



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA,
CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO – FEAAC
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

MARIANA MARQUES MOURA

A ASSIMETRIA DA INFORMAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

FORTALEZA

2012

MARIANA MARQUES MOURA

A ASSIMETRIA DA INFORMAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientadora: Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuaria, Contabilidade e
Secretariado Executivo

- M884a Moura, Mariana Marques.
A assimetria da informação em planos de saúde coletivos / Mariana Marques Moura. – 2013.
52 f. : il. color.; enc.
- Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo, Curso de Bacharelado em Ciências Atuariais, Fortaleza, 2013.
Orientação: Prof^a. Me. Alana Katielli Azevedo de Macedo
1. Assimetria da informação 2. Planos de Saúde 3. Regulamentação - Saúde 4. Ciências Atuariais I. Título.

CDD 368.01

MARIANA MARQUES MOURA

A ASSIMETRIA DA INFORMAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Atuariais do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Dr. Paulo Rogério Faustino Matos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Ms. Isaac Figueiredo de Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Dedico à minha família, por
todo apoio e incentivo nessa
trajetória.*

AGRADECIMENTOS

À toda minha família e a Deus, que são as minhas bases, apoio, força, exemplo de vida e principalmente incentivo ao crescimento profissional, acadêmico e pessoal.

Aos meus pais, Maria Lúcia e Francisco Moura, por terem dado a oportunidade da vida, pela criação e pelos princípios do bem de forma digna e justa.

Às minhas irmãs, Luciana, Adriana e Ticiane, e cunhados pelos conselhos, companheirismo e por acreditarem no meu crescimento.

Aos meus sobrinhos, Ana Beatriz, Pedro e Ana Júlia, que me ajudam a ser uma pessoa melhor, a fim de ser um exemplo para os mesmos.

Ao meu namorado Daniel, pelo apoio constante, pelo amor, paciência e atenção dedicada a este trabalho.

À Professora querida e preferida Alana Katielli Azevedo de Macedo, pelas orientações, dedicação, pelas enriquecedoras aulas ministradas, por ter me ajudado a desenvolver os primeiros trabalhos acadêmicos e pelas oportunidades ofertadas.

A todos os Professores, Alane Siqueira, Iana Jucá, Sergio Cardoso e Ana Pordeus que contribuíram para a minha formação acadêmica.

Ao Secretário Emilson pelo apoio burocrático e conselhos de amigo.

Aos amigos e colegas do curso de Ciências Atuariais, pela convivência mútua e o aprendizado coletivo.

Aos meus grandes amigos Thiago Faustino, Ronald Fonseca, Everton Machado, Paulo Anderson, Camila Marques, Aline Maia, Alessandra Campos, Rhuanny Aline, Yamara Sena e Roberto Carlos, que de alguma maneira contribuíram de forma significativa e essencial para a minha trajetória.

A todos os colegas e amigos Raphael Cardoso, André Fernandes, Wendell Jorge, Gustavo Santos, Patrícia Macedo, Vanessa de Oliveira e Marcos Antonio Figueiredo pelas orientações, pelo conhecimento e crescimento profissional que influenciou para o desenvolvimento do presente trabalho.

*“É fazendo que se aprende
a fazer aquilo que se deve
aprender a fazer”.*
(Aristóteles)

RESUMO

O trabalho desenvolvido tem como objetivo mostrar a influência da assimetria da informação nos planos de saúde corporativos. Nos planos coletivos por adesão e coletivo empresarial se permite o não cumprimento da carência para os beneficiários que entram até trinta dias após o início do contrato. Nesses contratos o mutualismo é uma forma de reduzir as despesas gastas pelos beneficiários de elevado grau de risco, propensos a agir de forma assimétrica em relação às informações prestadas. O intuito foi mostrar o impacto da presença da assimetria da informação nos planos de saúde das empresas nos dois primeiros meses da data do contrato, observando a elevada frequência de consultas, exames e internações, e conseqüentemente os valores correspondentes que influenciam na instauração de um desequilíbrio financeiro. Através da frequência de utilização de consultas, exames e internação, dos dados coletados de uma determinada OPS, foi detectado a possibilidade da presença do risco moral e seleção adversa nos planos coletivos analisados. Uma das formas de conter tal falha de comportamento é a adoção de mecanismos inibidores de demanda, como a coparticipação.

Palavras-chave: assimetria da informação, planos de saúde, Carência.

ABSTRACT

The work aims to show the influence of asymmetric information in corporate health plans. In the collective plans for membership and collective enterprise that allows non-compliance to the recipients of lack of health plan that come up to thirty days after the start of the contract. In these contracts mutualism is a way to reduce the costs expended by the recipients of a high degree of risk, likely to act asymmetrically with respect to the information provided. The aim was to show the impact of the presence of asymmetric information in health insurance companies in the first two months of the date of the contract, noting the high frequency of visits, tests and hospitalizations, and hence the corresponding values that influence the establishment of an imbalance financial. Through the use of frequency of consultations, tests and hospitalizations, the data collected from a given OPS was detected the possible presence of moral hazard and adverse selection in group plans analyzed. One way to contain such behavior is the failure to adopt mechanisms of demand inhibitors, such as co-participation.

Key words: asymmetry information, health plans, lack of health plan.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Nº de Registros por tipo de operadoras em atividade - (BRASIL – dezembro/2011).....	18
GRÁFICO 2 – Nº de registros por modalidade da operadora – (BRASIL – 2011).....	19
GRÁFICO 3 – Pirâmide etária dos beneficiários dos planos privados de assistência médica, por sexo (BRASIL – dezembro/2011).....	20
GRÁFICO 4 – Pirâmide etária dos beneficiários dos planos privados de assistência médica, por tipo de contratação (BRASIL – dezembro/2011).....	20
GRÁFICO 5 – Nº de beneficiário por tipo de contratação (BRASIL – 2000-2011).....	21
GRÁFICO 6 – Beneficiários de planos privados de assistência médica, por época de contratação do plano – (BRASIL - 2000-2011).....	22
GRÁFICO 7 – Pirâmide etária da população brasileira (BRASIL – 2000).....	25
GRÁFICO 8 – Pirâmide etária da população brasileira (BRASIL – 2010).....	25
GRÁFICO 9 – Série histórica VCMH e IPCA (BRASIL – dezembro/2007 – setembro/2011).....	27
GRÁFICO 10 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (BRASIL – Dezembro/2011).....	29
GRÁFICO 11 – Nº de beneficiários por tipo de contratação do plano de saúde (2000-2011).....	29

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos planos coletivos iniciados em 2007.....	42
QUADRO 2 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos planos coletivos iniciados em 2008.....	42
QUADRO 3 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos planos coletivos iniciados em 2009.....	42
QUADRO 4 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos planos coletivos iniciados em 2010.....	42
QUADRO 5 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos planos coletivos iniciados em 2011.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Reajustes de Pessoa Física autorizados pela ANS (BRASIL – 2000-2011).....	24
TABELA 2 – Histórico dos índices VCMH, IPCA e ANS (BRASIL – 2008-2011).....	27
TABELA 3 – Quantidade de grupos dos planos coletivos, total e utilizados por ano de início de contrato (OPS – 2007 a 2011).....	41
TABELA 4 – Quantidade de beneficiários dos planos coletivos utilizados por ano de início de contrato (OPS – 2007 a 2011).....	41
TABELA 5 – Número de Consultas, exames e internações por beneficiário e gasto médio por consulta, exames e internação, em planos coletivos (OPS, 2007 a 2011).....	43
TABELA 6 – % de planos coletivos com frequência de utilização de consultas médicas superior ao intervalo considerado.....	44
TABELA 7 – % de planos coletivos com frequência de utilização de exames médicos superior ao intervalo considerado.....	45
TABELA 8 – % de planos coletivos com frequência de utilização de internações médicas superior ao intervalo considerado.....	45
TABELA 9 – Consultas por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por plano.....	46
TABELA 10 – Exames por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por plano.....	46
TABELA 11 – Internações por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por plano.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VCMH	Varição dos Custos Médico-Hospitalares
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IGPM	Índice Geral de Preços do Mercado
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
OPS	Operadora de Plano de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DLP	Doenças e Lesões Preexistentes
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ASPECTOS GERAIS DOS PLANOS COLETIVOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	15
2.1	Ineficácia do Sistema Único de Saúde como fator determinante para o crescimento da Saúde Suplementar.....	15
2.2	O mercado de saúde suplementar.....	16
2.2.1	<i>Marco regulatório e órgão regulador.....</i>	16
2.2.2	<i>Composição e características.....</i>	18
2.2.3	<i>Regulação dos preços e inflação na saúde.....</i>	22
2.3	Caracterização dos planos coletivos no mercado de saúde suplementar.....	28
2.3.1	<i>Definição.....</i>	28
2.3.2	<i>Carência.....</i>	30
2.3.2.1	<i>Doenças e Lesão Preexistentes (DLP).....</i>	31
2.3.2.2	<i>Declaração de saúde e perícia.....</i>	31
3	A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO.....	33
3.1	Risco moral.....	35
3.2	Seleção adversa.....	36
4	EVIDENCIAÇÃO DE ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS.....	39
4.1	Fonte de dados.....	39
4.2	Seleção da amostra e definição das variáveis.....	39
4.3	Descrição dos dados.....	40
4.4	Resultados.....	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar teve uma grande ascensão a partir da regulamentação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Como exemplo, Andrade (2002) destaca que, dentre outras medidas: passou a ser ilegal a limitação de prazos para a internação hospitalar; os contratos não poderiam mais ser rescindidos de forma unilateral; pessoas idosas ou deficientes físicas não poderiam ser impedidas de adquirir um plano de saúde; as operadoras não poderiam deixar de cobrir doenças pré-existentes.

De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em dezembro/2011, 25% da população brasileira possuía um plano de saúde. Nesse grupo, 77,2% pertenciam aos planos coletivos e 20,4% aos planos individuais.

O plano individual é caracterizado por uma relação contratual entre uma pessoa física e a Operadora de Plano de Saúde - OPS. Já os planos coletivos são contratados por pessoas jurídicas e possuem duas modalidades: coletivo por adesão e coletivo empresarial. De acordo com a Resolução Normativa nº 195, o plano coletivo empresarial oferece assistência para aqueles beneficiários que comprovem a vinculação empregatícia ou estatutária com a pessoa jurídica e os planos coletivos por adesão oferecem cobertura para aqueles que mantêm vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a contratada.

Aos beneficiários que aderirem ao plano coletivo com até 30 dias da data do contrato, não é permitido o cumprimento da carência, o que induz a acentuar uma falha existente no mercado de saúde suplementar, a chamada assimetria da informação.

Tal falha ocorre entre relações contratuais, nas quais uma das partes possui mais informações do que a outra. Analisando sobre a ótica do mercado de saúde suplementar, o beneficiário possui informações acerca do seu estado de saúde e comportamento, as quais a OPS não tem conhecimento. Assim, os preços das mensalidades vem aumentando, devido a presença desses indivíduos considerados de alto risco.

A assimetria da informação se divide em dois tipos: risco moral e seleção adversa. O primeiro se caracteriza pela mudança de comportamento do indivíduo após a adesão do plano de saúde. Já a seleção adversa é caracterizada pelo conhecimento pré-contratual, onde o beneficiário tem conhecimento de algum problema de saúde e não é revelado a OPS, por exemplo.

A sobreutilização dos procedimentos impacta financeiramente a OPS. Um fator redutor é o sistema mutualista que ocorre nos planos coletivos. Onde os jovens pagam pelos idosos, devido a elevada utilização das pessoas de idades avançadas. Mas esse fator muitas vezes é falho quando a utilização dos serviços médicos são extremamente abusivos, o que indica a presença de assimetria da informação.

O objetivo deste trabalho é mostrar a evidenciação de assimetria da informação em planos coletivos, através da frequência de utilização de consultas, exames e internações.

Este trabalho foi sistematizado da seguinte forma, além desta seção: o capítulo 2 contextualiza o histórico da ineficácia do SUS e conseqüentemente o crescimento do mercado de saúde suplementar. Relatando sobre a regulamentação, criação da ANS, composição e características do mercado suplementar. O capítulo 3 apresenta a principal falha do mercado de saúde, a assimetria da informação. Será exposta a parte teórica, definindo os dois tipos de falhas: risco moral e seleção adversa. O capítulo 4 mostra a evidenciação de assimetria da informação utilizando dados de uma determinada OPS, que através da frequência de utilização de consultas, exames e internações, pode-se identificar a possibilidade da presença de assimetria da informação. Por fim, nas considerações finais são destacadas as principais conclusões.

2 ASPECTOS GERAIS DOS PLANOS COLETIVOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 Ineficácia do Sistema Único de Saúde como fator determinante para o crescimento da Saúde Suplementar.

A promulgação da Constituição de 1988 foi o marco inicial na saúde pública brasileira. A Carta Magna estabeleceu as principais bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seu artigo 196 expressa:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da saúde, houve a consolidação dos fundamentos legais para a fundação do SUS, na qual, em seu artigo 4º diz que:

Art. 4. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990).

O SUS possui uma rede de atendimento em hospitais públicos, universitários e privados, postos de saúde, clínicas, laboratórios, entre outros, a serviço da população brasileira de forma gratuita e garantindo assistência a todos. Ou seja, todo e qualquer brasileiro tem direito à assistência à saúde gratuitamente.

Posteriormente a data da criação do SUS, os mecanismos para o funcionamento, conforme a Constituição/1988, não foram suficientes. Iniciou com dificuldades geradas após o fim da Ditadura Militar, na qual os recursos financeiros destinados ao setor de saúde não foram capazes de estruturar as instalações físicas de postos de saúde e principalmente dos hospitais públicos. Conseqüentemente, esse cenário de crises políticas trouxe a má qualidade dos serviços prestados, a falta de manutenção e contratação dos funcionários, bem

como a insatisfação da população, tornando, assim, o sistema defasado, ou seja, a rede de atendimento pública não suportava a demanda por serviços médicos.

A ineficácia no atendimento, dentre outros problemas, se mantiveram constantes, fazendo com que as pessoas procurassem alternativas, o que motivou o crescimento do setor privado.

Tal dificuldade na prestação de serviços médicos gratuitos persiste até hoje. A classe carente não possui condições suficientes para optar por outras alternativas, tendo que enfrentar enormes filas para o atendimento e quando conseguem ser atendidas, muitas vezes, se deparam com profissionais insatisfeitos e que conseqüentemente não fornecem um atendimento qualificado. Com isso, as classes A e B, tendo em vista a ineficácia existente no SUS, preferiram realizar pagamentos mensais para em troca possuírem atendimento de qualidade e com mais segurança, sem ter que passar por alguns empecilhos como ocorria na assistência pública. Conforme Bahia (2001) “com a insuficiência do SUS ocorreu a expansão da assistência médica suplementar”.

2.2 O mercado de saúde suplementar

Em conjunto à criação do SUS, a Constituição de 1988 oficializou o ingresso das empresas privadas no setor de saúde no Brasil. Esse fato foi o marco inicial para o crescimento significativo do setor de saúde suplementar, de forma a poder prestar serviços de assistência à saúde através, principalmente, de Cooperativas Médicas e Medicina de Grupo.

O setor de saúde suplementar é todo e qualquer atendimento privado de saúde, por meio de um convênio ou não de um plano de saúde. Com a oficialização da entrada das empresas privadas, várias foram as opções para a população que poderiam ser atendidas através de planos de saúde ou por consultas particulares. Instaurava-se a expansão do mercado de saúde suplementar.

2.2.1 Marco Regulatório e Órgão Regulador

A expansão do setor de saúde suplementar expôs diversas falhas devido à falta de organização gerada pelo crescimento de beneficiários. Dessa

forma, o número de reclamações contra as operadoras de planos de saúde aumentou, pois muitos procedimentos médicos não eram ofertados, principalmente os de altos custos, os prazos de carência por vezes apresentavam irregularidades, algumas exigências eram caracterizadas como indevidas, além de outros problemas. Assim, o Governo promulgou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que definiu regras de regulamentação no mercado de saúde suplementar.

De acordo com o artigo 1º, o objetivo principal da Lei nº 9.656/98 é “corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas”. Como objetivo secundário, em seu artigo 2º determina como tal “definir os direitos dos consumidores e os deveres das operadoras”.

De forma completa, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define seu objetivo.

Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor; definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores; dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público; estabelecer mecanismos de controle dos abusos de preços; e definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor privado de saúde (ANS, 2012).

Através da regulamentação, o sistema de saúde suplementar brasileiro passou por diversas modificações, dentre as quais as mais marcantes foram:

- a) definição das responsabilidades dos participantes do mercado, o consumidor, a operadora e os prestadores de serviços;
- b) autorização para funcionamento;
- c) registro dos usuários;
- d) plano base como referência; e
- e) definição de reajuste através das sete faixas etárias: de 0 a 17 anos; de 18 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; de 60 a 69 anos; e acima de 70 anos (sendo o valor da mensalidade da última faixa inferior a seis vezes o valor da primeira faixa).

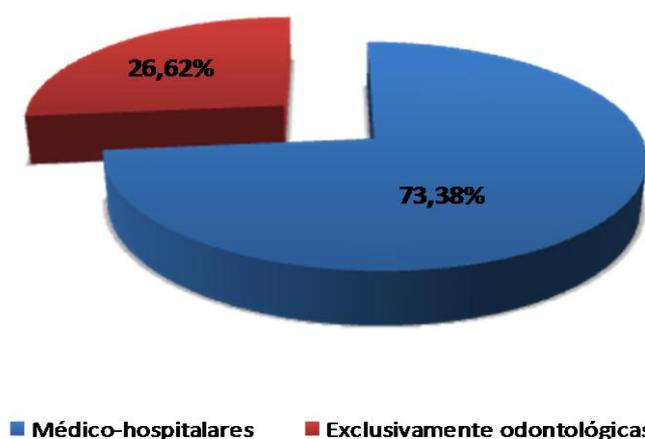
Em janeiro de 2000, foi sancionada a Lei nº 9.961, a partir da qual foi criado o órgão regulador e fiscalizador do mercado de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS foi constituída com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2005).

2.2.2 Composição e Características

Em 27 de outubro de 2000, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, a ANS classificou as operadoras em oito modalidades: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo. No final do ano de 2011, o número de operadoras registradas em atividade chegou a 1.608, onde 73,38% eram classificadas como médicos-hospitalares e 26,62% exclusivamente odontológicas, conforme pode-se observar no Gráfico 1.

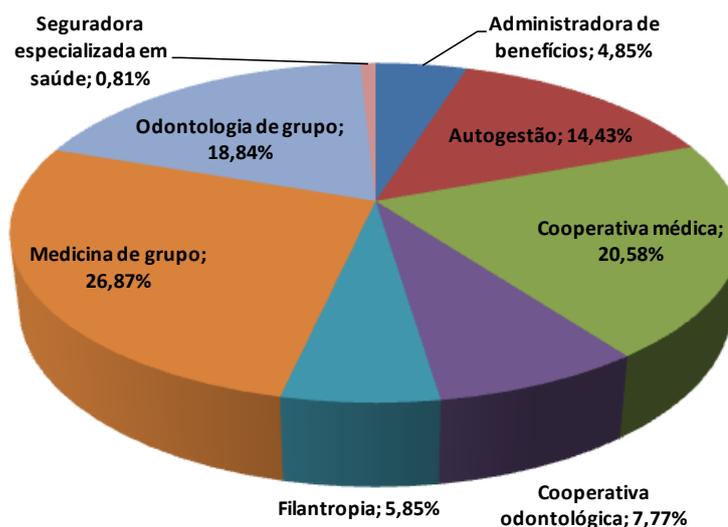
Gráfico 1 – Nº de registros por tipo de operadoras em atividade - 2011



Fonte: ANS (2012)

O Gráfico 2 mostra a distribuição por tipo de modalidade de operadora, na qual a modalidade Medicina de Grupo e Cooperativa Médica representam 47,45% do número de operadoras registradas.

Gráfico 2 – N^o de registros por modalidade da operadora – 2011



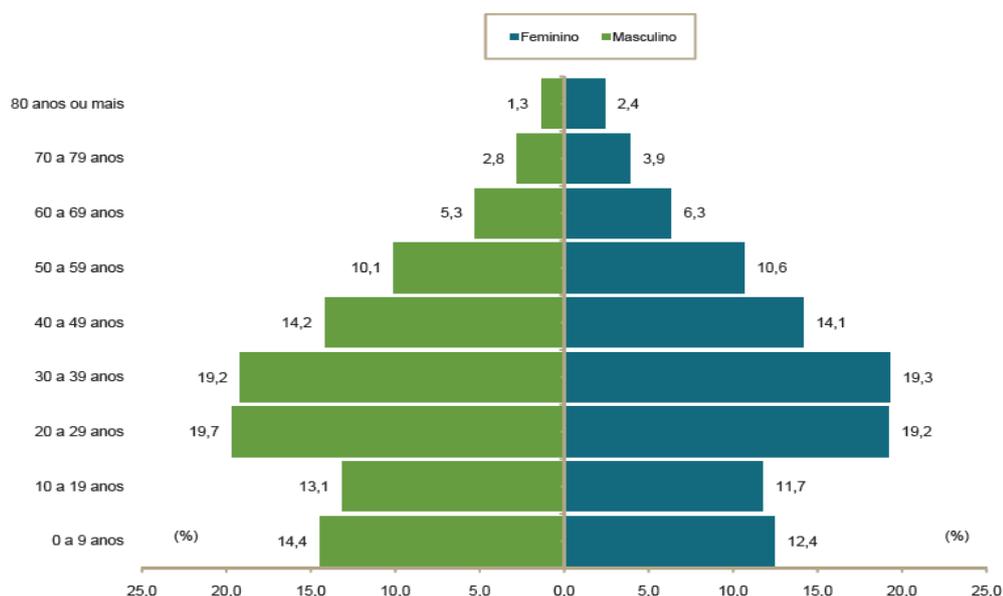
Fonte: ANS(2012)

Segundo os dados da ANS, no ano de 2011, cerca de 25% da população, 47.611.636 milhões de pessoas, pertenciam às operadoras médicos-hospitalares e 8,8% da população, 16.805.450 milhões de pessoas, às operadoras exclusivamente odontológicas.

A contratação de um plano de saúde pode ser feita de duas maneiras: através de um plano Individual/Familiar, direcionado ao mercado de pessoa física, e de um plano Coletivo, destinado à comercialização para pessoa jurídica.

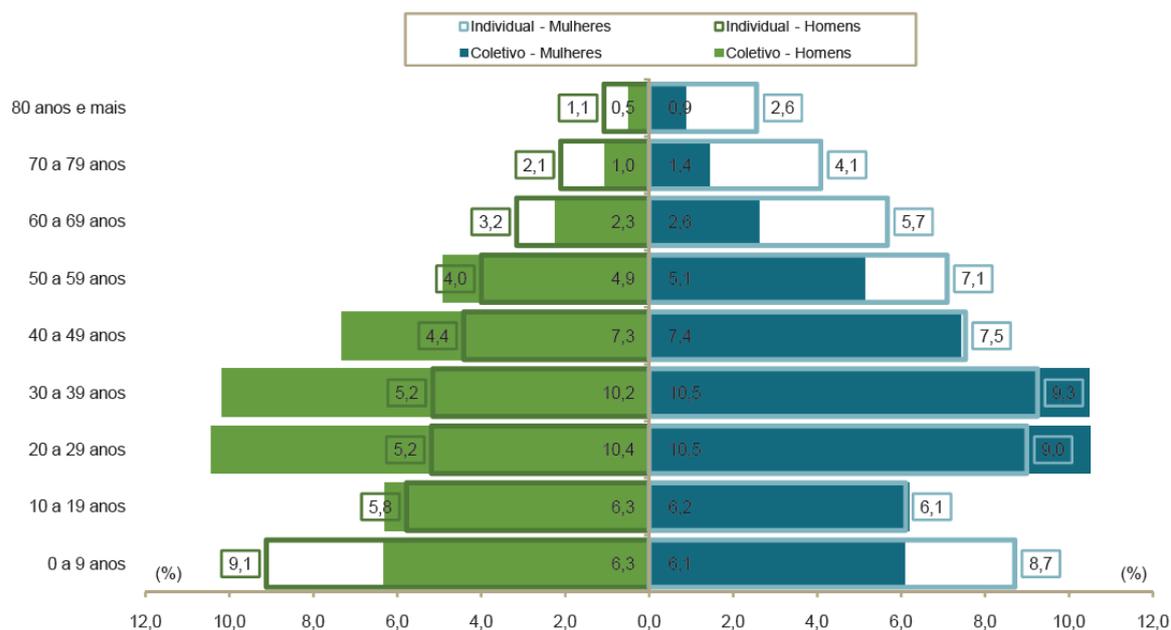
O Gráfico 3 apresenta a pirâmide etária dos beneficiários dos planos de saúde por sexo e o Gráfico 4 mostra a pirâmide etária dos beneficiários dos planos de saúde por tipo de contratação em dezembro de 2011.

Gráfico 3 – Pirâmide etária dos beneficiários dos planos privados de assistência médica, por sexo (BRASIL – dezembro/2011)



Fonte: ANS (2012)

Gráfico 4 – Pirâmide etária dos beneficiários dos planos privados de assistência médica, por tipo de contratação (BRASIL – dezembro/2011)

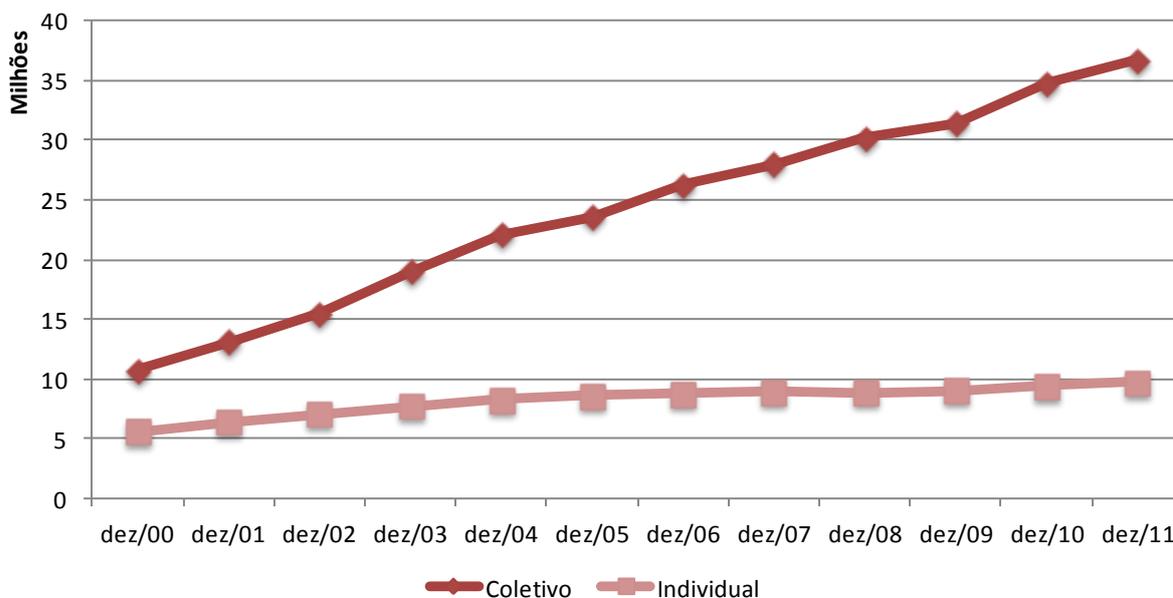


Fonte: ANS (2012)

No Gráfico 5 podemos observar a evolução desde dezembro de 2000 até dezembro de 2011, por tipo de contratação, com uma evidência maior nos

planos coletivos que em dezembro de 2010 somaram 10.714.222 milhões de beneficiários, atestando um crescimento de 243,02% no período.

Gráfico 5 – Número de beneficiários por tipo de contratação (BRASIL –2000-2011)



Fonte: ANS (2012)

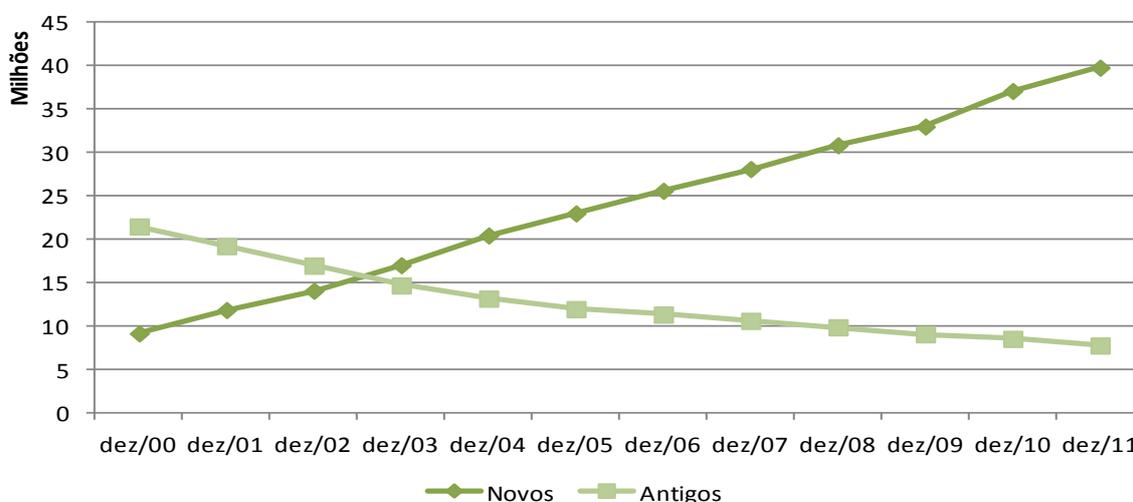
Devido à regulamentação, foi identificada a necessidade de classificar os planos por época de contratação conforme as alterações, particularidades e características que cada um tem. Os planos antigos (contratados antes da Lei nº 9.656/98) são aqueles contratados antes do dia 1º de janeiro de 1999. Estes não possuem 10 faixas etárias conforme a ANS, o rol de procedimentos não é atualizado e as regras de reajuste são diferenciadas; os planos novos são aqueles contratados a partir do dia 1º de janeiro de 1999, os quais possuem regra de reajuste definida conforme legislação, há constante atualização no rol de procedimentos liberados pela ANS, portabilidade de carências; e os planos adaptados são os planos antigos que se adequaram à lei da regulamentação.

No dia 4 de agosto de 2011 passou a vigorar a Resolução Normativa nº 254 da ANS que fala sobre a adaptação e migração dos planos individual e coletivos antigos. Um incentivo da ANS para os beneficiários terem o direito de migrar e adaptar os planos antigos, tendo mais segurança e cobertura em todos os procedimentos atualizados pela ANS, sem recontagem de carência, adequando às faixas etárias conforme o Estatuto do Idoso, dentre outros

benefícios. A operadora deverá apresentar uma proposta ao beneficiário com o valor ajustado, com o limite máximo de 20,59%.

No Gráfico 6 podemos observar a evolução da quantidade de beneficiários que ao decorrer dos anos passaram para o plano novo, o qual possui mais vantagens.

Gráfico 6 – Beneficiários de planos privados de assistência médica, por época de contratação do plano - 2000- 2011



Fonte: ANS (2012)

2.2.3 Regulação dos Preços e Inflação na Saúde

Uma das regras que faz parte da Lei nº 9.656/98, é a de reajuste nas mensalidades nos planos de saúde. O reajuste dos preços das mensalidades é uma variação que pode ser dado de duas formas: quanto à mudança de faixa etária e por variação de custo.

O reajuste por mudança de faixa etária ocorre quando o beneficiário atinge a idade inicial da faixa etária posterior. Por exemplo: o beneficiário que tenha 18 anos e pertença a primeira faixa de 0 a 18 anos, no ano seguinte quando completar 19 anos mudará para a segunda faixa etária de 19 a 23 anos, e, conseqüentemente, o valor da sua mensalidade será reajustada. Com a Lei nº 9.656/98, as faixas etárias foram divididas em sete: 0 a 17 anos; de 18 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; de 60 a 69 anos; e acima de

70 anos, com a restrição de que o valor da última faixa não poderia ultrapassar seis vezes o valor da primeira faixa.

Em 2004, com o Estatuto do Idoso, no qual os beneficiários a partir de 60 anos não podem sofrer reajuste por motivo da idade, a ANS modificou as faixas para a seguinte forma: 0 a 18 anos; de 19 a 23 anos; de 24 a 28 anos; de 29 a 33 anos; de 34 a 38 anos; de 39 a 43 anos; de 44 a 48 anos; de 49 a 53 anos; de 54 a 58 anos; e acima de 59 anos.

Além do critério já existente, foi criado o seguinte critério: a variação entre a sétima faixa (de 44 a 48 anos) e a décima faixa (acima de 59 anos) não pode ser superior a variação entre a primeira faixa (0 a 18 anos) e a sétima faixa (de 44 a 48 anos). Dessa forma, os planos antigos são reajustados conforme as faixas etárias e a determinação de índice discriminado no contrato. Os planos novos e adaptados, contratados no período do dia 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003, são reajustados conforme as 7 faixas etárias, obedecendo o critério de que os beneficiários de idade superior a 60 anos e com um tempo de permanência acima de 10 anos, não sofrerão reajuste. Já para os planos novos e adaptados, contratados a partir do dia 1º de janeiro de 2004, o reajuste é dado conforme as 10 faixas etárias.

O reajuste por variação de custo é aplicado anualmente devido aos fatores que influenciam o aumento dos custos, como por exemplo: inflação médica, atualização do rol de procedimentos, novas tecnologias, entre outros. Os planos antigos de pessoa física são reajustados de acordo com o percentual escrito no contrato; caso não possua, é aplicado o percentual máximo determinado pela ANS. Os planos novos e adaptados de pessoa física são reajustados conforme índice proposto pela operadora que pode chegar ao percentual máximo determinado pela ANS. É necessário constar no boleto bancário da primeira parcela reajustada do ano os seguintes dados: o percentual determinado e autorizado pela ANS, o número do ofício da ANS, que autorizou o reajuste aplicado, o nome e código do plano e o número de registro do plano na ANS (ANS, 2012).

A Tabela 1 mostra o histórico dos percentuais de reajustes determinados pela ANS.

Tabela 1 – Reajustes de Pessoa Física autorizados pela ANS (BRASIL – 2000-2011)

ANO	REAJUSTE
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%
2000	5,42%

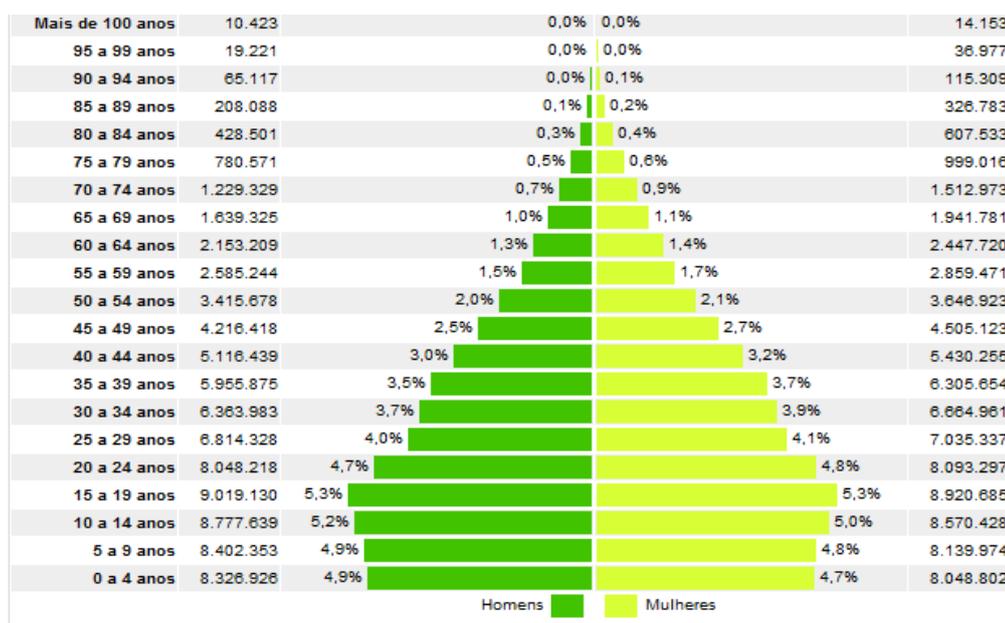
Fonte: ANS (2012).

Nos contratos de pessoa jurídica é realizada uma negociação entre as partes, contratada e contratante, no qual é definido um percentual de reajuste a fim de manter o contrato com um equilíbrio financeiro satisfatório, isto é, equilíbrio entre a receita e despesas médicas realizadas. Caso não ocorra negociação, o percentual aplicado geralmente está determinado contratualmente. Não há necessidade de autorização da ANS para a aplicação do reajuste por variação de custo, com exceção da modalidade de autogestão não patrocinada, porém é obrigatório informar, com até trinta dias após aplicação do reajuste, o percentual aplicado.

Um dos principais influenciadores do reajuste por variação de custo é a inflação médica. A cada ano este índice aumenta e é uma das maiores preocupações do setor de saúde. Isso não acontece somente no Brasil, em todos os países, independente da forma privada ou estatal, é o maior índice dentre todos que são analisados, como por exemplo: IPCA (Índice Nacional do Consumidor Amplo) e IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado). Os principais fatores que causam esse aumento anual são o aumento da expectativa de vida, as novas tecnologias, o crescimento das rendas, a assimetria da informação, a

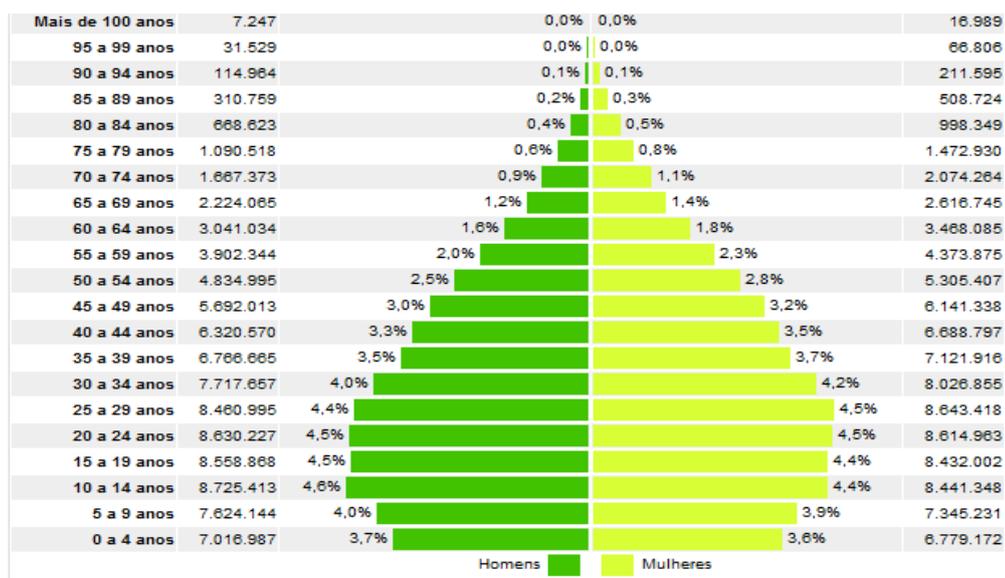
atualização de novos procedimentos pela ANS e a utilização dos serviços médicos e equipamentos de altos custos. Os Gráficos 7 e 8, mostram, respectivamente, as pirâmides etárias nos anos de 2000 e 2010.

Gráfico 7 – Pirâmide etária da população brasileira (BRASIL – 2000)



Fonte: Censo 2010 – IBGE

Gráfico 8 – Pirâmide etária da população brasileira (BRASIL – 2010)



Fonte: Censo 2010 - IBGE

Comparando os gráficos 7 e 8, é perceptível o crescimento nas últimas faixas, pessoas com idade a partir de 40 anos, o que indica o aumento da expectativa de vida na população brasileira, bem como a redução da natalidade, onde a população nas primeiras faixas está reduzindo.

A população idosa (a partir dos 60 anos), em 2000, era de 14.536.029, enquanto que em 2010 passou a ser 20.590.599, um crescimento de 41,65%. De acordo com esses dados é nítido o aumento da população idosa, o que explica o crescimento da taxa de mortalidade. Dessa forma, a população assistida nos planos de saúde, nessa faixa de idade, cresce cada vez mais. Além disso, os idosos são os beneficiários que mais solicitam atendimento e procedimentos médicos, acarretando em maiores gastos para os planos e, conseqüentemente, um aumento nos reajustes.

A cada ano, a ANS aumenta o número de procedimentos a serem autorizados pelas operadoras de planos de saúde (OPS). Por um lado, beneficia os usuários, mas por outro traz dificuldades financeiras para as OPS. Além disso, o percentual de reajuste de variação de custo da pessoa física, a qual é autorizado pela ANS, é inferior ao índice da inflação médica.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em parceria com a consultoria Towers Perrin, mede a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Já o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) é um índice abrangente que calcula a variação dos preços de bens e serviços, ou seja, uma inflação geral dos preços. Dessa forma, o VCMH é considerado um índice mais específico e mais próximo da realidade do setor de saúde suplementar. Conforme é definido pelo IESS (2012): “O VCMH é um índice que representa o percentual de variação das despesas médico-hospitalares per capita para um conjunto de operadoras de planos e seguros de saúde em um período de 12 meses relativamente aos 12 meses imediatamente anteriores”.

O gráfico 9 apresenta a comparação entre o VCMH e o IPCA, desde dezembro de 2007 até setembro de 2011.

Gráfico 9 – Série histórica VCMH e IPCA (BRASIL – Dezembro/2007 – Setembro/2011)



Fonte: VCMH/IESS, edição Março/2012.

A Tabela 2 mostra a comparação entres os principais índices, evidenciando que o índice VCMH, que indica a inflação médica, é superior aos demais em cada ano.

Tabela 2 – Histórico dos índices VCMH, IPCA e ANS (BRASIL – 2008-2011)

ANO	VCMH	IPCA	ANS (PF)
2008	8,32%	5,90%	5,48%
2009	12,26%	4,31%	6,76%
2010	9,62%	5,90%	6,73%
2011	9,21%	6,50%	7,69%

Fonte: VCMH/IESS, Edição Março/2012 e Site ANS.

2.3. Caracterização dos planos coletivos no Mercado de Saúde Suplementar

2.3.1. Definição

Os planos coletivos possuem duas modalidades: coletivo empresarial e coletivo por adesão. Conforme a Resolução Normativa (RN) nº 195, em seu artigo 5º, plano coletivo empresarial é:

Art. 5. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (BRASIL, 2009).

Os planos de saúde das empresas que possuem beneficiários que comprovem a vinculação empregatícia ou estatutária com a razão social da mesma são classificados como planos coletivos empresariais. Esses beneficiários podem ser os sócios, estagiários ou aprendizes, aposentados ou demitidos que tiveram vínculo com a pessoa jurídica, trabalhadores temporários e parentes de até terceiro grau consanguíneo, até segundo grau por afinidade, cônjuge ou companheiro do empregado, entre outros.

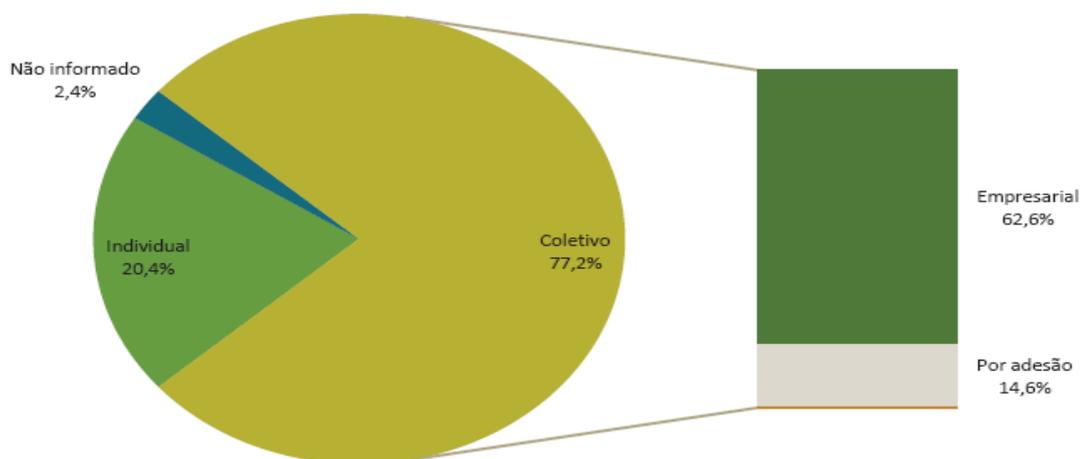
No artigo 9º da RN nº 195, plano Coletivo por Adesão é definido como:

Art. 9. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (BRASIL, 2009).

Geralmente, Associações, Sindicatos, Conselhos e Fundações possuem plano Coletivo por adesão, no qual os beneficiários possuem vínculo de caráter profissional, classista ou setorial. Por exemplo: o dentista que é associado a Associação Brasileira de Odontologia, poderá adquirir o plano de saúde pela pessoa jurídica referida.

Conforme o Gráfico 10, notamos a predominância dos planos coletivos em relação aos planos individuais.

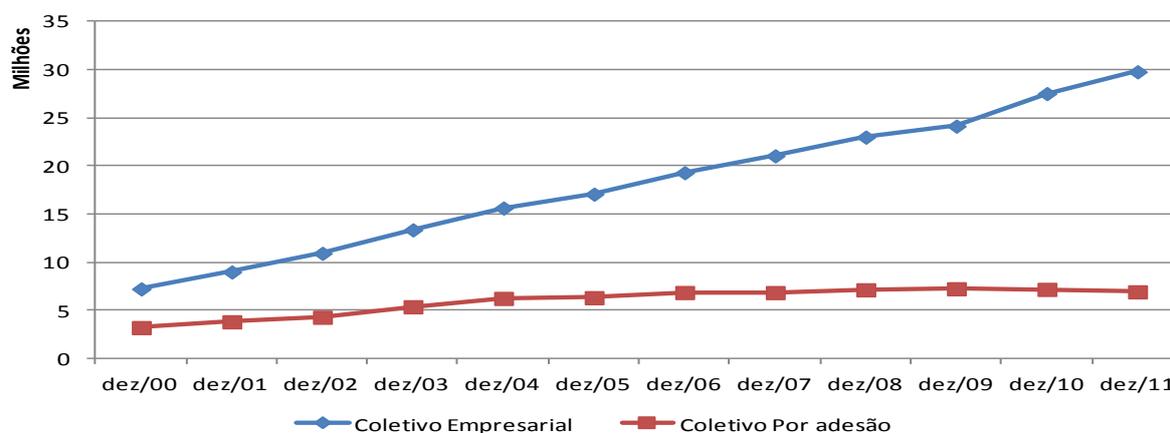
Gráfico 10 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (BRASIL – Dezembro/2011)



Fonte: ANS (2012)

De acordo com a ANS (2012), em dezembro de 2011, 36.713.944 milhões de beneficiários eram de planos coletivos, sendo 81,12% de plano empresarial e 18,88% de plano coletivo por adesão.

Gráfico 11 – Nº de beneficiários por tipo de contratação do plano de saúde (2000-2011)



Fonte: ANS Tabnet

No gráfico 11, observa-se a evolução das duas modalidades de plano coletivo de dezembro de 2000 a dezembro de 2011. Enquanto que em dezembro

de 2000 o plano coletivo empresarial tinha 7.235.224 beneficiários e o coletivo por adesão possuía 3.217.693 beneficiários, em dezembro de 2011 esses números cresceram para 29.781.505 e 6.932.439 beneficiários, respectivamente.

2.3.2. Carência

No momento da adesão contratual, o beneficiário é informado que irá cumprir período de carência, ou seja, período que não poderá utilizar algumas coberturas. Os períodos de carência são estabelecidos de forma contratual, de acordo com a Lei nº 9.656/98.

Conforme referida Lei, em seu artigo 12, inciso V:

V- quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência [...](BRASIL, 1998).

O beneficiário terá que obedecer ao prazo de carência estabelecido pela operadora, conforme a legislação, não utilizando os serviços e procedimentos médicos durante o período determinado. É uma forma que OPS tem de se resguardar daqueles beneficiários que já entram no plano de saúde com a intenção de utilizar, ação que pode caracterizar como incidência de informação assimétrica.

Caso seja declarado que o beneficiário possui alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP), será estabelecido contratualmente mais um período de carência de no prazo máximo de vinte e quatro meses para as doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário. Após o cumprimento do período de vinte e quatro meses de carência, o beneficiário terá direito a todos os procedimentos e coberturas. Com relação a isso, a Lei nº 9.656/98, em seu artigo 11 expressa que:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário (BRASIL, 1998).

No caso dos planos coletivos algumas regras são diferenciadas. No plano coletivo empresarial que possui 30 ou mais beneficiários não é permitido o cumprimento dos prazos de carência, caso seja formalizado o ingresso até trinta dias da data de início do contrato, ou da vinculação com a pessoa jurídica. Já as empresas que possuem o número abaixo de 30 beneficiários, estas deverão cumprir com os prazos máximos de carências de acordo com a legislação.

No plano coletivo por adesão não é permitido o cumprimento da carência, caso o beneficiário ingresse com até trinta dias da data do início do contrato. A cada mês do aniversário do contrato é permitido o não cumprimento da carência, caso o beneficiário tenha se vinculado após os 30 dias do início do contrato e formalize o ingresso com até 30 dias da data de aniversário do contrato. Por exemplo: o contrato foi firmado no dia 01/06/2011, um beneficiário se associou em alguma associação no dia 05/08/2011, caso ele queira entrar de imediato no plano de saúde ele irá cumprir os prazos de carências, mas se preferir até 30 dias do mês de aniversário do ano de 2012 do contrato ele poderá entrar no plano de saúde sem o cumprimento de carência.

2.3.2.1. Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)

As Doenças e Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário tem o conhecimento de ser portador no momento da adesão contratual. Na qual a Resolução Normativa (RN) nº 162 em seu artigo 5º diz que:

Art. 5. Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 2007).

2.3.2.2. Declaração de Saúde e Perícia

No momento da adesão contratual, a operadora de saúde poderá exigir ao beneficiário o preenchimento de um formulário, chamado Declaração de

Saúde, que apresenta alguns questionamentos sobre o estado de saúde no qual se encontra o contratante. Este deve ser elaborado pela OPS de forma clara, sem termos técnicos ou científicos, de forma com que o beneficiário compreenda.

As informações solicitadas devem ser acerca das doenças e lesões preexistentes que o beneficiário tenha conhecimento e não são permitidos questionamentos sobre medicação e sintomas. O preenchimento deste formulário deve ser feito pelo beneficiário a próprio punho e, se caso desejar maiores esclarecimentos, a OPS deverá disponibilizar um médico, sem ônus adicional, ou caso o beneficiário prefira, escolher algum profissional arcando com os custos.

É necessária a veracidade nas informações colocadas na Declaração de Saúde, pois caso alguma seja omitida e/ou identificada falsa, será considerado fraude. Isso poderá acarretar na suspensão ou rescisão do contrato. Caso a operadora alegue ter ocorrido fraude no preenchimento da Declaração de Saúde, e o beneficiário, ao ser comunicado, não concorde, a OPS deverá enviar à ANS um pedido de julgamento administrativo. A operadora de saúde deve provar à ANS que o beneficiário, no momento da adesão contratual, tinha o conhecimento da DLP. Enquanto o resultado do julgamento não for divulgado, o beneficiário tem direito a total cobertura. Porém, caso seja comprovado a fraude, o beneficiário deverá ressarcir à operadora as despesas relacionadas a DLP.

Juntamente com a declaração de Saúde, a operadora poderá realizar a perícia médica no beneficiário. Esse procedimento consiste em uma investigação acerca da saúde do consumidor, realizada por profissional médico. Após a realização da perícia, é proibida a alegação posterior de DLP, visto que através dos exames efetuados a operadora de saúde terá, comprovadamente, o conhecimento se o beneficiário possui ou não alguma DLP.

3 A ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A assimetria da informação é um dos principais problemas que ocorre no mercado de saúde suplementar devido às informações heterogêneas existentes entre os agentes. De acordo com Maia (2004), o mercado de bens e serviços da saúde possui três características diferenciadas dos demais tipos de bens e serviços: o ambiente de incerteza, a presença de informação assimétrica e o ambiente de mercado nos quais os bens e serviços e saúde são consumidos.

A incerteza se refere à necessidade do uso dos serviços médicos, quanto ao diagnóstico clínico e eficácia do tratamento. Ocorre na relação entre os três agentes: segurador (público ou privado), prestador de serviços (público ou privado) e o segurado. A presença de informação assimétrica entre os agentes é chamada de problema de agência.

Em relações contratuais, o principal, no caso a operadora de saúde, não tem informações suficientes acerca do agente, o beneficiário. Dessa forma, o agente possui informações que são desconhecidas pelo principal. Por exemplo: ao comprarmos um produto, vários questionamentos são feitos sobre a qualidade, eficiência e funcionamento do mesmo, mas as informações desconhecidas somente o vendedor as detém.

Akerlof (1970), estudando sobre a assimetria da informação, analisou o mercado de carros usados nos Estados Unidos, evidenciando as trocas de mercado. Nesse sentido, por exemplo, quem tem interesse em comprar um carro não sabe se este está em perfeito estado, somente o vendedor detém essa informação.

Spence (1973) mostrou o desenvolvimento do mercado através de garantias sobre as informações fornecidas do produto. Caso o produto não seja bom, a empresa terá prejuízos, pois terá que ser cumprido conforme o acordo contratual de garantia e troca de produtos.

Em Stiglitz (1988) foi tratado especificamente sobre o risco moral no mercado de seguros. Após o firmamento do contrato do seguro, a pessoa que antes tinha um cuidado com o carro e depois de adquirir o seguro do automóvel modifica seu comportamento em relação ao veículo. Devido a isso, a seguradora eleva os preços dos prêmios, o que não se torna atraente para o mercado.

Analisando sobre a ótica do setor suplementar, a OPS oferece uma mensalidade baseada em um custo esperado em relação ao indivíduo, independentemente do grau de risco que ele possa ter. Tanto para os beneficiários saudáveis, de baixo risco de utilização, quanto para aqueles que contratam o plano de saúde e sabe o quanto irá utilizar (alto risco), o valor pago será o da mesma tabela padrão da OPS.

Conforme Stancioli (2002), a presença de assimetrias de informação se torna um problema nas relações econômicas, pois dificulta o monitoramento do comportamento das partes contratantes e o acompanhamento do cumprimento das metas acordadas.

Godoy (2004) sugere que o ideal seria que cada usuário adquirisse contratos que revelassem seus custos reais esperados, mas esse é o grande desafio imposto pela assimetria de informação. Contratos completos que busquem minimizar as perdas de bem-estar devido à essa falha, seriam os ideais.

Conforme Maia (2004) existem dois sistemas de tarifação no cálculo dos prêmios de risco das seguradoras: risco individual (*experience rating*) e o risco médio coletivo (*community rating*).

O risco individual calcula o valor do prêmio de acordo com o grau de risco individual, o que poderia trazer um valor alto e não atraente para aqueles que tivessem com o risco elevado. Trazendo a exclusão de pessoas pertencentes ao grupo sociais menos favorecidos do mercado de saúde suplementar. Porém, conforme a legislação específica da regulamentação, o grau de risco do indivíduo não pode ser um fator determinante que diferencie o valor do prêmio, de forma a proteger os beneficiários e impedindo a discriminação.

Já o risco médio coletivo calcula o prêmio com base no risco médio do grupo o qual o indivíduo fará parte. Isso ocorre nos planos coletivos, onde a tabela de mensalidades é calculada pelas características do grupo quanto à idade, sexo, estado civil e entre outras, trazendo um prêmio médio referente aos diferentes graus de risco existente.

Além disso, nos planos coletivos, conforme a legislação, a maioria dos beneficiários adere ao plano de saúde com carência zero, ou seja, até 30 dias da data de início do contrato não é permitido o cumprimento dos períodos de carências. É um desafio precificar um valor justo para um plano de saúde

considerando não somente o perfil da empresa, como a idade, sexo, estado civil, dentre outros requisitos, mas a possibilidade da existência de uma informação assimétrica, que se torna mais propícia devido à carência zero.

Esse tipo de Relação Agente-Principal pode ser classificado de duas formas: Risco Moral (pós-contratuais) e Seleção Adversa (pré-contratuais).

3.1 Risco Moral

Conforme definiu Stancioni (2002), é um tipo de oportunismo caracterizado pela tendência dos agentes econômicos de alterarem seu comportamento após o estabelecimento de um contrato.

Esse termo “risco moral” foi utilizado pela literatura para conceituar as atitudes realizadas pelo usuário que viessem a aumentar o custo para a operadora, sendo associado a essas atitudes, uma alteração de comportamento e desvios nos padrões éticos (GODOY, 2004).

Geralmente ocorre com indivíduos que adquiriram o plano de saúde e o utiliza de forma abusiva por motivos que anteriormente poderiam ser solucionados sem o acionamento do plano. Por exemplo: uma dor de cabeça poderia ser solucionada com um medicamento, mas o indivíduo prefere ir a emergência ou consulta médica, pois não irá ter nenhum custo adicional já que paga um valor mensalmente, custo marginal zero.

Arnott e Stiglitz (1991) também afirmam que quanto maior for a cobertura do plano, maior o incentivo para que os indivíduos se tornem descuidados em relação à medidas preventivas de cuidado à sua saúde. Assim, esses agentes que possuem informações, as quais o principal não tem conhecimento, transferem os seus gastos para outros contratantes, um problema pós-contratual que causa impactos no bem-estar social.

A presença do risco moral (ou *moral hazard*) gera uma deficiência não só no mercado de saúde. É um problema comum que ocorre também na relação entre empregado e empregador, por não haver “fiscalização” no serviço prestado com a finalidade de verificar a eficiência. Por isso que é ofertada a participação nos lucros da empresa para o funcionário, como forma de estimular o mesmo a efetuar o serviço da forma esperada.

O risco moral pode ser caracterizado pelo fato da parte segurada poder influenciar a probabilidade de ocorrência ou a intensidade de recorrência do evento que seja fato gerador do pagamento (SIMÕES, 2003, p. 29).

É necessário um monitoramento no comportamento dos beneficiários, minimizando o impacto do risco moral, de forma que as despesas médicas não sejam tão elevadas em relação ao esperado. Assim, a OPS poderia modificar o valor do prêmio acrescentando um valor adicional de forma a compensar as despesas decorrentes dos beneficiários que sobreutilizaram os serviços médicos. Porém, o monitoramento não acontece na maioria dos casos, acarretando no aumento dos prêmios de forma coletiva, igualitária para todos os beneficiários.

Nos casos dos planos coletivos, o incremento no valor das mensalidades pode ser verificado através da sinistralidade do contrato. Se em um contrato parte dos usuários utilizam o plano de forma abusiva, onde a receita não é suficiente para o pagamento das despesas, será verificado um desequilíbrio no contrato, acarretando em um reajuste superior ao da inflação médica (considerado o reajuste mínimo na OPS escolhida).

Um das propostas de negociação é a implementação da coparticipação com a finalidade de reduzir a frequência de consultas e exames. Com a contribuição do beneficiário a cada consulta e exame realizado, tornaria o uso de forma mais racional, conforme a real necessidade do indivíduo. Além disso, diminuiria o impacto financeiro para a OPS e diminuiria o agravo para o estudo de precificações.

De maneira geral, os autores que tratam sobre o problema de risco moral adotam que a principal medida é fazer com que os segurados compartilhem o risco, ou parte dele, que antes era assumido completamente pela seguradora (ANDRADE, 2002).

3.2 Seleção Adversa

A Seleção Adversa é o outro tipo de relação de Agência. Como o próprio nome já define, é uma seleção *adversa*, adversa para a OPS, já que os indivíduos selecionados são, na maioria, de alto risco. Ou seja, uma seleção contrária ao que uma seguradora espera.

Diferentemente do Risco Moral, que a mudança de ação do agente ocorre após a obtenção do produto, a seleção adversa acontece com os agentes que tem informações antes da adesão.

Os beneficiários com esse perfil são considerados de alto risco, trazendo gastos abusivos para OPS, tornando os preços mais caros. São pessoas que fazem parte de uma seleção que não ocorre de forma aleatória. Geralmente são os idosos e indivíduos que tem conhecimento de alguma doença, propensos ao risco, que geram um custo elevado. Isso justifica as dificuldades que esses indivíduos encontram ao adquirir um plano de saúde, devido ao preço elevado. Assim, a seleção adversa é um dos principais fatores que influenciam fortemente nos cálculos de precificação, principalmente nas últimas faixas, até o limite permitido é claro.

Dessa forma, os valores das primeiras faixas podem se tornar elevados e conseqüentemente haverá uma queda na participação de jovens. Com isso surge a anti-seleção, aumentando o número de pessoas propícias ao risco dentro do grupo de indivíduos cobertos, enfraquecendo o sistema mutualista e tendenciando o aumento contínuo dos valores. No limite, todos os indivíduos dispostos a pagarem pelo seguro saúde serão indivíduos não-sadios e, logicamente, não será mais lucrativa a venda de seguros saúde (SIMÕES, 2003, p.28).

As pessoas com idades mais avançadas realizam exames com o intuito de verificar alguma doença para a entrada em um plano de saúde. É uma forma que OPS tem de se resguardar de alguma informação oculta. Porém, quem conhece melhor o estado de saúde de uma pessoa, é ela mesma. Como as pessoas com maiores chances de problemas de saúde tendem a procurar mais as administradoras de planos de saúde do que as pessoas em bom estado físico e mental e com menos riscos, então ocorre uma seleção adversa (SIMÕES, 2003, p.28).

Uma das maneiras que eram utilizadas pelas operadoras de saúde no Brasil, na tentativa de minimizar os efeitos da seleção adversa, até a regulamentação do setor em 1998, era a exclusão de determinados procedimentos, como doenças e lesões pré-existentes e outros procedimentos de alto custo, e a limitação dos números de consultas e exames na esperança de contenção dos gastos (GODOY, 2004).

Uma das possibilidades de diminuir a incidência de seleção adversa, para evitar a deficiência do mercado, seria a contribuição do governo com melhoria do SUS para que os idosos tivessem acesso ao serviço público.

Uma outra alternativa são os planos coletivos. Assim, terá a participação de uma população heterogênea, com diferentes níveis de risco. Com base nisso, os dados coletados para o desenvolvimento desse estudo foram de planos coletivos, a fim de verificar, através da frequência de utilização, a presença de informação assimétrica nos primeiros meses a partir da data de inclusão do contrato, já que, como comentado anteriormente, alguns contratos não determinam carência a seus usuários.

4 EVIDENCIAÇÃO DE ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Em se tratando de planos coletivos e considerando que no caso dos planos coletivos algumas regras são diferenciadas, principalmente em relação à carência, é interessante a investigação acerca da caracterização da assimetria da informação.

É sabido que no plano coletivo empresarial que possui 30 ou mais beneficiários não é permitido o cumprimento dos prazos de carência, caso seja formalizado o ingresso até trinta dias da data de início do contrato, ou da vinculação com a pessoa jurídica. Para o caso do plano coletivo por adesão não é permitido o cumprimento da carência, caso o beneficiário ingresse com até trinta dias da data do início do contrato.

O presente estudo analisa, se devido a falta de delimitação da carência, a possibilidade da assimetria da informação ser evidente logo nos dois primeiros meses do início do contrato e indica alguns possíveis remediadores.

4.1 Fonte de dados

O presente trabalho utilizará como fonte de dados as informações de utilização de serviços médicos de planos de saúde coletivos por adesão e empresariais de determinada operadora de saúde da cidade de Fortaleza, cuja modalidade é de Cooperativa Médica. Para manter o sigilo, o nome da operadora será mantido em segredo. O período considerado foi de 2007 a 2011.

Os dados apresentam informações sobre o número de beneficiários por plano coletivo, utilização, por beneficiário, de serviços médicos como consultas, exames e internações, valor dos serviços médicos utilizados, incluindo honorários médicos.

4.2. Seleção da Amostra e definição das variáveis

Como o interesse é analisar o comportamento dos usuários sem carência, este trabalho utilizará apenas as informações referentes à utilização nos dois primeiros meses após o início do contrato. Foram considerados planos

coletivos incluídos desde 2007 até 2011, com o intuito de gerar uma base consistente.

Cada empresa pode possuir um ou mais contratos que em conjunto devem ser analisados e formam um grupo de contratos de planos coletivos. Dessa forma, a análise será realizada a partir dos Grupos de contratos de planos coletivos.

O período foi decidido com base na legislação que diz do não cumprimento da carência dos beneficiários incluídos até 30 dias da data do contrato tanto para o coletivo por adesão, quanto para o coletivo empresarial e que após esse período o beneficiário que entrar no contrato terá que cumprir as carências conforme a legislação, onde o menor período de carência da OPS escolhida é de 30 dias para consultas e exames simples.

Exemplificando de forma simples, os beneficiários que aderiram ao plano após os 30 dias da data de início do contrato, terão o prazo de carência de 30 dias para utilizar consultas e exames simples, podendo então utilizar esses serviços no terceiro mês do início do contrato. Assim, os dois primeiros meses de utilização dos contratos são possivelmente de beneficiários com carência zero.

As variáveis escolhidas para a análise foram: número de vidas em cada contrato coletivo, número de consultas médicas por beneficiário, número de exames por beneficiário, número de internações por beneficiário, valor total de despesas com consultas, exames e internações por beneficiário.

Importante destacar que os itens consultas e exames estão mais associados ao risco moral, enquanto que internações podem estar mais associadas à seleção adversa, conforme definição dos tipos de informação assimétrica, exposto no capítulo anterior.

4.3 Descrição dos dados

As tabelas seguintes descrevem um pouco da distribuição dos dados da OPS em relação às variáveis escolhidas para análise, referente aos planos coletivos incluídos no período de 2007 a 2011.

A tabela 3 mostra a quantidade de grupos de empresas pertencentes aos planos coletivos por ano de início de contrato. Além disso, mostra a

quantidade de grupos que tiveram utilização nos dois primeiros meses e sua representatividade em relação a quantidade total.

Tabela 3 – Quantidade de grupos dos planos coletivos, total e utilizados por ano de início de contrato (OPS – 2007 a 2011)

Ano de início do contrato	Total	Utilizados	Representatividade Utilizados (%)
2007	100	81	81,00%
2008	71	46	64,79%
2009	69	34	49,28%
2010	147	103	70,07%
2011	168	96	57,14%
TOTAL	555	360	64,86%

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

De acordo com a tabela 3, os dados mostram que no total 64,86% das empresas incluídas desde 2007 a 2011, utilizaram de imediato, nos 60 dias da data do contrato, consultas, exames e/ou internações.

Na tabela 4, verifica-se a quantidade de beneficiários que pertencem aos grupos utilizados.

Tabela 4 – Quantidade de beneficiários dos Grupos de planos coletivos utilizados por ano de início de contrato (OPS – 2007 a 2011)

Ano de início do contrato	Quantidade de Beneficiários
2007	24.720
2008	12.641
2009	5.358
2010	15.520
2011	16.044

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Considerando os dois primeiros meses da data do início dos contratos, segue dados bimestrais.

Os quadros a seguir, mostram uma análise descritiva sobre os itens assistenciais analisados, cenário geral, estabelecendo parâmetros através da mensuração de quantidade e valor da base de dados coletada.

Quadro 1 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos Grupos de planos coletivos iniciados em 2007. (bimestral)

Quadro 1	Consultas		Exames		Internações		Vidas
	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD
Mínimo	1	38,00	1	17,49	1	396,19	2
Média	125	4.438,12	234	5.596,58	4	10.599,47	220
Máximo	1.320	50.673,28	2.628	65.553,96	28	109.273,25	3.197

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Quadro 2 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos Grupos de planos coletivos iniciados em 2008. (bimestral)

Quadro 2	Consultas		Exames		Internações		Vidas
	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD
Mínimo	2	40,00	1	203,85	1	318,43	1
Média	107	3.895,18	200	4.593,92	4	9.758,62	355
Máximo	1.024	33.617,44	1.442	37.502,32	28	76.227,93	1.320

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Quadro 3 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos Grupos de planos coletivos iniciados em 2009. (bimestral)

Quadro 3	Consultas		Exames		Internações		Vidas
	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD
Mínimo	2	59,60	20	413,32	1	336,13	1
Média	97	3.515,77	185	4.188,26	2	5.058,78	108
Máximo	316	13.582,28	726	19.133,22	10	15.277,60	1.213

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Quadro 4 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos Grupos de planos coletivos iniciados em 2010. (bimestral)

Quadro 4	Consultas		Exames		Internações		Vidas
	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD	Valor	QtD
Mínimo	1	38,00	1	8,40	1	184,17	1
Média	53	2.410,00	125	3.089,05	2	8.573,18	109
Máximo	991	47.884,84	2.666	70.895,95	10	68.168,77	2.585

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Quadro 5 – Análise descritiva de consultas, exames e internações dos Grupos de planos coletivos iniciados em 2011. (bimestral)

Quadro 5	Consultas		Exames		Internações		Vidas
	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Qtd
Mínimo	1	38,00	1	18,00	1	747,21	1
Média	60	2.611,80	125	3.059,00	2	8.043,32	127
Máximo	1.220	55.730,20	2.294	56.611,61	7	46.915,93	3.004

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

De forma geral, observando o quadro 5 do ano de 2011, é dimensionado o máximo que foi gasto por item assistencial, como também o mínimo. Um intervalo de valores anual e por item assistencial, observando por grupos dos planos coletivos.

Já na tabela 5, é mostrada a análise descritiva por beneficiário de cada item assistencial. Uma análise minuciosa, que a partir dela será verificado a possibilidade da presença de alguma informação assimétrica.

Tabela 5 – Número de Consultas, exames e internações por beneficiário e gasto médio por consulta, exames e internação, em Grupos de planos coletivos (OPS, 2007 a 2011)

Ano	Consultas médicas		Exames		Internações	
	Nº Médio	Gasto médio (R\$)	Nº Médio	Gasto médio (R\$)	Taxa Média (%)	Gasto médio (R\$)
2007	0,63	34,49	1,17	24,19	1,98	3.048,11
2008	0,67	35,94	1,36	36,41	1,67	2.485,57
2009	0,70	36,61	1,35	23,38	1,67	1.962,10
2010	0,38	41,83	0,87	24,65	1,67	3.165,20
2011	0,44	41,82	0,94	30,36	1,40	3.729,06

Fonte: Concepção da autora a partir dos dados da OPS

Assim, de acordo com o indicador acima, será verificado a quantidade de grupos dos planos coletivos que estão com os índices superiores da média da OPS, indicando a possível presença de assimetria da informação.

4.4 Resultados

Esta seção analisa em etapas a presença de assimetria da informação em planos coletivos de saúde. Conforme a tabela 5, que apresenta informações relativas a valores médios de utilização de consultas, exames e internações na base de dados da OPS, serão detectadas as empresas cujos planos superam as estatísticas. Valores muito destoantes poderão indicar o problema aqui analisado.

Primeiramente, considera-se a média dos dados da OPS em relação a consultas e exames por beneficiário. Nas tabelas 7 e 8 é identificada a quantidade e a representatividade de planos coletivos com frequência elevada em relação ao intervalo adotado.

Sendo assim, podemos indicar a possível presença de informação assimétrica nesses planos, com a possibilidade de predominância de Risco Moral, pois, como já foi definido na seção 3.1, este tipo de relação de agência está ligado à sobreutilização de procedimentos, consultas e exames, que, antes da adesão ao plano de saúde, eram solucionados de forma diferente. Mas não se deve desconsiderar a presença de Seleção Adversa. Tal falha de comportamento pode ser amenizada com a adoção de mecanismos inibidores de demanda, como a coparticipação.

Tabela 6 - % de Grupos de empresas com frequência de utilização de consultas médicas superior a média da base

Ano	Total de Grupos de empresas*	Nº Médio de beneficiários no Grupo	Planos com frequência de utilização superior ao intervalo considerado	% do total
2007	81	305	42	51,85
2008	46	275	26	56,52
2009	34	158	17	50,00
2010	103	151	45	43,69
2011	96	167	44	45,83

* em início de contrato naquele ano

Fonte: Concepção da autora

Tabela 7 - % de Grupos de empresas com frequência de utilização de exames superior a média da base

Ano	Total de Grupos de empresas*	Nº Médio de beneficiários no Grupo	Planos com frequência de utilização superior ao intervalo considerado	% do total
2007	79	306	38	48,10
2008	46	275	25	54,35
2009	34	158	15	44,12
2010	102	152	44	43,14
2011	94	170	38	40,43

* em início de contrato naquele ano

Fonte: Concepção da autora

Considerando a média dos dados da OPS, agora de internações por beneficiário, na tabela 9, é mostrada a quantidade e representatividade dos planos coletivos com índices superiores ao intervalo adotado.

O fato de haver internação, de forma geral, é decorrente de algum tipo de doença ou lesão preexistente, ou de cirurgias que necessitam que o paciente fique em observação. O beneficiário que tem conhecimento de algum problema sobre o seu estado de saúde, ao aderir o plano, sem a necessidade do cumprimento dos prazos de carência, possivelmente utilizará o quanto antes os procedimentos necessários para solucionar. Caso o problema seja complexo e os cuidados médicos sejam diferenciados, provavelmente ocorrerá a utilização de internação. Isso indica a possibilidade de seleção adversa nesses planos coletivos, conforme definição na seção 3.2.

Tabela 8 - % de Grupos de empresas com frequência de utilização de internações superior a média da base

Ano	Total de Grupos de empresas*	Nº Médio de beneficiários no Grupo	Planos com frequência de utilização superior ao intervalo considerado	% do total
2007	52	406	21	40,38
2008	27	382	14	51,85
2009	23	169	8	34,78
2010	23	391	11	47,83
2011	28	371	11	39,28

* em início de contrato naquele ano

Fonte: Concepção da autora

Selecionando os 5 grupos de empresas com os índices mais elevados por item assistencial, analisa-se o impacto financeiro.

Serão mostrados, nas tabelas 9, 10 e 11, os gastos referentes a cada item assistencial, consultas, exames e internações, respectivamente, e a representatividade em relação a receita do grupo de empresas.

Tabela 9 - Consultas por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por Grupo de empresas

Grupo de empresas	Qtde. de Consultas por beneficiário	Total de despesa	Total de receita	% da receita
1º Lugar*	1,55	4.830,80	12.965,10	37,26
2º Lugar	1,53	2.683,80	23.895,31	11,23
3º Lugar	1,46	3.774,20	14.236,18	26,51
4º Lugar	1,42	3.094,00	10.120,31	30,57
5º Lugar**	1,35	3.717,60	9.302,00	39,97

Fonte: Concepção da autora

Tabela 10 - Exames por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por Grupo de empresas

Grupo de empresas	Qtde. de Exames por beneficiário	Total de despesa	Total de receita	% da receita
1º Lugar	4,32	2.174,81	4.051,58	53,68
2º Lugar	4,19	20.519,31	104.701,55	19,60
3º Lugar	3,57	2.506,34	25.535,91	9,81
4º Lugar	3,49	12.535,39	76.644,97	16,36
5º Lugar	3,40	15.215,23	78.678,06	19,34

Fonte: Concepção da autora

Tabela 11 - Taxa de Internação por beneficiários, Total de despesa, Total de Receita e representatividade da despesa com a receita, por Grupo de empresas

Grupo de empresas	Taxa de Internação por beneficiário	Total de despesa	Total de receita	% da receita
1º Lugar	0,07	5.981,39	5.631,65	106,21
2º Lugar	0,06	6.489,71	7.160,14	90,64
3º Lugar**	0,05	7.864,71	9.302,00	84,55
4º Lugar	0,05	7.600,06	8.830,88	86,06
5º Lugar*	0,05	5.219,07	12.965,10	40,25

Fonte: Concepção da autora

Devido os gastos com internações serem elevados, pois envolvem honorários, diárias, materiais médicos e outros custos como terapias, é evidente

na representatividade que os planos coletivos de elevada frequência estão deficitários. Ou seja, a receita não é suficiente para arcar com as despesas médicas, tornando o contrato desequilibrado e conseqüentemente elevando o valor do reajuste do tipo por variação de custo, que acontece anualmente.

Coincidentemente essas empresas estão expostas a um elevado número de consultas e internação. Com a união das duas despesas, a Empresa 1 (*) aumenta a representatividade para 77,51% em relação a receita. Já na Empresa 2 (**) a situação também é crítica, pois ultrapassa o valor da receita. A representatividade das despesas de consultas e internações, excluindo as demais de outros procedimentos que podem ter sido utilizados, chega a 124,52%. Isto é, empresas com desequilíbrios e que exigem medidas de forma a inverter esta situação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a regulamentação do setor de saúde suplementar, algumas falhas do mercado vêm se atenuando. Uma dessas falhas acontece através de relações contratuais entre a OPS, prestador e beneficiário. Esse problema é chamado de relação de agência, decorrente da presença de informação assimétrica. Ocorre que um dos agentes possui mais informações do que o outro.

Existem dois tipos de assimetria da informação: risco moral e seleção adversa. O primeiro, *moral hazard*, é caracterizado pelo comportamento modificado após a adesão contratual, isto é, pós-contratual. Já o segundo, ocorre quando o beneficiário tem conhecimento sobre o seu estado de saúde e a OPS não, caracterizado por pré-contratual. Antes da adesão ao plano, o beneficiário possui informações sobre algum problema de saúde, o que justifica a procura de um plano de saúde.

A assimetria da informação traz impactos financeiros para OPS, que conseqüentemente agrava os valores das mensalidades, principalmente para os indivíduos propensos ao risco elevado.

Através da frequência de utilização de consultas, exames e internação, dos dados coletados de uma determinada OPS, foi detectado a possibilidade da presença do risco moral e seleção adversa nos planos coletivos analisados. Uma das formas de conter tal falha de comportamento é a adoção de mecanismos inibidores de demanda, como a coparticipação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.P. **O Problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar**, Dissertação (Mestrado em Administração) – IAG/PUC-RIO. Rio de Janeiro, 2002.

ANS. Agência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/component/content/article/7-nossos-servicos/136-processo-de-doencas-e-lesoes-pre-existentes-dlp->>. Acesso em: 03 de abril. 2012.

ANS. Resolução Normativa – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Definição, segmentação e classificação das operadoras. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 out. 2000. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.

ANS. Resolução Normativa – RN nº 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 out. 2007. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.

ANS. Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jul. 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.

ANS. Resolução Normativa – RN nº 254, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 mai. 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.

ARNOTT, R.; STIGLITZ, J. **Equilibrium in competitive insurance markets with moral hazard**, NBER Working Paper nº3588, 1991.

AKERLOF, G. A. **The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism**, The Quarterly Journal of Economics, 1970.

BAHIA, L. **Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

BRASIL. Constituição, **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília, DF, 4 de junho de 1998, seção 1, p.01.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 18 de abril de 2012.

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em: 15 de abril de 2012.

GODOY, M.R. **Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica**, Tese (Doutorado em Economia) – UFRGS. Rio Grande do Sul, 2004.

SPENCE, M. **Job Market Signaling**, The Quarterly Journal of Economics, 1973.

STIGLITZ, J. **Imperfect Information, Credit Markets and Unemployment**, National Bureau of Economic Research, 1988.

MAIA, A.C. **Seleção Adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro**, Dissertação (Mestrado em Economia) – UFMG. Belo Horizonte, 2004.

SIMÕES, K.A, **Risco moral e seleção adversa no mercado de saúde no Brasil: Evidências baseadas no PNAD 98**, Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – PUC-RIO. Rio de Janeiro, 2003.

STANCIOLI, A.E. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**, Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, 2002.