



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA,
CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE TEORIA ECONÔMICA
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

JANNE KELLY CAVALCANTE RIBEIRO

COMPORTAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL:
PAPEL E ESTRUTURA

FORTALEZA

2019

JANNE KELLY CAVALCANTE RIBEIRO

COMPORTAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL:
PAPEL E ESTRUTURA

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

Orientadora: Professora^a Dr.^a Eveline Barbosa Silva Carvalho

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R369c Ribeiro, Janne Kelly Cavalcante.

Comportamento dos planos de saúde privados no Brasil: papel e estrutura. / Janne Kelly Cavalcante Ribeiro. – 2019.

45 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Econômicas, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Eveline Barbosa Silva Carvalho.

1. sistema suplementar de saúde. I. Título.

CDD 330

JANNE KELLY CAVALCANTE RIBEIRO

COMPORTAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE PROVADOS NO BRASIL:
PAPEL E ESTRUTURA

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

Data de Aprovação: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eveline Barbosa (Orientadora)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Profa. Sandra Maria dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Profa. Natália Cecília de França

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e por ser minha fortaleza em todos os momentos.

A profa. Eveline Barbosa pela dedicação e compartilhamento do saber.

Aos meus pais João Alberto e Maria Lindaura pelo amor incondicional, paciência e apoio.

Ao meu amado esposo, Fran Araújo pelo companheirismo.

Em especial, ao meu irmão Dr. Jannison Ribeiro por todo seu carinho, sempre me incentivando a alçar voos cada vez mais altos, ensinando a acreditar em mim e a ter perseverança.

Por fim, a razão da minha luta e alegria, minhas duas pedras preciosas, meus filhos Alberto Gabriel e Marina Kelly.

RESUMO

O Brasil possui um sistema de saúde composto por uma mistura de serviços públicos e privados, o sistema público possui cobertura universal e é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), o qual defende a saúde como um direito universal de todos os cidadãos e transfere a responsabilidade para o Estado. No entanto o sistema público – privado favorece a duplicação da cobertura dos serviços oferecidos em saúde, para aqueles indivíduos que possuem o plano ou seguro de saúde contratados de maneira privada. Após regulamentação o mercado de saúde suplementar passou por mudanças significativas na forma de funcionar, sendo uma das principais mudanças a utilização de estratégias com a finalidade de minimizar os riscos para as operadoras dos planos de saúde. Sendo assim, os objetivos deste estudo estão relacionados com a investigação dos riscos morais e da assimetria de informação, bem como, com a finalidade de evidenciar a importância deste setor na economia do país. Por meio da busca bibliográfica foi possível demonstrar a ocorrência e a identificação destes riscos, bem como demonstrar a importância financeira deste setor, que chega a ser responsável por aproximadamente 10% do Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil, chegando a ser maior do que o setor agrícola e da construção civil. Por fim, observa-se que a avaliação do estado de saúde e o tipo de serviço utilizado são necessários para auxiliar a regulamentação dos planos de saúde e evitar a duplicidade de atendimentos, bem como foi possível observar que o SUS, necessita de maiores investimentos em recursos para que seja atuante de maneira efetiva, sendo assim, ressalta-se que este receberia um apoio financeiro maior se os incentivos fiscais e deduções do imposto de renda deixassem de ser direcionados ao setor privado e passassem a ser direcionados para o sistema público de saúde.

Palavras – chave: sistema público de saúde, seguro saúde, sistema suplementar de saúde, influência do setor privado de saúde na economia.

ABSTRACT

Brazil has a health system composed of a mix of public and private services, the public system has universal coverage and is called the Unified Health System (SUS), which defends health as a universal right of all citizens and transfers the responsibility to the state. However, the public - private system favors doubling the coverage of health services offered to those individuals who have a privately contracted health plan or insurance. After regulation, the supplementary health market has undergone significant changes in the way it operates, one of the main changes being the use of strategies to minimize risks to health insurance operators. Thus, the objectives of this study are related to the investigation of moral hazards and information asymmetry, as well as to highlight the importance of this sector in the country's economy. Through the bibliographic search, it was possible to demonstrate the occurrence and identification of these risks, as well as to demonstrate the financial importance of this sector, which accounts for approximately 10% of the Gross Domestic Product (GDP) in Brazil, being higher than the agricultural and construction sector. Finally, it is observed that the assessment of health status and the type of service used are necessary to help the regulation of health plans and avoid duplication of care, as well as it was possible to observe that the SUS needs greater investments in health resources to be effective, so it should be noted that the latter would receive greater financial support if tax incentives and income tax deductions were no longer directed to the private sector but instead directed to the public health system.

Keywords: public health system, health insurance, supplementary health system, influence of the private health sector on the economy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de indivíduos com cobertura de plano de saúde privado entre os anos de 1998 a 2013.....	32
Gráfico 2: Taxa do PIB e valores das receitas	39
Gráfico 3: Cobertura dos serviços por região	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Síntese de concentração dos mercados	28
Tabela 2: Taxa de crescimento número beneficiários	33
Tabela 3: Risco moral e seleção adversa	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OCDE	Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Sistemas Comparados de Saúde no Mundo	13
2.2 Sistema de saúde brasileiro	16
2.3 Regulamentação e financiamento da saúde suplementar no Brasil ...	20
2.4 A estrutura produtiva do setor de seguros de saúde privados	22
2.5 Indicadores de Concentração.....	26
2.6 Análise da Concentração	28
3. METODOLOGIA DE PESQUISA	30
4. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6. REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 1990 quando foi estabelecida a legislação para regulamentação do setor de saúde suplementar foram observados aumentos significativos por parte das empresas responsáveis por operar os planos de saúde privados, adicionalmente, ocorreu o menor reajuste frente aos planos previamente existentes. Diante deste cenário as empresas começaram a buscar estratégias com a finalidade de impedirem a queda significativa em seus lucros (MEDEIROS, 2010).

O crescimento do setor privado no Brasil, representado por meio dos serviços prestados de maneira privada, ou devido a existência de opções privadas de financiamento, acesso e gestão dos serviços de saúde ocorreu antes do ano de 1990. Logo, a saúde suplementar brasileira pode ser definida como o atendimento que ocorre na ambiência privada, o qual se dá por meio da utilização de um convênio, seguro ou plano de saúde (SCHULTZ, 2010).

De uma forma geral, o risco existente no mercado da saúde suplementar está relacionado com a possibilidade de que ocorra eventos que gerem gastos, ou seja, um risco em potencial está relacionado com algum evento adverso a saúde do assegurado. Quando o indivíduo adquire o plano de saúde, parte de sua renda é transferida a empresa operadora de serviço, que de acordo com o contrato se responsabiliza em cobrir os custos assistenciais em saúde. Neste cenário, a vantagem para o indivíduo beneficiário está relacionada com o respaldo mediante imprevistos inesperados, que podem vir a acometer sua saúde, enquanto que para a empresa financiadora, quando esta possui um grande número de beneficiários e consegue estabelecer um valor correto, espera-se que seja suficiente para a cobertura dos gastos assistenciais e que resulte em um percentual de lucro (ALVES, 2007; MEDEIROS, 2010).

Logo, o presente estudo de caráter de revisão bibliográfica possui a finalidade de investigar a ocorrência do risco moral e da assimetria de informações relacionados com o setor de saúde suplementar brasileiro, devido a influência que estes exercem sobre o setor em questão, bem como de evidenciar o papel deste setor na economia do país. Entretanto, este estudo se justifica devido ao pequeno número de estudos existentes nesta temática, permitindo elaborar um conhecimento no qual possa ser utilizado para embasar e motivar futuros estudos na área. Tendo também este trabalho, o objetivo de fazer uma análise descritiva sobre o comportamento dos planos de saúde privados no Brasil frente a economia, relacionando-os com o PIB, bem como seus respectivos papéis, numa abordagem geral, na suplementação da saúde pública, numa tentativa de suprir possíveis falhas e deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS). Há no presente trabalho, uma comparação com alguns modelos de sistemas de saúde internacionais, na busca de solucionar o problema da seleção adversa, numa tentativa de trazer uma melhoria mais equânime com relação a saúde da população brasileira.

Um dos objetivos desta pesquisa foi avaliar o nível de concentração dos planos de saúde privados, nas categorias individuais e coletivos, analisando o grau desta concentração e os impactos que geram sobre a economia e os diversos níveis de concorrência no segmento das empresas que atuam na saúde suplementar, observamos assim que este sistema no Brasil se caracteriza como uma estrutura de mercado oligopolista.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistemas comparados de Saúde no mundo

A Organização Mundial de Saúde define os sistemas de saúde como um conjunto de atividades, com a finalidade de promover, manter e restaurar a saúde da população, tendo como o objetivo central melhorar a saúde da população de uma maneira equitativa, mantendo a menor diferença entre os indivíduos e dos grupos, buscando sempre atender todas as necessidades da população (WHO, 2000).

Os sistemas de saúde são considerados respostas sociais, articuladas pela população frente às necessidades, preferências e demandas (MENDES, 2011). Estes representam um importante papel no desenvolvimento saudável das famílias, dos indivíduos e da sociedade como um todo, compreender todas as organizações, recursos e instituições que são destinadas a promoção da saúde (WHO, 2000). Apresentam uma estrutura formal, e atendem uma população definida, sendo que o financiamento, a gestão, a abrangência e a organização são definidas e regulamentadas por leis. A organização deste sistema geralmente é complexa e dividida em vários níveis, desde a comunidade, nível primário, até a nível nacional (WHO, 1998).

A classificação dos sistemas de saúde se dá de acordo com as suas características, sendo levadas em conta principalmente a gestão, o financiamento, a organização e a provisão dos serviços de saúde. Segundo Rodrigues e Santos (2011), as principais organizações de saúde podem ser definidas em três tipos:

1 – Sistema público de acesso universal a saúde: neste se enquadram os serviços prestados de maneira gratuita, abrangendo todos os cidadãos, sem

distinção entre si, estes possuem as características de serem abrangentes e integrais. O financiamento ocorre por todos os cidadãos por meio dos impostos e a administração fica por conta do Estado. Geralmente, a prestação de serviços ocorre por parte do Poder Público, podendo também ser realizada através de serviços privados. São exemplos de países que possuem este é esse tipo de sistema: o Brasil, a Espanha, a Inglaterra, o Canadá e a Suécia.

2 - O seguro: organizado por uma categoria profissional e destinado a um grupo específico de pessoas. São geridos por instituições ou agências de característica semipúblicas, sendo administrados por pessoas que representam os empregados e os trabalhadores, sendo que, algumas vezes pode ocorrer a intervenção do Estado. Neste modelo, a contribuição é realizada geralmente pelas folhas de pagamentos dos funcionários, podendo vir a ser complementadas por recursos públicos. Os serviços prestados neste caso podem ocorrer através dos serviços privados ou públicos. São exemplos de países que utilizam este sistema: a França, o Japão, a Alemanha e a Argentina

3 – Sistema de saúde privada: este sistema é direcionado a indivíduos que pagam pelos serviços de saúde, ou que contratam seguros ou planos de saúde. O financiamento ocorre diretamente pelo indivíduo, ou pelas empresas, a administração ocorre de maneira privada, podendo ser regulamentada ou não pelo Estado. Neste caso a prestação dos serviços ocorre através das empresas privadas de saúde. São exemplos de países que utilizam este modelo a Suíça, os Estados Unidos e a Nova Zelândia.

A maior parte dos sistemas de saúde que existem atualmente são mistos, isto é, envolvem elementos da esfera pública e da privada, sendo que o modelo predominante vai definir o tipo de sistema de cada país, podendo ser, público, privado ou seguro social. No entanto, independente do sistema que predomine em um determinado país, o principal objetivo deste será melhorar a saúde da população como um todo. Contudo, deve-se ressaltar que, em diversos países, existem empresas atuantes do setor de saúde e com ações negociadas na bolsa de valores (VIACAVA et al., 2004; RODRIGUES; SANTOS, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os princípios fundamentais dos sistemas de saúde devem ser o de melhorar e promover a saúde da população, adicionalmente, devem suprir as expectativas dos indivíduos e garantir a proteção financeira destes em casos de doenças. Esses objetivos são denominados como cobertura universal a saúde ou somente cobertura universal (WHO, 2010).

Cobertura universal a saúde significa que todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de saúde, bem como, os serviços de cuidados paliativos, tratamento, reabilitação, prevenção, estes devem ser prestados sem riscos financeiros, quando necessária a utilização destes serviços (WHO, 2010).

Ainda que recente, o conceito de cobertura universal da saúde passou a fazer mais sentido frente às reformas que foram iniciadas na Alemanha, por Bismarck, pois, até tal fato, os serviços de saúde pouco ofereciam. Adicionalmente, nos últimos anos, muitos países vêm passando por reformas em seus sistemas de saúde com a finalidade de alçarem a cobertura universal destes serviços. No ano de 2005, muitos avanços foram alcançados referentes a cobertura universal a saúde, devido a um compromisso assumido pelos países membros das Nações Unidas, foram alcançados avanços principalmente referentes aos objetivos propostos para o Desenvolvimento do Milênio. Contudo, a cobertura destes serviços de saúde e a proteção contra os riscos ainda encontram-se longe de serem universais, uma vez que muitos países preferem adotar e executar a sua própria versão de cobertura universal, no entanto, cabe ressaltar que existe uma diferença enorme entre as políticas públicas e os programas desenvolvidos com a cobertura populacional (WHO, 2013; MCKEE et al., 2013; RODNEY; HILL, 2014; REICH et al., 2016).

A cobertura universal a saúde representa um sistema complexo e a sua implementação é facilitada e favorecida quando ocorre interesse e comprometimentos dos governantes com as reformas necessárias, as quais englobam políticas econômicas e apresentam a necessidade de aprendizado e de mudanças. Mesmo com os esforços de muitos países em alcançar a

cobertura universal dos serviços de saúde, um assunto que vem sendo muito discutido pela OMS e pela ONU é que estas ações podem não alcançar os objetivos desejados para a população, uma vez que estas mudanças podem proporcionar o acesso de todos a saúde, porém, aumenta mais ainda as desigualdades entre os pobres e ricos, uma vez que o modelo que vem sendo proposto, reduz o direito a saúde da população ao mesmo tempo que favorece a oferta do setor privado, com os planos de saúde, onde a maior cobertura vai para aqueles indivíduos que podem pagar pelo benefício (CEBES, 2014; REICH et al., 2016).

O Brasil pode ser citado como exemplo de um país que possui um sistema de saúde com cobertura universal, o sistema em questão é conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde), este foi fundado e instituído no ano de 1988. Desde sua criação, o sistema vem passando por muitas mudanças e avanços, contudo deve-se ressaltar que muito ainda deve ser feito para que todos os cidadãos recebam um atendimento universal e de qualidade.

2.2 Sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde do Brasil possui característica mista, composto pelos subsistemas privado e público. O subsistema público é o SUS enquanto o privado é composto por subsetores privados e pela saúde suplementar. Mesmo apresentando essa divisão, algumas vezes o sistema de saúde brasileiro é apresentado em três subsetores separados, a saber: (1) o subsetor público; (2) o subsetor de planos de saúde; e (3) o subsetor privado (PAIM et al., 2011; CONASS, 2015b). Apesar de dois dos subsetores serem privados, existem diferenças significativas entre si, sendo necessário que estes sejam analisados separadamente.

O SUS é o sistema de saúde público que garante cobertura universal, este foi instituído por meio da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado através das Leis da Saúde (Leis nº 8.080 e 8.142) e estabelece o direito a saúde

para todos os cidadãos brasileiros. A gestão e o financiamento do SUS são de alçada pública, tendo a participação mista das esferas; sendo que a prestação dos serviços ocorre através do Estado, União e Municípios, podendo ocorrer por meio dos prestadores de serviços privados quando estes são conveniados ou contratados (CONASS, 2007; 2015).

O subsetor privado contempla aqueles serviços de característica particulares e autônomos, enquanto, o subsetor suplementar é composto pelos seguros e planos de saúde e pelos serviços realizados por estes. Os seguros de saúde são financiados de maneira privada, recebendo subsídios do Estado, o regulamento da gestão privada cabe a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo que os prestadores de serviço são próprios, privados conveniados ou contratados e privados e credenciados pelos planos e seguros de saúde (CONASS, 2007; 2015).

A utilização do sistema privado se dá por meio das relações diretas entre os prestadores de serviço e os clientes, sendo reguladas através de corporações profissionais e pelo uso dos planos privados, neste caso, ocorre uma intermediação das relações entre os prestadores de serviço e as operadoras dos planos de saúde. O sistema de saúde brasileiro contempla uma mistura entre os elementos da esfera pública e da esfera privada, tanto na ambientação do financiamento quanto na prestação de serviços, propriamente ditos. Essa mistura entre os dois tipos de serviços prestados leva a um cenário onde os serviços privados completam os serviços públicos ao mesmo tempo que competem entre si. De acordo com a realidade do sistema de saúde brasileiro, a utilização dos serviços de saúde podem ser feitos na ambiência pública, por meio do SUS ou através dos sistemas privados, mediante pagamento pelo serviço, por meio dos seguros ou dos planos de saúde, neste caso, contemplados por meio de contratos pré ou pós-pagas pelas operadoras de saúde, ou até mesmo pelo pagamento diretamente a instituição no momento da prestação do serviço (SANTOS; UGA; PORTO, 2008; PAIM et al., 2011; BAHIA; SCHEFFER, 2012).

A opção entre um dos três subsistemas existentes depende das condições e facilidades relacionados ao acesso e ao poder de compra de cada indivíduo. Mesmo com a existência deste sistema misto, o sistema de saúde brasileiro é considerado público, uma vez que ocorre a predominância deste setor. Contudo, desde que o SUS foi criado e instituído, foi concedido o direito a iniciativa privada de complementação dos serviços públicos, mediante as disponibilidades do SUS, que seriam insuficientes frente a infraestrutura e a prestação de assistência a toda a comunidade. O sistema público existente antes da instituição do SUS no Brasil não era abrangente a todos os cidadãos e já existia um grande setor de comércio de planos e seguros de saúde privados, o que existe ainda atualmente dos quais o acesso não era universal e continua sendo até os dias de hoje (PAIM et al., 2011).

Segundo a Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE) o segmento privado da saúde no Brasil se insere de diferentes maneiras no sistema de saúde, a saber: na suplementação, duplicado, complementar ou primário, neste caso podendo ser principal e substitutivo. Sendo primário quando ocorre a oferta de cobertura dos serviços básicos de saúde, uma vez que as pessoas não possuem seguros ou planos de saúde, neste caso ocorre duplicação dos serviços ofertados, pois, são oferecidos serviços que o sistema público cobre e tem caráter complementar devido a cobertura dos serviços não ofertados ou daqueles ofertados parcialmente, adicionalmente é chamado de complementar devido a oferta de serviços adicionais, isto é, aqueles que não são ofertados pelo sistema público.

O setor de planos de saúde privados pode ser classificados em mais de uma categoria, de acordo com as características das políticas e da saúde pública de cada país. O crescimento deste setor representa a inversão da teoria da complementariedade, defendido pela Constituição Brasileira, que define estes como tendo a função de complementar os serviços públicos prestados (BAHIA, 1999).

Atualmente os planos privados oferecem tanto os serviços adicionais, quanto serviços paralelos aos ofertados pelo SUS, logo, pode-se denominar o segmento de planos de saúde brasileiro como duplicado. Assim a saúde suplementar brasileira se enquadra mais em um sistema duplicado do que suplementar, devido a oferta aos indivíduos de serviços já ofertados no sistema público de saúde, apresentando-se como uma alternativa privada para os mesmos serviços. Contudo este sistema representa um aumento nas inequidades frente ao acesso a assistência à saúde, uma vez que, os indivíduos que possuem seguros ou planos privados possuem um duplo acesso aos serviços (CONASS, 2007; SANTOS; UGA; PORTO, 2008).

Nos últimos tempos muito vêm se debatendo frente ao processo de acesso dos serviços de saúde, atribui-se este fato em especial ao crescimento do número de pessoas com acesso aos planos privados e a falta da expansão dos provedores. Diariamente são evidenciadas críticas ao sistema de saúde brasileiro, mediadas especialmente pelos meios de comunicação, muitas delas atribuídas aos problemas de superlotação e da dificuldade de acesso. Ainda que o foco das críticas seja os serviços de caráter público, atingem também ao sistema privado. No entanto, deve-se levar em consideração a pressão que as operadoras dos planos privados exercem frente aos meios de comunicação, este fato, faz com que muitas das informações referentes ao sistema privado não sejam divulgadas. Adicionalmente, deve-se lembrar que as grandes empresas, incluindo as que detém o poder frente a administração dos planos privados são financiadoras de campanhas eleitorais, promovendo auxílio a candidatos que não levam em consideração os interesses coletivos e sociais, tornando difícil o processo de consolidação do SUS, bem como a redução das inequidades (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

2.3 Regulamentação e financiamento da saúde suplementar no Brasil

Assim como já mencionado anteriormente, o financiamento do sistema de saúde suplementar possui origem de subsídio do Estado e privado. Deve-se destacar que o financiamento por parte do Estado que fornece ao setor privado impede que o SUS receba uma maior quantidade de recursos, os quais poderiam ser utilizados na quantificação e expansão deste sistema de saúde. Os principais subsídios destinados ao setor privado provindos do Estado são oriundos dos recursos tributários os quais o Estado deixa de arrecadar, por meio das desonerações fiscais aos consumidores e portadores dos serviços. Estes representam os incentivos fiscais destinados as operadoras e aos prestadores de planos privados e na declaração do imposto de renda de pessoas jurídicas ou físicas, em adicional podem ser citadas as isenções fiscais e a tributação reduzida destinada aos serviços de cunho filantrópico (SANTOS; UGA; PORTO, 2008; FINKLER et al., 2009).

Outras maneiras de financiamento por parte do Estado as empresas dos planos e seguros de saúde particulares ocorrem por meio dos gastos da União bem como pelas empresas estatais, e funcionários públicos, como servidores municipais, estaduais e federais, oferecem a estes funcionários planos privados. Por meio do financiamento a própria agência de regulamentação utiliza recursos do Tesouro Federal, e também através do atendimento dos clientes portadores de planos de saúde pelo SUS. Contudo no ano de 2005 estima-se que os gastos com as políticas fiscais e das empresas estatais destinados aos planos de saúde privados atingiram a somatória de 7,5 bilhões de reais, logo, pode-se afirmar que aproximadamente 20% deste valor foi empregado no financiamento dos planos de saúde privados (BAHIA, 2008; FINKLER et al., 2009).

O artigo 32 da Lei nº 9.656/98 dispõe sobre o ressarcimento do SUS através dos planos e seguros de saúde privados. Atualmente a ANS é a responsável por normatizar, controlar e fiscalizar a saúde suplementar. É responsabilidade da

ANS identificar se portadores de planos ou seguros de saúde privados utilizaram o SUS, esse processo se dá através do cruzamento de informações pelo DATASUS com os dados provenientes da própria ANS. O processo de identificação ocorre por meio do cruzamento dos registros de Autorizações de Internações Hospitalar (AIH), com os da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e por fim ocorre o encaminhamento as operadoras. Contudo, deve-se ressaltar que este procedimento de identificação dos clientes de planos privados que realizaram procedimentos ambulatoriais pelo SUS só começou a acontecer a partir do ano de 2015, este fato ocasionou um aumento de mais 100% na identificação dos atendimentos. Os valores arrecadados por meio do ressarcimento são repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), no ano de 2014 foi repassado um valor superior a 382 milhões de reais (ANS, 2016).

A ANS é a agencia nacional reguladora do sistema suplementar do Governo Federal e essa é vinculada ao Ministério da Saúde, esta agencia foi criada nos ano 2000 por meio da Lei nº 9961, a qual juntamente com a Lei nº 9656/98 traz sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde, este compõe o marco regulatório deste setor. A necessidade da regulamentação do setor surgiu por causa da grande ampliação de empresas deste segmento, as quais apresentavam muitas situações desfavoráveis ao consumidor, atuando por meio da seleção de clientes e excluindo algumas coberturas, além dos aumentos abusivos de preços. Atualmente a regulação é realizada pelo Estado com o intuito de garantir e representar os interesses e direitos da população como um todo, atuando a fim de melhorar o desempenho do sistema de saúde, uma vez que interfere nos valores, quantidade e qualidade dos serviços prestados (CONASS, 2015).

Entretanto, cabe ressaltar que não é função da ANS a regulamentação dos valores dos planos de saúde coletivos, está apenas coleta e monitora dados referentes aos aumentos aplicados. Os planos coletivos empresariais e de adesão representam aproximadamente 80% dos planos existentes.

O reajuste referente a estes planos ocorre com base em negociações entre as operadoras e as empresas, associações, conselhos ou fundações que contratam os serviços, logo, o poder de negociação, a pressão exercida pelos trabalhadores e a diluição dos riscos faz com que os planos empresariais sejam até 60% mais em conta do que os planos individuais (CONASS, 2015; ANS, 2015; ANS, 2016).

Apesar do plano coletivo apresentar-se mais em conta no momento da adesão, este acaba por receber reajustes muito acima da inflação e dos percentuais estipulados pela ANS, o que o torna mais caro em pouco tempo. O reajuste para os planos familiares tem como base o cálculo da média ponderada dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos do ano anterior que apresentam mais de 30 beneficiários. Logo, pode-se dizer que este não representa um índice de valores e preços, mas sim um índice de valores calculados com base na frequência de utilização dos serviços, bem como da incorporação de tecnologias novas e com base na variação dos custos com saúde. Contudo, deve-se ressaltar que este valor calculado é no mínimo estranho, pois, os reajustes são baseados em planos coletivos que não possuem valores regulados pela agência (ANS, 2016).

2.4 A estrutura produtiva do setor de seguros de saúde privados no Brasil

Segundo Diamond (1992) a noção de seguro universal de saúde está em acordo com a oferta de serviços públicos de saúde por parte do governo. No Brasil, observa-se que a ideologia do seguro de saúde está relacionada exclusivamente com o setor privado da economia, de uma maneira a oferecer assistência à saúde como bens privados. Contudo, de maneira geral o seguro de saúde está atrelado a solidariedade, como uma ferramenta de trocas sociais (GETZEN, 1997).

Analisando o ponto de vista do consumidor individual, ressaltando que o estado de saúde envolve alguns riscos, tem-se que o seguro ou o plano de saúde privado envolva duas possíveis naturezas, a saber: saudável e não saudável. A natureza saudável consiste no processo de transferência do dinheiro para o outro estado, isto é, aqueles que se encontram na natureza não saudável. Do ponto de vista da sociedade, ocorre a transferência do dinheiro dos indivíduos sadios para aqueles indivíduos que estão doentes. Neste sentido, pode-se observar um problema de otimização temporal, no entanto, como os indivíduos sabem que podem vir a adoecer acabam por aceitar o seguro de saúde, com a finalidade de precaução frente a possibilidade de que esta situação se concretize. Tendo como base a possibilidade de que as pessoas não adoçam ao mesmo tempo, estas empresas privadas oferecem o seguro de saúde com as características de um produto comercial, de característica privada.

A assimetria da informação no mercado dos seguros e planos de saúde privados está relacionado com a detenção da informação, onde o comprador detém mais informações referentes sobre seu estado de saúde do que o seu vendedor, este fato, tende a ocasionar uma elevação dos preços dos seguros e planos para as pessoas que tendem a ser menos propensas a utilizar os serviços contratados. Uma vez que o vendedor não é capaz de distinguir o consumidor saudável e o não saudável, nesse segundo caso, refere-se aquelas pessoas que possuem uma maior probabilidade de utilizar os serviços contratados no seguro ou plano de saúde.

Diante dessas condições, nos Estados Unidos ocorre o que é chamado de seleção adversa dos clientes, onde, os mais propensos a utilizar os serviços de saúde, os pobres e os idosos recebem do governo os seguros de saúde, enquanto, os demais indivíduos utilizam o sistema privado. Um segundo problema relacionado a falta de informação é o risco moral que envolve a literatura econômica de saúde, ou seja, refere-se ao comportamento daqueles pacientes segurados que tem a tendência de utilizar mais quantidade de serviços, além do considerado o ponto ótimo social (PAULY,1968).

Como consequência direta da assimetria de informações tem-se o risco moral, este é caracterizado pelo aumento da frequência de serviços securitários, uma vez que o beneficiário está protegido de qualquer custo adicional, logo, este vai ter uma utilização assistencial maior do que a que se tivesse pagando por todos os custos da assistência prestada, tendo em vista que o custo marginal do serviço utilizado é zero (RIBAS, 2009; BRUNETTI, 2010; MEDEIROS, 2010).

Finalmente tem-se os problemas relacionados a agência, neste ponto as seguradoras responsáveis pela venda dos seguros (o principal), contrata médicos (os agentes) para promover a prestação dos serviços de saúde, assim tem-se o surgimento de problemas provindos dessa relação. No entanto, deve-se ressaltar que uma agência não necessariamente precisa ser detentora de uma rede própria de prestação de serviços, sendo assim, existem três tipos de agentes envolvidos, sendo eles: a prestadora de serviços, o vendedor e o consumidor.

A falta de informação leva a necessidade da implementação de regulamentações por parte governamental para este mercado, na maioria das vezes com a finalidade de criar condições institucionais favoráveis para as empresas privadas adentrarem e permanecerem no mercado. Contudo, no Brasil, o mercado de planos de saúde privados conduziu suas atividades por cerca de quarenta anos sem a existência de uma regulamentação específica, revelando-se como uma atividade lucrativa da qual as empresas foram capazes de solucionar as adversidades.

Dentre as práticas adotadas por essas empresas a fim de evitar os problemas ocorre a implementação da seleção de risco, o que consiste no emprego de gastos administrativos com a finalidade de implementar barreiras para a inserção de indivíduos que apresentam problemas potenciais de saúde ou idosos, ambos com maiores chances de necessitarem de mais procedimento em saúde (FARIAS; MALAMED, 2003).

Outro problema comum era a cobrança de valores indevidos das prestadoras de serviços frente aos tratamentos em comparação com o previsto em contrato e o rompimento unilateral do contrato por parte das operadoras dos serviços, além da inexistência das garantias de que o contrato seria renovado. Em adição, não existia uma cesta mínima de bens de saúde, ou seja, serviços que deveriam ser garantidos por parte das empresas (FARIAS; MALAMED, 2003).

Um ponto extremamente delicado neste sistema é a relação entre as seguradoras e as prestadoras de serviços, quando em ocasião as seguradoras não possuem uma rede própria de serviços, de modo geral, muito ocorria por parte dos prestadores reclamações acerca dos valores baixos repassados pelas seguradoras por seus serviços prestados. Neste ponto, tem-se o cenário de que uma possível explicação para a manutenção das seguradoras no mercado brasileiro está relacionada com a existência de um sistema financeiro que apresenta elevadas taxas de juros, e que permite a aplicação de recursos captados por meio das seguradoras.

2.5 Indicadores de Concentração

Para definir o grau de concentração de um mercado é costumeira a utilização de índices de concentração. Os índices utilizados para mensurar a concentração podem variar, sobretudo em função da disponibilidade de dados. A participação de mercado é calculada considerando todas as firmas que fazem parte do mercado relevante incluindo produtores atuais e potenciais, isto é, empresas que efetivamente produzem ou podem produzir no mercado relevante. As informações podem ser referentes à capacidade produtiva, ao volume ou ao valor das vendas, de acordo com o que seja mais adequado para indicar as condições de competição no mercado relevante.

Dois tipos de índices são mais comumente utilizados: os índices de participação das maiores empresas do mercado, os "Ci", e o índice de Herfindahl-Hirschman, o HHI. Os índices "Ci" medem a participação percentual das "i" maiores empresas no mercado relevante. A maior fragilidade deste índice é que este não considera toda a distribuição de produtores, utilizando apenas a informação em um ponto da distribuição.

O HHI corresponde ao somatório dos quadrados das participações de todas as empresas do mercado, apresentando uma distribuição de pesos que exalta os valores das grandes firmas sobre as pequenas. Essa característica permite que na ausência de informações sobre os market share das firmas menores o erro de medida seja pequeno. Além disso, diferente do Ci, o HHI incorpora as informações sobre toda a distribuição entre os ofertantes do mercado. O HHI varia de 0 a 10.000. Em um mercado com um número muito grande de unidades produtivas, o valor das participações individuais de mercado é insignificante e o HHI tende a zero e no extremo oposto, sob regime de monopólio, o HHI correspondente é 10000 (VISCUSI et al, 1995). Por último vale mencionar que a construção do HHI está sustentada na teoria do oligopólio de Cournot na qual em equilíbrio, a participação de mercado das firmas é negativamente relacionada ao seu custo marginal.

Os critérios para identificar se a concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta são diferentes entre os países. No caso do Brasil, existem duas diretrizes. O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) considera que uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta de modo a viabilizar o exercício unilateral do poder de mercado quando resulta em participação igual ou superior a 20% do mercado relevante (art. 20, §2º, da Lei nº 8.884/94).

A segunda diretriz definida considera que uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta quando:

- i) a concentração torna a soma da participação de mercado das quatro maiores empresas (C4) igual ou superior a 75%, e
- ii) a participação da nova empresa formada for igual ou superior a 20% do mercado relevante.

Quanto ao HHI, o critério utilizado é o norte-americano (GUIDELINES, 2010), que divide o espectro de concentração de mercado em três faixas: na primeira, quando o HHI é inferior a 1500, o mercado é desconcentrado, na segunda, HHI entre 1500 e 2500, o mercado apresenta moderada concentração e na terceira, HHI superior a 2500, o mercado é altamente concentrado. No caso de uma avaliação antitruste, é observado tanto o nível do HHI após o ato ou conduta como a variação deste. Se o mercado após o ato ou conduta apresentar um HHI inferior a 1500 não deve haver, a princípio, preocupação. Quando o HHI estiver entre 1500 e 2500, após ato ou conduta, duas situações são possíveis:

- i) se a variação no HHI for inferior a 100, não há motivo para preocupação;
- ii) se a variação no HHI for igual ou superior a 100, deverá ser feita uma investigação mais detalhada.

Por último, se após o ato ou conduta, o HHI for superior a 1800, duas situações são possíveis:

- i) se a variação no HHI for inferior a 50, não haverá provavelmente resultados restritivos para a concorrência;
- ii) se a variação do HHI for igual ou superior a 50, o caso deve ser analisado mais cuidadosamente (VISCUSI et al, 1995).

2.6 Análise da Concentração

Para analisar a estrutura de concorrência do mercado de operadoras de planos de saúde utilizamos a variável de número de beneficiários como proxy para participação de mercado. A construção dos grupos econômicos de operadoras foi realizada considerando os grupos reconhecidos pela ANS. A análise da concentração é apresentada a seguir:

A Tabela 1 apresenta uma síntese da concentração nos mercados de planos individuais e coletivos considerando os grupos econômicos.

TABELA 1

CRITÉRIO	INDIVIDUAL		COLETIVO	
	N	(%)	N	(%)
CR1 > 15%	96	100.00%	96	100.00%
CR4 > 75%	89	92.71%	46	47.92%
HHI < 1500	3	3.13%	22	22.92%
1500 ≤ HHI ≤ 2500	11	11.46%	41	42.71%
HHI > 2500	82	82.42%	33	34.38%

Fonte: ANS/2015

Nota-se uma estrutura bastante concentrada para o mercado de planos individuais em contraponto a uma estrutura mais competitiva para os planos coletivos. A distribuição do HHI nos mercados de planos coletivos é mais próxima de uma distribuição uniforme, contrário da observada para os planos individuais que tem participação bem elevada para valores maiores do HHI. Para os planos individuais 82,42% dos mercados apresenta HHI superior a 2500 enquanto para os planos coletivos esse percentual é de 34.38%. O HHI superior a 2500 indica mercados altamente concentrados.

A diferença no grau de concentração dos mercados de planos individuais e coletivos reflete a natureza dos contratos. Os contratos individuais necessitam de uma escala maior de beneficiários devido a diversos motivos: presença de custos de transação mais elevados uma vez que o contrato é feito individualmente e não em bloco como o contrato coletivo; necessidade de uma carteira maior para garantir sustentabilidade financeira devido aos custos de transação mais elevados e perfil de beneficiários mais envelhecido. Os planos coletivos se caracterizam por beneficiários que ainda estão trabalhando sendo, portanto, uma carteira mais jovem, majoritariamente composta de indivíduos em idade ativa.

Por fim, a estrutura de competição observada evidencia a tendência que vem ocorrendo no Brasil: as operadoras de planos de saúde têm sistematicamente escolhido competir no mercado de planos coletivos em detrimento do mercado de planos individuais. A diferença de estrutura de competição evidencia a estratégia de concorrência que vem sendo observada no mercado brasileiro. Comparado à análise realizada nota-se que nos mercados de planos individuais praticamente não ocorreram grandes mudanças, mas no mercado de planos coletivos a competição tornou-se mais acirrada.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

Segundo Creswell (2010), "a principal vantagem da revisão bibliográfica, ou de literatura, reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que se poderia pesquisar diretamente". De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a finalidade do estudo exploratório é de permitir avaliar com maior nível de detalhamento um assunto ou uma temática, de forma a torná-la esclarecedora e estabelecer as questões importantes para a direção da pesquisa.

A análise e preparação desta revisão bibliográfica basearam-se no material científico devidamente publicado em livros, artigos científicos e normatizações, como leis e decretos. A pesquisa bibliográfica foi realizada via internet usando as bases de pesquisa Google Scholar, Scielo, Bireme e ScienceDirect, bem como consulta direta aos sites da ANS e IESS. As palavras-chave usadas na pesquisa são: Sistema Único de Saúde; Planos de saúde privados; Suplementação dos serviços de saúde; Sistemas de saúde e impacto na economia. Bem como seus respectivos em inglês: *Health Unic System; Private health plans; Health care supplementation; Health systems and economic impact.*

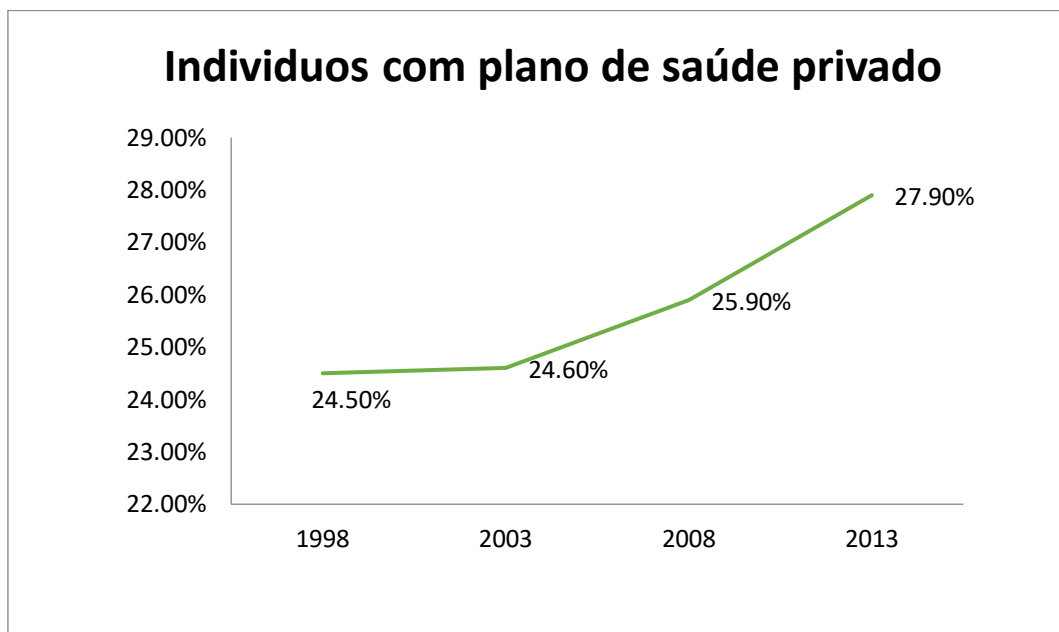
Feita pela forma de análise descritiva dos dados e informações coletadas, com embasamento em fontes de estudos sobre os sistemas de saúde pública e suplementar. Na abordagem de gráficos, tendo como alvo os planos de saúde privados e o SUS, fazendo um registro de fatos e fenômenos, sem manipulação e sem interferência dos diversos documentos, pesquisas e relatórios encontrados nos sites do governo e científicos.

4. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Dos artigos encontrados com as buscas, apenas os em português, inglês, espanhol foram analisados. Foram priorizadas as publicações dos últimos 10 anos, ou seja, entre 2009 e 2019, no entanto, publicações de outros anos também foram incluídas quando consideradas relevantes. Dentre estas publicações apenas aqueles artigos que apresentaram relevância para a escrita dessa monografia foram incluídos. A seleção foi realizada por meio da leitura do resumo de cada trabalho, possibilitando julgar se o conteúdo apresentava relevância para com o tema proposto no presente estudo.

Inicialmente foi observado o número de indivíduos portadores de plano ou seguro de saúde privado no Brasil. É possível obter informações referentes à cobertura oferecida por seguros e planos de saúde privados através de pesquisas conduzidas pela PNAD e da PNS, segundo dados obtidos de levantamentos a porcentagem de indivíduos da população com cobertura de plano de saúde privado teve um leve aumento com o decorrer dos anos, assim como é demonstrado no Gráfico 1 (VIACAVA, 2010; BRASIL, 2013).

Gráfico 1: Percentual de indivíduos com cobertura de plano de saúde privado entre os anos de 1998 a 2013.



Fonte: Imagem elaborada a partir de dados obtidos de Viacava e Bellido (2016)

Observa-se que em 1998 a cobertura era de 24,5%, em 2003 esta passou para 24,6% e em 2008 o percentual observado foi de 25,9%, no ano de 2013 a cobertura passou para 27,9% (VIACAVA, 2010; BRASIL, 2013; VIACAVA; BELLIDO, 2016). Contudo, deve-se ressaltar que existe uma variação entre as regiões geográficas, as quais chegam a ser até três vezes maior na região sudeste quando compara-se com a região nordeste, adicionalmente as coberturas em áreas urbanas chegam a ser até cinco vezes maiores do que na área rural. Em adição, dados provindos das mesmas fontes demonstram que mulheres possuem uma cobertura levemente maior quando comparadas com homens, e que para estes a detenção do plano ou seguro de saúde aumenta de acordo com a idade (BRASIL, 2000; 2003; 2008; 2013; VIACAVA; BELLIDO, 2016).

Diante da atual situação econômica do país, devido ao crescente número de desempregados, estima-se que aproximadamente três milhões de pessoas deixem de ter acesso ao plano de saúde privado no Brasil. Tais fatos podem ser evidenciados através de dados disponibilizados pela ANS, os quais evidenciam a queda na aquisição dos planos e seguros de saúde privados.

Tabela 2: Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil - 2009-2019).

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez /2009	2,6	19,8
Dez/2010	5,6	9,5
Dez/2011	2,4	14,9
Dez/2012	4,0	11,2
Dez/2013	3,4	5,5
Dez/2014	2,0	2,7
Dez/2015	-2,5	3,8
Dez/2016	-3,3	1,7
Dez/2017	-1,1	5,6
Dez/2018	0,2	8,3
Jun /2019	-0,2	2,1

Fonte: ANS, 2019.

Diante deste cenário, as operadoras de planos de saúde privados estão apostando em reajustes mais elevados, fazendo uso dos sistemas de Co pagamento, nos quais os beneficiários arcam com parte dos procedimentos executados, em troca, oferecem planos com valores contratuais mais em conta. No entanto deve-se ressaltar que a aquisição de planos mais em conta pode representar futuras insatisfações frente a limitação da cobertura. Neste ponto cabe salientar que a insatisfação dos clientes com os planos contratado é relativamente elevada, bem como a demora no atendimento, o que pode agravar e limitar a venda dos planos de saúde mais em conta (SCHEFFER, 2015; BAHIA, 2015).

Uma das falhas do mercado de seguros e planos de saúde privados é assimetria de informação, devido ao desconhecimento da seguradora frente ao risco da população que está sendo assegurada, em consequência deste déficit a seguradoras são expostas a dois riscos, o moral e o da seleção adversa de beneficiários. Sendo assim, no levantamento bibliográfico realizado observou-se o estudo por alguns autores que abordam a temática, a Tabela 3 demonstra os estudos encontrados.

Tabela 3: Risco moral e Seleção Adversa

Ano	Autor	Base de dados consultada	Resultado observado
2003	Simões	PNAD 1998	Foram observadas evidências de risco moral
2006	Andrade e Maia	PNAD 1998 e 2003	Foram observadas evidências da seleção adversa de beneficiários

2007	Alves	PNAD 1998 e 2003	Foram observadas evidências da seleção adversa de beneficiários
2009	Godoy, Balbinotto Neto e Barros	PNAD 1998 e 2003	Não foram observadas evidências significativas da seleção adversa de beneficiários. Contudo observou-se evidências de risco moral
2010	Brunetti	PNAD 2003	Foram observadas evidências de risco moral
2011	Nishijima, Postali e Fava Brasil	PNAD 1998 e 2003	Não foram observadas evidências significativas da seleção adversa de beneficiários. Contudo observou-se evidências de risco moral

Fonte: Autoria própria, 2019.

a regulamentação do setor de saúde suplementar, por volta do ano de 1999, ocorria uma busca por parte das empresas uma proteção frente a seleção adversa e ao risco moral, isso ocorria por meio da exclusão de procedimentos e através da diferenciação dos valores devido a exposição ao risco moral, contudo quando entrou em vigor a legislação teve-se a imposição de diversas restrições perante as empresas operadoras dos serviços, dentre estas limitações foram estabelecidos limites para as variações de valores com relação a faixa etária, a proibição da aplicação de valores diferenciados com base no sexo nos planos individuais como a mudança na impossibilidade do plano ser cancelado por parte da operadora Diante da bibliografia analisada, os resultados obtidos pelos autores evidenciam a presença de risco moral e a seleção adversa entre os beneficiários e as operadoras de saúde. Deve-se ressaltar que anteriormente (GODOY; BALBINOTTO NETO; BARROS, 2009; MAIA, 2004; RIBAS, 2009; MEDEIROS, 2010).

No Brasil observa-se o que se pode chamar de “seleção favorável” dos riscos, pois, segundo informações da PNAD/08 a proporção das pessoas vinculadas aos planos de saúde privados com o estado de saúde muito bom, está em torno dos 28% dos 24% com cobertura privada em relação a população geral, enquanto que, no segmento da saúde pública aproximadamente 71% dos 75% cobertos apenas por esta modalidade se declaram com o estado de saúde muito bom (RIBAS, 2009; MEDEIROS, 2010).

Deve-se destacar que o mercado de planos de saúde brasileiro não é homogêneo, logo, se trata de um setor composto por uma diversidade de empresas, chamadas de operadoras de planos de saúde, estas apresentam diferentes portes e rearranjos jurídicos e institucionais, podendo apresentar a característica de possuírem ou não fins lucrativos, estas apresentam em comum, praticamente apenas o comércio dos planos de saúde (SCHAFFER; BAHIA, 2013).

O papel da saúde na economia brasileira não é algo simples de se elucidar. Os custos com saúde são em muitos casos elevados, como por exemplo, a tributação sobre medicamentos que pode chegar a 31%, logo observa-se que os impostos são uma das principais razões para os elevados custos com a saúde (SCHAFFER; BAHIA, 2013; MEROLI, 2015).

De acordo com o levantamento da Confederação Nacional de Saúde, os tributos correspondem em média a aproximadamente 1/3 do valor dos produtos ou serviços médicos e hospitalares, sendo que nos casos dos planos e seguros de saúde, a tributação pode chegar a ser equivalente a aproximadamente 26% do faturamentos das empresas deste setor, valores superiores quando se compara a demais segmentos como a construção civil (18%) e agricultura (15%).

Adicionalmente o segmento do setor de saúde representa cerca de 10% do Produto Interno Bruto, sendo que aproximadamente 57% dos investimentos no setor são provenientes da iniciativa privada. No entanto, deve-se ressaltar que para que este setor desempenhe seu lado social, é necessário que o lado econômico esteja equilibrado, possibilitando um sistema sustentável (MEROLI, 2015).

Como se pode ignorar o papel que o segmento desempenha na economia? Como desconsiderar que a saúde já responde por 10% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro e que 57% do que é investido no segmento vem da iniciativa privada? Não se pode desprezar um setor que congrega mais de 244 mil estabelecimentos de serviços, 6.800 hospitais, além de empregar três milhões de trabalhadores diretamente e outros cinco milhões indiretos. São números que por si só deveriam colocar a Saúde com um lugar cativo na mesa de discussão sobre a economia brasileira. Somente com o crescimento desses números é que se poderá oferecer o atendimento que a população merece. Mas, antes de tudo, devemos admitir que não haverá lado social se o econômico estiver no vermelho.

Mesmo com o aumento do investimento do governo, especialmente nos últimos anos, ao considerar fundos públicos e privados, os gastos per capita em saúde no Brasil estão abaixo da média global. A “Análise do Setor de Medicamentos no Brasil 2004-2007”, publicada pela Interfarma, Associação Brasileira de Fabricantes de Produtos Farmacêuticos e baseada em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e DATASUS, mostra que os gastos com saúde por habitante brasileiro eram US\$ 715, em 2007, enquanto a média global foi de US \$ 857. Na Argentina, superou US\$ 1,2 mil per capita e, nos Estados Unidos, que lidera o ranking, foi de quase US\$ 7,3 mil. Em países com um modelo de saúde semelhante ao Brasil, os gastos com saúde são quase quatro vezes maiores, como no caso da Espanha, US \$ 2,6 mil per capita; ou quase sete vezes, como no Canadá, US \$ 4,9 mil.

A economista Maria Cristina Sanches Amorim, diretora do Departamento de Economia e do Programa de Estudos em Administração de Empresas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), uma das autoras do Estudo Interfarma, afirma que esse cenário não mudou muito quando comparado a 2010, pois um crescimento notável desses números dependeria de um aumento expressivo da renda e de um maior investimento público, o que não ocorreu.

O baixo investimento do governo resultou no crescimento do mercado privado de assistência médica. “A população anseia por um plano de saúde porque as pessoas sabem que há uma longa espera por atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo quando se trata de uma emergência”, diz José Cekin, superintendente executivo do Instituto de Saúde Suplementar e estudos mentais em saúde. Assim, a população de usuários de planos de saúde privados cresceu no país. Hoje, existem quase 42 milhões de pessoas, o que representa 21% da população. Nos países onde prevalece um sistema público de saúde universal, esse percentual é muito menor, em torno de 10%. Essa adesão aos planos de saúde no Brasil demonstra que as necessidades de saúde não estão sendo atendidas.

Os dados confirmam as críticas de especialistas, públicos e privados, de que os gastos públicos em saúde ainda são insuficientes. No Brasil, o gasto total em saúde é de cerca de 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB). Mas a parcela dos gastos públicos é de apenas 3,6% do PIB, o que cria um ônus desproporcional para a população carente devido à concentração desigual de renda e carga tributária regressiva.

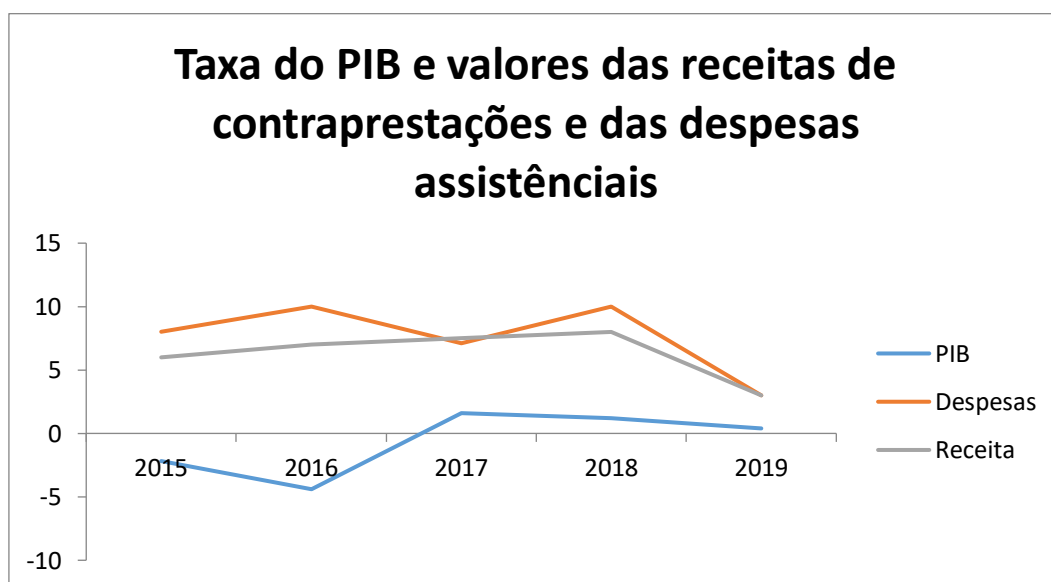
O último estudo publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2019) resultou em uma conjuntura desse mesmo mês que conclui por números o fato de que a recessão econômica prejudicou o número de beneficiários de planos de saúde consideravelmente.

Ao fim do primeiro trimestre de 2016, o PIB brasileiro caiu 4,7% na variação acumulada em 12 meses. Esse resultado representa quinto resultado trimestral

Negativo em sequência. Com isso, a taxa de desocupação medida pela PNAD/IBGE atingiu 10,9%, o maior valor desde que o indicador passou a ser divulgado em 2012.

O país vem enfrentando uma recessão econômica que leva a uma deterioração do mercado de trabalho e isso afeta diretamente a contratação de planos coletivos empresariais. Com alguns gráficos desenvolvidos pela PNAD e ANS ilustram o que de mais interessante é ressaltado na conjuntura, no gráfico a seguir observa-se que a um crescimento da taxa de variação do número de beneficiários de planos coletivos em 12 meses que conduzem a taxa de variação da população ocupada: quando em set/15, a população ocupada passou a cair, o número de beneficiários de planos coletivos empresariais também passou a apresentar uma queda.

GRÁFICO 2



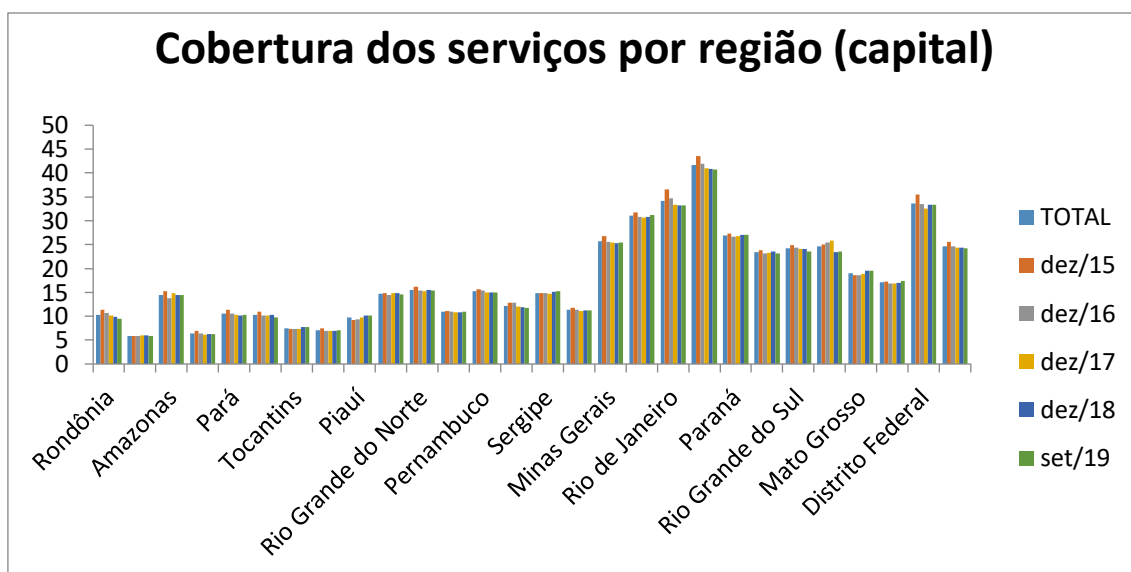
Fonte: PNAD

Na taxa de variação do PIB em doze meses, podemos observar que o crescimento real (descontando a inflação) nos 12 meses das receitas de

Contraprestações foi de 1,0% enquanto o das despesas assistenciais foi de 0,5%.

Nessa mesma comparação, o PIB geral apresentou redução de 5,9% e a retração generalizada nos gráficos de despesas e receitas representam a situação econômica atual do país, que tem levado à uma menor taxa de crescimento do número de beneficiários de planos. Isso ocorre não só pelo aumento do desemprego, mas também pela diminuição do crescimento da renda da população ocupada também, afetando planos individuais.

GRÁFICO 3



Fonte: ANS,2015.

No gráfico acima, está ilustrado como está distribuída a taxa de crescimento nas regiões brasileiras, podemos notar que com o número de beneficiário majoritário no Sudeste, a taxa de crescimento apresenta números negativos no período de doze meses. No resto do Brasil, a taxa ainda se mantém acima do número de beneficiários.

Existem dois fatores principais para o alto resultado, que são: a incorporação tecnológica e o modelo de pagamento de hospitais *fee-for-service* que incentiva o aumento dos custos sem necessariamente melhorar a saúde do paciente. Outro fator é a regulamentação do reajuste desse tipo de plano pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em que o índice autorizado para ser usado pelas operadoras para o reajuste de planos individuais no período de maio de 2016 a abril de 2017 é de 13,57% (divulgado em junho de 2016). Além do mais, a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras pode ser afetada porque esse índice nos demais períodos é inferior ao índice de variação de custo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o setor privado de cuidados médicos no Brasil apresente uma característica suplementar, estes possuem a tendência de ofertar serviços de maior complexidade e em quantidade que ultrapassam o considerado ótimo social, tal fato, ocasiona problemas na eficiência econômica de distribuição destes bens por meio do setor público. Este fato é observado uma vez que não ocorre o repasse dos custos reais dos tratamentos que são oferecidos no setor privado, mas são utilizados no sistema público de saúde.

Durante um longo período as empresas seguradoras do ramo da saúde não possuíam regulamentação específica por parte do governo, a fim de garantir condições mínimas de funcionamento, sendo assim, a manutenção das referidas empresas no setor privado dependia da criação de mecanismos próprios com a finalidade de manter a lucratividade.

Os mecanismos de assimetria de informação e do risco moral estão acompanhados das recomendações da oferta de cobertura parciais e do adicional do Co pagamento. Deve-se destacar a tendência das empresas dos planos de saúde privados em evitar a cobertura dos indivíduos considerados de alto risco em adoecer, preconizando o conhecimento do estado de saúde dos possíveis clientes antes do processo de contratação dos serviços em saúde. O papel dos planos de saúde privados na economia do país é notório, contudo, deve-se ressaltar que os planos de saúde privados apresentam algumas falhas e limitações, pois existem portadores de planos utilizando os serviços do SUS, o que caracteriza um gasto duplo com a saúde, tanto por parte do governo como por parte dos beneficiários. Logo se os planos e seguros particulares geram insatisfação por parte do beneficiário, acredita-se que planos mais em conta com uma carta de serviços reduzida não seria o caminho, sendo assim, somente um sistema público capaz de oferecer cobertura universal e com um financiamento

adequado seria capaz de atender com equidade as necessidades apresentadas pela população. O Brasil possui o SUS, no entanto o sistema necessita de maiores investimentos em recursos para que seja atuante de maneira efetiva, sendo assim, observa-se que este receberia um apoio financeiro maior se os incentivos fiscais e deduções do imposto de renda deixassem de serem direcionados ao setor privado.

Sendo assim, observou-se que o papel da cadeia produtiva da saúde suplementar está sendo fundamental na vida do país, tanto por sua magnitude econômica, demonstrada pela sua participação no PIB, quanto pela sua relevância social, uma vez que aproximadamente um quarto da população recorre aos serviços privados de saúde.

Verificou-se no presente estudo com base nos índices de análise da concentração, o alto grau de concentração das empresas de planos privados no Brasil, fato este bem caracterizado com relação ao setor de planos coletivos e empresariais, os quais não sofrem regulamentação direta da ANS. Observou-se a grande preferência das empresas em competir neste setor em relação ao setor de categoria de planos individuais. A concentração serve de base para uma medida síntese da competição, identificar e entender a estrutura de mercado, bem como seu poder e influência na economia.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Sandro Leal. Entre a Proteção e a Eficiência: Evidências de Seleção no Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar. Latin American and Caribbean Law and Economics Association (ALACDE) - Annual Papers. Paper 050207-10, Berkeley, 2007.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Demanda por Planos de Saúde no Brasil. XXXIV Encontro Nacional de Economia, ANPEC, Salvador, 2006.

ANS. ANS divulga teto de reajuste autorizado para planos individuais. In: Site ANS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016 Disponível em: < 85 <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3348-ans-divulga-teto-de-reajusteautorizado-para-planos-individuais:>>. Acessado em: 2019.

ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Junho 2009.

BAHIA, L. The contradictions between the universal Unified Health System and the transfer of public funds to private health plans and insurances. **Cien Saude Colet**, v.13, n.5, p.1385-97, Sep-Oct 2008.

BAHIA, L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. 380 p.

BRUNETTI, Lucas. Assimetria de Informação Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar: Testando a Eficiência dos Planos de Cosseguro. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2010.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; O Financiamento da Saúde no Brasil e a valorização da saúde suplementar. Novembro/2015.

MEDEIROS, Marcio Lima. As Falhas de Mercado e os Mecanismos de Regulação da Saúde Suplementar no Brasil com Uma Abordagem das Novas Responsabilidades para os Agentes Desse Mercado. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas eleitorais pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. Saúde em Debate, v.37, n.96, p.96-103 2013.

SCHULTZ, Elza Maria Santos. Avaliação microeconômica do aumento dos gastos nas empresas brasileiras de saúde suplementar – Período de 2000 a 2009. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SIMÕES, Kelly de Almeida. Risco Moral e Seleção Adversa no Mercado de Seguros de Saúde no Brasil: Evidências Baseadas na PNAD 98. 2003. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Engenharia Elétrica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.