



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ECONOMIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

ANDERSON SOUSA SÁ

**CONSIDERAÇÕES SOBRE OS FATORES DA DEMANDA DO SISTEMA DE
PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**

SALVADOR

2017

ANDERSON SOUSA SÁ

**CONSIDERAÇÕES SOBRE OS FATORES DA DEMANDA DO SISTEMA DE
PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito final à obtenção do grau de obtenção do grau de bacharel em Ciências Econômicas.

Área de concentração: Economia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Antônio Ricardo Dantas Caffé.

SALVADOR

2017

S111 Sá, Anderson Sousa
Uma análise da demanda recente por planos de saúde no Brasil /
Anderson Sousa Sá. - Salvador, 2017
54f. il tab.

Trabalho de conclusão (Graduação em Economia) - Faculdade
de Economia, Universidade Federal da Bahia, 2017

Orientador: Prof. Dr. Antônio Ricardo Dantas Caffé

1. Saúde 2. Mercado de seguros 3. Plano de saúde I. Caffé,
Antonio Ricardo Dantas III. Universidade Federal da Bahia

CDD 330.10981

Dedico este trabalho monográfico a meus pais e irmão, que sempre me incentivaram a seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me concedido a graça da existência, proporcionando-me momentos de bastante aprendizado para a vida. À minha família por sempre me incentivar nos bons momentos e naqueles não tão bons. Ensinando-me que a vida é feita de escolhas, e que todas as mudanças e conquistas que almejo, devem ser oriundas inicialmente de mim. Agradeço também aos amigos que aplicaram doses de ânimo e diversão nos momentos necessários o que também muito contribuiu para a conclusão deste curso.

“Sua vida muda... Quando você
muda”.

Luis Fernando Veríssimo

RESUMO

O presente trabalho monográfico busca resgatar o estudo da demanda por planos de saúde no Brasil. Após a regulamentação dos serviços de assistência à saúde suplementar em 1998 (com a lei 9.656), houve um rápido crescimento e desenvolvimento desse setor, em concomitância, com o aumento populacional, mudança do mapa epidemiológico frente ao cenário econômico nacional em 2015. Nesse ano, o país enfrentou uma crise político-econômica, influenciando uma elevação na inflação, aumento na taxa de desemprego, de modo que impactou numa redução na quantidade de beneficiários por planos de saúde. Com isso, houveram mudanças em diversos determinantes que incidem no comportamento do consumidor de planos de saúde no país, como alteração na renda das famílias e mudança na expectativa de vida das pessoas. Deste modo, essa monografia busca demonstrar como foi o comportamento da demanda por saúde suplementar nesse cenário à luz da teoria do capital saúde apresentada por Michael Grossman.

Palavras-chave: Beneficiários. Planos de saúde. Regulamentação. Renda. Capital de saúde. Mercado de saúde.

ABSTRACT

The present monographic work seeks to rescue the study of the demand for health plans in Brazil. Following the regulation of supplementary health care services in 1998 (under Law 9,656), there was a rapid growth and development of this sector, in concomitance with the increase in population, changes in the epidemiological map in the face of the national economic scenario in 2015. In that year, the country faced a political-economic crisis, influencing a rise in inflation, an increase in the unemployment rate, so that it impacted on a reduction in the number of beneficiaries by health insurance. With this, there have been changes in several determinants that affect consumer behavior of health plans in the country, such as changes in household income and changes in people's life expectancy. Thus, this monograph seeks to demonstrate how the behavior of the demand for supplementary health in this scenario in light of the health capital theory presented by Michael Grossman.

Keywords: Beneficiaries. Health insurance. Regulation. Income. Health capital. Health market.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Curva de Indiferença.....	27
GRÁFICO 2 – Restrição Orçamentária.....	29
GRÁFICO 3 – Trade-off entre trabalho e lazer.....	33
GRÁFICO 4 – Demanda por assistência à saúde.....	35
GRÁFICO 5 – A interação entre seguro e preço dos tratamentos.....	37
GRÁFICO 6 – Mudança nas preferências em decorrência de doença.....	38
GRÁFICO 7 – Efeitos do risco moral.....	41
GRÁFICO 8 – Inflação (IPCA).....	45
GRÁFICO 9 – Série histórica do VCMH/IESS e do IPCA.....	46
QUADRO 1 – Variação dos custos médico-hospitalares por grupo de procedimentos.....	46
GRÁFICO 10 – Beneficiários de planos de saúde.....	47
GRÁFICO 11 – Posição Ocupacional.....	49
GRÁFICO 12 – População economicamente ativa ocupada.....	50
GRÁFICO 13 – Renda média da população ocupada, 2010-2016.....	52
GRÁFICO 14 – Taxa bruta de natalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2015.....	53
GRÁFICO 15 – Taxa bruta de mortalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2015.....	54
QUADRO 2 – Distribuição da amostra de beneficiários por faixa etária.....	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Cestas de Bens e Serviços	26
TABELA 2 - Taxa Trimestral	48
TABELA 3 - Força de trabalho (pessoas ocupadas e pessoas desocupadas)	49
TABELA 4 - Beneficiários de planos médico hospitalares.....	51
TABELA 5 - Distribuição das pessoas de 14 anos ou mais de idade, por nível de instrução, segundo as Grandes Regiões.....	56
TABELA 6 – Nível de instrução dos usuários do SUS.....	56

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
DNS	Departamento Nacional de Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
SUS	Sistema Único de Saúde
VGBL	Vida Gerador de Benefício Livre
TMS	Taxa Marginal de Substituição
VCMH	Variação de Custos Médico-Hospitalares
VCMH/IESS	Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar do IESS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	17
2.1	PRIMEIRA FASE 1808 – 1939:	17
2.2	SEGUNDA FASE 1939 – 1969:	19
2.3	TERCEIRA FASE 1969 – 1994:	21
2.4	QUARTA FASE 1994 – DIAS ATUAIS:	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1	ELEMENTOS DE ANÁLISE DA TEORIA DO CONSUMIDOR	25
3.1.1	Curvas de indiferença e função utilidade	25
3.1.2	Restrições orçamentárias e escolhas do consumidor	28
3.2	TEORIAS DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA A SAÚDE	30
3.2.1	Breve comentários sobre o Modelo de Grossman	30
3.2.2	Demanda por capital saúde	32
3.2.2.1	Idade	32
3.2.2.2	Renda	34
3.2.2.3	Educação	34
3.2.2.4	Incerteza	34
3.2.3	Demanda por planos de saúde	35
3.2.3.1	Impactos do comportamento do consumidor e o preço dos planos de saúde	36
3.2.3.2	Preferência do consumidor	37
3.3	ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	38
3.3.1	Risco Moral	40
3.4	BASE LEGAL DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL	41
4	ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	43
4.1	IMPACTO DA RENDA NO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE	43
4.1.1	Influência da Inflação na demanda por planos de saúde no Brasil	43
4.1.2	Nível de emprego e consumo das famílias	47
4.2	IMPACTO DA IDADE, EDUCAÇÃO E INCERTEZAS NO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE	53

4.2.1	Etária	53
4.2.2	Educação	55
4.2.3	Incertezas	57
5	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

O mercado de planos de saúde no Brasil tem grande importância para o desenvolvimento do bem-estar da população e para a economia nacional. Tendo como ofertantes as seguradoras, as cooperativas (médicas e odontológicas), as administradoras, as empresas filantrópicas entre outras. Enquanto que, para compor a demanda, existem as pessoas jurídicas e físicas, entre os agentes regulamentadores está o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU (subordinado ao Ministério da Saúde) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este amplo mercado cujo produto em negociação é o serviço de assistência à saúde, também é disponibilizado por vias públicas, através do Sistema Único de Saúde (implantado desde a Constituição Federal de 1988). Devido a deficiência desse sistema que os planos suplementares ganharam impulso, deste modo, contribuindo muito para o aquecimento da economia nacional.

A bagagem histórica do mercado segurador brasileiro remete desde 1808, com a chegada da família Real portuguesa ao Brasil Colônia. Antes desse fato, todas as mercadorias transacionadas com Portugal estavam cobertas por seguradoras portuguesas. Com a chegada do reinado, foram abertas instituições que promoveram assistência securitária no Brasil, como por exemplo a Provedoria de Seguros da Bahia (1808). Com o passar dos anos, o setor se desenvolveu bastante. Inicialmente, o seguro saúde estava atrelado ao ramo previdenciário, beneficiando apenas setores profissionais. (BOHRER, 2016).

Por muitos anos, a assistência à saúde foi apenas disponibilizada pelo setor privado, do qual ainda não existia uma regulamentação específica. Contudo, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde, ofertando serviço de médico-hospitalar para todo cidadão brasileiro.

O mercado de saúde suplementar só foi regulamentado em 1998, com a Lei 9.656/98. Nela os planos de saúde passam a ser adquiridos através de regimes de contratação: plano individual ou familiar, e planos coletivos. O primeiro, compreende os contratos firmados entre os beneficiários e as operadoras através de um corretor de seguros; já o segundo são os tipos de planos contratados através de uma pessoa jurídica. Podendo ser por adesão: são planos que contratados por pessoa jurídica para assistir a grupos de profissionais de determinados setores, como sindicatos, conselhos etc.; ou empresarial: permite assistência de funcionários que

trabalham na mesma empresa, podendo o pagamento do plano ser integral ou parcialmente paga pelo beneficiário.

Em 2015, os setores de saúde, administração e educação públicas mais a seguridade social corresponderam a uma grande parcela do PIB, cerca de 12,74%¹, de acordo com os dados do IBGE. Seu crescimento foi maior desde 2011, com variação acima dos 0,7% a.a., e a maior participação no produto interno desde 2000. (IBGE, 2016a). Referente ao Orçamento público, os gastos governamentais para a saúde corresponderam 14,8% da receita líquida. (LUPION, 2016).

Os gastos públicos e investimentos privados realizados na área da saúde contribuíram para fortalecer o setor, de acordo com o Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o ano de 2015, encerrou com cerca de 286.011 estabelecimentos. Dos quais, 44,5% ofertaram serviços ao setor privado, contra 55,5% do SUS. De acordo com os dados, a maioria dos serviços disponibilizados em clínicas ou ambulatórios especializados, consultórios isolados e hospitais especializados são destinadas à saúde suplementar. (ANS, 2017). Contudo, somente um quarto da população (25%) possui algum tipo de plano de saúde. (DEPEC, 2017). Esse baixo percentual de beneficiários, acompanha a história da assistência à saúde suplementar brasileira desde 2008. (MAIA, 2012).

O desenvolvimento deste trabalho monográfico está incorporado no contexto socioeconômico, enfrentado pelo Brasil em 2015, com o intuito de analisar algumas considerações a respeito do comportamento da demanda por planos de saúde no país. Para isso, foram utilizadas duas vias para o desenvolvimento analítico: a primeira refere-se à análise da demanda por planos frente a alta inflação e os altos índices de desemprego, e a segunda, o impacto da idade, nível educacional da população e a expectativa, à luz da teoria do capital saúde desenvolvido por Michael Grossman.

Na economia de mercado, a renda, para as famílias, é um dos principais determinantes para escolha de adquirir ou não um plano de saúde. Este possui um comportamento semelhante aos bens superiores. Quanto maior a renda disponível, maior será o interesse em se preocupar com

¹ Parcela resultante dos 17,7% (do subgrupo “Adm., saúde e educação públicas e seguridade social”) de 72% do grupo de serviços. (IBGE, 2016a).

a qualidade de vida. Deste modo, maior será a propensão em buscar uma melhor manutenção da saúde seja para o presente ou futuro². No Brasil, apesar da existência do SUS, o comportamento da demanda por planos de saúde é semelhante aos bens superiores, influenciado por diversos fatores, como por exemplo a prestação de serviço disponibilizado pelo setor público e o excesso de demanda.

A teoria do capital saúde apresentada por Grossman, afirma que os indivíduos demandam saúde e não serviços médicos. Do qual, todo indivíduo possui um estoque de saúde, que se deprecia ao longo dos anos. Assim, a intenção é reduzir ou retardar o processo depreciativo desse fator. Logo, o comportamento das pessoas em adquirir planos de saúde advém, principalmente, de fatores como o nível de renda, o grau de instrução das pessoas, a idade e incerteza (de prevenção, melhores serviços prestados, endemia futura, como por exemplo, uma viagem para um local que tenha muitos casos de febre amarela, etc.)³. (FOLLAND, *et al.*, 2008).

Em 2015, o crescimento da taxa de desemprego influenciou para uma retração por parte da demanda por planos de saúde individual. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), o percentual de desocupados cresceu consideravelmente, cerca de 2,5% em comparação a 2014. (IBGE, 2016b). Com isso, houve uma redução na renda dos brasileiros, contribuindo para que bens ou serviços referentes à saúde (suplementar), fossem colocados em segundo plano. De acordo com a teoria econômica, os indivíduos são racionais, os aumentos nos preços dos planos de saúde e a falta de emprego, contribuem para um menor interesse em adquirir assistência à saúde privada para inclusão de outros bens ou serviços em suas cestas de bens. Apesar que a maioria das pessoas beneficiárias por planos de saúde afirmam que o sistema de saúde público é deficitário. (ANS, 2016a).

Para a análise dos determinantes do comportamento do consumidor, será apresentado um breve histórico do mercado segurador brasileiro até a 1998, com a implementação da Lei 9.656. Posteriormente, serão apresentadas as bases teóricas utilizadas para compreensão do comportamento da demanda (como a teoria do capital saúde, proposto por Michael

² Os exames preventivos, por exemplo, se enquadram no contexto da manutenção de saúde para o bem estar futuro.

³ A respeito da teoria de Grossman, será explicado mais detalhadamente nos capítulos seguintes.

Grossman), a Lei 9.656/98, a teoria econômica neoclássica e uma breve comentário da economia comportamental. Então, serão analisados dos principais determinantes que impactaram no comportamento da demanda por planos de saúde no Brasil em 2015, segundo a linha de estudo apresentada por Michael Grossman. Ou seja, será observado como a taxa de desemprego, inflação e expectativa de vida, faixa etária, nível educacional impactaram o comportamento da demanda por saúde suplementar no país.

2 BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 PRIMEIRA FASE 1808 – 1939:

A história do mercado segurador brasileiro, de acordo com Galiza (2011), está subdividida em quatro fases. Iniciando em 1808, período marcado pela chegada da família real portuguesa no Brasil e a consequente abertura dos portos marítimos para comercialização de mercadorias com as nações amigas. Esse ato contribuiu para intensificar as transações marítimas, estimulando assim o mercado interno.

Nesse contexto, com o crescimento das transações marítimas de mercadorias nos portos brasileiros, exigiu a necessidade de proteger as possíveis perdas de produtos e assegurar proteção quanto ao risco nas relações firmadas entre consumidores e produtores. Assim, em 24 de fevereiro de 1808, foi criada a primeira seguradora em território colonial, denominada Companhia de Seguros Boa-Fé, administrada e regulamentada pela Casa de Seguros de Lisboa⁴. Portanto, as leis que regiam o iniciante mercado segurador brasileiro (voltado ao setor de riscos marítimos) provinham de Portugal. Sabe-se que no mesmo período, foi criada também a Provedoria de Seguros da Bahia, a primeira do Brasil. (BOHRER, 2016).

Em 1850, foi promulgado o Código Comercial Brasileiro, isso finalizou a dependência das leis securitárias portuguesas e deu início ao desenvolvimento desse mercado no Brasil. Percebeu-se um crescimento no número de contratos de seguros realizados para cobrir os riscos marítimos assim como os terrestres. Destaque para o seguro de vida, até então, proibido, exceto quando realizado em conjunto com o seguro marítimo. (SUSEP, 2015b).

No final do século XIX, o crescimento desse mercado no país, fez com que seguradoras estrangeiras se interessassem pelo mercado brasileiro estabelecendo suas filiais em território nacional. Isso acabava por enfraquecer o mercado segurador interno, principalmente, devido ao envio de divisas para o exterior. (GALIZA, 2011). Com o intuito de proteger esse mercado,

⁴ Criada no século XVI, segundo alguns historiadores, é comprovada a existência de documentos datados de 1563 que comprovavam a criação de contratos de seguros por uma instituição. Tal qual, era composta pelas 14 seguradoras existentes em Portugal na época e, também, atuava como corretora de seguros sendo regulamentada em 1791. (BOHRER, 2016).

foi promulgada a Lei nº 294⁵, incidindo diretamente sobre os seguros de vida. A partir desse momento as seguradoras estrangeiras que desejassem atuar no Brasil, deveriam comunicar oficialmente ao Ministério das Finanças que está de acordo com todas as obrigações dispostas na lei:

Art. 9º. Dada esta hipótese, se mais tarde a companhia resolver aceitar as obrigações da presente lei, deverá pedir ao Governo autorização, como pelas leis vigentes devem fazê-lo as companhias estrangeiras que desejam funcionar no território da Republica, e concedida a autorização, deverá fazer no Tesouro Nacional novo deposito de garantia. Parágrafo único. A companhia que, sem essa autorização e dada a hipótese do art. 8º e seu parágrafo, aceitar novos contratos de seguro, terá de recolher ao Tesouro 10 % das prestações que por isso haja embolsado, até que solicite e obtenha a referida autorização. Em caso de não pagamento dentro de 15 dias de intimada pela repartição fiscal, será a quantia devida cobrada do deposito, que, como garantia em virtude da lei, tenha a companhia feito no Tesouro Nacional quando começou a funcionar. (BRASIL, 1895).

Já no século XX, especificamente em 24 de março de 1923, o Congresso Nacional aprova o Decreto nº 4.682, conhecida como Lei Elói Chaves, considerada a “mãe” da previdência social. Ela serviu de grande apoio para o desenvolvimento dos serviços de assistência à saúde no Brasil. Com a lei foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) que cobriam apenas os empregados de cada empresa do setor ferroviário (fossem operários com salários mensais ou diaristas). (POLIGNANO, 2001). Nelas, além de garantir a aposentadoria e pensão, os segurados possuíam direito a assistência médica, conforme o primeiro parágrafo do art. 9º:

Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:
§ 1º, a soccorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia. (BRASIL, 1923).

Com o passar dos anos, a Lei Elói Chaves foi estendida a várias outras empresas como as portuárias e marítimas (1926), as de serviços telegráficos e radiotelegráficos (1928).

Em 1931, através do Decreto nº 20.465/31, as atribuições da Lei foram estendidas para os “empregados dos demais serviços públicos concedidos ou explorados pelo Poder Público, além de consolidar a legislação referente às Caixas de Aposentadorias e Pensões”. (BRASIL, 2016a).

⁵ “Dispõe sobre as companhias estrangeiras de seguro de vida que funcionam no territorio do Brazil.” (BRASIL, 1895).

O crescente movimento trabalhista no país e a decadência da política do “café com leite”, estimulou para que em 1930, fosse criado o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde Pública pelo, então presidente Getúlio Vargas. Agora as questões previdenciárias eram regulamentadas por esse órgão. Desse modo, em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), no caso dos Marítimos (IAPM)⁶. A partir desse momento, as questões previdenciárias, antes incorporadas aos empregados de determinadas empresas, foram aplicadas por categoria profissional para todo o país⁷. (POLIGNANO, 2001).

Assim, com esse avanço os consumidores de assistência à saúde usufruíam de um serviço integralmente privado. Contudo, com as IAPs (anteriormente com a Lei Elói Chaves), os beneficiários pagavam apenas o prêmio e assim possuíam direito a assistência médica e hospitalar estendidas às respectivas famílias. (POLIGNANO, 2001).

Importante destacar que o mercado segurador como um todo passou por grandes mudanças na década de 1930 – além das citadas anteriormente – como do primeiro Sindicato dos Corretores de Seguros (1932), Sindicato das Seguradoras (1933).

2.2 SEGUNDA FASE 1939 – 1969:

Para o setor de seguros, a criação do Instituto de Resseguros do Brasil – IRB⁸ (1939), foi um marco importante para o desenvolvimento desse mercado, iniciando assim a segunda fase (1939 – 1969). (GALIZA, 2011).

A partir deste marco, todo processo de resseguro⁹ deveria ser efetivado através do Instituto de Resseguros do Brasil. Nesse período, Galiza (2011) destaca a criação dos Baixos Limites de

⁶ Ainda na década de 1930 foram criadas dos Comerciários (IAPC) e o Bancários (IAPB), em 1934, o dos Industriários (IAPI) em 1936, o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) em 1938. (POLIGNANO, 2001, p.10).

⁷ Os IAPs também asseguravam “assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias”. Artigo 46 (BRASIL, 1933).

⁸ Criada por Getúlio Vargas em 1939, com o intuito de concentrar as operações de resseguro no Brasil. Atualmente, recebe o nome de IRB – Brasil Resseguros S.A.. Desde 2013, a empresa é considerada uma instituição privada. (IRB BRASIL RE, 2016).

Retenção¹⁰ e a Criação do Excedente Único¹¹ como medidas principais para o desenvolvimento do setor.

Os baixos limites de retenção implicavam que as seguradoras ao cobrir um risco cuja responsabilidade fosse muito elevada, era obrigada, através de resseguro, passar para o IRB a maior parte do sinistro, conseqüentemente, parte do prêmio ficaria com o também Instituto. Com isso, houve a necessidade de criar o Excedente Único, pelo qual, utilizava-se de uma conta pública para arrecadar esse montante e redistribuir à sociedade seguradora nacional.

No entanto, como parte do risco era obrigatoriamente repassado ao IRB, serviu de atrativo para novos ofertantes no mercado segurador. Assim, houve um crescimento no número de seguradoras no período. Por outro lado, surgiram diversas empresas despreparadas tecnicamente para o mercado emergente. De acordo com Galiza (2011, p.2), “mesmo sem vender seguros, uma seguradora poderia ser rentável, desde que mantivesse baixo custo operacional, bastando operar com o resseguro”.

Na área de assistência à saúde, os anos 1930 foram marcados pelo crescimento na área de assistência médica e saúde individual. Desde modo, assistida pelo Ministério da Educação e Saúde Pública. (POLIGNANO, 2001).

Em 1953, nasce o Ministério da Saúde, assumindo as reponsabilidades que eram do Departamento Nacional de Saúde (DNS). (POLIGNANO, 2001). Nesse período, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o intuito de

organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas. (BRASIL, 2016b).

⁹ O resseguro é um seguro do seguro, ou seja, é o ato de uma seguradora transferir parte ou totalmente o risco de um seguro para outra seguradora minimizando sua responsabilidade frente ao assumir um sinistro. (SUSEP, 2015a).

¹⁰ Retenção é a parte das responsabilidades pela qual o segurador ou o ressegurador se responsabiliza diretamente sem ressegurar ou retroceder. Retroceder é o segurador que repassa a outros resseguradores a totalidade ou os excessos das responsabilidades por ele aceita em resseguro. (SOUZA. *et al.*, 2000, p.103).

¹¹ É a denominação utilizada para designar a parcela da responsabilidade do seguro/resseguro que ultrapassa a retenção do seguro/ressegurador direto. (SOUZA. *et al.*, 2000).

Na década de 50, “surgem os sistemas assistenciais próprios fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta”. (PIETROBON *et al.*, 2008. p.4). Na década seguinte, a taxa de endemias estava em elevação no Brasil, influenciando novas discussões sanitárias e relacionadas à saúde da população. Nesse cenário que foi criada a Politécnica Central, a primeira empresa de medicina de grupo do país. Assim foi formulada a Política Nacional de Saúde, cuja finalidade foi aliar o cenário econômico brasileiro à realidade no campo de saúde, a pobreza e a falta de eficiência sanitária no país. Em 1966, as IAPs foram unificadas, criando o Instituto Nacional de Previdência Social. (POLIGNANO, 2001).

2.3 TERCEIRA FASE 1969 – 1994:

Em 1969, deu-se início a terceira fase da evolução do seguro no Brasil, período marcado pelo chamado Milagre Econômico brasileiro¹². Nesse tempo o crescimento econômico foi significativo, o aumento na produção e construções de grande porte, como rodovias, viadutos entre outros, fez com que elevasse a procura por seguros¹³. Impactando uma rápida expansão no setor securitário, com isso os bancos começaram a iniciar suas atividades no mercado segurador, contribuindo com o aumento na demanda, devido à maior visibilidade e credibilidade demonstrada pelo setor bancário. Deste modo, a venda de seguros começa a fazer parte da produção bancária, caracterizada pela maior confiança e menor o risco de insolvência que contribui também para um aumento na oferta de seguros. Ainda assim, existem controvérsias quanto aos benefícios, como o preparo no atendimento prestado pelos bancos a essa nova demanda, especialização dos bancos para atender os segurados, entre outros. (GALIZA, 2011).

Em 1966, é instituído o Seguro Saúde, através do Decreto-Lei 73, conforme no artigo 129: “para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar”. Porém só em 1976, com a Resolução CNSP¹⁴ 11/76, que deu início as operações no ramo.

¹² “Período de excepcional crescimento da economia entre 1968 e 1973”. (FAPESP, 2015).

¹³ A respeito do “milagre econômico” vale fazer algumas considerações: houve elevação na dívida externa, forte inflação, baixo índice de desenvolvimento humano etc. Não entrarei nos detalhes, desde que não é foco deste trabalho.

¹⁴ Foi criado através do Decreto-Lei 73.

Na década de 70, ocorreram diversos fatos que contribuíram para o desenvolvimento do sistema de saúde instituído em 1988. Como a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública em 1970, do Sistema Nacional de Previdência Social em 1977, vinculado a este último, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que “privilegia ainda mais a compra de serviços do setor privado, provocando uma capitalização crescente deste setor”. (PIETROBON *et al.*, 2008).

De acordo com, Polignano (2001), as políticas públicas voltadas à medicina preventiva pouco se desenvolveram no período (década de 70). Assim, o Estado voltava-se principalmente à medicina curativa. Contudo, esta última não foi eficiente para controlar os diversos problemas na saúde coletiva. Havia dois meios de usufruir de serviço médico: ou através da previdência ou privado. Com o aumento nos custos médicos e previdenciários, o crescimento populacional, acompanhada de uma elevação na taxa de desemprego entre outros fatores, contribuíram para uma necessidade de fortalecer o sistema de saúde no Brasil.

Como o modelo de assistência médica era privatista, ou seja, apenas trabalhadores com carteira assinada (regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) e que contribuíssem com a Previdência, poderiam usufruir dos serviços médico-hospitalares. Deste modo, o setor privado muito arrecadou, pois era através dele que o governo atuava com a previdência. Assim, a decadência no sistema de saúde do setor público e o enriquecimento do setor médico privado influenciou para que, esse último, firmasse fortes raízes na população de assalariados. Isto é, devido ao crescimento que as empresas desejaram criar planos de assistência médica para os assalariados.

Deste modo foi concebido o subsistema de atenção médica-supletiva composta de 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. (POLIGNANO, 2001, p. 21).

Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde. (POLIGNANO, 2001, p. 21-22).

Nos anos 1980, cerca de 22% da população já possuía algum tipo de modalidade desse tipo de assistência à saúde. (POLIGNANO, 2001).

A inflação ocorrida nos anos 1980, também merece destaque. A alta nos preços contribuiu para contrair ainda mais a demanda no mercado segurador. Nesse período, uma das medidas políticas para controlar essa elevação nos preços foi a indexação¹⁵ em grande parte dos diversos mercados nacionais. Contudo, os preços na indústria de seguros não foram indexados e isso influenciou para que, “as seguradoras que não oferecessem seguros mais baratos no momento da venda – gerando um resultando operacional menor – não teriam preço de venda competitivos e conseqüentemente sairiam do mercado”. (GALIZA, 2011, p.5).

Em 1988, na Constituição Federal, foi estabelecido ser dever do Estado proporcionar saúde a todos, surgindo o Sistema Único de Saúde, regulamentada com as Leis Orgânicas da Saúde:

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

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Com a criação do SUS, o cidadão brasileiro conseguia assistência médica gratuita, dando uma guinda na demanda por planos de saúde, pois grande parte da população não tinha nenhum tipo de seguro saúde no período.

2.4 QUARTA FASE 1994 – DIAS ATUAIS:

Por fim, o Plano Real (1994) inicia a quarta fase que vai até os dias atuais. Apenas a partir desse período que houve um retorno ao crescimento na demanda pelos seguros de saúde, vida, este último, principalmente devido à criação de novos ramos, como o VGBL – Vida Gerador de Benefício Livre. (GALIZA, 2011).

A partir de 1998, houve uma maior participação do Estado no processo de regulamentação do sistema de planos de saúde no país.

¹⁵ Indexação é um sistema de reajuste de preços baseado em inflações anteriores ao período indexado.

Ainda no final dos anos 1990, algumas empresas do setor privado (corretoras, associações entre outros) respeitavam apenas as leis de suas respectivas constituições jurídicas. Com isso apenas as seguradoras seguiam a regulamentação do Decreto-lei 73.

As demais empresas atuantes no setor não estavam obrigadas ao cumprimento de qualquer regulação específica exceto àquelas pertinentes às suas respectivas constituições jurídicas (caso das cooperativas médicas) e outras entidades sem finalidades lucrativas como as filantropias e autogestões. A comercialização dos planos ou seguros de saúde, à exceção das seguradoras que eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, não se submetiam a qualquer tipo de regulação ou fiscalização. (ZETTEL, 2012, p.12).

Desse modo, devido à falta de controle do Estado, grande parte dos custos eram pagos pelo consumidor, quando o mesmo necessitava de assistência para um procedimento mais caro não coberto pelo Estado. No entanto, a diferença era paga pelo setor público através, principalmente, de subsídios.

A economia do país estava em crise nos anos 1990, influenciada por altas inflações, dívida externa, crise de crédito etc., e a população sofria com os problemas sociais: como péssimo sistema de saneamento básico, alto índice de morte por endemias, serviços de saúde deficitário entre outros fatores. Nesse período, os diversos meios de comunicação e as empresas começaram a pressionar o governo, objetivando principalmente melhorias na assistência à saúde pelo setor privado e a criação de uma regulamentação para o segmento. Dessa forma, em 1998, foi intitulada a Lei 9.656¹⁶, que cunha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil. A partir desse fato o mercado de planos de saúde passou a ser regulamentado e se desenvolve a cada ano. (ZETTEL, 2012).

Atualmente, existem operadoras de planos de saúde que não estão regulamentadas. De acordo com os dados da ANS, existem cerca dos 53.882 planos de saúde registrados até dezembro de 2016, cerca de 13.338 não possui beneficiário (para os planos contratados antes da lei). No mesmo período, existiam 47.898.787 de beneficiários no Brasil. (ANS, 2016f).

¹⁶ Mais adiante haverá mais comentários a respeito dessa lei.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

À luz da teoria econômica, alguns economistas buscam explicar o comportamento da demanda por plano de saúde. Destaque para Michael Grossman, que conseguiu desenvolver um estudo a respeito do capital saúde, utilizando como base analógica os bens de capital. Para a compreensão deste trabalho, serão apresentados nessa seção, uma pequena introdução a respeito da teoria do consumidor e, posteriormente, uma apresentação da teoria de Grossman. Findando por demonstrar que existem alternativas ao *mainstream* econômico: a economia comportamental. Quanto ao setor legal, será abordado um breve conhecimento da lei 9.656.

3.1 ELEMENTOS DE ANÁLISE DA TEORIA DO CONSUMIDOR

De acordo com a teoria econômica, o consumidor é um ser racional e bem informado que tem suas preferências entre os diversos bens e serviços disponíveis na economia. Isso implica em que ele sempre buscará maximizar sua satisfação que esteja compatível com sua renda disponível. Em outros termos, para Pindyck (2013, p.66), a teoria do consumidor é a “descrição de como os consumidores alocam sua renda entre os diferentes bens e serviços, procurando maximizar o próprio bem-estar”.

Para uma melhor compreensão dessa teoria, esta seção será apresentada em duas etapas: curvas de indiferença e função utilidade; restrição orçamentária.

3.1.1 Curvas de indiferença e função utilidade

Segundo a teoria econômica, as escolhas dos consumidores são pautadas em suas preferências (entre bens e serviços) de acordo com sua renda disponível, essa última servindo como um limite de gastos (devido a racionalidade dos indivíduos). Assim, os economistas desenvolveram o conceito de cestas de bens. Elas são constituídas por diversos produtos que satisfazem os interesses dos consumidores, como por exemplo: uma cesta A ser composta por carro, camisa e plano de saúde, e uma cesta B, constituída por sapato, calça e um imóvel. Desde então, ficou mais fácil reunir as mercadorias e serviços que satisfazem o consumidor. (PINDYCK, 2013).

A teoria afirma que as cestas são plenas, transitivas e desejáveis entre si. Ou seja, são comparáveis entre elas e ordenáveis¹⁷, por isso plenas; transitivas porque, por exemplo o consumidor prefere almoçar no restaurante A do que no B, e prefere almoçar no B do que no C, desde modo, ele prefere o restaurante A que C; e desejáveis pelo fato de que todas as mercadorias das cestas são almejavéis, por isso, o consumidor frequentemente prefere maximizá-las de acordo com sua racionalidade (vide sua restrição orçamentária). (PINDYCK, 2013).

É possível representar graficamente as cestas de um consumidor através das curvas de indiferença.

Uma curva de indiferença representa todas as combinações de cestas de mercado que fornecem o mesmo nível de satisfação para um consumidor. Para ele, portanto, são indiferentes as cestas de mercado representadas pelos pontos ao longo da curva. (PINDYCK, 2013, p.69).

Qualquer cesta de bens ao longo de uma curva de indiferença representará o mesmo grau de satisfação, isso permite que elas também possam ser ordenadas. Observando o exemplo da Tabela 1, considerando que existam apenas dois serviços de disponíveis numa economia. Para um determinado indivíduo, realizar 10 consultas médicas e 1 de internação o deixam satisfeito (cesta A), também o deixam a cesta B, assim como as demais cestas.

TABELA 1 - Cestas de Bens e Serviços

Cesta de Bens	Consultas Médicas (Qtd.)	Internações (Qtd.)
A	10	1
B	6	4
C	8	6
D	7	3
E	6	2
F	5	5
G	4	8

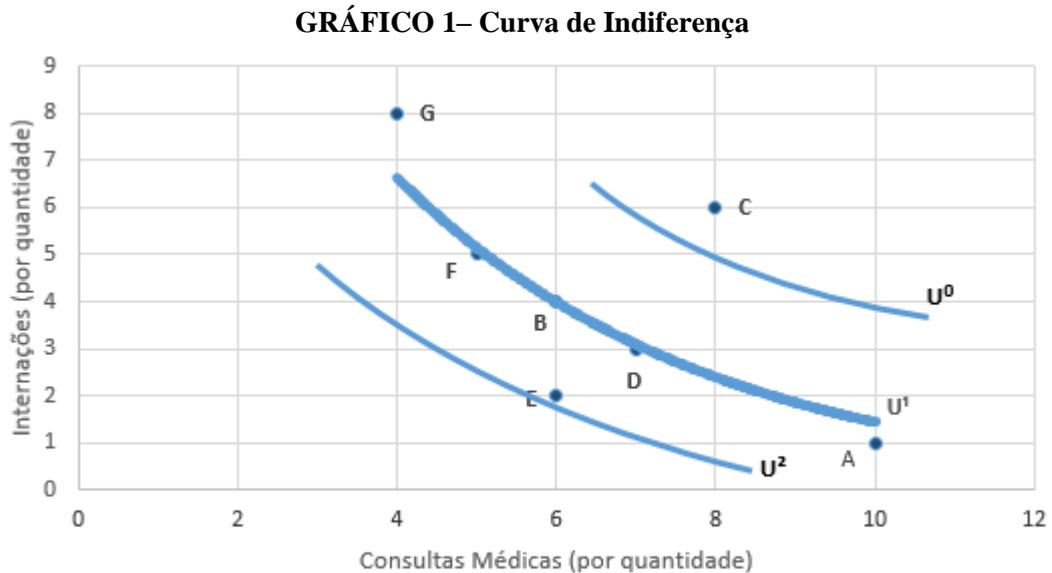
Fonte: Elaboração própria

De acordo com Pindyck, três premissas são consideradas para entender as preferências dos consumidores: a integralidade, transitividade e a máxima mais é melhor do que menos¹⁸, essas

¹⁷ Por exemplo, a cesta A é mais preferível a cesta B.

¹⁸ Para Pindyck a integralidade “significa dizer que, os consumidores podem comparar e ordenar todas as cestas de mercado”; a transitividade, “significa dizer que, se um consumidor prefere a cesta de mercado A a B, prefere B a C, então ele também prefere A a C.; e mais é melhor do que menos, presume-se que “todas as mercadorias são desejáveis”. (PINDYCK, 2013, p.68).

premissas ajudam a compreender a racionalidade dos consumidores. Assim é possível criar um gráfico com as informações da Tabela 1:



Fonte: Elaboração própria.

Analisando o Gráfico 1, é possível perceber que existem cestas dispostas em diferentes pontos organizadas devido ao grau de preferência do indivíduo. Isso quer dizer que a cesta D, com 7 consultas e 3 internações, é mais preferível que a cesta E (com 6 consultas e 2 internações), pelo fato de ter mais quantidade de mercadorias na cesta D do que em E. Semelhantemente, a cesta C (com 8 consultas e 6 internações) é mais preferível que a D.

A curva de indiferença (U^1) disposta no gráfico significa dizer que as cestas F, B e D produzem o mesmo grau de satisfação para o consumidor e qualquer ponto abaixo dela produz menos. A exemplo, as cestas C e E, pelo qual pertencem a outras curvas de indiferença U^0 e U^2 respectivamente. A primeira com maior grau de satisfação do que a curva U^1 , pelo fato de possuir mais quantidades de mercadorias em U^0 do que em U^1 ¹⁹. De modo análogo, as cestas que estão abaixo da curva U^1 , como por exemplo, uma curva U^2 , possuem menor grau de satisfação do que U^1 . A esse conjunto de curvas é chamado de mapa de indiferença (PINDYCK, 2013). Simplificando:

¹⁹ Por esse motivo a curva de indiferença é inclinada negativamente (o indivíduo sempre quer mais a menos). A convexidade da curva é atribuída a sua Taxa Marginal de Substituição (TMS) ser decrescente. A TMS representa o quanto de determinado bem o consumidor está disposto a reduzir para adquirir uma unidade adicional de outro bem. Contudo, os bens substitutos perfeitos e complementares perfeitos possuem inclinações diferentes, o primeiro a TMS é uma constante e, o outro, ela infinita. (PINDYCK, 2013. p.70-75).

$$U^2 < U^1 < U^0 \quad [1]$$

Para Pindyck (2013. p.76), “as curvas de indiferença permitem simplesmente descrever as preferências do consumidor graficamente, com base na suposição de que os consumidores são capazes de classificar as alternativas”. Desse modo, a teoria econômica atribui valores às curvas de indiferença. Esse ato de enumerar as preferências do consumidor é denominado utilidade. Ou seja, o “índice numérico que representa o grau de satisfação que um consumidor obtém com dada cesta de mercado”. (PINDYCK, 2013. p.77). A equação [1] demonstra o comportamento desse índice.

Toda curva de indiferença possui uma utilidade, que foi adquirida através de uma função utilidade. Supondo, uma função utilidade de sofás (S) e cadeiras (C) seja $u(C,S) = C + 2S$. Se C é igual a 3, e S igual a 1, então a utilidade dessa curva é $u(3,1) = 3 + 2(1)$ é igual a 5. Isto é, qualquer cesta de mercado que esteja sobre essa curva possuirá utilidade de 5 e é preferível a qualquer cesta que possua $u(C,S) < 5$. Cada curva de indiferença possui uma função utilidade que seja possível determinar sua utilidade.

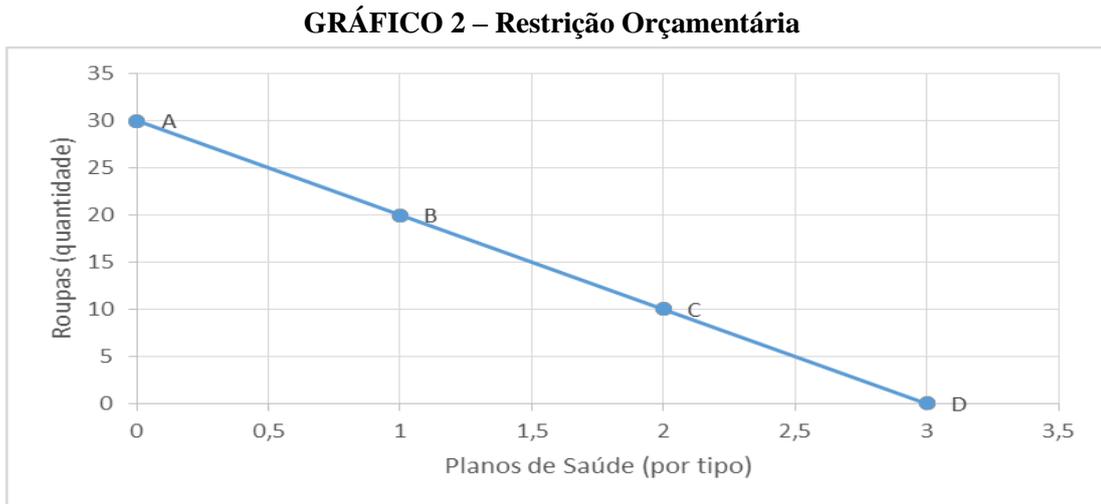
3.1.2 Restrições orçamentárias e escolhas do consumidor

Sabendo como as pessoas ordenam suas preferências e que elas buscam sempre ter mais de cada bem em suas cestas de mercado, ou seja, a curva de indiferença que possua maior utilidade será sempre melhor. A teoria econômica aponta que para o consumidor adquirir determinada quantidade de produto ou serviço de suas cestas, ele precisará de recursos financeiros para exercê-lo. Em outras palavras, o indivíduo escolherá a cesta de bens que estiver na curva de indiferença com maior utilidade que esteja dentro de seu orçamento (ou renda disponível).

Para exemplificar, será ilustrado um modelo simples de uma economia com apenas dois bens (plano de saúde e roupa), sem a incidência de impostos, e que os indivíduos não poupem. Um consumidor que vive nessa economia consumirá S plano de saúde a um preço P_S e R quantidades de roupas a um preço P_R . Em termos matemáticos, a expressão [2] ilustra um modelo simples:

$$Y = P_S S + P_R R \quad [2]$$

Sendo, a renda do consumidor Y, igual a 30, P_S igual a 10 e P_R igual a 1. Considerando as cestas de mercado como (S;R), então: A (0;30), B (3;0), C (2;10) e D (1;20).



Fonte: elaboração própria.

É necessário realizar algumas observações a respeito do gráfico 2. Primeiro, a inclinação da curva reflete o quanto o indivíduo está disposto a abrir mão de um bem para ter mais de outro. Sabendo que no gráfico, as abscissas estão representadas por números e cada número representa um tipo de plano: o básico é representado pelo número 1, o especial pelo 2, e o executivo pelo 3. Neste caso, esse consumidor está disposto a perder 10 unidades de camisas para adquirir um plano especial, por exemplo, saindo da cesta B para a C.

$$\text{Inclinação} = -P_S/P_R \quad [3.1]$$

O segundo ponto importante refere-se ao deslocamento da curva orçamentária, que é provocada devido a uma variação na renda do consumidor (considerando as outras variáveis constantes). Uma alteração nos preços implicaria em uma inclinação da curva, devido a equação [3.1].

Assim, para o consumidor escolher a quantidade de determinado bem e o tipo de serviço que ele almeja, deverá atentar para sua restrição orçamentária, ou seja, considerar sua renda disponível. Então, para realizar uma escolha a TMS deverá ser igual a inclinação da restrição

orçamentária. Isto é, $TMS = P_X/P_Y$ (sendo a relação P_X/P_Y a inclinação da curva de restrição orçamentária).

3.2 TEORIAS DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA A SAÚDE

3.2.1 Breve comentários sobre o Modelo de Grossman

O modelo desenvolvido por Michael Grossman utiliza estudos sobre o capital humano. Para ele

o estoque de conhecimento de um indivíduo afeta sua produtividade não só no mercado de trabalho como também fora dele, enquanto que seu estoque de saúde determina a quantidade total de tempo que poderia despende produzindo rendimentos monetários e ‘bens’. (MAGALHÃES, 1978, p.517).

Ele considera que cada indivíduo já nasce com certa quantidade de estoque de saúde no qual vai sendo reduzido ao longo da vida. Deste modo, seu estudo demonstra que a manutenção do capital saúde objetiva a busca por “dias saudáveis”. (FOLLAND, et al., 2008, p.189). Com isso, ele percebeu que as pessoas demandam serviços de assistência à saúde para produzir saúde. Do qual a saúde pode ser utilizada como bens de consumo e como bens de investimento. O primeiro refere-se ao tipo de bem que pertence a cesta de mercado dos consumidores, busca a manutenção do estoque de saúde ou melhorá-lo, “no sentido de dias de doença constituem uma desutilidade”. (MAGALHÃES, 1978, p.518). Já como bens de investimentos, refere-se ao fato de que um indivíduo saudável, utiliza do capital saúde para poder realizar diversas atividades, seja em lazer ou trabalho, pelo fato de sobrar mais tempo²⁰.

Para Michael Grossman, a demanda de saúde é impactada inversamente conforme a variação no seu preço-sombra (na condição *ceteris paribus*). Esse preço é o custo de oportunidade por demandar saúde, ou seja, equivale ao preço dos serviços médicos, medicamentos, exercícios físicos entre outras variáveis que elevam o estoque de saúde, de modo que, quanto mais saudável está um indivíduo, maior seu estoque. Deste modo, a morte representa estoque igual a zero. (MAGALHÃES, 1978).

²⁰ Porque doente as pessoas alocam tempo indo a médicas, farmácias e pouco para o lazer e o trabalho.

Então, uma variação positiva no preço-sombra de uma determinada demanda de saúde ocorrerá, por exemplo, quando o indivíduo ficar mais velho. Resultando naturalmente em uma redução no seu estoque de saúde (considerando quaisquer outras variáveis que possam elevar o estoque de saúde inalteradas). Por outro lado, o preço-sombra cai com uma elevação no nível de escolaridade do indivíduo, por exemplo. Para Grossman, o grau de instrução é uma variável exógena da função de produção individual do capital saúde, ela tem forte influência no quesito produção, pois implicará em mais cuidados com a saúde do indivíduo quanto mais alta o nível de instrução, e maior será o investimento²¹ no capital saúde, ou seja, mais eficiente ele será, elevando o estoque saúde. (MAGALHÃES, 1978).

Para realizar o investimento (I) em saúde, um indivíduo deverá dispender de tempo (Th) para realizar práticas saudáveis que melhorem seu nível de saúde, assim como, deverá adquirir medicamentos, serviços médicos (insumos de saúde – M) para que seu estoque de saúde não caia. Deste modo, tem-se:

$$I = I(M, Th) \quad [3.2]^{22}$$

A função demonstra que maiores quantidades de M e Th, conseqüentemente aumentará será I. De modo análogo, o mesmo indivíduo poderá produzir um bem doméstico (B), utilizando o tempo (Tb), com os insumos comprados no mercado (X), equacionando:

$$B = (X, Tb) \quad [3.3]$$

Da função 3.2 e 3.3 é possível observar que o tempo total (T) do indivíduo corresponde ao tempo gasto melhorando a saúde mais o tempo utilizado produzindo outros bens. Contudo, é necessário atentar que para conseguir recursos para produção do bem, ele precisará trabalhar (Tw) e em alguns momentos de sua vida ficará doente (Tl). Então:

$$T = Th + Tb + Tl + Tw \quad [3.4]$$

²¹ Grossman, trata a saúde como bem de consumo e bem de investimento ou capital-saúde. O primeiro, ocorre quando se torna a preferência do consumidor, isto é, faz parte da cesta de bens. O segundo, implica em proporcionar mais “volume de tempo disponível” utilizado nas atividades diárias como trabalho para gerar renda. (MAGALHÃES, 1978. p. 518).

²² As equações 3.2 e 3.3 foram extraídas do livro Economia da Saúde de Folland *et al.* (2008, p.190).

Outro ponto importante refere-se ao lazer, as pessoas o equaciona utilizando entre produzindo bem doméstico ou melhorando a saúde. (FOLLAND *et al.*, 2008).

3.2.2 Demanda por capital saúde

3.2.2.1 Idade

O tempo é uma das principais variáveis que influenciam no comportamento da demanda por planos de saúde. De acordo com a teoria econômica, o indivíduo poderá alocar seu tempo entre trabalho ou lazer (realizando outras atividades, como melhorar a saúde ou produzir um bem doméstico). Os estudos sobre a economia da saúde, diz que as pessoas saudáveis (com elevado nível de estoque de saúde), podem utilizar seu tempo para produzir renda ou para produzir outras atividades.

Supondo um indivíduo que utilize seu tempo de lazer buscando melhorar sua saúde (considerando o tempo utilizado para produção de bens domésticos e o tempo perdido devido a doenças) e que há tempo perdido e gasto em atividades saudáveis (considerando o ano com 365 dias, correspondente ao tempo total desse indivíduo), tem-se como tempo disponível:

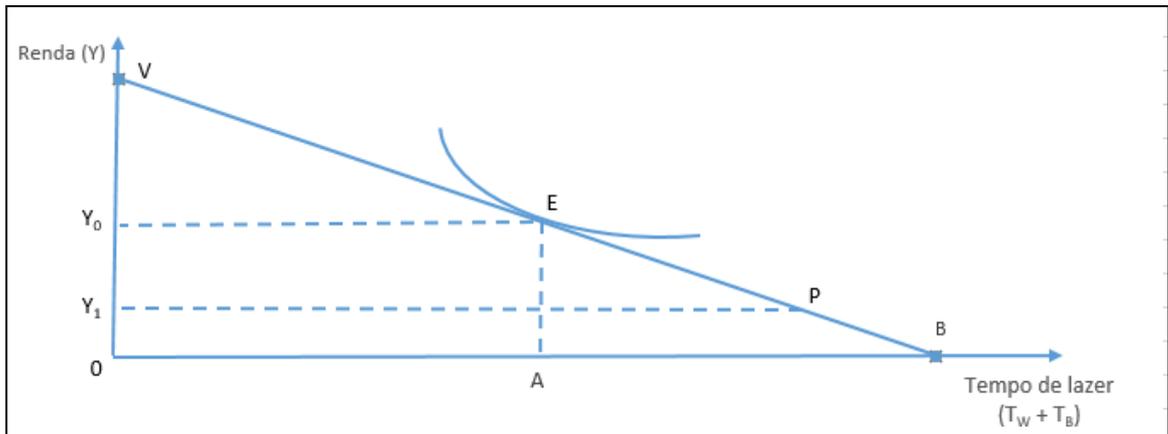
$$365 - T_{HO} - T_{LO} = T_W + T_B \quad [3.5]^{23}$$

Sendo, T_B o tempo de lazer utilizado para melhorias da saúde; T_W , o tempo utilizado para o trabalho; T_{LO} e T_{HO} referem-se, respectivamente, ao tempo perdido e utilizado em atividades saudáveis. (FOLLAND, *et al.*, 2008).

Deste modo, o Gráfico 3 representa o *trade-off* entre trabalho e lazer de um indivíduo que investe sem tempo em saúde como bem de investimento. O ponto “A” é o local de equilíbrio entre a renda e o tempo utilizado em lazer e trabalho, de acordo com sua preferência por saúde, à medida que o indivíduo se desloca à direita do desse ponto, o gráfico demonstra que ele prefere menos renda e aumentar o tempo investindo em melhorias a saúde. Já o inverso, o gráfico apresenta que o indivíduo prefere dedicar maior tempo ao trabalho do que ao lazer.

²³ A equação 3.5 foi extraída do livro Economia da Saúde de Folland *et al.* (2008, p.191).

GRÁFICO 3 - Trade-off entre trabalho e lazer



Fonte: Adaptado, FOLLAND, et al., 2008, p.191.

Caso o indivíduo opte por utilizar todo seu tempo com lazer ($T_W + T_B$), ele estará no ponto B, do qual não produzirá renda. Já o contrário, no ponto V. O ponto E, representa o equilíbrio entre a curva de utilidade de saúde e a curva renda-lazer. A taxa de inclinação da curva é medida pela taxa de salário. Um aumento salarial implicará em tornar a curva mais íngreme (mais inelástica), considerando as demais variáveis inalteradas.

Conforme visto na Equação 3.5, havendo um aumento no tempo gasto com atividades saudáveis (T_{H0}), concomitantemente, reduzira o tempo perdido com doenças (T_{L0}), isso reduzirá também o tempo utilizado para produzir outros bens. Esse efeito, caso seja positivo, poderá deslocar a curva renda-lazer para a direita, elevando tanto a renda quanto o tempo de lazer. Esse fato ocorre porque “o investimento em saúde não apenas leva ‘o indivíduo’ sentir-se melhor, mas leva-o a ter mais renda futura, e pode também levá-lo a ter mais lazer”. (FOLLAND, et al., 2008, p.192).

A taxa de depreciação do estoque de saúde de um indivíduo pode variar com a idade dele, a medida que o indivíduo envelhece maior a taxa de depreciação. Com isso, o custo para melhorar a saúde será mais elevado do que quando mais jovem, *ceteris paribus*.

Outra observação importante do modelo de Grossman, diz que à medida que a idade avança o investimento em capital saúde será cada vez menor. Por exemplo, pessoas mais jovens estariam sujeitas a realizar uma cirurgia que possuam maiores risco de complicações, como cirurgias no joelho, do que aquelas cuja idade está bem avançada. Por outro lado, o investimento também será maior quando as pessoas ainda são bebês, pelo fato de que, nesse

período da vida, o estoque de saúde ainda está em fase de crescimento. (FOLLAND, et al., 2008).

3.2.2.2 Renda

De acordo com a teoria econômica, quanto maior o salário maior será o consumo e menor o tempo de lazer. Na economia da saúde, quanto mais alto uma pessoa ganha maior será seu estoque de capital. Contudo, para obter maiores salários menor será o tempo utilizado para produzir saúde (considerando as demais variáveis constantes) e maior o tempo de trabalho podendo mesmo reduzir o estoque de saúde.

Para a teoria quando um trabalhador se aposenta, ele não mais investirá em capital saúde, implicando em crescente aumento na taxa de depreciação, até o estoque de saúde mínimo, em condição *ceteris paribus*. (FOLLAND, et al., 2008).

3.2.2.3 Educação

De acordo com o modelo de Grossman:

Um nível educacional mais alto é mais frequentemente relacionado à melhor saúde, e a maioria dos economistas acreditam que a educação pode melhorar a eficiência, com que a pessoa produz investimentos na saúde e em bens domésticos. (FOLLAND, *et al.*, 2008, p.200).

Ou seja, pessoas que possuem maior grau de educação buscam se alimentar saudavelmente, procurar por serviços médicos adequados, usaram medicamentos corretos entre outros fatores.

3.2.2.4 Incerteza

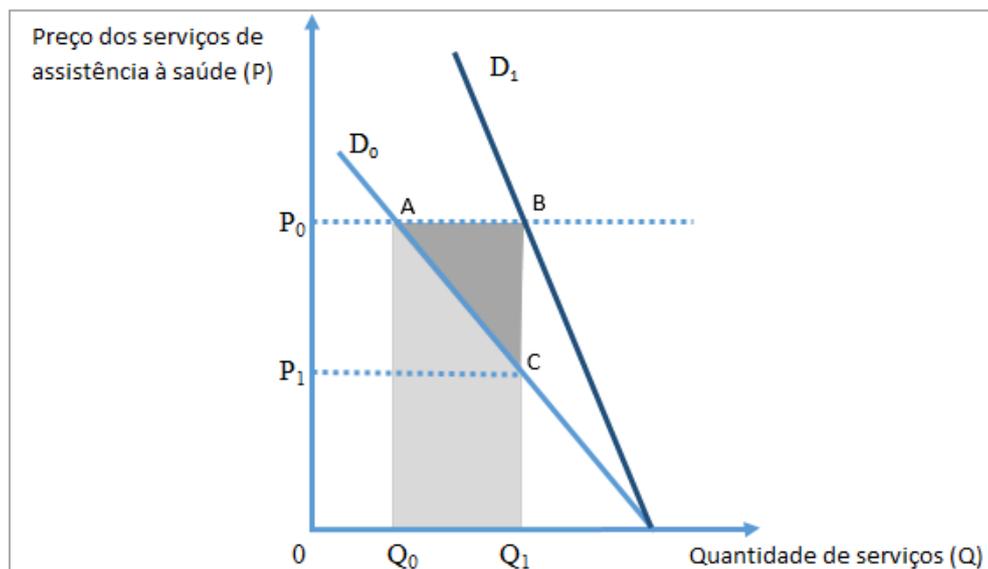
No estudo da demanda por saúde, um dos fatores que influenciam no comportamento do consumidor é a incerteza quanto ao futuro. As pessoas se preocupam se ficarão ou não doentes em algum momento da vida, com isso elas cuidam para reduzir o consumo de outros bens, poupam ou investir mais no presente, visando aumentar seu estoque saúde. (FOLLAND, et al., 2008).

3.2.3 Demanda por planos de saúde

O desenvolvimento do estudo da demanda por seguro saúde é determinado a partir da análise de como as pessoas pagam por serviços de assistência à saúde sem possuir um seguro para tal e como se comportam frente a utilização de um plano de saúde.

No Gráfico 4, é possível observar duas curvas de demanda. A primeira (D_0), refere-se ao comportamento do consumidor frente ao uso dos serviços de assistência à saúde consumidos no setor privado (o preço é determinado pelo mercado), ou seja, sem a utilização de plano de saúde. Quanto a segunda (D_1), reflete o comportamento do consumidor quando ele demanda serviços de assistência à saúde através de um plano de saúde com coparticipação²⁴. O eixo horizontal representa a quantidade de serviços de assistência à saúde (Q). A cada quantidade está atrelada a um determinado preço de mercado (P), no eixo vertical.

GRÁFICO 4 - Demanda por assistência à saúde



Fonte: adaptado, FOLLAND, et al., 2008, p. 224.

Considerando um indivíduo sem seguro, que a determinado preço de mercado de P_0 , para otimizar sua escolha, consume Q_0 (ponto A), representado pela curva de demanda D_0 . Sabendo-se que os preços aqui são definidos no mercado, a maioria dos custos que determinado consumidor possa ter ao adquirir um serviço de assistência à saúde, por exemplo, pagar o deslocamento, consultas médicas, exames, internações etc. pagará o valor dado pelo

²⁴ Coparticipação “é uma parcela de pagamento, além da mensalidade, para custear parte da despesa de um procedimento, sendo que o valor não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento.” (Câmara técnica – ANS, 2012).

mercado. Deste modo, o benefício marginal é representado pela própria curva de demanda. (FOLLAND, et al., 2008).

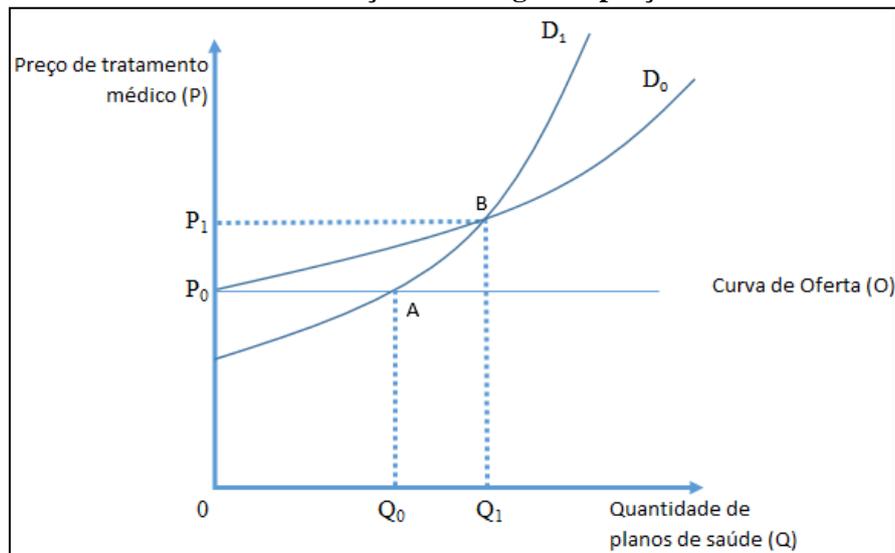
Agora, supondo que o mesmo indivíduo, adquira um plano de saúde com coparticipação. Com isso, parte do seu custo reduziria de acordo com o percentual de coparticipação acordado na contratação do plano, criando uma nova curva de demanda D_1 . Essa nova curva será mais inclinada do que D_0 , assim a um mesmo preço de mercado²⁵, para tornar a alocação dos serviços eficiente, a quantidade de equilíbrio será alterada para o ponto B (P_0 ; Q_1). (FOLLAND, et al., 2008).

Quanto aos custos e benefícios incrementais, deve-se observar que o primeiro será representado pelo retângulo ABQ_1Q_0 . Já os benefícios estão representados no Gráfico 4, pela área sobre a curva de demanda D_0 (área ACQ_1Q_0). Como o seguro indiretamente subsidia o indivíduo coberto pelo plano, este acaba por consumir acima da quantidade eficiente Q_0 , criando uma perda para a sociedade. Representada pelo triângulo cinza escuro (ABC). Ou seja, “é uma perda de bem-estar porque o custo dos recursos incrementais ABQ_1Q excede os benefícios incrementais ACQ_1Q_0 ”. (FOLLAND, et al., 2008, p.225).

3.2.3.1 Impactos do comportamento do consumidor e o preço dos planos de saúde

De acordo com os estudos da economia da saúde, a demandada e o risco moral têm forte influência nos preços dos planos de saúde (aqui não está sendo considerado os custos das seguradoras para ofertar os planos, porém a ótica está baseada na demanda). O Gráfico 5 demonstra que um aumento nos preços dos tratamentos médicos impacta o comportamento da quantidade de demanda por planos de saúde. Essa relação é observada pela curva I (resultante do impacto dos preços sobre a quantidade demandada). Sua inclinação ascendente é devido às condições de que quanto maior os preços dos tratamentos médicos maior será a demanda por planos de saúde. Considerando uma curva de oferta perfeitamente elástica, então o equilíbrio ocorre quando a curva I cruza com a curva de oferta (O), conforme o ponto A (P_0 ; Q_0).

²⁵ Entende-se que o custo em adquirir um plano de saúde mais os custos que contribuam para que o indivíduo utilize serviços médicos (tempo, deslocamento até o local que será prestado os serviços médicos etc.) sejam iguais aos que não possuem plano de saúde. Ressalto que está sendo considerado, apenas o setor privado em condição *ceteris paribus*.

GRÁFICO 5 - A interação entre seguro e preço dos tratamentos

Fonte: adaptado, FOLLAND, et al., 2008, p. 227.

Outro fator importante refere-se ao risco moral (que será abordado na seção 3.3.1), que interfere no preço de tratamentos e na quantidade demandada por planos de saúde. Considerando uma curva de oferta ascendente de (Of), isso implicará em alteração ascendente dos preços de tratamento médico de P_0 para P_1 , impulsionando um aumento na quantidade de demanda por planos de saúde de Q_0 para Q_1 . Desse modo, é criado um novo equilíbrio conforme o ponto B ($P_1; Q_1$). Implicando em uma ineficiência de mercado, porque a quantidade e o preço estão acima das quantidades de equilíbrio.

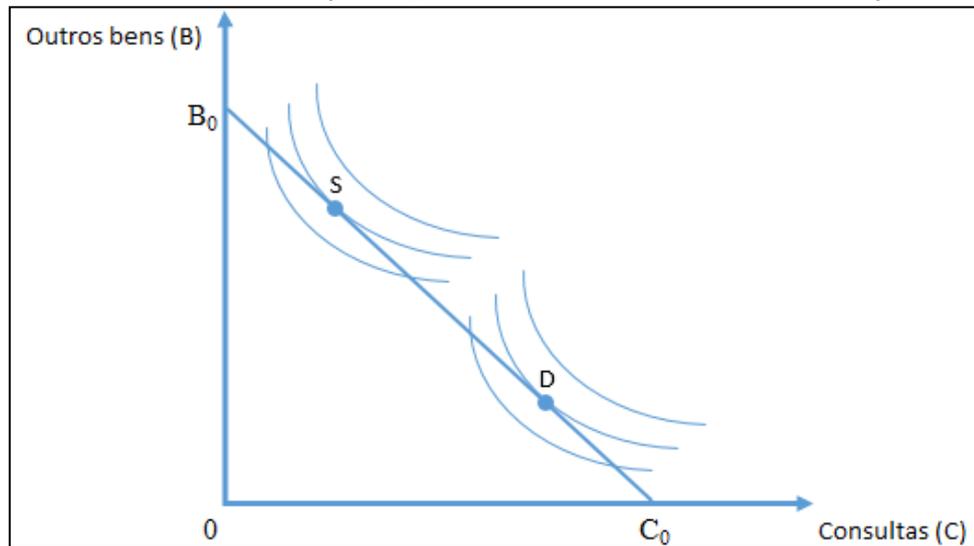
3.2.3.2 Preferência do consumidor

Vale ressaltar que o estado de saúde do indivíduo apresentado na teoria de Grossman, tem forte impacto nas preferências dos consumidores. Para melhor entendimento, vide o Gráfico 6, que representa a preferência de um indivíduo com determinada restrição orçamentária (representada pelo segmento B_0C_0), em dois momentos de sua vida. Em um período ele está saudável (ponto S) e em outro doente (ponto D). Está sendo considerado os mesmos aspectos econômicos em ambas as situações (saudável ou doente). No gráfico é visível que o indivíduo quando doente, ele altera suas cestas de bens, alterando assim suas curvas de indiferença, consequentemente suas preferências.

Como a escolha do consumidor é limitada pela sua restrição orçamentária, então para uma escolha ótima, as curvas de indiferença deverão tangenciar a linha orçamentária. Com isso, independente do estado de saúde as cestas no ponto S e D, possuem a mesma inclinação, isto

é, mesma taxa marginal de substituição. Apesar do aumento da demanda por consultas quando o indivíduo está doente, o gosto para usufruir outros bens se reduz nesse momento da vida.

GRÁFICO 6 - Mudança nas preferências em decorrência de doença



Fonte: Adaptado, FOLLAND, et al., 2008, p. 239.

3.3 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

Segundo a teoria econômica clássica, num mercado de concorrência perfeita não existem falhas de mercado porque a regulação é feita pela “mão invisível”²⁶. Nesse mercado, não existem barreiras à entrada de ofertantes, a quantidade demandada é suficiente e os preços nos diversos ramos são obtidos da relação entre empresas e consumidores até seu ponto de equilíbrio. Todas as informações estão disponíveis, os consumidores são racionais e a oferta cria sua própria demanda (conforme a lei de Say). Essa abordagem mercadológica perfeita explicada pelos economistas clássicos, não considerou diversos aspectos, tais como as expectativas, a assimetria de informação, as barreiras a entrada de novos ofertantes (proporcionado pelas estruturas de cada mercado), entre outros fatores. Contudo, nessa seção será abordado o que a teoria menciona sobre a assimetria de informação.

Em muitos livros de microeconomia é utilizado o exemplo de venda de carro novo e usado para demonstrar como a falha na informação pode prejudicar uma eficiência do mercado. Conforme a seguir: no setor de automóveis existem dois tipos de mercados: um de carros

²⁶ A “mão invisível” foi o termo utilizado pelos economistas clássicos e neoclássicos para explicar a autorregulamentação nos mercados.

novos e outro de carros usados. No primeiro, as informações disponíveis no mercado quanto à qualidade dos veículos contribuirão para que o consumidor compre um veículo de acordo com suas expectativas. No entanto, no de carros usados as informações nem sempre são verdadeiras, fazendo com que o consumidor em potencial, ao adquirir o veículo, poderá ter prejuízo quanto a sua satisfação, por existir defeitos não divulgados pela oferta.

O *lemons problem* que é o problema dos produtos de qualidade duvidosa, implica que num mercado, pelos quais os consumidores não têm informação completa dos bens ou serviços que desejam adquirir, existe entre eles diversos bens de boa e má qualidade, resultando em ineficiência do mercado.

Desse modo, ocorre o problema da seleção adversa:

Forma de falha de mercado que ocorre quando, devido a informações assimétricas, produtos de diferentes qualidades são vendidos a um preço único; dessa maneira, vendem-se inúmeros produtos de baixa qualidade e pouquíssimos de alta qualidade. (PINDYCK, 2006, p.532).

No segmento de planos e seguros de assistência à saúde, o problema da assimetria de informação pode impactar no valor dos planos. Por causa do preço ser calculado de acordo com o risco que o indivíduo poderá ter no futuro. A seguradora não saberá exatamente qual a propensão real das doenças que o beneficiário possa ter nem se ele tem algum (ou qual tipo de doença teve) no momento da contratação do seguro. O preço do seguro e plano de saúde tenderá a ser mais elevado. E aqueles usuários que fornecem informações verdadeiras na aquisição de um plano de saúde, sairão prejudicados.

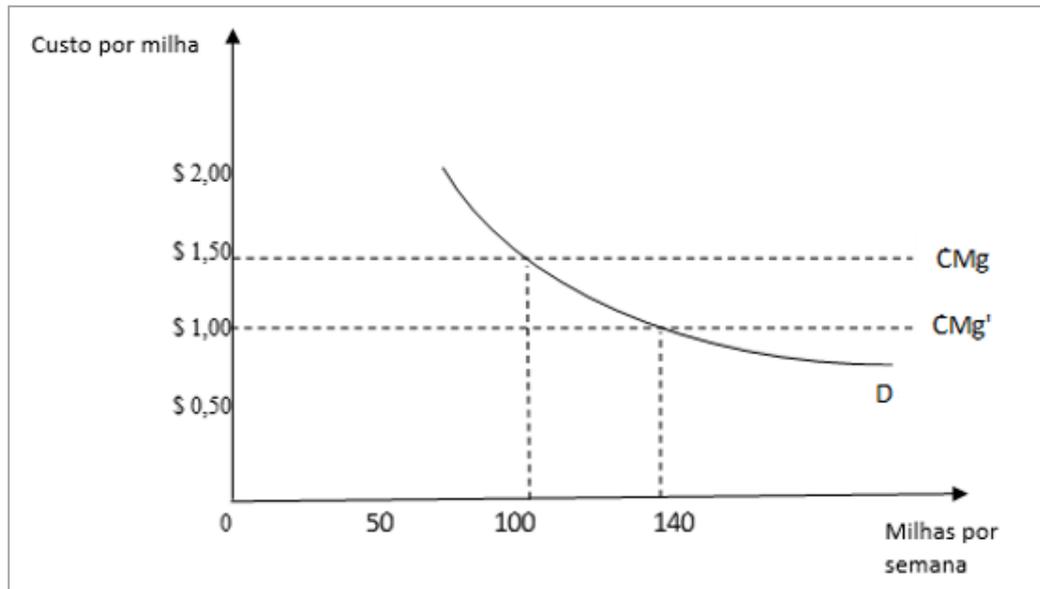
Para tanto, existem algumas medidas pelo setor público e privado que podem reduzir o impacto da seleção adversa, separando em grupos de riscos as pessoas de diferentes faixas etárias, regiões, atividade de risco²⁷ etc.. Os planos de saúde empresariais, por exemplo, ajudam a minimizar a falha distribuindo o problema entre o grupo assistido, reduzindo a probabilidade de que muitos indivíduos adquiram o plano com valores distorcidos. Pelo setor público, o governo pode oferecer programas de assistência à saúde para a sociedade, englobando todos os indivíduos, independente da faixa etária e problema de saúde. No Brasil, existe o SUS.

²⁷ Aqui entende-se como atividades realizadas no lazer ou mercado de trabalho.

3.3.1 Risco Moral

No livro de Pindyck (2013, p.636), afirma que o “risco moral ocorre quando as ações de uma parte, que não podem ser observadas por outra, influem na probabilidade ou magnitude de um pagamento”. Por exemplo, na contratação de um seguro contra colisão de automóvel oriunda de um motorista portador da apólice, tem-se que o carro está segurado contra qualquer colisão que seu motorista possa cometer. Contudo, o motorista pode, por desleixo ou de forma intencional, não realizar a manutenção no carro, não limpar o para-brisa frontal e inúmeros outros fatores que impliquem em alteração por parte do indivíduo, considerando que a seguradora não possui plena informação a respeito do segurado, então isso resulta em um risco moral. Caso a parte que não possui a informação completa, passar a recebe-la integralmente, poderá cobrar valores mais altos para os indivíduos que venham a incorrer um risco moral. Desse modo, as seguradoras (por exemplo), buscam ampliar seus prêmios ou deixar de oferecer seguros para determinados tipos de risco.

No Gráfico 7 fica claro a ineficiência provocada pelo risco moral. A curva D representa a demanda por utilização de automóveis de uma família sendo que é igual ao benefício marginal social. Sem o risco moral, o custo marginal de transporte (CMg) é de \$ 1,50, com esse valor do plano, a seguradora tem ciência da quantidade de milhas que o motorista dirige, que corresponde a 100 milhas, ou seja, o mercado opera com eficiência, não existindo falha de mercado. Já com o risco moral, a seguradora não consegue monitorar o comportamento individual dos segurados, assim o prêmio do seguro não poderá ser sobre a quantidade de milhas. Nesse caso, o motorista considera que o prêmio será distribuído com os outros segurados, logo ele desejará aumentar a quantidade de milhas para 140, pelo qual lhe custará apenas \$ 1,00 (CMg²).

GRÁFICO 7 - Efeitos do risco moral

Fonte: Adaptado, PINDYCK, 2006, p. 540.

3.4 BASE LEGAL DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

O objetivo dessa monografia é compreender o comportamento da demanda. A partir dessa ótica, analisar a escolha eficiência a respeito dos serviços com saúde referentes aos procedimentos hospitalares e ambulatoriais ofertados pelo setor público ou privado aos seus consumidores. Deste modo faz necessário entender alguns pontos das diversas leis que interferem no setor de assistência à saúde no Brasil, contribuindo para uma maior compreensão dos dados e do que será exposto nas seções seguintes.

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 196) a “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Sendo assim, em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei 8.080. No art. 4, é caracterizado o sistema utilizado pelo Estado para prover a saúde a população: o Sistema Único de Saúde é um conjunto de ações e serviços a saúde prestados por órgãos e instituições das três instâncias públicas, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (BRASIL, 1990, art. 4º).

O caráter complementar apresentado acima, ocorre nos casos em que os recursos do SUS são insuficientes para atender a demanda de uma determinada região.

Para a saúde suplementar, existe a Lei 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos Saúde, nela contém todas as normas que regem a saúde suplementar. Por convenção, os planos de saúde contratados antes de 1º de janeiro de 1999, são denominados de planos antigos, após essa data, planos novos.

Deste modo, serão aqui analisados os segmentos referencial, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológico e aqueles que possuem contratos firmados antes da Lei dos Planos de Saúde (este de forma mais geral, ou seja, apenas o total de usuários sem especificação de ramos), para melhor compreender o comportamento da demanda por plano e seguro à assistência à saúde no Brasil.

Entender os diversos seguimentos é saber a respeito do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e do Plano-Referência. Este último encontra-se disposto no art. 10 da lei 9.656/98, dos quais, foram estabelecidos parâmetros obrigatórios que os planos de saúde devem cobrir. As características correspondem a:

(...) partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. (BRASIL, 1998, art. 10).

Quanto ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, correspondente também ao setor de saúde suplementar, é elaborado pela ANS, fundamentado pela Lei 9.961/00. Nesse Rol, contém as informações básicas obrigatórias que todos os planos de saúde devem conter (é facultativo para os planos contratados antes da Lei 9.656/98). Sua atualização ocorre a cada dois anos e conta com apoio de vários agentes econômicos, principalmente seus consumidores.

Portanto, o sistema de assistência à saúde suplementar no Brasil é regido por leis que contribuem para que o mercado seja o mais eficiente possível contribuindo para melhorar o bem-estar social.

4 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

4.1 IMPACTO DA RENDA NO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE

A renda tem forte influência na escolha dos indivíduos entre obter ou não planos de saúde. As pessoas escolhem entre consultas médicas ou outros bens por exemplo. Com a crise política e socioeconômica que o país enfrentou em 2015²⁸, as preferências dos consumidores estão passando por mudanças em suas cestas de bens. Há uma redução no consumo de bens considerados supérfluos, como artigos de luxo, carros novos etc.. Apesar de cerca de 60% das pessoas possuírem plano de saúde no Brasil, em 2015, o país sofreu uma redução de cerca de 1,5% de beneficiários médico-hospitalares. (CARNEIRO, 2016). Influenciado por diversos fatores, conforme a teoria de Grossman afirma (redução na renda, incerteza, idade, nível educacional entre outros). Os preços dos bens e serviços de assistência à saúde e de outros ofertados na economia; a renda das famílias; a idade das pessoas; expectativa de vida entre outros fatores impactam na demanda por planos de saúde com o intuito de melhorar o estoque de saúde, e retardar, a depreciação do capital saúde.

Nesta seção será abordado como o comportamento do consumidor por planos de saúde foi afetado frente a redução na renda familiar motivada pelo desemprego e elevação da inflação, no Brasil em 2015.

4.1.1 Influência da Inflação na demanda por planos de saúde no Brasil

Conforme os estudos a respeito da economia da saúde, um dos principais determinantes da demanda por planos de saúde é a renda. Esta funciona como restritiva para o consumidor: desde que sua escolha dependerá não apenas de suas preferências e grau de satisfação, mas de sua renda disponível, ou seja, resta-lhe a escolha de como alocar sua renda entre planos de saúde e os outros bens disponíveis na economia dentro de suas respectivas cestas de mercado. Sendo a renda disponível a parcela da renda não utilizada (a teoria econômica chama de

²⁸ Não é o objetivo desse trabalho monográfico abordar as causas da crise econômica e política que o país enfrentou no período estudado.

poupança, parte da renda não gasta). Deste modo, os preços têm forte influência no comportamento dos consumidores.

A inflação é um dos principais determinantes que impactam no poder de compra das famílias. Influenciando fortemente na restrição orçamentária e até na composição de suas cestas de bens, porque pode faltar por alterar suas preferências. De acordo com a teoria econômica, quanto maior o nível geral de preços, menor o salário real do indivíduo. (PINDYCK, 2013).

No Brasil, existem diversos índices que acompanham a variação geral de preços de bens e serviços na economia. Aqui, será analisado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) que é considerado a principal ferramenta para avaliar a inflação nos bens e serviços consumidos pelas famílias. Este índice é composto por uma cesta de bens e serviços mais demandados pelas famílias que possuem renda entre 1 a 40 salários mínimos nas zonas urbanas²⁹. Também, o índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares do IESS que

expressa a variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. A amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país. (IESS, 2016b).

O Gráfico 8 apresenta o comportamento da inflação em valores acumulados desde janeiro de 2007 a dezembro de 2015. Nele é possível observar que de outubro de 2010 a janeiro de 2015, o IPCA ficou restrito na faixa de 5 e 7,5 pontos percentuais (pp). Com um topo máximo em outubro de 2011, motivado principalmente pela elevação nos preços livres³⁰ (7,79%) e nos preços administrados³¹ em 6,17%. (RELATÓRIO DE INFLAÇÃO, 2016a.). O menor registro foi no acumulado de junho de 2012 com 4,9%, influenciado principalmente pela a redução do IPI no setor automotivo, implicando em queda de 5,48% nos preços dos automóveis novos e 4,12% dos automóveis usados. Outros setores também puxaram os preços para baixo como a

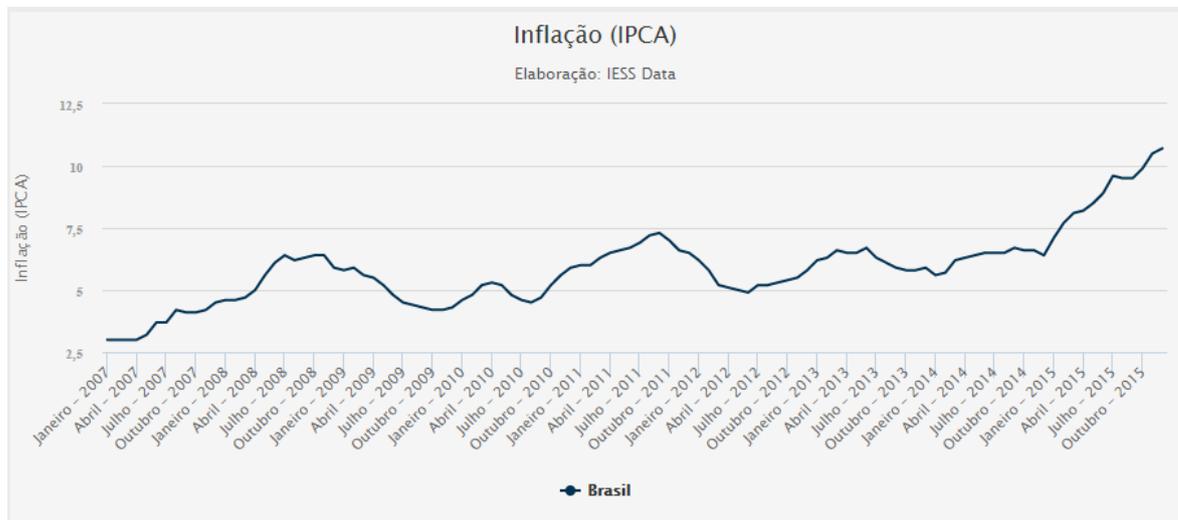
²⁹ “Regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, São Paulo, Belém, Fortaleza, Salvador, Curitiba e Vitória, além do Distrito Federal e dos municípios de Goiânia e Campo Grande”. (BRASIL, 2016c, p.3).

³⁰ São os preços dos bens e serviços que sofrem impacto de acordo com variações em suas ofertas e demandas.

³¹ São preços que de bens e serviços oriundos de contratos e órgão público. “Os bens e serviços cujos preços são administrados incluem, entre outros, impostos e taxas, serviços de utilidade pública cujas tarifas são reguladas ou autorizadas pelo poder público (como energia elétrica, planos de saúde e pedágio) e derivados do petróleo.” (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2016, p.5).

energia elétrica, o setor de habitação, remédios, alimentos entre outros. (FORÇA SINDICAL, 2016).

GRÁFICO 8 - Inflação (IPCA)



Fonte: IESS, 2016a.

Contudo, a partir de fevereiro de 2015, a taxa de inflação cresceu bastante. Influenciada por políticas fiscais como aumento de impostos como IPI dos automóveis, PIS, COFINS entre outros. Os aumentos nos combustíveis tiveram também forte impacto para esse crescimento no IPCA. A gasolina subiu 8,42%, o etanol aumentou 7,19%. Os bens e serviços dos setores educacional (5,88%), habitacional (1,22%), residencial (0,87%), alimentício (0,81%) e o de despesa com cuidados pessoais (0,86%) foram os que contribuíram para a elevação aliada aos aumentos tributários. (RELATÓRIO DE INFLAÇÃO, 2016b).

No acumulado de 2015, a inflação bateu o teto de 10,67%. Tal evolução nos preços muito contribuiu para uma queda no poder de compra das famílias. Isso impactou fortemente no comportamento dos consumidores por planos de saúde. Porque, além da alta nos preços de outros bens e serviços essenciais como alimento, os serviços de saúde suplementar também sofreram fortes aumentos. Vale ressaltar que, a inflação dos bens consumidos pelas famílias, tem forte impacto nos planos de saúde individuais, enquanto que nos planos coletivos (por adesão ou empresariais), o nível de emprego reflete sua variação (este ponto será abordado na seção seguinte).

No mercado de saúde suplementar, em 2015, conforme o Gráfico 9, o VCMH/IESS superou a inflação em 8,63 pontos percentuais, com 19,3%. Esse aumento é resultante principalmente

pelo grande número de internações realizadas em 2015, pelo qual, foram utilizados diversos materiais, equipamentos e medicamentos.

GRÁFICO 9 - Série histórica do VCMH/IESS e do IPCA



Fonte: VCMH, 2016c.

QUADRO 10 – Variação dos custos médico-hospitalares por grupo de procedimentos

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	PARTICIPAÇÃO POR GRUPO DE PROCEDIMENTO NO VCMH TOTAL (EM PONTOS PERCENTUAIS)	
	DEZ/14	DEZ/15
INTERNAÇÕES	8,2	10,7
TERAPIAS	1,4	4,8
EXAMES	2,4	1,8
CONSULTAS	1,0	1,7
OSA*	2,6	0,1
OUTROS	0,0	0,1
TOTAL	15,8%	19,3%

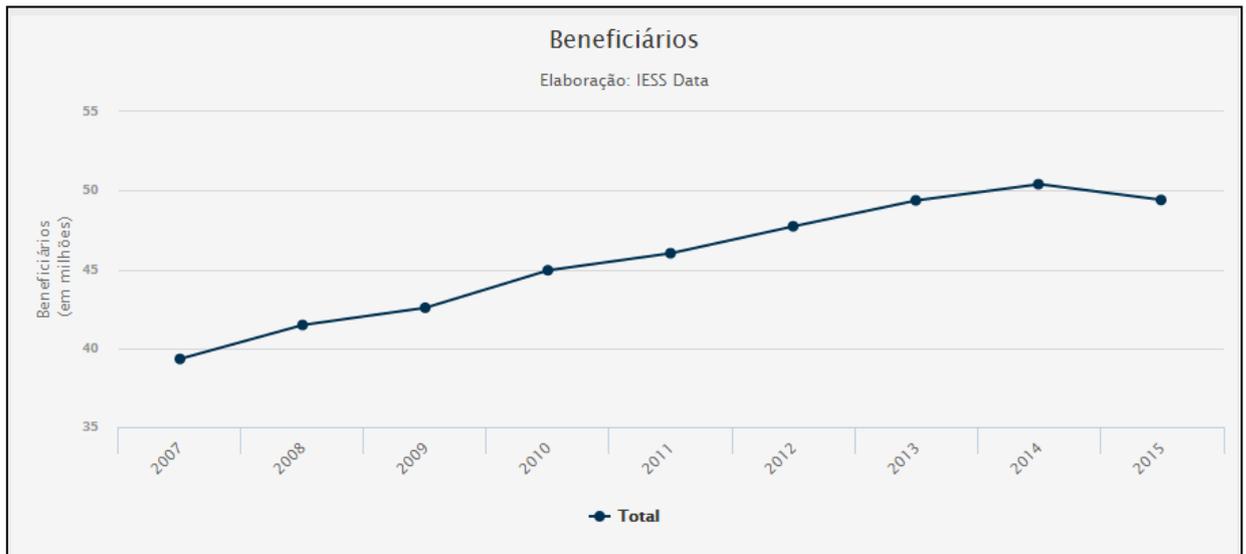
*OSA: Outros Serviços Ambulatoriais

Fonte: VCMH, 2016c.

No Quadro 1, é possível verificar que no acumulado do ano, a participação da quantidade de procedimentos de internações corresponde com 10,7% para o aumento do índice.

Apesar da inflação a demanda por planos de saúde foi crescente entre janeiro de 2010 a novembro de 2014, influenciada principalmente pela elevação da renda média das famílias. Contudo, em 2015, houve uma queda na quantidade de beneficiários, impactada não apenas pela alta nos preços dos planos de saúde mais também pelo índice de desemprego e a elevação do IPCA, que se agravou no final de 2015. O Gráfico 10 demonstra esse cenário.

GRÁFICO 11 – Beneficiários de planos de saúde



Fonte: IESS, 2016d.

4.1.2 Nível de emprego e consumo das famílias

Segundo Grossman, os salários têm forte impacto na renda das famílias e no comportamento na demanda por planos de saúde, conforme explicado nas seções anteriores. Em 2015, no Brasil, o consumo das famílias reduziu cerca de 5,1% em comparação ao quarto trimestre de 2014. Impacto resultante, principalmente, do reflexo da inflação e aumento na taxa de desemprego. (IBGE, 2016b).

A Tabela 2 demonstra uma síntese dos principais resultados do PIB nos quatro trimestres de 2015, pela ótica da produção e da demanda. Nela é possível verificar o forte decréscimo no consumo das famílias e na formação bruta de capital fixo, encerrando o ano com 6,8% e 18,5% a menos respectivamente.

Na economia de mercado, conforme a teoria econômica, para otimizar a produção frente a uma queda no consumo, a redução de mão-de-obra é uma das principais políticas empresariais

para permanecer no mercado com pouca redução no lucro líquido (isso aliado a redução na produção consequentemente, redução nos estoques) no curto prazo, mantendo todas as demais variáveis constantes. (PINDYCK, 2013).

TABELA 2 - Taxa Trimestral

Trimestre / mesmo trimestre do ano anterior (%)		2014.IV	2015.I	2015.II	2015.III	2015.IV
PIB a preços de mercado		-0,7	-2,0	-3,0	-4,5	-5,9
Ótica da produção	Valor adicionado bruto da agropecuária	2,2	5,4	2,2	-2,0	0,6
	Valor adicionado bruto da indústria	-2,1	-4,4	-5,7	-6,7	-8,0
	Valor adicionado bruto dos serviços	-0,3	-1,4	-1,8	-2,9	-4,4
Ótica da demanda	Despesa de consumo das famílias	1,7	-1,5	-3,0	-4,5	-6,8
	Despesa de consumo do governo	-0,5	-0,5	-0,3	-0,4	-2,9
	Formação bruta de capital fixo	-6,9	-10,1	-12,9	-15,0	-18,5
	Exportação de bens e serviços	-10,7	3,3	7,7	1,1	12,6
	Importação de bens e serviços (-)	-4,4	-5,0	-11,5	-20,0	-20,1

Fonte: IBGE, 2016a, p.12.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo IBGE, demonstra o comportamento do mercado de trabalho no Brasil. Os dados coletados servem de base para estudo e criação de indicadores para demonstrar a evolução da força de trabalho no país. As informações são coletadas trimestralmente através de aproximadamente 211 mil domicílios particulares permanentes, em todas as regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). (IBGE, 2017c).

No quarto trimestre de 2015, de acordo com a PNAD, o crescimento na taxa de desemprego foi estimado em 9%, frente a taxa de ocupados 91%. No mesmo período em 2014, o percentual de desempregados foi de 6,5%, em quanto que a de ocupados foi de 93,5%. (IBGE, 2017a).

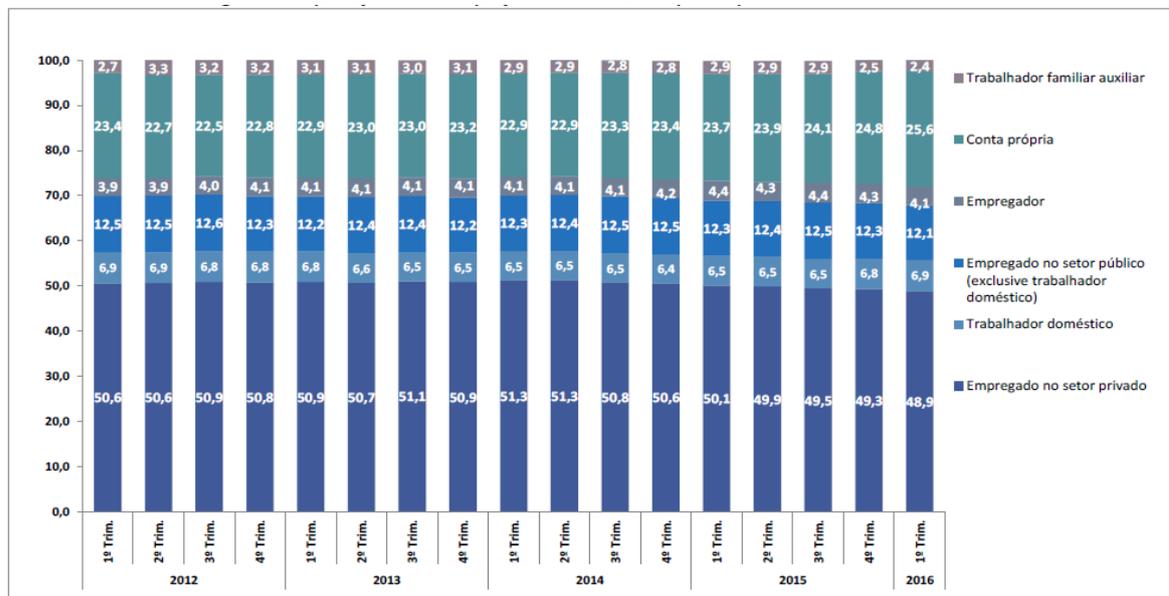
Ampliando a análise, é possível verificar que a crise tem influenciado o cenário socioeconômico nacional. Em anos anteriores, no segundo trimestre, o nível de desemprego que chegou a 7,5% em 2012, 7,4% em 2013, e, em 2014, a tendência de baixa se confirmava com os 6,8%. Contudo, em 2015, a desaceleração na produção brasileira, fez com que a taxa chegasse aos 8,3% de pessoas desocupadas. (IBGE, 2017a). Ver Tabela 3:

TABELA 3 - Força de trabalho (pessoas ocupadas e pessoas desocupadas)

Grandes Regiões	Distribuição das pessoas de 14 anos ou mais de idade, na força de trabalho, por condição de ocupação (%)																
	2012				2013				2014				2015				2016
	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.
Ocupadas																	
Brasil	92,1	92,5	92,9	93,1	92,0	92,6	93,1	93,8	92,8	93,2	93,2	93,5	92,1	91,7	91,1	91,0	89,1
Norte	91,1	91,9	92,2	92,7	91,4	91,7	92,5	93,5	92,3	92,8	93,1	93,2	91,3	91,5	91,2	91,4	89,5
Nordeste	90,3	90,4	90,6	90,7	89,1	90,0	91,0	92,1	90,7	91,2	91,4	91,7	90,4	89,7	89,2	89,5	87,2
Sudeste	92,1	92,6	93,1	93,4	92,4	92,8	93,0	93,8	93,0	93,1	93,1	93,4	92,0	91,7	91,0	90,4	88,6
Sul	94,9	95,2	95,7	96,0	95,2	95,7	95,9	96,2	95,6	95,9	95,8	96,2	94,9	94,5	94,0	94,3	92,7
Centro-Oeste	93,0	93,8	94,3	94,3	93,2	94,0	94,5	95,1	94,1	94,4	94,6	94,7	92,7	92,6	92,5	92,6	90,3
Desocupadas																	
Brasil	7,9	7,5	7,1	6,9	8,0	7,4	6,9	6,2	7,2	6,8	6,8	6,5	7,9	8,3	8,9	9,0	10,9
Norte	8,9	8,1	7,8	7,3	8,6	8,3	7,5	6,5	7,7	7,2	6,9	6,8	8,7	8,5	8,8	8,6	10,5
Nordeste	9,7	9,6	9,4	9,3	10,9	10,0	9,0	7,9	9,3	8,8	8,6	8,3	9,6	10,3	10,8	10,5	12,8
Sudeste	7,9	7,4	6,9	6,6	7,6	7,2	7,0	6,2	7,0	6,9	6,9	6,6	8,0	8,3	9,0	9,6	11,4
Sul	5,1	4,8	4,3	4,0	4,8	4,3	4,1	3,8	4,4	4,1	4,2	3,8	5,1	5,5	6,0	5,7	7,3
Centro-Oeste	7,0	6,2	5,7	5,7	6,8	6,0	5,5	4,9	5,9	5,6	5,4	5,3	7,3	7,4	7,5	7,4	9,7

Fonte: IBGE, 2017a, p.10.

Apesar do estreitamento na demanda por trabalho, verifica-se que os indivíduos que trabalham por conta própria têm crescido desde 2012. No segundo trimestre de 2015, a quantidade de ocupados correspondia a 23,9%, enquanto que em 2012, era de 22,7%. O nível de empregados no setor privado vem sofrendo um direcionamento contrário, em 2012, estava com 50,6%, atualmente com 49,9%. O mesmo comportamento é verificado nos empregadores, de 3,9% (2012) para 4,3% (2015), conforme Gráfico 11.

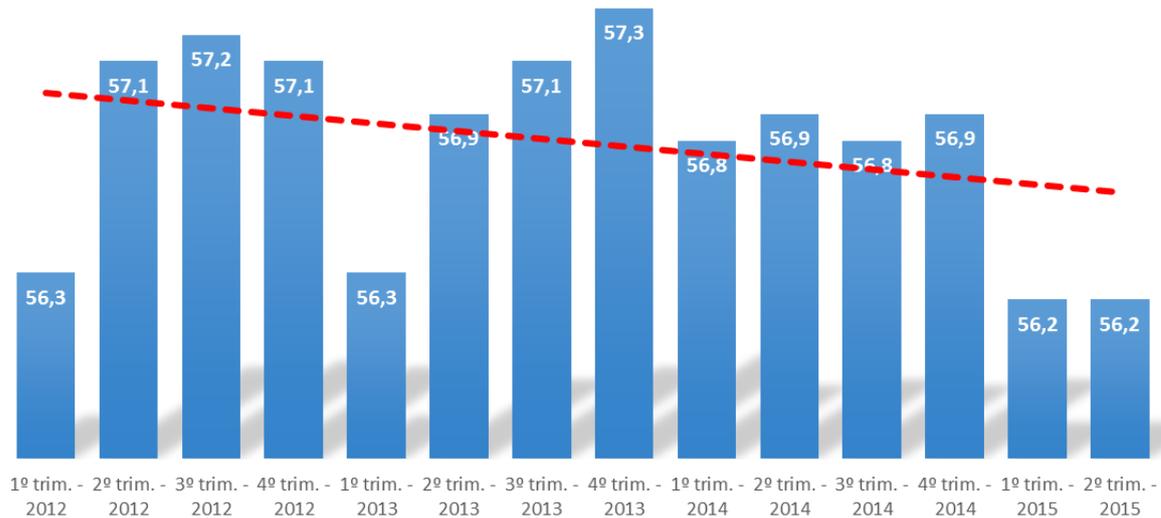
GRÁFICO 12 – Posição Ocupacional

Fonte: IBGE, 2017a, p.13

A linha de tendência no Gráfico 12, demonstra a redução no percentual da população economicamente ativa que está ocupada. Observa-se que a variação do percentual de ocupados é bem menor do que a de desempregados. Fato esse, que pode ser explicado devido à entrada de jovens no mercado de trabalho, e pessoas que estavam desempregadas,

trabalhando para si mesmas. Motivadas principalmente pela necessidade de aumento na renda familiar, devido à redução na poupança provocada pela inflação.

GRÁFICO 13 – População economicamente ativa ocupada



Fonte: adaptado, IBGE, 2016b.

Essa movimentação no mercado de trabalho teve forte impacto no setor de assistência à saúde. O cenário de desemprego dos fatores de produção impacta diretamente a renda das famílias, fazendo que suas escolhas estejam voltadas para outros bens e serviços disponíveis na economia. Isso deve-se, entre outros fatores, ao comportamento dos planos de saúde ser semelhante a um bem superior³². Por exemplo, considerando um indivíduo com determinada renda disponível e sem plano de saúde, qualquer variação positiva em seu salário ou benefícios, poderá provocar uma maior procura por serviços ligados à assistência à saúde.

Deste modo, é possível verificar no Gráfico 10 (da seção 4.1.1) e na Tabela 4 a quantidade de beneficiários de planos médicos hospitalares estava em tendência de alta desde 2007 até dezembro de 2014, com taxa de crescimento anual médio cerca de 3,62%. De 2014 para 2015, houve uma queda brusca na quantidade de beneficiários em torno de 4,06%.

Segundo dados divulgados pelo IESS, em março de 2015, cerca de 67% da demanda por planos de saúde no Brasil corresponderam aos planos coletivos, sejam eles empresariais ou por adesão. Um aumento de pessoas desempregadas contribuiu para uma queda na quantidade

³² Tipo de bem que reage positivamente a uma elevação da renda (cuja elasticidade é maior que um).

demandada, conseqüentemente, houve uma redução na renda das famílias e, com isso, há uma baixa no consumo também nos planos de saúde individuais.

Na Tabela 4, verifica-se que em dezembro de 2012, a quantidade de beneficiários contratantes dos planos de assistência à saúde, correspondeu a cerca de 47,7 milhões e, no mesmo período, em 2013, 49,4 milhões de beneficiários. No ano seguinte, chegou a 50,4 milhões e, em 2015, está registrado um total de 49,4 milhões de beneficiários. Analisando melhor esses dados, nota-se que o crescimento da quantidade de beneficiários por assistência à saúde suplementar perdeu velocidade. De 2012 para 2013, a taxa de crescimento de beneficiários correspondia a 3,2%. De 2013 para 2014, cresceu cerca de 3,31%; contudo de 2014 para 2015, houve uma queda de 2%. Como explicado anteriormente, o crescimento na taxa de desemprego tem forte influência.

TABELA 4 - Beneficiários de planos médico-hospitalares

Períodos	Total
2007	39.316.313
2008	41.468.019
2009	42.561.398
2010	44.937.350
2011	46.017.972
2012	47.728.858
2013	49.370.451
2014	50.397.541
2015	49.397.350

Fonte: IESS, 2016d.

Entretanto, os planos de saúde coletivos advêm de empresas que tentam firmar contratos com as prestadoras de planos de saúde que atendam às necessidades de seus funcionários e que possuam baixos preços. Contudo, isso aumentará o custo dos fatores de produção das instituições, fazendo que, na prática, sejam adquiridos planos com coparticipação dos beneficiários ou custeio 100% dos mesmos.

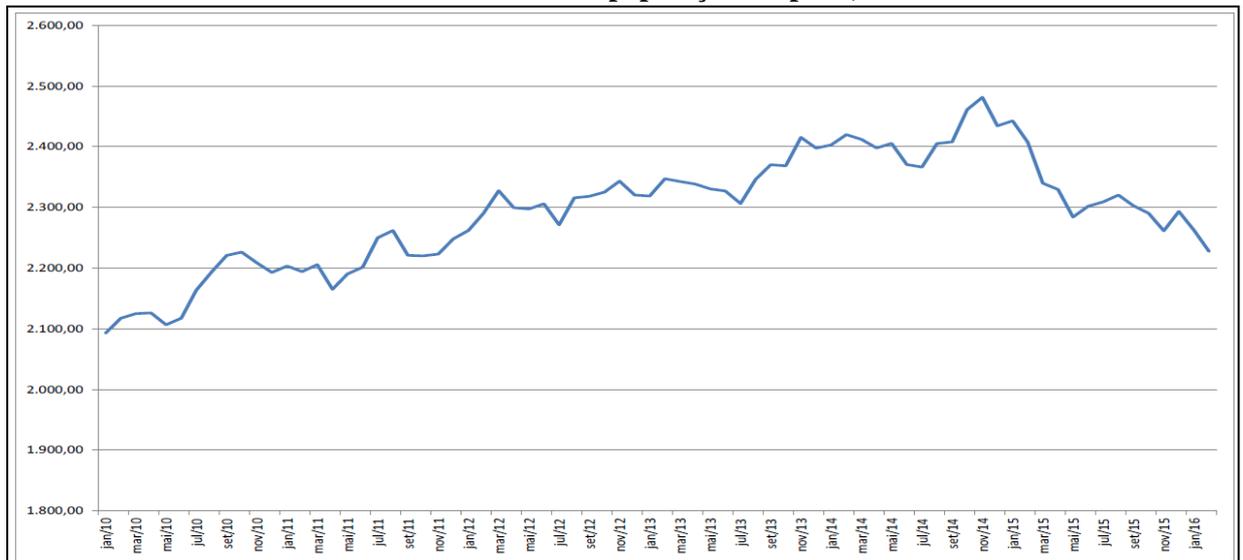
A crise econômica brasileira incentiva uma redução na produção e conseqüentemente, uma diminuição nos postos de trabalho. Que por sua vez, aumentará a quantidade de cancelamentos de contratos de planos de saúde. Contudo, houve um crescimento de cerca de 11,4 mil beneficiários de planos coletivos por adesão. Segundo pesquisas realizadas pelo IESS, os planos de saúde estão atrás apenas de educação e casa própria, no principal desejo

dos brasileiros, ficando à frente de seguro de vida, carro, celular e da previdência privada. (CARNEIRO, 2016).

Com isso, no mercado de trabalho, a contratação de planos de saúde pelas empresas acaba por ser um atrativo para segurar ou incentivar os trabalhadores ocupados, impactando no crescimento de contratos (a um crescimento marginal cada vez menor). No acumulado de 2015, os contratos coletivos (adesão e empresariais) tiveram uma taxa de crescimento de cerca de 1,3% negativos e individuais, cerca de 1,6% negativos. Em suma, redução de cerca de 1,5% em 2015. (CARNEIRO, 2016).

Os dois determinantes abordados aqui: inflação e o trabalho, muito impactam no nível de renda das famílias. Como redução no poder de compra das famílias, as suas preferências também são alteradas. Apesar que cerca de 60% dos planos de saúde serem coletivos, as famílias contribuem bastante para o fomento desse mercado. Por esse motivo, o SUS termina por ser uma alternativa para redução de custos, frente à redução no poder de compra das famílias. Conforme o Gráfico 13, é possível perceber o movimento para baixo da curva de renda média da população ocupada desde novembro de 2014.

GRÁFICO 14 – Renda média da população ocupada, 2010-2016



Fonte: IESS, 2016b, p.3.

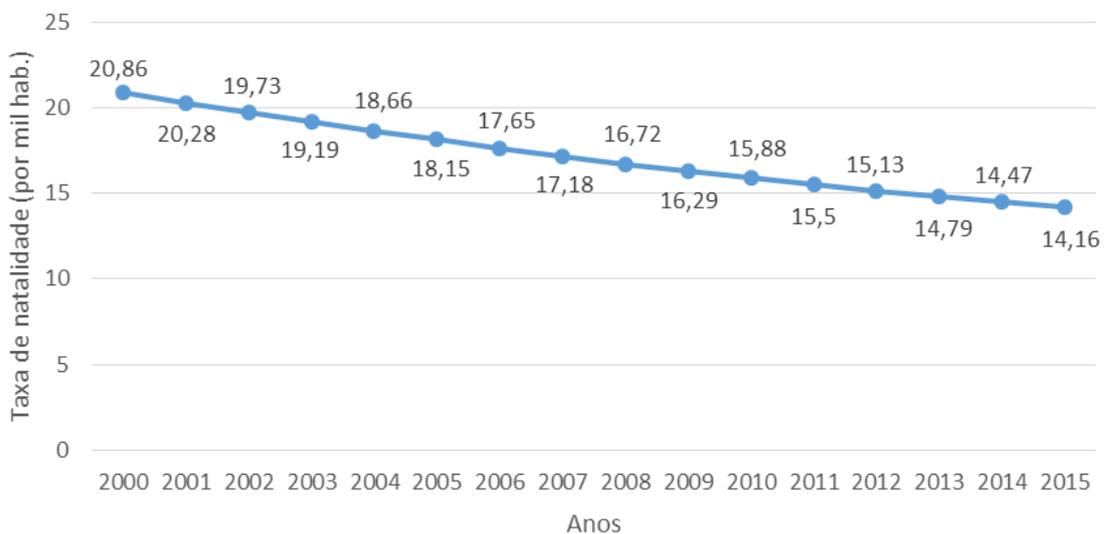
4.2 IMPACTO DA IDADE, EDUCAÇÃO E INCERTEZAS NO COMPORTAMENTO DA DEMANDA POR PLANOS DE SAÚDE

4.2.1 Etária

Conforme visto nas seções anteriores sobre o capital saúde, à luz Michael Grossman, a idade é também um forte determinante para o comportamento da demanda por planos de saúde. À medida que a idade das pessoas aumenta, o estoque de saúde que elas possuem se deprecia com o tempo, considerando todas as demais variáveis constantes. Com isso quanto mais elevada a idade das pessoas maior a procura por assistência à saúde. E, de acordo com a teoria econômica, quanto maior a demanda por determinado bem, maior será o seu preço, no caso planos de saúde.

No Brasil, a pirâmide etária, divulgada pelo IBGE, apresenta um inchamento no meio e na ponta da pirâmide, ou seja, a quantidade de idosos está crescendo bastante, devido à maior expectativa de vida. Entre os anos 2000 e 2015, a taxa de natalidade caiu cerca de 32% (vide Gráfico 14). De acordo com o sociólogo Dr. Antônio Flávio de Oliveira Pierucci, essa queda, deveu-se principalmente a mudança de mentalidade motivada pelo sistema capitalista de buscar por melhores condições financeiras, (através do mercado de trabalho, seja empregado ou como empregador) com o intuito de satisfazer as necessidades individuais, o que contribuiu para reduzir a quantidade de novos nascimentos no país. (SOCIÓLOGO, 2017).

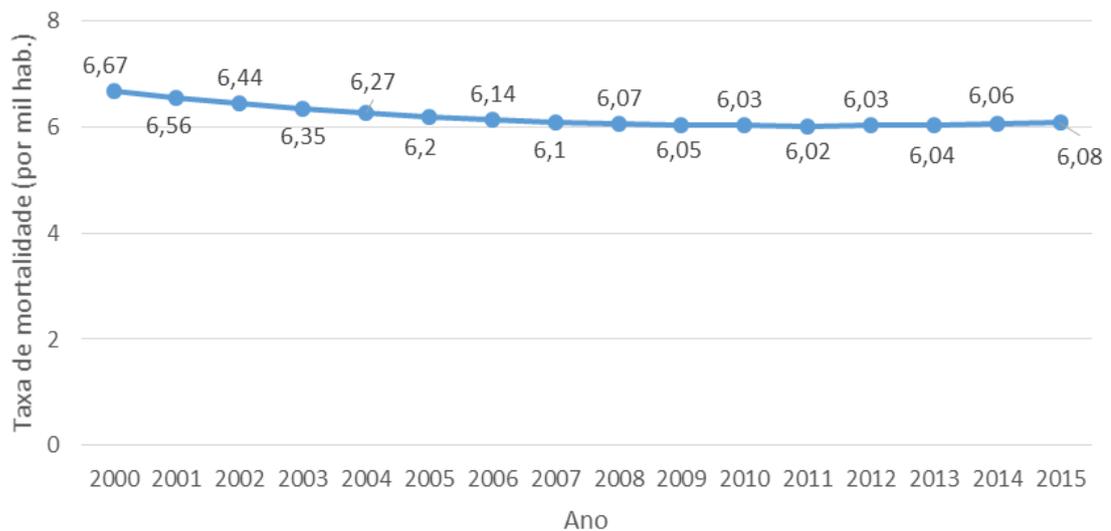
GRÁFICO 15 – Taxa bruta de natalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2015



Fonte: IBGE, 2016d.

Enquanto isso a taxa de mortalidade dos brasileiros permanece quase que constante desde 2008 a 2015, conforme o Gráfico 15:

GRÁFICO 16 – Taxa bruta de mortalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2015



Fonte: IBGE, 2016d

Deste modo, é possível perceber que menos pessoas estão nascendo enquanto a taxa de mortalidade permanece quase sem alteração de um ano para o outro, levando a crer que há uma maior expectativa de vida na população brasileira, aumentando assim a quantidade de idosos. O impacto desse fato, no mercado de saúde suplementar, é significativo devido aos altos preços dos planos de saúde.

Segundo os dados da VCMH/IESS, os idosos e crianças são os principais demandantes de planos de saúde. (IESS, 2016c). Esse fato é explicado por Grossman, quando afirma a depreciação do capital saúde no decorrer da vida e a necessidade de sua manutenção. Contudo, para qual, haverá um custo para isso. Assim como as crianças, que no período inicial da vida, necessitam bastante de assistência à saúde, de modo que capital saúde está em desenvolvimento. (FOLLAND, et al., 2008.). Assim, conforme a Quadro 2, a quantidade de idosos que possuem planos de saúde cresceu de 2014 a 2015, cerca de 2,8%, o maior crescimento dentro de qualquer outro grupo etário.

QUADRO 17 – Distribuição da amostra de beneficiários por faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (%)		VARIÇÃO EM P.P.
	DEZ/14	DEZ/15	
00-18	25,1	23,1	-2,0
19-23	5,1	5,0	-0,1
24-28	6,3	5,7	-0,6
29-33	7,4	6,9	-0,5
34-38	7,1	7,1	0,0
39-43	6,5	6,5	0,0
44-48	6,6	6,6	0,0
49-53	7,2	7,3	0,2
54-58	6,9	7,3	0,4
59 OU MAIS	21,8	24,6	2,8
TOTAL	100,0	100,0	

Fonte: IESS, 2016c. p.4.

Apesar da redução na variação na faixa etária entre 0 e 18 anos, esse grupo tem uma forte participação nos beneficiários de planos de saúde, correspondendo a 23,1%. Segundo a teoria de Grossman, período pelo qual o estoque de saúde precisa de uma forte assistência para fortalecimento e desenvolvimento. (FOLLAND, et al., 2008.). Por isso uma forte demanda desse grupo de indivíduos.

Desde moto, é visto que a faixa etária impacta fortemente na demanda por planos de saúde, conforme demonstrado acima com os dados econômicos segundo estudos de Michel Grossman.

4.2.2 Educação

A educação é de especial interesse na demanda por saúde. Um nível educacional mais alto é frequentemente relacionado a melhor saúde, e a maioria dos economistas acreditam que a educação pode melhorar a eficiência, com que a pessoa produz investimentos na saúde e em bens domésticos. (FOLLAND, SHERMAN *et al.*, 2008. p. 200).

No Brasil, o fator educacional é bastante crítico, principalmente no mercado de trabalho, onde 39,5% das pessoas em idade de trabalhar possuem nível fundamental incompleto. Esse percentual é composto por 12,5% que não têm instrução ou não completaram 1 ano de estudo e 27%, estão com o nível fundamental incompleto. Apenas 10,5% completaram esse nível educacional, 6,9% estão com o nível médio incompleto e 26,4% concluíram o nível médio. 4,3% possuem nível superior incompleto e 12,3% possui diploma de nível superior. (IBGE, 2016b).

Com isso, nota-se que 87,7% da população brasileira em idade de trabalhar não possui nível superior ou equivalente. Devido a esses fatores, no mercado segurador o mesmo quadro se repete. Vide Tabela 5. Esse fator também é comprovado observando pela ótica dos usuários do SUS, conforme pesquisa desenvolvida por Moimaz (2010), apresentada na Tabela 6³³.

TABELA 5 - Distribuição das pessoas de 14 anos ou mais de idade, por nível de instrução, segundo as Grandes Regiões

Nível de Instrução	Pessoas em idade de trabalhar (%)
Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	12,5
Ensino fundamental incompleto ou equivalente	27,0
Ensino fundamental completo ou equivalente	10,5
Ensino médio incompleto ou equivalente	6,9
Ensino médio completo ou equivalente	26,4
Superior incompleto ou equivalente	4,3
Superior completo	12,3

Fonte: adaptado, IBGE, 2016b.

TABELA 6 – Nível de instrução dos usuários do SUS

Nível de Instrução	Usuários do SUS (%)
Não estudaram	16,9
Até ensino fundamental	58,4
Até ensino médio	18,3
Até ensino superior	6,4

Fonte: adaptado MOIMAZ, 2010, p. 7.

De acordo com o Ibope, os beneficiários de planos de saúde possuem maiores qualificações educacionais e participação no mercado de trabalho. A pesquisa realizada em 2015, apontou que cerca de 73% possui pelo menos o nível médio completo. (IBOPE, 2015). Esse fato, analisado juntamente com os estudos de Grossman, permite perceber que os mais interessados em melhorar o estoque de saúde são aqueles indivíduos que possuem maior nível de

³³ Importante ressaltar que a pesquisa foi realizada apenas no interior do Estado de São Paulo, nos municípios: Bilac, Clementina, Piacatu, Santópolis do Aguapeí e Gabriel Monteiro. (MOIMAZ *et al.*, 2009).

instrução, *ceteris paribus*. Não estão sendo considerados, a quantidade da população que está na força de trabalho nem o nível de renda etc.. Contudo, o nível de educação também impacta nas decisões dos consumidores quanto ao adquirir um plano de saúde no Brasil.

4.2.3 Incertezas

Para analisarmos esse ponto, será possível verificar pela própria ótica dos beneficiários de planos de saúde. Segundo pesquisa realizada pelo Ibope (a pedido do IESS), a respeito das preferências referentes aos serviços de planos de saúde, foi perceptível que a maioria dos usuários possui uma assistência suplementar devido a segurança. Ainda assim, o segundo fato importante é porque a saúde pública é precária. (IBOPE, 2015).

Segundo estudos de Grossman, os indivíduos possuem planos de saúde para buscar melhorar seu estoque de saúde. As incertezas no decorrer da vida de modo que reduza a depreciação do seu estoque, faz com que sua busca por assistência aumente. Desde saber mapa de endemias que possam ocorrer em determinados lugares, como utilizar os melhores e mais confiáveis serviços que lhes proporcionem segurança quanto à manutenção do seu capital. Ou seja, um serviço precário não garantirá certeza de que há eficácia no serviço médico, conforme visto na pesquisa do IESS.

Em 2009, Suzely Moimaz realizou uma pesquisa de satisfação do SUS em alguns municípios na região noroeste de São Paulo, com o intuito de verificar a “qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo sistema de saúde local”. (MOIMAZ,2010. p.4). Foi verificado que o serviço público, nos municípios estudados, possui grau de satisfação acima dos 60%. Contudo, os problemas são os mesmos dos verificados nos grandes centros urbanos: demora no atendimento, longas filas etc.. (MOIMAZ,2010).

Com base em todas as informações e imagens supracitados, essas incertezas muito influenciam no comportamento da demanda por planos de saúde, conforme Grossman. (FOLLAND, et al., 2008), apesar da existência do SUS.

5 CONCLUSÃO

A história do mercado de saúde suplementar no Brasil demonstra que o setor está em crescimento e muito impacta no desenvolvimento socioeconômico do país. Apesar da existência do SUS, as pesquisas apontam que as pessoas preferem utilizar os serviços de assistência à saúde suplementar, devido a problemas como atendimento menos humanizado, longa espera, deficiência de materiais entre outros fatores, dos serviços ofertados pelo poder público. Contudo, vários outros fatores interferem na decisão de adquirir um plano de saúde. (MOIMAZ, 2010).

Conforme apresentado, a escolha de um plano de saúde pelas pessoas decorre de vários fatores, entre eles a renda, nível educacional, nível de instrução e incertezas. A maioria dos beneficiários possui pelo menos o nível médio. Já na pesquisa de Moimaz (2010) a maioria dos entrevistados, usuários exclusivamente do SUS, possuía apenas o nível fundamental.

Contudo, a crise que o país enfrentou em 2015, influenciou na redução no consumo das famílias e na formação bruta de capital. O desemprego crescente contribuiu para uma redução considerável no poder de compra das famílias, impactando na redução da procura por planos de saúde. Seja pelo cancelamento de planos coletivos ou pela redução do poder aquisitivo das famílias, fazendo com que muitas pessoas utilizassem os serviços ofertados pelo poder público, aumentando ainda mais a demanda pelo SUS. A inflação do período, analisada pelo IPCA e VCMH/IESS, somou-se ao cenário de desocupação da força de trabalho. Conforme visto nesse trabalho, a elevação dos planos de saúde, foi bastante expressiva em 2015, devido entre outras causas, da intensidade no uso de internações. (IESS, 2016b).

A análise da demanda recente por planos de saúde no Brasil, apresentada nesta monografia, serve de fundamento lógico para abordagens dos serviços de assistência saúde prestados à população. Sabe-se que existem milhares de famílias que são beneficiadas. Para ser mais exato, existem 49.730.405 pessoas cobertas por algum tipo de plano de saúde no país. (CARNEIRO, 2016). Com essa gama de usuários, é necessário um maior empenho para melhorar não apenas o setor privado, mas também o sistema ofertado pelo poder público.

Existem questões que precisam ser estudadas com mais detalhes quanto aos problemas da prestação de serviço no SUS nos grandes centros urbanos e a alta nos preços dos planos. De fato, os próprios consumidores de planos de saúde têm pouco conhecimento de como sua participação é de suma importância para o desenvolvimento deste mercado. E as empresas

ofertantes, buscam atuar de forma mais eficiente mitigando existem falhas no sistema (numa economia de mercado).

REFERÊNCIAS

- ANS. **Rol de procedimentos e eventos em saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/materiais_para_pesquisa/materiais_por_assunto/proceditorialans_rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- ANS. **Histórico de reajuste por variação de custo pessoa física.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>>. Acesso em: 24 jul. 2016a.
- ANS. **Beneficiários por ufs, regiões metropolitanas (RM) e capitais.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def>. Acesso em: 24 jul. 2016b.
- ANS. **Planos de saúde registrados ou cadastrados - assistência médica segundo tipo de contratação período: jun/2016.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_pl.def>. Acesso em: 09 ago. 2016c.
- ANS. **Câmara técnica - ANS: mecanismos de regulação na saúde suplementar.** Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dirpf/entrega-da-declaracao-do-irpf/retificacao-da-declaracao-do-irpf#prazo>>. Acesso em: 21 ago. 2016d.
- ANS. **Ans Tabnet.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_pl.def>. Acesso em: 19 out. 2016f.
- ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.1-64, mar. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2016_mes03_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.
- BOHRER, Saulo Santiago. **Mercado de seguros luso brasileiro:** a casa de seguros de Lisboa e do Rio de Janeiro (1758-1831). Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/stricto/td/1412.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Preços Administrados.** Brasília, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/conteudo/home-ptbr/faqs/faq%2005-pre%c3%a7os%20administrados.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- BRASIL. **Previdência Social.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1888-1933/>>. Acesso em: 03 ago. 2016a.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portal da saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 10 jan. 2016b.
- BRASIL. Decreto nº 294, de 5 de setembro de 1895. Dispõe sobre as companhias estrangeiras de seguro de vida que funcionam no território do Brazil. **Coleção de Leis do Brasil.** p.17 v..1. 1895. pt. I.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Coleção de Leis do Brasil**. p.126 Vol. 1. 1923.

BRASIL. Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. p.12917. 30 jun. 1933. Seção 1.

BRASIL. Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. p.13524. 22 nov. 1966. Seção 1.

BRASIL. Resolução CNSP nº 011/76. **Diário Oficial da União**. 21 mai. 1976.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. p.1. 5 out. 1988. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. p.18055. 20 set 1990. Seção I.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. p.1. 4 jun 1998. Seção I.

CARNEIRO, L. A. et al. Saúde Suplementar em Números: Data base: dezembro de 2015. **IESS**, São Paulo, n. 10, p. 10, mar. 2016.

DEPEC. **Sistema de saúde privado**. Bradesco. Jan. 2017. Disponível em: <https://www.economiaemdia.com.br/EconomiaEmDia/pdf/infset_sistema_de_saude_privado.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

ECONOMIA COMPORTAMENTAL. Disponível em: <<http://www.economiacomportamental.org/o-que-e/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

FAPESP. "**Milagre**" **Econômico Explicado**. Disponível em: <<http://www.bv.fapesp.br/namidia/noticia/27302/milagre-economico-explicado/>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FORÇA SINDICAL. **Dieese**: inflação - junho 2012. Disponível em: <[http://fsindical.org.br/midias/arquivo/770c5165143d081605bb5ffc930209803\).pdf](http://fsindical.org.br/midias/arquivo/770c5165143d081605bb5ffc930209803).pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2016.

FOLLAND, Sherman, *et al.* **A Economia da Saúde**. 5.ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2008. 736 p.

IBGE. **Indicadores IBGE**. Contas Nacionais Trimestrais. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/contas_nacionais/contas_nacionais_trimestrais/fasciculo_indicadores_ibge/pib-vol-val_201504caderno.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016a.

IBGE. **Indicadores IBGE**: PNAD – 4º trimestre de 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/2015/pnadc_201504_trimestre_caderno.o.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016b.

IBGE. **Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA e INPC**: julho de 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/precos_indices_de_precos_ao_consumidor/ipca/fasciculo_indicadores_ibge/ipca-inpc_201607caderno.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016c.

IBGE. **Brasil em síntese**. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade>>. Acesso em: 27 dez. 2016d.

IBGE. **Indicadores IBGE**: PNAD – 1º trimestre de 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnadc_201601_trimestre_caderno_20160519_113000.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017a.

IBGE. **Indicadores IBGE**: PNAD – janeiro de 2017. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/trabalho_e_rendimento/pesquisa_nacional_por_amostra_de_domicilios_continua/mensal/comentarios/pnadc_201701_comentarios.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017b.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Mensal**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua_mensal/>. Acesso em: 08 mar. 2017c.

IBOPE. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/documents/iess.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

IESS Data. **Inflação (ipca)**. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/iessdata/>>. Acesso em: 27 dez. 2016a.

IESS. **Vcmh/iess**. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13>. Acesso em: 24 nov. 2016b.

IESS. **Variação de Custos Médico-Hospitalares**. São Paulo, n. 13, mai. 2016c.

IESS Data. **Beneficiários de planos médico hospitalares**. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/iessdata/>>. Acesso em: 27 dez. 2016d.

IRB BRASIL RE. Disponível em: <<https://www.irbbrasilre.com/pt-br/paginas/nossa-historia.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

GALIZA, Francisco. **Economia e Seguro**: uma Introdução. 3ª ed.. Rio de Janeiro: Funenseg, 2011. 236 p.

LUPION, Bruno. **Quais despesas do governo federal são obrigatórias ou vinculadas**.

INESC. São Paulo, 10 de mai. 2016. Disponível em:
<<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2016/maio/quais-despesas-do-governo-federal-sao-obrigatorias-ou-vinculadas>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

MAIA, Ana Carolina. **Ensaio sobre a demanda no setor de saúde suplementar brasileiro**. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG, 2012. 117 p.

MAGALHÃES, Uriel De. Demanda por saúde no Brasil: dois estudos de caso. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 517-556, out/dez. 1978.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, mai. 2010.

OLIVEIRA, Maria Teresa Ribeiro de. O Século XIX, Segundo Furtado. **Revista Economia**, Brasília (DF), v. 10, n. 4, p. 887-904, dez. 2009.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, ago. 2008.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. 6. ed. São Paulo, SP: Prentice Hall, 2006. xxii, 711 p.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. São Paulo, SP: Pearson Education do Brasil, 2013. 742 p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

RELATÓRIO DE INFLAÇÃO. Brasília, Banco Central do Brasil, v. 13, n. 4, p. 1-153, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2011/12/ri201112P.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016a.

RELATÓRIO DE INFLAÇÃO. Brasília, Banco Central do Brasil, v. 17, n. 1, p. 1-122, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2015/03/ri201503P.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016b.

SOCIÓLOGO comenta baixa taxa de natalidade. Disponível em:
<<http://noticias.cancaonova.com/brasil/sociologo-comenta-baixa-taxa-de-natalidade/>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

SOUZA, A. L. F. D. et al. **Dicionário de seguros**: vocabulário conceituado de seguros. 2 ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2000. 160 p.

SUSEP. **Glossário**. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/glossario>>. Acesso em: 21 out. 2015a.

SUSEP. **História do Seguro**. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/historia-do-seguro>>. Acesso em: 21 out. 2015b.

VASCONCELOS, Marco Antonio Sandoval de. **Economia Micro e Macro**. São Paulo. Editora Atlas (2001).

ZETTEL, Valdir. **Saúde suplementar**. 9 ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2012. 140 p.