

ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E SEUS IMPACTOS NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS: UM ESTUDO DE CASO

*Giane Maria Gibbert¹
Luiz Carlos Dias²
Weimar Freire da Rocha Jr³*

RESUMO: Na região Oeste do Paraná, onde se localiza a cooperativa Unimed Costa Oeste e na qual se realizou o presente estudo de caso, boa parte da população ainda vive na zona rural. Para exemplificar, tem-se, na área de abrangência⁴ da Unimed Costa Oeste, 23,48% da população vivendo na zona rural segundo dados do último censo (IBGE, 2000), constituindo-se assim um amplo mercado para a comercialização de planos de saúde. Nesse sentido com o intuito de ampliar seu market share, a empresa adotou estratégias para facilitar o acesso desta população à saúde suplementar. Neste contexto, este trabalho procurou verificar se a conduta adotada pela empresa é coerente com os dados pesquisados, ou se há assimetria de informações interferindo na elaboração de estratégias e tomada de decisões da operadora. Por meio da análise dos dados, pode-se inferir que o beneficiário da zona rural tem um perfil de consumo de serviços de saúde diferenciado. Em geral, a população da zona rural realiza consultas e exames com mais frequência, além de apresentar um índice mais elevado de internações. Isso faz com que o percentual das despesas assistenciais com relação ao faturamento da população rural seja consideravelmente maior do que o percentual da população urbana.

PALAVRAS-CHAVE: Planos de saúde, assimetria de informação e estratégia.

JEL: D71, D82

1 INTRODUÇÃO

A vida moderna trouxe inúmeros benefícios para a sociedade contemporânea, trouxe mais conforto, tecnologia e avanços importantes para a humanidade. Por outro lado, junto com os benefícios, vieram também alguns problemas relacionados ao novo estilo de vida, principalmente nos grandes centros urbanos. Assim como, a qualidade de vida das pessoas melhorou, a população, por seu estilo de vida e hábitos, tem também recorrido com mais frequência as organizações de saúde. Neste contexto, este trabalho propõe-se a analisar a eficácia de algumas estratégias competitivas de uma operadora de planos de saúde, com base em informações, que permitem traçar um perfil dos beneficiários, classificados em grupos, considerando-se alguns critérios como: gênero, faixa etária e área de residência.

Na teoria neoclássica, a competição perfeita e o monopólio são os dois modelos básicos de concorrência. Estes representam os extremos de atomização e concentração. Sendo que concentração significa que a empresa tem poder de mercado e atomização ausência de poder de mercado (MELO, 2002).

A estrutura de mercado de competição perfeita pressupõe que:

- a) existe um grande número de vendedores e compradores, sendo que estas empresas podem ser grandes, mas não podem ter poder de mercado;
- b) os produtos são homogêneos, ou seja, não há diferenciação de produtos;
- c) há livre entrada e saída de empresas;

¹ Aluna do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná *Campus* de Toledo. Rua da Faculdade, 645. Toledo – PR. E-mail: gianemg@bol.com.br

² Aluno do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná *Campus* de Toledo. Rua da Faculdade, 645. Toledo – PR. E-mail: lcarlos-dias@bol.com.br

³ Docente do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná *Campus* de Toledo. Rua da Faculdade, 645. Toledo – PR. E-mail: wrocha@unioeste.br

⁴ A área de abrangência da Unimed Costa Oeste é composto pelos municípios de: Assis Chateaubriand, Entre Rios do Oeste, Formosa do Oeste, Guaíra, Iracema do Oeste, Jesuítas, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Nova Aurora, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Pato Bragado, Quatro Pontes, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Toledo e Tupãssi.

- d) o objetivo é a maximização de lucros, ou seja, remuneração do capital acima da taxa normal de mercado, dada pelo custo de oportunidade do investimento e a remuneração para a função de risco do empresário;
- e) há livre circulação da informação, ou seja, a informação é completa ou perfeita e sem custo. Isto pressupõe uma racionalidade plena dos agentes na tomada de decisões. Neste contexto, os agentes conhecem todas as oportunidades no mercado e não existe a incerteza.
- f) há perfeita mobilidade dos fatores, isto pressupõe que os trabalhadores, por exemplo, podem trocar de trabalho, pois as habilidades são facilmente adquiridas, sem custo de aprendizado.

No entanto esse modelo começou a sofrer contestações a partir do artigo “The Laws of Returns under Competitive Conditions” de Piero Sraffa (1926). Este artigo forneceu inspiração para que autores procurassem formular modelos intermediários de competição imperfeita.

Para Sraffa (1926), o modelo de concorrência perfeita não explicava fatos do mundo real. A hipótese de produto homogêneo, por exemplo, não prevalece no mundo atual, pois um número considerável de produtos diferencia-se por atributos técnicos ou mercadológicos.

Levando em consideração as críticas de Sraffa (1926), Spinola e Troster (1998) afirmam que, nas sociedades contemporâneas, predominam estruturas de mercado de concorrência imperfeita, sendo que, muitas vezes, há necessidade de intervenção governamental para corrigir as “falhas do mercado”. Neste contexto, o Estado, por meio da regulamentação e de outros mecanismos, age normatizando as relações econômicas com o intuito de reduzir as incertezas do ambiente, onde são realizadas as transações.

No Brasil, a fundamentação normativa da regulação pública dos mercados está abrigada no artigo 170 da Constituição Federal, que estabelece que a ordem econômica deve observar os princípios da livre concorrência e da defesa do consumidor (BRASIL, 1988). Neste contexto, a Constituição também assegura o direito à saúde, permitindo à iniciativa privada atuar neste segmento.

Percebe-se que, a partir da década de 1990, o crescimento do setor de assistência suplementar no Brasil, tem sido relevante, principalmente devido à precariedade dos serviços públicos. Este fenômeno, segundo Pereira (2004), acarreta uma gama de problemas e imperfeições, que geram conflitos e tensões entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários, as quais passam a ser foco da regulação da saúde suplementar, a partir da publicação da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.

Kornis e Caetano (2002) entendem que a ampliação da ação do Estado na área da saúde, regulando a atuação das entidades intervenientes na assistência médica suplementar, pode contribuir para a melhoria na prestação de um serviço cuja importância é cada vez maior para as famílias brasileiras.

Na situação vigente, o *locus* regulatório da saúde suplementar é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Agência é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde tendo como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. A Agência tem como finalidade o enquadramento do setor: i) definindo responsabilidades; ii) estabelecendo regras financeiras e de assistência à saúde; iii) incentivando a concorrência e combatendo-a, quando desleal (MESQUITA, 2002).

O desenho organizacional da ANS estabelece como foco da regulação os mercados das operadoras de planos e seguros de saúde, controlando os contratos firmados, entre seguradoras e segurados, quanto à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos médicos.

Teixeira (2001) analisando os mecanismos de concorrência no mercado de assistência suplementar afirma que podem ser encontradas, provavelmente, todas as estruturas de mercado: o monopólio, o oligopólio diferenciado, o oligopólio concentrado e a concorrência perfeita, variando muito conforme a localidade. Neste contexto, convive-se também com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo.

Este trabalho tem como objeto de pesquisa a Unimed Costa Oeste – Cooperativa de Trabalho Médico, criada em 1984, inicialmente com a nomenclatura de Unimed Toledo, por um grupo de médicos com o objetivo de prestar serviços de assistência à saúde, promovendo a medicina a fim de proporcionar-lhes segurança e melhores rendimentos no exercício de suas atividades (UNIMED, 2007).

Atualmente a Unimed Costa Oeste possui mais de 30.000 beneficiários, 50 funcionários, 200 médicos cooperados, 19 hospitais, 56 clínicas e 31 laboratórios credenciados na sua área de atuação (UNIMED, 2007).

Neste contexto, esta pesquisa permite avaliar se a expansão do *market share* por meio de parcerias e contratos que visam facilitar o acesso da população rural é coerente com os dados observados ou se de certa forma a assimetria de informações entre operadora e beneficiários está levando a um resultado contrário às estratégias da empresa.

Isto posto, este artigo contém cinco partes, incluindo esta introdução. Na seção dois é exposta uma breve revisão de literatura que fundamentou a pesquisa, na seção três são especificados os procedimentos metodológicos utilizados no trabalho, na seção quatro são apresentados e discutidos os resultados e na última seção são apresentadas algumas considerações.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este artigo tem como base o referencial teórico da Nova Economia Institucional (NEI). A NEI desenvolve seus conceitos em quatro pressupostos: dois pressupostos são de cunho transacional e dois de cunho comportamental.

Com relação às transações, a NEI pressupõe que existem custos na utilização do sistema de preços. Por esse motivo, o sistema econômico pode ser coordenado por meio da integração vertical num extremo, pelo mercado no outro e entre eles, uma forma híbrida de governança, que utiliza-se de contratos, com o intuito de minimizar os custos de transação. Na saúde suplementar a maior parte do sistema é coordenado através de contratos, uma vez que a integração vertical se torna muito onerosa, devido ao alto custo das instalações e equipamentos e a falta de tempo para negociação de preços.

Além disso, a NEI manifesta a importância do ambiente institucional, sendo que as instituições têm a capacidade de influir nos custos de transação (COASE, 1998). No setor de saúde suplementar o ambiente institucional modificou-se, substancialmente, a partir da implantação da ANS, que passou a regular o mercado e interferir nos preços praticados.

A NEI também leva em consideração dois pressupostos comportamentais: oportunismo e racionalidade limitada. Ambos advêm da existência de assimetria de informações entre os agentes econômicos.

A não-existência de informações corretas e suficientes, para orientar a decisão dos agentes econômicos, limita sua capacidade de agir de modo eficiente, sendo fonte de mau funcionamento dos mercados. Nos mercados de saúde, pode-se dizer que a informação imperfeita é a falha de mercado mais importante, pelo fato de provocar incerteza e tornar as informações assimétricas (ARROWS apud SANTACRUZ, 2001).

No entanto, para Williamson (1996), mesmo que existam informações, o ser humano não é capaz de raciocinar e processar as informações com precisão e destreza, deixando a desejar em algumas situações por causa dessa limitação.

No mercado de planos de saúde, a assimetria de informações, sinteticamente, se refere ao fato de os pacientes saberem mais sobre sua saúde do que as operadoras. Desta forma, os vendedores de planos de saúde também desconhecem o verdadeiro e preciso risco de cada comprador. No entanto, parte-se do princípio que, quem adquire um plano de saúde já sabe que vai precisar dele e, portanto, há uma tendência das operadoras de planos de saúde absorverem na maioria das vezes os indivíduos de maior risco, caracterizando-se assim um processo com seleção adversa.

Em virtude da regulamentação e da legislação, as operadoras são obrigadas a cobrar um preço único, não podendo diferenciar beneficiários de maior e menor risco, sendo assim, ocorre uma transferência de renda dos beneficiários de baixo para os de alto risco. Agindo desta maneira, os indivíduos de alto risco estão mais propensos a adquirir o plano do que os de menor risco.

O fato de assumir que a informação é restrita, leva à introdução de dois novos conceitos, a “seleção adversa” e o “risco moral”.

2.1 Seleção Adversa

Utilizando a abordagem da economia dos contratos, tem-se no modelo de principal-agente um referencial teórico para compreender o problema da seleção adversa. Esta decorre da impossibilidade do principal identificar acuradamente os tipos ou características dos agentes. Existe uma parte informada, que é o agente, e uma parte não informada, o principal. O agente conhece perfeitamente suas características, mas o principal as desconhece. Extrapolando estes conceitos para a relação operadora de saúde-beneficiário, temos que o beneficiário conhece exatamente o seu risco, mas a operadora não.

Quando existe assimetria de informações entre empresa (principal) e consumidor (agente), no que diz respeito ao risco que este representa para a empresa, pode ocorrer o que se denomina de seleção adversa.

É notório que, os beneficiários são heterogêneos com respeito aos seus custos esperados, devido principalmente ao fator idade. Além disso, estes possuem mais informações sobre seu risco do que a operadora e não tem incentivo para se “revelarem” para a empresa, no que concerne ao seu risco e,

conseqüentemente, seu custo esperado. A operadora, em princípio, não é capaz de diferenciá-los. Mas mesmo que a operadora consiga identificar o grau de risco individual, esta não poderá negar o acesso e não impor outra tabela de preços, sendo a única diferenciação possível, a carência de pré-existência temporária.

Akerlof (1970) demonstrou que se todas as operadoras de planos de saúde têm informação imperfeita sobre o risco individual, o mercado de planos de saúde pode não existir, ou, se existir, pode não ser eficiente. A população com mais de 60 anos, por exemplo, tem dificuldades em contratar um plano de saúde, em função dos elevados custos para esta faixa etária. Os preços são maiores na medida em que as faixas etárias evoluem, reduzindo o incentivo para que as pessoas mais idosas adquiram planos de saúde.

A dificuldade para obter informações simétricas, além de ocasionar o problema da seleção adversa, também permite que os beneficiários alterem o seu comportamento, pensando na individualidade e não na coletividade. Esse fato é reconhecido na literatura como risco moral.

2.2 Risco moral

O risco moral é um tipo de oportunismo encontrado nas mais diversas relações econômicas e está associado à existência de incerteza e ao fato dos agentes serem dotados de racionalidade limitada. Este comportamento é caracterizado pela tendência dos agentes econômicos alterarem seu perfil de consumo, após o estabelecimento de um contrato.

No caso do mercado de saúde suplementar, a possibilidade de acesso a serviços de saúde sem custo adicional aliada à existência de assimetria de informação, incentiva os beneficiários a demandarem mais serviços e cuidados médicos do que normalmente demandariam se não estivessem cobertos por um plano de saúde. Isso se aplica especialmente ao caso da demanda de consultas, pois no caso de outros serviços médicos, como procedimentos de diagnose e terapia, cirurgias e internações, a capacidade de decisão do beneficiário é reduzida, pois tem interferência do médico. Portanto, não se espera que a cobertura por plano de saúde provoque alterações importantes nas decisões dos pacientes em relação a cuidados médicos que não a consulta. Mas por outro lado, o médico pode agir de forma oportunista, solicitando exames e tratamentos mais caros, influenciado pelo fato de o paciente não ser responsável pelas despesas.

De acordo com Arrow (1963, 1968), o mercado de saúde suplementar tem duas características que o tornam muito propício ao surgimento do risco moral. Em geral, o beneficiário tem conhecimento sobre seu próprio estado de saúde e não o revela a operadora; e o médico é responsável por decisões as quais o paciente nem sempre tem controle.

Visando inibir o surgimento do risco moral, as operadoras em geral aplicam restrições financeiras, como é o caso da cobrança de co-pagamentos, pela qual os beneficiários contribuem com um percentual do valor total, no caso de procedimentos ambulatoriais, e franquias, as quais permitem as operadoras cobrem uma taxa, pré-estipulada em contrato, no caso de internamentos.

2.2.1 Os diversos tipos de risco moral no mercado de saúde suplementar

Pode-se dizer que o comportamento dos agentes econômicos depende de dois fatores. Por um lado, suas preferências determinam quais bens e em que quantidades eles gostariam de demandar. Por outro lado, há restrições, em geral orçamentárias, que impedem que a quantidade desejada seja efetivamente demandada. Quando há o estabelecimento de contratos de planos de saúde, de certa forma, o agente deixa de estar sujeito a uma restrição orçamentária, pois deixa de arcar com os custos totais de suas despesas. Dessa maneira, o plano de saúde, ao retirar do beneficiário o ônus financeiro dos serviços médicos, altera sua estrutura de incentivos, permitindo o surgimento de comportamentos oportunistas, entre eles o risco moral (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000).

As estruturas de incentivos podem variar, determinando o aparecimento de diferentes tipos de risco moral. No âmbito da saúde suplementar, de acordo com Santerre e Neun (1996), há cinco tipos de ação que podem ser caracterizadas como risco moral:

- a) o beneficiário tende a diminuir as precauções que normalmente tomaria para evitar o aparecimento de doenças, como a adoção de hábitos saudáveis, dentre eles a prática de exercícios e a realização de dietas;
- b) o beneficiário tende a aumentar sua demanda além do nível considerado eficiente;
- c) o beneficiário não se preocupa em pesquisar preços e encontrar provedores de serviços com a melhor relação custo/benefício;

- d) o beneficiário deixa de monitorar o comportamento do médico, que pode prescrever tratamentos ou exames desnecessários;
- e) o beneficiário tende a aumentar sua demanda pela adoção de tecnologias médicas avançadas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização da Pesquisa

Este trabalho caracteriza-se pelo estudo de caso, que segundo GIL (2000) tem como propósito proporcionar uma visão global do problema ou identificar possíveis fatores que o influenciam ou são influenciados por ele.

No estudo de caso aprofunda-se a pesquisa de um ou poucos objetos, permitindo o conhecimento mediante os outros delineamentos considerados. Este delineamento se fundamenta na idéia de que a investigação minuciosa de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo, ou pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação mais sistemática (YIN, 2001).

Segundo Fachin (2003), o método de estudo de caso exige combinação de critérios de escolha dos casos com a finalidade de interpretá-los. Neste trabalho a escolha da Cooperativa Unimed Costa Oeste ocorreu pela facilidade de acesso às informações da empresa, e pelo fato do pesquisador ter aproximação com a temática ora proposta.

Uma das vantagens deste método consiste no fato de se analisar todos os elementos que envolvam o caso escolhido para a análise, ao invés de se realizar vários estudos separadamente, e ainda quando o estudo é intensivo poder-se-á encontrar relações que de outra forma não seriam descobertas (FACHIN, 2003).

Algumas limitações ocorrem neste tipo de pesquisa, como por exemplo, quando sendo a unidade escolhida para o estudo, anormal ou atípica, não se permite a generalização dos resultados obtidos. Para diminuir este problema deve-se buscar casos típicos, que pareçam ser a melhor expressão do tipo ideal de categoria (GIL, 2000).

Nesta pesquisa utilizou-se como fonte de informações o banco de dados do Departamento de Estatística da Unimed Costa Oeste, sendo o instrumento para coleta dos dados, entrevistas semi-estruturadas realizadas com o responsável pelo setor de estatística da cooperativa.

A coleta dos dados foi realizada no mês de outubro de 2006, abrangendo 12 meses, período compreendido entre outubro de 2005 a setembro de 2006. Sendo as variáveis analisadas:

- a) número de consultas por beneficiário;
- b) número de exames por beneficiário;
- c) número de diárias por beneficiário;
- d) faturamento por beneficiário;
- e) despesas assistenciais por beneficiário;
- f) gênero;
- g) idade;
- h) área de residência.

Devido à facilidade de coleta dos dados, optou-se por trabalhar com os dados de todos os beneficiários e não com amostragem.

Salienta-se que, por meio desta pesquisa, não é possível identificar se ocorre risco moral ou não, pois para tal objetivo seria necessário realizar um comparativo do comportamento dos beneficiários antes e depois de contratar um plano de saúde, ou ainda, comparar os gastos entre uma amostra de pessoas com plano e outra amostra de pessoas sem cobertura de plano assistencial.

4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intenção inicial é identificar se a estratégia da cooperativa em facilitar o acesso de pessoas residentes na zona rural (agricultores) é economicamente viável. Para isso, analisou-se vários indicadores tais como a média de consultas médicas por ano dos beneficiários da zona rural comparando-os com os da zona urbana, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Média de consultas médicas por ano, entre beneficiários masculinos e femininos da zona urbana e rural.

Faixa Etária	Beneficiários da zona rural			Beneficiários da zona urbana		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-18	5,69	6,15	5,92	5,40	5,44	5,42
19-23	5,90	6,22	6,10	5,73	5,44	5,56
24-28	5,26	6,39	5,97	5,53	5,33	5,40
29-33	5,63	5,60	5,61	5,33	5,43	5,39
34-38	5,75	5,93	5,86	5,61	5,51	5,55
39-43	6,16	5,81	5,97	5,76	5,58	5,66
44-48	6,09	5,69	5,89	5,41	5,53	5,48
49-53	5,60	5,53	5,56	5,81	5,26	5,49
54-58	5,84	6,47	6,22	5,62	5,10	5,32
> 59	5,60	6,05	5,85	5,62	5,49	5,55
Média Geral	5,74	6,01	5,89	5,55	5,43	5,48

Fonte: Dados da pesquisa

Nessa primeira análise, quando apenas considerado as consultas, identifica-se que a população rural em média utiliza-se mais deste recurso do que a população urbana. Isto não confirma a hipótese inicial, na qual esperava-se que a utilização de consultas médicas fosse menor para a população da zona rural, pois a oferta de serviços de saúde nestas localidades, em geral, é reduzida e o deslocamento para área urbana demanda tempo e custo. Entretanto, os resultados confirmam a afirmação de Akin et al. (1986) e Heller (1982) os quais concluíram que a demanda por cuidados de saúde é insensível ao tempo de viagem. Uma explicação para estes resultados, pode ser o fato de que as pessoas que residem na área rural terem horários mais flexíveis uma vez que são proprietários dos meios de produção, ao contrário do que ocorre na área urbana, onde os beneficiários em sua grande maioria são empregados e, portanto, não possuem essa flexibilidade de horários para consultarem-se com frequência.

Quando observado as médias entre os gêneros, observa-se que os homens da área urbana consultam-se com mais frequência do que as mulheres. Este comportamento não foi identificado na zona rural, uma vez que nesta localidade, os homens consultam-se com menos frequência do que as mulheres.

No entanto, para um melhor diagnóstico é importante analisar outras variáveis como média de exames e dias de internamento, conforme consta na Tabela 2.

Tabela 2 - Média de consultas, exames e dias de internamento por ano, entre beneficiários masculinos e femininos da zona urbana e rural.

	Beneficiários da zona rural			Beneficiários da zona urbana		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Consultas	5,74	6,01	5,89	5,55	5,43	5,48
Exames	12,23	11,76	12,02	10,16	10,19	10,17
Dias de internamento	1,13	0,98	1,06	0,86	1,00	0,92

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da Tabela 2, novamente apontam uma tendência de utilização maior entre os beneficiários da área rural em comparação com a área urbana. No entanto, o comportamento entre os gêneros apresenta alterações. Percebe-se que os beneficiários do sexo masculino utilizam menos os serviços de prevenção (consulta) e mais de tratamento (internações). Isto pode ser observado pela média de dias de internamento. Mas isso não pode ser generalizado uma vez que na área urbana, os beneficiários do sexo masculino se comportam de maneira diferenciada, ou seja, tem uma média de dias de internamento inferior do que o sexo feminino.

Para poder discriminar os indivíduos que utilizaram mais os seus contratos daqueles que utilizaram menos, Alves (2004) sugere a elaboração de um índice de utilização que indique o grau de utilização do contrato. O índice é construído a partir da ponderação pela participação dos gastos referentes a cada tipo de cobertura sobre o total de gastos ocorridos em consultas, exames e internações. O índice de utilização proposto assume a seguinte forma:

$$I_u = \beta_0 T + \beta_1 C + \beta_2 E$$

em que:

$$\beta_0 = \frac{\sum_{i=1}^n G_T}{\sum_{i=1}^n G_G} \quad \beta_1 = \frac{\sum_{i=1}^n G_C}{\sum_{i=1}^n G_G} \quad \beta_2 = \frac{\sum_{i=1}^n G_E}{\sum_{i=1}^n G_G}$$

i = indivíduo detentor de plano de saúde na amostra, em que $i = 1, 2, 3, \dots, n$.

β_0 = peso dos tratamentos no total de gastos com saúde;

β_1 = peso das consultas médicas no total de gastos com saúde;

β_2 = peso dos exames no total de gastos com saúde;

I_u = Índice de utilização do indivíduo i .

GT = total de gastos com tratamentos;

GC = total de gastos com consultas;

GE = total de gastos com exames;

GG = total de gastos com consultas, tratamentos e exames.

Calculou-se os β 's com base na população total, ou seja, para todos os beneficiários da operadora em estudo. Os ponderadores são apresentados em seguida.

$$I_u = 0,61T + 0,21C + 0,18E$$

Por meio do gasto assistencial total da operadora, percebe-se que os gastos com internamentos representam o maior peso. Isto se torna explícito na equação acima, na qual as consultas e exames, possuem peso 0,21 e 0,18 respectivamente, enquanto que os internamentos tem peso 0,61. Neste contexto, os beneficiários que possuem expressivos gastos com consultas e exames preventivos, e gastos inexpressivos com internamentos, apresentam um baixo índice de utilização. Neste contexto, o índice permite identificar quais beneficiários estão utilizando excessivamente o plano.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas deste índice para: os beneficiários da zona rural, zona urbana e massa total de beneficiários.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas do índice de utilização.

	População Rural	População Urbana	População Total
Média	4,23	3,68	3,81
Mediana	2,58	2,19	0,18
Desvio padrão	7,26	10,62	9,93
Variância da amostra	52,64	112,75	98,61
Mínimo	0	0	0
Máximo	188,51	805,83	805,83

Fonte: Dados da pesquisa

Por meio do índice de utilização, conforme indica a Tabela 3, mais uma vez confirma-se que os beneficiários da zona rural utilizam-se mais do plano de saúde que os beneficiários da zona urbana. Por meio do desvio padrão e da variância da amostra, pode-se inferir que os beneficiários da zona rural apresentaram um comportamento mais homogêneo que os beneficiários da zona urbana. É importante salientar que, os dados da população da zona urbana apresentam pontos discrepantes, o que elevou a sua média.

Mas essa maior utilização pode estar relacionada com uma massa de beneficiários em faixas etárias mais elevadas, portanto optou-se para verificar a relação entre receitas e despesas entre os beneficiários da zona rural e urbana, estratificados por gênero e faixa etária⁵, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – % do faturamento utilizado em despesas assistenciais, entre beneficiários masculinos e femininos da zona urbana e rural.

Faixa Etária	Beneficiários da zona rural			Beneficiários da zona urbana		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-18	161,92	231,10	196,19	123,98	115,84	120,05
19-23	155,24	127,15	138,85	75,60	87,69	82,36
24-28	94,38	120,66	109,84	104,84	95,46	98,86
29-33	60,95	160,15	123,69	170,75	80,09	115,18
34-38	97,72	70,10	81,01	94,14	115,21	106,80
39-43	123,86	142,67	133,31	64,16	75,41	70,49
44-48	69,37	74,84	72,17	57,48	65,61	62,11
49-53	149,69	69,48	106,23	47,98	65,36	57,73
54-58	60,85	121,28	95,75	62,43	44,97	52,65
> 59	61,22	63,71	62,60	37,14	34,60	35,61
Média Geral	94,21	104,25	99,75	75,80	68,93	71,85

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados ora apurados caminham na mesma direção dos anteriormente analisados, exceto na faixa etária de 34 a 38 anos em que o percentual de despesas com relação ao faturamento foi maior na população urbana em comparação com a população rural.

A Tabela 4 demonstra que 99,75% do faturamento relacionado aos beneficiários residentes na zona rural são utilizados para fins de despesas assistenciais, ou seja, com os preços praticados atualmente a operadora não obtém lucro com estes beneficiários, demonstrando desta forma a necessidade de reavaliar a estratégia de facilitar o acesso destes beneficiários através de parcerias ou ainda reavaliar a tabela de preços vigente, uma vez que não é aconselhável adequar os valores pagos pelos atuais beneficiários, considerando que os reajustes são monitorados pela ANS e em caso de serem abusivos, podem influenciar os seus consumidores a fazerem denúncias à Agência ou ainda aos órgãos de defesa do consumidor.

Para avaliar a tabela atual, sugere-se que seja observada a média de despesas assistenciais durante o ano. A Tabela 5 demonstra estes valores por faixa etária.

Tabela 5 – Média de gastos com despesas assistenciais no ano em Reais, entre beneficiários masculinos e femininos da zona urbana e rural.

Faixa Etária	Beneficiários da zona rural			Beneficiários da zona urbana		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-18	898,40	1.279,49	1.088,21	789,65	723,67	757,34
19-23	1.273,94	942,56	1.072,55	685,57	713,98	702,03
24-28	856,06	967,89	925,92	925,98	799,43	843,75
29-33	566,02	1.371,47	1.097,23	1.679,74	782,31	1.127,69
34-38	890,23	632,98	733,67	979,73	1.138,55	1.076,99
39-43	1.231,57	1.277,17	1.255,70	731,72	817,35	780,96
44-48	697,41	760,13	729,24	691,35	764,34	733,92
49-53	1.834,03	786,24	1.245,30	664,66	817,94	754,29
54-58	662,88	1.496,60	1.162,00	975,09	611,08	763,29
> 59	964,88	997,74	983,13	745,76	722,08	731,83
Média Geral	978,31	1.068,23	1.028,47	857,02	782,50	814,32

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da Tabela 5 ratificam os resultados já apresentados, demonstrando que os gastos são maiores dentre os beneficiários da zona rural, em 7 das 10 faixas etárias analisadas.

⁵ Para elaboração das faixas etárias utilizou-se a orientação da Resolução Normativa - RN n.º 63 1.138,55 de, 22 de dezembro de 2003, da ANS.

A literatura também aponta que beneficiários que fazem um acompanhamento contínuo de prevenção a doenças tendem a gastar menos com tratamentos. Por isso, esses dados também foram levantados e constam na Tabela 6.

Tabela 6 - Média de gastos com despesas em prevenção e tratamento no ano em Reais, entre beneficiários masculinos e femininos da zona urbana e rural.

	Beneficiários da zona rural			Beneficiários da zona urbana		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Prevenção	372,87	398,86	387,35	330,70	323,73	326,70
Tratamento	605,44	669,37	641,12	526,32	458,77	487,62

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da Tabela 6 demonstram que tanto os beneficiários da zona urbana como da zona rural possuem maiores gastos com tratamento de doenças do que com prevenção. No entanto as despesas da população rural, de uma maneira geral, são mais elevadas, tanto em prevenção como em tratamento, em ambos os gêneros.

Números da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos trabalhos científicos demonstram que para cada 1 dólar gasto em prevenção há uma economia de 60 dólares gastos em tratamento (VACINE, 2007). Portanto, uma forma de diminuir os gastos assistenciais é investir em prevenção. A medicina preventiva promove a saúde e trabalha no sentido de evitar que as pessoas adoeçam, evitando os altos índices de gastos com tratamentos.

Neste contexto, sugere-se que operadora implemente medidas preventivas aplicadas a beneficiários sadios, mas com fatores de riscos relacionados a: hipertensão arterial, câncer de mama, tabagismo, diabetes, câncer de colo no útero, obesidade, câncer de próstata, osteoporose, entre outros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo vários estudos, pode-se dizer que uma das maiores imperfeições do mercado de saúde suplementar está na assimetria de informações entre as operadoras e os seus beneficiários. Neste contexto, este trabalho avaliou se a estratégia da Unimed Costa, que visa à ampliação do seu *market share*, por meio de parcerias e contratos que facilitam o acesso da população rural, é coerente com os dados observados ou se de certa forma há informações assimétricas entre operadora e beneficiários. Para isso, foram utilizados dados da operadora e realizadas análises comparativas entre beneficiários residentes da zona urbana e da zona rural.

Esta pesquisa tem como referencial teórico a NEI e seus pressupostos comportamentais, oportunismo e racionalidade limitada, os quais advêm da existência de assimetria de informações entre os agentes econômicos e analisa tendências de comportamento dos agentes, antes e depois de efetuarem contratos.

A Unimed Costa ao tomar a decisão de facilitar o acesso de pessoas físicas residentes na zona rural, não levou em consideração o perfil de consumo deste público, até por que não possuía essas informações em seu banco de dados para realizar tal estudo, mas poderia perfeitamente ter dialogado com outras cooperativas do sistema Unimed. Mas, por meio da análise dos dados que a cooperativa possui hoje, é possível afirmar que a população da zona rural tem um comportamento diferenciado da população da zona urbana, quando observado os gastos com saúde.

Os resultados apresentados não direcionam que este comportamento esteja relacionado à faixa etária ou gênero, pois a média de consultas médicas por ano de beneficiários da zona rural é maior do que a média dos beneficiários da zona urbana, em grande parte das faixas etárias analisadas, exceto em três. Quando analisados os dados por gênero, observa que em todas as faixas etárias a população feminina da zona rural apresenta médias maiores que a da zona urbana, já para a população masculina apresenta três faixas em que a média de consultas da população masculina da zona rural é inferior a da população da zona urbana.

Quando observados os gastos com despesas assistenciais em Reais por faixa etária, novamente apenas em três faixas etárias, a média de gastos da população urbana é maior que da rural.

Analisando o percentual do faturamento utilizado em despesas assistenciais, verifica-se que 99,75% do faturamento da operadora do plano de saúde relacionado aos beneficiários residentes na zona rural são transformados em despesas assistenciais contra 71,85% dos beneficiários da zona urbana. Assim, fica explícito que em virtude dos preços praticados, está estratégia não tem sido interessante financeiramente para a cooperativa.

Portanto, a sugestão que se deixa é que a cooperativa faça uma reavaliação desta estratégia, principalmente com relação à tabela de preço vigente. Pois, entende-se que o objetivo da empresa é atender o

maior número de pessoas, portanto a estratégia condiz com o objetivo de ampliação do *market share*, no entanto a estratégia deve também proporcionar saldos financeiros positivos para a mesma.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKIN, J., C.; GRIFFIN, D.; GUILKEY; B. POPKIN. The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. **Economic Development and Cultural Change** p. 755-782, 1986.

ARROW, K. J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**. V. 53, p. :941-973 Dec. 1963.

_____. The economics of moral hazard: further comment. **American Economic Review**. V. 58, p.537-539, 1968.

BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**. Publicada no Diário Oficial da União em 5.out.1988.

_____.Lei n. 9.656. Publicada no Diário Oficial da União em 3.jun.1998.

COASE, R. H. The new institutional economics. **American Economics Review**. Nashville, v. 88, n.2, p. 72-74, May 1998.

CUTLER, D. M.; ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. (orgs.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: North-Holland Press, p. 563-643, 2000.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. São Paulo: Atlas, 2000.

HELLER, P. A Model of the Demand for Medical and Health Services. In Peninsular Malaysia. **Social Science and Medicine**, p. 267-284, 1982.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/>. Acessado em 04.Jan.2007

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, 2005.

KORNIS, G.; CAETANO, R. Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil. In: **ANS. Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

LISBOA, M. B.; MOREIRA, H. **Should we be afraid of managed care? A theoretical assessment**. Texto para Discussão n.º 413. Departamento de Economia PUCRio, Rio de Janeiro, 2000.

MELO, Luiz Martins de. Modelos tradicionais de concorrência. In. KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

MESQUITA, M. A. F. A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: Legislação e Contexto Institucional. In **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectiva da Assistência Médica Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

OCKÉ-REIS, C., SILVEIRA, F. G., ANDREAZZI, M. S. de. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p. 859-898, 2003.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro, 2004. p. 93-120.

SANTACRUZ, R. Fundamentos da regulação pública dos mercados. **Arché interdisciplinar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, p. 81-101, 2001.

SANTERRE, R.; NEUN, S. **Health economics: theories, insights and industry studies**. Chicago: Irwin, 1996.
SPÍNOLA, M.R.P.; TROSTER, R.L. Estruturas de Mercado. In. PINHO, D. B.; VASCONCELLOS, M. A. S. (orgs). **Manual de Economia**. 3.ª edição. São Paulo. Ed. Saraiva, 1998.

SRAFFA, P. The Laws of Returns under Competitive Conditions. **Economic Journal**, p. 535-550, dez.1926.

STANCIOLI, A. E. **Incentivos e Risco Moral nos Planos de saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado em Economia. São Paulo: USP, 2002.

TEIXEIRA, A. **Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar**. Cadernos de Saúde Suplementar: 2.º Ciclo de Oficinas. Rio de Janeiro, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001.

UNIMED. **Por que fazer parte da Unimed?** Disponível em http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393. Acesso em 14.jan.2007.

VACINE. **Vacinação em empresas**. Disponível em <http://www.vacine.com.br/vacinacao-f.html>. Acesso em 14.jan.2007.

WILLIAMSON, O. E. **The mechanism of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.