviços médicos para a inflação subiu de 0,04 p.p. para 0,07 p.p., entre 2001 e 2005. Em particular, o item dentista cresceu de 0,02 p.p. para 0,03 p.p.; o item médico, de 0,01 p.p. para 0,02 p.p. Apontam, igualmente, que a inflação acumulada do item dentista cresceu aproximadamente 50% e a do item médico subiu mais do que 100%, entre 2001 e 2005. No entanto, não necessariamente isso se reflete na planilha de custos das operadoras de planos de saúde, por ser o IPCA um índice de preço que reflete o comportamento dos consumidores.

3.4 FATOS ESTILIZADOS

A seguir, serão descritas algumas evidências que, somadas aos resultados iniciais encontrados anteriormente no que diz respeito à avaliação do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, nos fornecem elementos adicionais para extrair conclusões deste trabalho. Vale lembrar, não foram investigados, especificamente, os impactos dos reajustes decorrentes de mudança de faixa etária, revisão técnica, adaptação de planos antigos, assinatura de Termos de Compromisso, ou ainda, decorrentes da aplicação de franquias ou co-pagamentos.

a) Os reajustes dos planos individuais promovidos pela ANS e a evolução da inflação da economia e do setor saúde

A tabela 3 mostra que a taxa acumulada do reajuste dos planos individuais se aproximou do índice da inflação acumulada medida pelo IPCA, mas tal reajuste ficou um pouco abaixo do índice do Dieese e acima do IPC da Fipe, entre maio de 2001 e abril de 2005.

TABELA 3
Inflação acumulada – maio de 2001-abril de 2005

Período	Taxa de inflação acumulada (%)									
	ANS	Geral			Saúde			Plano de saúde		
		Dieese	Fipe	IBGE	Dieese	Fipe	IBGE	Dieese	Fipe	IBGE
Maio de 2001-abril de 2005	42,95	46,69	36,99	43,44	83,65	36,12	36,26	128,59	41,3	40,3

Fontes: ANS, ICV/Dieese, IPC/Fipe, IPCA/IBGE e Ipeadata. Elaboração: Ipea/Dimac.

Os preços dos planos cresceram mais que a inflação do setor saúde em todos os índices (sabendo-se que, apesar de o índice da saúde se referir à cesta de consumo dos clientes, isso não o invalida enquanto uma *proxy* dos custos médios das operadoras de planos de saúde). Essa *proxy*, obviamente, resulta do cálculo de uma média, cujo valor não expressa a variabilidade total dos valores (preços e quantidades) dos gastos com hotelaria, material médico-hospitalar e medicamentos, dada a oferta diversificada de bens e serviços. Mas, de outro lado, o subitem “plano de saúde” não foi expurgado dos índices do setor saúde, o que pode ter enviesado para cima o índice setorial, como se não bastasse o fato de os preços unitários médico-hospitalares cobrados às operadoras de planos de saúde serem com frequência mais baratos que os cobrados ao consumidor, seja pelo risco menor de inadimplência, seja pelas economias de escala.

Com exceção do Dieese, fato curioso a notar, ademais, é ter sido a inflação do setor saúde menor do que a inflação geral, o que contraria, ao menos nessa fotografia, a proposição teórica acerca dos “custos crescentes”. Talvez – por hipótese – isso se deveu à sobrevalorização do real em relação ao dólar e à queda do ritmo do aumento de preços de alguns bens e serviços de saúde consumidos pelas famílias (ou quiçá por características específicas relacionadas à coleta e à mensuração dos índices do setor saúde).

b) ANS

Segundo a avaliação dos dados da Fipe, os reajustes da ANS sofreram, ano a ano, uma taxa de variação maior do que a variação da inflação geral e do setor saúde (exceto no período 2002-2003, dada a depreciação do câmbio e o aumento da inflação). Igualmente, segundo os resultados observados a partir do IBGE, os reajustes da ANS apresentaram uma taxa de variação crescente entre 2002 e 2005, acima da taxa de variação do setor saúde e da inflação geral, indicando que a ANS, de forma consciente ou não, fomentou uma política de recuperação de preços *vis-à-vis* a evolução dos custos do setor. É fato que, segundo a estimativa apresentada no boxe 2, parece ter havido uma inflexão da política de preço da agência reguladora para o período 2006-2007.

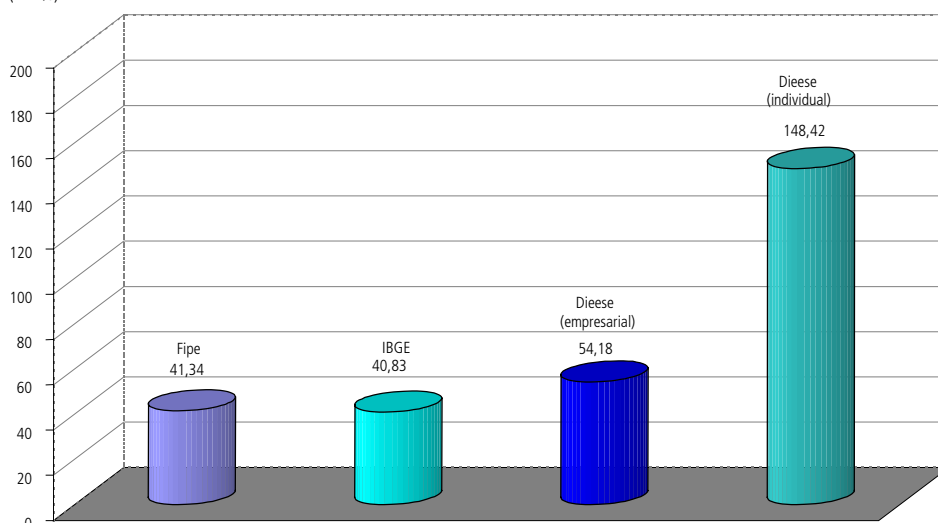
c) Planos individuais novos

O gráfico 12 mostra a inflação acumulada dos planos de assistência à saúde, segundo diferentes índices, entre 2001 e 2005. A evolução acentuada dos preços dos planos individuais medidos pelo Dieese se deve à coleta daqueles planos com menos de um ano de contrato, cujo preço de entrada tem sido, sistematicamente, remarcado, em particular nas faixas etárias mais elevadas. E essa é uma diferença significativa entre os índices. Pode-se especular, é verdade, que a amostra dos “planos novos” e o peso dos planos individuais deveriam ser calibrados no interior da cesta do Dieese. No entanto, a evolução dos preços de entrada dos “planos novos” é captada em maior ou menor grau pelo Dieese (2005), e essa é uma informação relevante da ótica da agência reguladora. De qualquer maneira, a partir de uma nova POF, seria possível ajustar a representatividade dos “planos novos” e ponderar os pesos dos planos individual e empresarial, à luz das mudanças recentes nos preços relativos dos componentes do ICV.

GRÁFICO 12

Taxa de inflação acumulada: planos de assistência à saúde – maio de 2001-abril de 2005

(Em %)



Fontes: ICV/Dieese, IPC/Fipe e IPCA/IBGE. Elaboração: Ipea/Dimac.

d) Planos individuais antigos

A partir da verificação dos dados da Fipe, nota-se que os preços dos planos de assistência à saúde apresentaram uma taxa de variação igual ou superior à variação da inflação geral e do setor saúde, em especial entre 2004 e 2005. Não por acaso foi nessa ocasião que se observou um aumento maior de alguns planos individuais antigos em relação aos planos individuais novos. Parece que os reajustes concedidos pela ANS aos planos antigos, por meio da aplicação de índice próprio (incluindo-se aí os resíduos), conseguiram cobrir a suposta diferença de 24,15% que havia entre os reajustes dos planos individuais e o aumento reivindicado pelas operadoras líderes,¹² no período de julho de 2000 a junho de 2005.

e) Planos empresariais

Os planos empresariais representam, pelo menos, 65% do total do mercado de planos de assistência à saúde, e seus preços não são regulamentados pela agência reguladora. Isso é problemático por dois motivos básicos: primeiro, porque isso significa, potencialmente, abdicar de todo um esforço governamental para equilibrar o funcionamento do mercado e, por último, como tais planos funcionam como uma referência média para a adoção dos reajustes dos planos individuais, por diversos motivos, em certas conjunturas, a evolução de seus preços pode estar descolada da trajetória de custos do mercado, medida pelos índices de inflação do setor saúde (ver boxe 1 e gráfico 8). Afinal de contas, em muitos casos, esses planos abrangem tão-somente uma “soma de indivíduos” não organizados, sem poder de barganha sobre os contratos realizados pela sua patrocinadora com as operadoras de planos de assistência à saúde. Houve, é verdade, recentemente, uma deflação dos preços dos planos empresariais de 3,1%. À primeira vista, essa taxa negativa se deveu a um conjunto de

12. Para maiores esclarecimentos acerca dessa reivindicação efetuada pelas operadoras, ver Cata Preta (2004, p. 36) e Macera e Saintive (2004, p. 29).

fatores circunstanciais, tais como: a tendência de queda das taxas de inflação da economia; o acirramento da concorrência dentro dessa faixa de mercado (empresarial) como contraponto aos limites da expansão do mercado de planos individuais (restrição orçamentária das famílias e proibição da subsegmentação da cobertura); o crescimento dos planos de pós-pagamento; e a própria otimização do cálculo de apuração dos prêmios levando em conta os lucros, as despesas administrativas etc. das operadoras.

Essas reflexões sobre o comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde devem ser amadurecidas, porém, pode-se inferir que existe um difuso conflito distributivo na “saúde suplementar”, cujos ajustes vêm penalizando, sobretudo, os consumidores. Nesse quadro, embora Lameiras e Giambiagi (2006, p. 103) acreditem que, em 2006, a expectativa para variação dos preços administrados seja de forte queda, é plausível supor que os planos venham a ser uma exceção à regra.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os custos crescentes configuram um traço econômico marcante no mercado de planos de assistência à saúde e tendem a provocar uma variação do nível de preços na saúde maior do que a taxa média de inflação. Em termos agregados, este estudo verificou, entretanto, uma taxa acumulada de inflação do setor saúde menor do que a inflação geral, entre maio de 2001 e abril de 2005, justificando, assim, a ampliação das investigações sobre os impactos da inflação do setor saúde, já que esse resultado paradoxal, em um primeiro exame, contrasta com o aumento continuado dos preços dos planos de assistência à saúde observado nos últimos anos.

A regulamentação dos planos é de competência legal do Estado brasileiro. A partir de 2000, a ANS estabelece uma política de preços para os planos individuais e familiares, a qual parece seguir a taxa de inflação medida pelo IPCA. É verdade que isso pode ser uma coincidência, mas a agência reguladora deveria ao menos observar que tal índice (do IBGE), na prática, acaba se igualando aos reajustes aplicados aos planos individuais. Atualmente, tal reajuste atinge 5,4 milhões de planos, equivalente a 15% do mercado de planos de assistência médica. Vale destacar, esse percentual refere-se ao número de planos de saúde e não ao número de usuários, um sério problema de registro em relação à contabilidade do mercado.

Dos temas não discutidos aqui, sem dúvida, a discussão acerca do *benchmark* para reajuste dos planos individuais é polêmica: uns defendem a aplicação de um índice regional; outros, a extensão da regulamentação de preços aos planos empresariais; já as operadoras preferem a adoção de um índice próprio ou, é claro, a liberdade de fixar preços. Sem a pretensão de prescrever uma política pública, sempre se pode alegar que existe assimetria de informação entre o regulado e o regulador, pois

(...) o regulado, na medida em que desempenha diretamente a atividade econômica, dispõe de informação – sobre custos, principalmente, e condições de operação – que o regulador só obtém de segunda mão, através do próprio regulado. O regulador pode ser levado a tomar decisões contrárias às suas intenções de zelar pelo interesse público por não dispor de informações adequadas ou por ser pressionado a tomar decisões em uma direção ou outra (SALGADO; SEROA DA MOTTA, 2005, p. 9).

Dessa maneira, acreditamos que os índices oficiais de inflação e seus critérios de mensuração na área da saúde, bem como a metodologia de apreçamento dos planos individuais, merecem ser discutidos, contudo jamais deveriam ser desconsiderados pela agência reguladora em defesa da adoção de índices próprios das empresas para fins de reajuste dos preços dos planos mediante a VCMH. Afinal, embora o perigo da indexação não esteja afastado com a adoção de índices oficiais, o uso em larga escala de índices próprios poderá reconduzir mais rapidamente ao aparecimento da indexação – revivendo a Unidade de Reembolso de Seguro (URS)¹³ – em um contexto econômico que parecia ter extinguido a indexação dos preços na economia brasileira (REIS, 2004, p. 19-20). Não foi à toa que, no contexto do Piac, a agência reguladora rejeitou as propostas de índice próprio, que lhe foram apresentadas cheias de inconsistências pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2005a).

A ANS é o órgão governamental a ser ouvido no âmbito do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, a respeito de práticas abusivas na adoção de cláusulas de impacto financeiro e nas situações de risco à saúde. Caberia, assim, refletir sobre a possibilidade de construir um índice específico dos hospitais,¹⁴ em caráter experimental, semelhante ao *Producer Price Index* (PPI), implantado nos Estados Unidos em dezembro de 1991 (NEWHOUSE, *ibidem*, p. 16). Em outra linha, poder-se-ia analisar os impactos da criação de empresas-modelo, segundo agrupamentos (*clusters*) das operadoras, por meio de indicadores econômico-financeiros, rede hospitalar e médica credenciada, desempenho médico-assistencial, número dos usuários, localidade geográfica e perfil do produto (OCKÉ-REIS, 2005a, p. 313-314), o que, somando-se ao ranqueamento advindo do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (ANS, 2005f), poderia iluminar possíveis alternativas para o controle e o acompanhamento da evolução dos custos e preços do setor.¹⁵

Um outro tema que merece ser avaliado é a eficiência dos contratos das operadoras de planos de assistência à saúde com os hospitais privados, em particular depois da pesquisa realizada pela Associação Brasileira dos Hospitais Privados, em parceria com o Centro Paulista de Economia da Saúde, da Universidade Federal do Estado de São Paulo. Essa pesquisa demonstrou que os remédios e os materiais médicos formavam o maior item de gasto dos hospitais, em 2004 (FUNDAÇÃO UNIMED, 2004).¹⁶ Outra questão fundamental é a relação do complexo médico-industrial com os planos privados de saúde, no tocante à regulação da incorporação tecnológica produzida e alimentada por tal complexo (RELMAN, 1980) – cuja lógica tende a provocar sobreutilização e fragmentação dos serviços, estresse tecnológico,

13. A respeito da URS, consultar Jansen (2004).

14. Na mesma linha, a FGV está procurando construir índices específicos de inflação, como o da terceira idade, um modelo em que se destacam as despesas concentradas em saúde e cuidados pessoais (ARDEO *et al.*, 2004).

15. O caráter não-lucrativo dos planos de autogestão, sem a presença de *markup* e gastos de comercialização, torna essa modalidade assistencial um estudo de caso relevante para a agência reguladora, caso se queira aperfeiçoar o *benchmark* que fundamenta a política de reajuste dos planos individuais. Essa discussão poderia, inclusive, contribuir para o amadurecimento da relação institucional entre as modalidades de autogestão patrocinada e a ANS, no tocante à troca de informações econômico-financeiras.

16. Em particular, considerando os resultados agregados encontrados nesta investigação, que indicam uma queda da inflação do setor saúde medida pelos IPCs, verificada, provavelmente, devido à minimização da pressão de custos dos insumos importados.

creamskimming e aumento generalizado de custos (GEYMAN, 2003). Ou, ainda, seria interessante analisar os contratos de prestação de serviço assinados entre os médicos e as operadoras de planos de saúde no âmbito da implantação da CBHPM, da ótica dos preços e da relação capital/trabalho (AMB, 2006). Finalmente, a criação de um banco de preços na saúde suplementar poderia ser também uma boa medida acessória a ser implantada, seguindo a estratégia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS (MS, 2006), onde se encontra um banco de preços em saúde, contendo informações atualizadas para comparação de preços de medicamentos, material médico-hospitalar e gases medicinais.

Os mecanismos financeiros privados tendem a embaraçar o financiamento público das políticas de saúde em nível internacional, como evidenciado por Tuohy, Flood e Stabile (2004). Isso torna essa agenda de investigação mais complexa, considerando as possíveis conseqüências da evolução dos preços dos planos sobre o nível de cobertura do SUS. Em particular, os reajustes da ANS, ao influenciar tanto os gastos das famílias quanto as metas de inflação definidas pelas autoridades monetárias podem acabar forçando a um redesenho do marco regulatório dos planos, no contexto do Projeto de Lei 2.934, de fevereiro de 2004.

Esse projeto visa, em suma, substituir a Lei 9.656 (da regulamentação dos planos) de autoria da Comissão Parlamentar de Inquérito, que foi criada com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004).

GLOSSÁRIO¹⁷

Planos novos: são aqueles cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999.

Planos antigos: são aqueles cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98.

Plano individual ou familiar: contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde, seja o titular do plano (individual) ou o titular e seus dependentes (familiar).

Plano coletivo: contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde dos empregados (empresarial) ou sindicalizados-associados (associativo) da pessoa jurídica contratante.

Plano coletivo com patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora por essa pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos pelas modalidades de autogestão em que o usuário paga parcialmente a mensalidade.

Plano coletivo sem patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelos usuários diretamente à operadora.

17. Ver ANS (2006k).

Planos adaptados: a Resolução Normativa 64, de 22 de dezembro de 2003, de acordo com a Medida Provisória 148, de 15 de dezembro de 2003, instituiu o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos na tentativa de incentivar a adequação dos contratos de planos de assistência à saúde antigos, firmados até 2 janeiro de 1999, às regras operacionais e garantias da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, circunscrita aos planos novos.

Termos de compromisso: é uma ferramenta de gestão que permitiu à ANS intermediar os conflitos que surgiram naqueles planos antigos sem índice de reajuste claro, após a decisão liminar do STF, em agosto de 2003. Tal ferramenta foi definida na Lei 9.656/98 e cabe à ANS estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade das ações objeto do acordo, em especial no tocante aos reajustes diferenciados de preços. O descumprimento injustificado do termo poderá resultar na aplicação de penalidade para a operadora.

REFERÊNCIAS

AMB. *Classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos*. 2005. Disponível em: <http://www.amb.org.br/CBHPM_4_Edicao.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Sugestões de contrato com operadoras e seguradoras de saúde, em 12 de julho de 2006*. 2006. Disponível em: <http://www.amb.org.br/inst_destaques_amb_template.php3?pagina=not_051020_01>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. ANDERSON, G. F.; HUSSEY, P. S.; FROGNER, B. K.; WATERS, H. R. Health spending in the United States and the rest of the industrialized world. *Health Affairs*, v. 24, n. 4, p. 74-85, 2005.

ANS. *Lei n. 9.656*, de 3 de junho de 1998 (Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001). Rio de Janeiro: ANS, 1998. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>.

_____. *Lei n. 9.961*, de 28 de janeiro de 2000. Rio de Janeiro: ANS, 2000a. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução – RDC n. 29*, de 26 de junho de 2000. Rio de Janeiro: ANS, 2000b. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=164&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução – RDC n. 64*, de 22 de dezembro de 2003. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=543&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *ANS informa*, de 13 de janeiro de 2005. Rio de Janeiro: ANS, 2005a. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_15796.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *ANS informa*, de 17 de junho de 2005. Rio de Janeiro: ANS, 2005b. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_18939.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução normativa* – RN n. 114, de 26 de outubro de 2005. Rio de Janeiro: ANS, 2005c. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=787&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução normativa* – RN n. 118, de 7 de dezembro de 2005. Rio de Janeiro: ANS, 2005d. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=799&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *ANS TabNet* (informações do setor de saúde suplementar). Rio de Janeiro: ANS, 2005e. Disponível em: <<http://anstabnet.ans.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2006.

_____. *Qualificação da saúde suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação*. Rio de Janeiro: ANS, 2005f.

_____. *ANS informa*, de 19 de maio de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006a. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_23507.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*, março de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006b.

_____. *Legislação*. Rio de Janeiro: ANS, 2006c. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução normativa* – RN n. 128, de 18 de maio de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006d. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=858&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Resolução normativa* – RN n. 129, de 18 de maio de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006e. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=859&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Consulta a reajustes*, em 24 de junho de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006f. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/perfil_consumidor/consulta_reajustes.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Consultas*, em 28 de junho de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006g. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/consultas/consultas.asp#>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Notícias*, em 4 de julho de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006h. Disponível em: <www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia_23717.asp?secao=Home>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Instrução normativa n. 13, de 21 de julho de 2006*. Rio de Janeiro: ANS, 2006i. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=887&cid_original=0>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Notícias*, em 7 de agosto de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006j. Disponível em: <www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia_23790.asp?secao=Home>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*, junho de 2006. Rio de Janeiro: ANS, 2006k.

ARDEO, V.; BRAZ, A.; NERI, M.; QUADROS, S. A inflação da terceira idade. *Conjuntura Econômica*, FGV, v. 58, n. 7, p. 68-74, 2004.

- BAHIA, L.; LUIZ, R. R. Informações sobre coberturas e preços de planos e seguros privados de saúde: as perspectivas da complementaridade entre fontes administrativas e de base populacional (debate). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 3, 2006. No prelo.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL (BACEN). *Carta aberta do presidente do Banco Central do Brasil ao ministro da Fazenda sobre as causas do descumprimento da meta de inflação*. 2003. Disponível em: <www.bcb.gov.br/htms/relinf/carta2003.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.
- _____. *IPCA, IPC-FIPE e IPC-Br*. Diferenças metodológicas e empíricas. 2004. Disponível em: <www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2004/06/ri200406b2p.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.
- BAUMOL, W. J. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.
- BERNDT, E. R.; CUTLER, D. M.; FRANK, R. G.; GRILICHES, Z.; NEWHOUSE, J. P.; TRIPLETT, J. E. Medical care prices and output. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North-Holland Press, v. 1A, p. 119-180, 2000.
- BRAZ, A. A saúde no orçamento familiar. *Conjuntura Econômica*, FGV, v. 60, n. 4, p. 50, 2006.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei n. 2.934*, de fevereiro de 2004. 2004. Disponível em: <www2.camara.gov.br>. Acesso em: 23 ago. 2006.
- CARMO, H. C. E. A teoria dos índices de preços e o sistema de metas de inflação no Brasil. *Programa de Seminários Acadêmicos USP/FIPE*, n. 23, 2004. Disponível em: <www.econ.fea.usp.br/seminarios/artigos2/ipeset04.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.
- CATA PRETA, H. L. N. *Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde: atendimento aos usuários, controle de custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços*. Rio de Janeiro: Fundación Mapfre Estudios/Fundação Escola Nacional de Seguros, 2004.
- COSTA, T. A. D. *O cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde*. Aplicação aos dados da Cassi. Brasília, 1999. Mimeo.
- CUTLER, D. M.; ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North-Holland Press, v. 1A, 2000.
- DIEESE. Metodologia de cálculo do ICV-Dieese. *Boletim Dieese*, n. 199, São Paulo: Dieese, 1997.
- _____. *Banco de dados do Índice do Custo de Vida*. 2005. Disponível em: <<http://turandot.dieese.org.br/bdicv/>>. Acesso em: 11 out. 2006.
- EVANS, R. G. Preserving privilege, promoting profit: the payoffs from private health insurance. In: FLOOD, C. M.; ROACH, K.; SOSSIN, L. (Eds.). *Access to care, access to justice: the legal debate over private health insurance in Canada*. Canada: University of Toronto Press, 2005. p. 347-368.

- FUNDAÇÃO UNIMED. *Boletim Unimail*, n. 212, 2004. Disponível em: <www.fundacaounimed.org.br/unimail/boletim/assistmed.php?NumeroUnimail=212#904>. Acesso em: 11 out. 2006.
- GEYMAN, J. P. The corporate transformation of medicine and its impact on costs and access to care. *The Journal of the American Board of Family Practice*, v. 16, n. 5, p. 443-454, 2003.
- HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Orgs.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; Opas; IRDC, 2005.
- IBGE. *Plano de saúde: nota técnica 01/2004*. 2004. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/notatecnica012004.shtm>. Acesso em: 11 out. 2006.
- _____. *Plano de Saúde: nota técnica 01/2005*. 2005a. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/notatecnica012005.shtm>. Acesso em: 11 out. 2006.
- _____. *Banco de dados agregados*. Sistema IBGE de recuperação automática – Sidra (IPCA). 2005b. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br/bda/precos/default.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.
- _____. *Banco de dados agregados*. Sistema IBGE de recuperação automática – Sidra (pesquisa mensal de emprego). 2005c. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pme/default.asp>. Acesso em: 11 out. 2006.
- _____. *População: estimativas populacionais para os municípios brasileiros, em 01/07/2005*. 2005d. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2006.
- IDEC. *Reajustes anuais. A ANS está cumprindo seu papel?* Estudo sobre os reajustes anuais e atuação da ANS na regulação dessa questão. 2006. Disponível em: <www.idec.org.br/arquivos/estudo_reajuste_planos_saude.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.
- IPEA. *Boletim de políticas sociais – acompanhamento e análise* n. 10, Brasília: Ipea, 2005.
- IPEDATA. *Base de dados do Ipea*. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2006.
- JANSEN, L. *O impasse dos planos de saúde*. Sindicato dos médicos do Estado da Bahia, 31/08/2004. 2004. Disponível em: <<http://sindimed-ba.org.br/conteudo.php?ID=106>>. Acesso em: 11 out. 2006.
- KIRSTEN, J. C. *Custo de vida: metodologia de cálculo, problemas e aplicações*. São Paulo: Pioneira; USP; Fipe, 1985.
- LAMEIRAS, M. A. P.; GIAMBIAGI, F. Um caso de inércia inflacionária: o que está acontecendo com os preços dos bens e serviços não-comercializáveis? *Boletim de Conjuntura*, n. 72, p. 103-108, Rio de Janeiro: Grupo de Acompanhamento Conjuntural, Ipea, 2006.
- MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. *O mercado de saúde suplementar*. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, Ministério da Fazenda, 2004 (Documentos de trabalho, n. 31). Disponível em: <www.fazenda.gov.br/seae>. Acesso em: 11 out. 2006.

MARMOR, T. R.; WITTMAN, D. A.; HEAGY, T. C. Politics, public policy and medical inflation. In: ZUBKOFF, M. (Ed.). *Health: a victim or cause of inflation?* New York: Milbank Memorial Fund, 1976. p. 299-316.

MEDICI, A. C. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*. São Paulo: Instituto de Economia do Setor Público, 1992 (Texto para discussão, n. 7).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Banco de Preços em Saúde – BPS*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/banco>>. Acesso em: 21 ago. 2006.

NEWHOUSE, J. P. *Medical care price indices: problems and opportunities*. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2001 (Working Paper, n. 8.168).

_____. *Pricing the priceless: a health care conundrum*. United States: Massachusetts Institute of Technology Press, 2002.

OCKÉ-REIS, C. O. *O setor privado de saúde: os limites da autonomia*. Tese (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1995. Mimeo.

_____. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de *benchmarks*, p. 289-324. In: PIOLA, S. F.; JORGE, E. A. (Eds.). *Prêmio em economia da saúde: 1º Prêmio Nacional - 2004: coletânea premiada*. Brasília: Ipea, 2005a.

_____. Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance. *Public Finance and Management*, v. 5, n. 4, 2005b. Disponível em: <www.spaef.com/PFM_PUB/index.html> (Symposium on Health Care Finance: An International Perspective).

_____. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. [Citado em 21 de agosto de 2006a]; [cerca de 20 p.] Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

_____. *Novos modelos de gestão na saúde privada*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006b (Texto para discussão, n. 1.167).

_____.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista de Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

O GLOBO. *A polêmica dos reajustes nos contratos antigos*, 20 de maio de 2006. Disponível em: <www.cns.org.br/links/menu/noticiadosetor/clipping/2006/05/clipping_2205.htm>.

POSSAS, M. L.; PONDE, J. L.; FAGUNDES, J. *Regulação da concorrência nos setores de infra-estrutura no Brasil: elementos para um quadro conceitual*. Convênio Ipea/BNDES, 1997. Mimeo.

REIS, E. J. A economia brasileira no século XX. In: REIS, E. P.; ZILBERMAN, R. (Orgs.). *Retratos do Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 15-38, 2004 (Coleção Memória das Letras, n. 20.)

RELMAN, A. S. The new medical-industry complex. *The New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 963-970, 1980.

REMLER, D. K.; BROWN, L. D.; GLIED, S. A. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R. R. (Ed.). *The limits of market organization*. New York: Russell Sage Foundation, p. 213-230, 2005.

RIZZIERI, J. A. B.; CARMO, H. C. E. *Retrospectiva histórica e metodológica do IPC-FIPE*. São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 1995.

SALGADO, L. H.; SEROA DA MOTTA, R. Introdução. In: SALGADO, L. H.; SEROA DA MOTTA, R. (Eds.). *Marcos regulatórios no Brasil: o que foi feito e o que falta fazer*. Rio de Janeiro: Ipea, p. 1-29, 2005.

SIMONSEN, M. H.; CYSNE, R. P. *Macroeconomia*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1989.

SLOAN, F. A. Arrow's concept of the health care consumer: a forty-year retrospective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 26, n. 5, p. 899-921, 2001 (Special Issue: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care).

TOWERS PERRIN (HR SERVICES). Benefício saúde: o desafio continua em 2006. *Update*, abr. 2006. Disponível em:< www.towersperrin.com/tp/getwebcachedoc?webc=HRS/BRA/2006/200604/Update_Beneficio_Saude.pdf>.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

EDITORIAL

Coordenação

Iranilde Rego

Supervisão

Marcos Hecksher

Revisão

Lucia Duarte Moreira

Alejandro Sainz de Vicuña

Eliezer Moreira

Elisabete de Carvalho Soares

Marcio Alves de Albuquerque

Míriam Nunes da Fonseca

Editoração

Roberto das Chagas Campos

Alessandra Cerqueira Mattos

Camila Guimarães Simas

Carlos Henrique Santos Vianna

Leandro Daniel Ingelmo (estagiário)

COMITÊ EDITORIAL

Secretário-Executivo

Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

9º andar – sala 908

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5406

Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br

Brasília

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

9º andar – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5090

Fax: (61) 3315-5314

Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro

Av. Nilo Peçanha, 50, 6º andar — Grupo 609

20044-900 – Rio de Janeiro – RJ

Fone: (21) 3515-8433 – 3515-8426

Fax (21) 3515-8402

Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

Tiragem: 136 exemplares