

O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: REGULAÇÃO E  
RESULTADOS ECONÔMICOS DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: REGULAÇÃO E  
RESULTADOS ECONÔMICOS DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

2014



O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: REGULAÇÃO E  
RESULTADOS ECONÔMICOS DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

## DEDICATÓRIA

## **AGRADECIMENTOS**



*“Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz, quem sabe  
Só levo a certeza  
De que muito pouco sei  
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas  
E as manhãs  
O sabor das massas  
E das maçãs*

*É preciso amor  
Pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir”*

*(Renato Teixeira e Almir Sater)*



## RESUMO

Esta tese analisa os resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil, no contexto da regulação do setor. Tem como base revisão da literatura que evidenciou as particularidades desse mercado e os fundamentos da sua regulação, bem como seus antecedentes no Brasil.

Para a análise do período pós regulação, houve levantamento das normas legais e infralegais, bem como de dados empíricos do setor, em especial dos demonstrativos contábeis das Operadoras.

Foram identificadas mudanças nos resultados desse mercado e associações com a trajetória da regulação. Destacam-se estratégias de diminuição do risco das carteiras, aumento das receitas financeiras e estabilidade em termos reais das receitas de mensalidades. Quanto à destinação dos recursos, houve aumento da taxa de sinistralidade. Ademais, considerando modelo de decomposição da rentabilidade com base no Sistema DuPont, são apontadas distinções relevantes dos resultados entre os tipos de Operadoras.

**Descritores / Palavras-chave:** Seguro de saúde e planos privados de saúde. Regulação da Saúde Suplementar. Estado, mercado e regulação em saúde. Produção e formação dos preços. (Classificação JEL: I13, I18, L11).

## **ABSTRACT**

This thesis analyzes the economic results of the health insurance market in Brazil, in the context of regulation of the sector. It is based on literature review that showed the particularities of this market and the reasons for its regulation as well as its antecedents in Brazil.

For the analysis of the post regulation period, The study involved surveying the established regulation rules, as well as empirical data, especially the financial statements of the companies (Operators).

Changes in the results of this market and associations with the history of regulation were identified, like strategies for reducing the risk of portfolios, increase of financial income and stability in real terms of the revenues of mensal insurance premiums. Regarding the allocation of resources, occurs an increase in accident rate. Moreover, considering the decomposition of profitability based on the DuPont system, the results shows relevant distinctions between the types of operators.

**Keywords:** Health Insurance and private health plans. Supplementary Health Regulation. State, market and regulation of health. Production and pricing. (JEL Classification: I13, I18, L11).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1: Cadeia produtiva do mercado de planos de saúde .....	31
Figura 3.1: Linha do tempo: políticas e planos de saúde no século XX.....	66
Figura 3.2: Categorias de preços de seguros de assistência médico-hospitalar ...	111
Figura 4.1: Funcionamento do mercado planos de saúde antes e depois da regulação .....	159
Figura 4.2: Tipos de relacionamento usuário x Operadora de planos de saúde ....	161
Figura 5.4.1: Decomposição da rentabilidade segundo o Sistema DuPont .....	252
Figura 5.4.2: Decomposição da rentabilidade segundo modelo adaptado às Operadoras de planos de saúde no Brasil .....	253

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1: Cobertura do seguro privado de saúde, segundo países .....	52
Gráfico 3.1. Participação das modalidades de operadoras de planos de saúde no faturamento do mercado .....	114
Gráfico 5.1: Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial (em milhões) - 2000 a 2012 .....	196
Gráfico 5.2: Beneficiários de planos médicos (em milhões) por tipo de contratação - 2000 a 2012 .....	199
Gráfico 5.3: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões) por tipo de contratação - 2000 a 2012 .....	202
Gráfico 5.4: Operadoras em atividade – 1999 a 2012 .....	206
Gráfico 5.5: Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares segundo modalidades de operadoras – 2000 a 2012 .....	212
Gráfico 5.6: Distribuição dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segundo modalidade de operadoras – 2000 a 2012 .....	214
Gráfico 5.7: Gastos em saúde, público e privado, no Brasil (% do PIB) – 1995 a 2011 .....	218
Gráfico 5.8: Gastos em saúde per capita, público e privado, em países selecionados – 2009 .....	219
Gráfico 5.9: Gastos privados em saúde, com planos pré-pagos e diretos do bolso, no Brasil (% do PIB) – 1995 a 2011 .....	220

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1: Categorias selecionadas da subárea de pesquisa Economia .....	32
Quadro 2.1: Quadro 2.1: Planos de saúde segundo a hierarquia da Classificação Nacional de Atividades Econômicas .....	42
Quadro 2.2: Caracterização do Complexo Industrial da Saúde .....	46
Quadro 2.3: Modalidades de financiamento dos gastos com serviços de saúde ....	47
Quadro 2.4: Critérios de classificação dos seguros de saúde .....	48
Quadro 2.5: Tipologia de funções do seguro privado de saúde .....	50
Quadro 2.6: Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público .....	51
Quadro 3.1: Mudanças políticas e do modelo de saúde pública no Brasil .....	59
Quadro 3.2: Histórico do setor de saúde no Brasil até 1945 .....	60
Quadro 3.3: Histórico do setor de saúde no Brasil após 1945 .....	60
Quadro 3.4: Características da trajetória da saúde suplementar no Brasil .....	64
Quadro 3.5: Órgãos Previdenciários no Brasil .....	69
Quadro 3.6: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (até 1945) ....	69
Quadro 3.7: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1945-1964) .	73
Quadro 3.8: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1964-1973) .	84
Quadro 3.9. Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1974-1985) .	93
Quadro 3.10. Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1985-1998) .....	105
Quadro 3.11: O Mercado de Assistência Médica Suplementar no Brasil (1989) ...	108
Quadro 3.12: Condicionantes relevantes do mercado de planos de saúde no Brasil .....	131
Quadro 4.1: Marco Legal da saúde suplementar - organização do mercado .....	150
Quadro 4.2: Marco Legal da saúde suplementar - regulação dos produtos .....	152
Quadro 4.3: Marco Legal da saúde suplementar - padronização da cobertura ....	154
Quadro 4.4: Marco Legal da saúde suplementar - regulação das Operadoras ....	155
Quadro 4.5: Medidas infralegais antes da criação da ANS .....	157
Quadro 4.6: Principais competências da ANS .....	159
Quadro 4.7: Definições de segmentação de operadoras de planos de saúde .....	163
Quadro 4.8: Classificação de Operadoras de planos de saúde conforme segmentação .....	164
Quadro 4.9: Definições das modalidades de Operadoras de planos de saúde ....	165
Quadro 4.10: Regras do aumento de preço por mudança de faixa etária .....	175
Quadro 4.11: Formação da despesa assistencial por exposto .....	177
Quadro 4.12: Formação do Valor Comercial da Mensalidade .....	178

Quadro 5.1: Normas sobre o Plano de Contas Padrão da ANS .....	183
Quadro 5.2: Periódicos publicados pela ANS .....	185
Quadro 5.3: Indicadores de rentabilidade utilizados pela ANS .....	187
Quadro 5.4: Indicadores Operacionais utilizados pela ANS .....	187
Quadro 5.5: Literatura sobre regulação da saúde suplementar e resultados econômicos .....	190
Quadro 5.6: Literatura sobre resultados econômicos na saúde suplementar .....	191
Quadro 5.7: Especificação dos índices de preços, de quantidades e de valor .....	234
Quadro 5.4.1: Identificação das contas contábeis selecionadas do Plano de Contas da ANS .....	253



## LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1: Síntese de indicadores macroeconômicos do Brasil.....	64
Tabela 3.2: Evolução dos convênios-empresa (1975-1979) .....	90
Tabela 3.3: Crescimento médio anual dos usuários de planos de saúde .....	103
Tabela 3.4: Usuários do mercado de planos de saúde .....	104
Tabela 3.5: Crescimento médio anual dos prêmios de planos de saúde.....	108
Tabela 3.6: Empresas de planos de saúde segundo modalidade .....	109
Tabela 3.7. Faturamento e preços de planos de saúde (1997-98) .....	111
Tabela 3.8: Usuários de planos de saúde, segundo modalidades de operadoras.	112
Tabela 3.9: Faturamento (em US\$ /ano) de planos de saúde, segundo modalidades de operadoras .....	113
Tabela 3.10: Faturamento por usuário de planos de saúde (em US\$ /ano), segundo modalidades de operadoras .....	114
Tabela 3.11: Estimativa da sinistralidade do seguro saúde (1984-1998) .....	117
Tabela 3.12: Taxas de sinistralidade das Seguradoras .....	117
Tabela 3.13: Utilização dos serviços de saúde, segundo modalidades operadoras de planos de saúde .....	118
Tabela 3.14: Distribuição percentual dos clientes por modalidades operadoras de planos de saúde segundo Macrorregiões do Brasil (1998/99) .....	118
Tabela 3.15: Clientes de medicinas de grupo (filiadas a Abramge), segundo porte (1998) .....	121
Tabela 3.16. Maiores Seguradoras no ramo saúde (1998) .....	124
Tabela 5.1: Participação de beneficiários segundo os tipos de contratação, por tipo de cobertura assistencial – 2000 a 2012 .....	198
Tabela 5.2: Beneficiários de planos médicos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012 .....	199
Tabela 5.3: Beneficiários de planos médicos coletivos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012 .....	201
Tabela 5.4: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012 .....	202
Tabela 5.5: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos coletivos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012 .....	204
Tabela 5.6: Evolução do registro de operadoras na ANS – 1999 a 2012 .....	205
Tabela 5.7: Legenda para modalidades de operadoras .....	207
Tabela 5.8: Operadoras em atividade, por modalidade de Operadora – 1999 a 2012 .....	207
Tabela 5.9: Distribuição percentual das Operadoras em atividade, segundo modalidade das Operadoras, 2000 a 2012 .....	208

Tabela 5.10: Quantidade de registros novos e cancelados, por modalidades de operadora - 2000 a 2012 .....	209
Tabela 5.11: Beneficiários de planos médicos e exclusivamente odontológicos, segundo tipo de operadora - 2000 e 2012 .....	210
Tabela 5.12: Percentual de beneficiários de planos médicos na carteira das operadoras médicas, por modalidade de operadora - 2000 a 2012 .....	211
Tabela 5.13: Beneficiários de planos médicos (em milhões), por modalidade de operadoras – 2000 a 2012 .....	212
Tabela 5.14: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões), por modalidade de operadoras – 2000 a 2012 .....	213
Tabela 5.15: Distribuição dos beneficiários de planos médicos segundo época de contratação, por modalidade de operadora - 2000 e 2012 .....	214
Tabela 5.16: Distribuição de beneficiários de planos médicos segundo tipo de contratação, por modalidade de operadora – 2000 e 2012 .....	216
Tabela 5.17: Distribuição dos beneficiários de planos médicos segundo época e tipo de contratação, por modalidade de operadora – 2000 e 2012 .....	217
Tabela 5.18: Legenda das modalidades de operadoras .....	221
Tabela 5.19: Receitas de contraprestações efetivas de planos de saúde (R\$ bi), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012 .....	222
Tabela 5.20: Participação de mercado em termos das receitas de contraprestações efetivas, por modalidades de operadoras .....	223
Tabela 5.21: Quantidade de beneficiários (em milhões), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012 .....	224
Tabela 5.22: Receita de contraprestações efetivas por beneficiário de planos de saúde (R\$ mil ao ano), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012 .....	224
Tabela 5.23: Estimativa das receitas de contraprestações efetivas (R\$ bi), por tipo de operadora e tipo de plano de saúde – 2001 e 2012 .....	226
Tabela 5.24: Estimativa das receitas de contraprestações efetivas por beneficiário (R\$ mil), por tipo de plano de saúde – 2001 e 2012 .....	227
Tabela 5.25: Categorias de receitas das Operadoras .....	229
Tabela 5.26: Categorias de receitas das operadoras (R\$ bi) – 2012 .....	231
Tabela 5.27: Participação das categorias de receitas, por modalidade de Operadora – 2012 .....	232
Tabela 5.28: Variação anual de indicadores gerais e dos reajustes de planos de saúde individuais – 2000 a 2012 .....	235
Tabela 5.4.1: Média dos carregamentos das NTRPs com e sem outliers .....	239
Tabela 5.4.2: Média dos carregamentos das NTRPs sem outliers, por tipo de contratação .....	240
Tabela 5.4.3: Despesas Assistenciais por modalidades de operadoras (R\$ bi) – 2001 a 2012 .....	242
Tabela 5.4.4: Sinistralidade por modalidades de operadoras – 2001 a 2012 .....	243

Tabela 5.4.5: Categorias de despesas das Operadoras .....	247
Tabela 5.4.6: Indicadores de despesas sobre contraprestações efetivas, índice combinado e índice combinado ampliado – 2001 e 2012 .....	248
Tabela 5.4.7: Participação das categorias de despesas, segundo modalidades de Operadoras – 2012 .....	249
Tabela 5.4.8: Indicadores agregados da destinação das receitas de contraprestações efetivas, segundo tipo de Operadora – 2001 e 2012 .....	257
Tabela 5.4.9: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras – 2001 e 2012 .....	258
Tabela 5.4.10: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras Médicas – 2001 e 2012 .....	258
Tabela 5.4.11: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras Exclusivamente Odontológicas – 2001 e 2012 .....	259
Tabela 5.4.12: Indicadores agregados da destinação das receitas de contraprestações efetivas, por modalidades de operadoras – 2001 e 2012 .....	260
Tabela 5.4.13: Distância do indicador da modalidade de Operadora em relação ao indicador agregado do tipo de operadora (em p.p.) – 2001 e 2012 .....	263
Tabela 5.4.14: Distância do indicador da modalidade de operadora em 2012 relativamente à 2001 (em p.p.) .....	263
Tabela 5.4.15: Mediana dos indicadores das operadoras, por modalidades de operadoras – 2001 e 2012 .....	264
Tabela 5.4.16: Diferença do indicador agregado para a mediana dos indicadores das Operadoras, por modalidade de operadora (em p.p.) – 2001 e 2012 .....	265
Tabela 5.4.17: Resultado líquido segundo modalidades de Operadoras – 2001 e 2012 .....	268
Tabela 5.4.18: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por tipo de Operadora – 2001 e 2012 .....	269
Tabela 5.4.19: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por modalidades das Operadoras Médicas – 2001 e 2012 .....	272
Tabela 5.4.20: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por modalidades das Operadoras Odontológicas – 2001 e 2012 .....	272

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ABRES: Associação Brasileira de Economia da Saúde  
ADIN: Ação Direta de Inconstitucionalidade  
AIS: Ações Integradas de Saúde  
AMS: Assistência Médico-Sanitária  
ANATEL: Agência Nacional de Telecomunicações  
ANEEL: Agência Nacional de Energia Elétrica  
ANP: Agência nacional de Petróleo, Gás Natural e B combustíveis  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APAC: atendimentos ambulatoriais de alta complexidade  
BNDES: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CADE: Conselho Administrativo de Defesa Econômica  
CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CDC: Código de Defesa do Consumidor  
CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEF: Caixa Econômica Federal  
CEME: Central de Medicamentos  
CF: Constituição Federal  
CNAE: Classificação Nacional de Atividades Econômicas  
CNSP: Conselho Nacional de Seguros Privados  
CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CONSU: Conselho de Saúde Suplementar  
CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
CSN: Companhia Siderúrgica Nacional  
CSS: Câmara de Saúde Suplementar  
CVM: Comissão de Valores Mobiliários  
DIOPE: Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras  
DLP: Doenças ou Lesões Preexistentes  
DESAS: Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde  
do Ministério da Saúde  
DIDES: Diretoria de Desenvolvimento Setorial  
DIFIS: Diretoria de Fiscalização

DIGES: Diretoria de Gestão  
DIOPS: Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde  
DIPRO: Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos  
EC: Emenda Constitucional  
FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FAT: Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FGV: Fundação Getúlio Vargas  
Funrural: Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
IAP: Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IAPAS: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPB: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários  
IAPC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes  
IAPE: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores  
IAPFESP: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários  
IAPI: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários  
IAPM: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos  
IAPTC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transporte e Cargas  
IAPTEC: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e Empregados em Transportes e Cargas  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IGP-M: Índice Geral de Preços do Mercado  
IMS: Instituto de Medicina Social  
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social  
IPASE: Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado  
IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo  
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada  
IRB: Institutos de Resseguros do Brasil  
MP: Medida Provisória  
MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS: Ministério da Saúde  
NTRP: Nota Técnica de Registro de Produtos  
OECD: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS: Organização Panamericana da Saúde  
PAEG: Plano de Ação Governamental  
PIB: Produto Interno Bruto  
PPA: Plano de Pronta Ação  
PROMOPREV: Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças  
RN: Resolução Normativa  
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada  
ROA: Retorno sobre o ativo  
ROE: Retorno sobre o patrimônio líquido  
SAMDU: Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência  
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIB: Sistema de Informações de Beneficiários  
SINAPI: Sistema de Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil  
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SIP: Sistema de Informações de Produtos  
STF: Supremo Tribunal Federal  
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SUSEP: Superintendência de Seguros Privados  
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>1.1. Delimitação do assunto .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2. Definição do Objeto .....</b>	<b>29</b>
<i>1.2.1. Especificação do mercado de planos de saúde.....</i>	<i>30</i>
<i>1.2.2. Delimitação do campo da pesquisa e das dimensões analíticas .....</i>	<i>31</i>
<b>1.3. Objetivo da pesquisa .....</b>	<b>36</b>
<b>1.4. Metodologia .....</b>	<b>36</b>
<b>2. FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1. Conceito de planos de saúde .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2. Tipologia de planos de saúde .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3. Fundamentos da regulação dos planos de saúde .....</b>	<b>54</b>
<b>3. HISTÓRICO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ 1998 .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1. Fundamentos para a periodização do histórico .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2. Antecedentes até a Segunda Guerra Mundial (1945) .....</b>	<b>67</b>
<b>3.3. Pós Segunda Guerra Mundial (1945-1964).....</b>	<b>72</b>
<b>3.4. Ditadura militar (1964-1985) .....</b>	<b>79</b>
<b>3.5. Período democrático Pré Marco Regulatório Setorial (1985-1998) .....</b>	<b>98</b>
<b>3.6. Matrizes interpretativas e determinantes da trajetória.....</b>	<b>125</b>
<b>3.7. Caracterização dos determinantes da trajetória.....</b>	<b>130</b>
<b>4. A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE APÓS 1998 .....</b>	<b>142</b>
<b>4.1. O contexto da regulação .....</b>	<b>143</b>
<b>4.2. O marco regulatório legal .....</b>	<b>148</b>
<b>4.3. O marco regulatório infralegal .....</b>	<b>156</b>
<b>4.4. Regulação e modalidades de operadoras .....</b>	<b>163</b>
<b>4.5. Regulação e resultados econômicos .....</b>	<b>172</b>
<b>5. RESULTADOS ECONÔMICOS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE APÓS 1998 .....</b>	<b>181</b>

<b>5.1. Abordagem da investigação .....</b>	<b>182</b>
5.1.1. <i>Fontes de dados da ANS .....</i>	182
5.1.2. <i>Publicações acadêmicas especializadas .....</i>	190
<b>5.2. Panorama do mercado de planos de saúde .....</b>	<b>193</b>
5.2.1. <i>Beneficiários e planos de saúde .....</i>	193
5.2.2. <i>Operadoras e suas modalidades.....</i>	205
<b>5.3. Arrecadação de recursos .....</b>	<b>218</b>
5.3.1. <i>Categorias de receitas .....</i>	221
5.3.2. <i>Mensalidades e co-pagamentos dos beneficiários .....</i>	233
<b>5.4. Destinação dos recursos arrecadados.....</b>	<b>239</b>
5.4.1. <i>Categorias de despesas .....</i>	241
5.4.2. <i>Destinação dos recursos e rentabilidade.....</i>	252
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>273</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>281</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Nesta introdução, será apresentada a delimitação do assunto, bem como o objetivo da pesquisa, a definição do objeto e a metodologia utilizada.

### 1.1. Delimitação do assunto

Passada a primeira década do século XXI, os planos e seguros privados de assistência à saúde (doravante planos de saúde<sup>1</sup>) configuram no Brasil, segundo a agência reguladora federal responsável pelo setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2013), “o segundo maior sistema privado de saúde do mundo”.

A despeito da validade da denominação desse mercado como sistema de saúde e da posição em que o Brasil ocupa no ranking mundial, a afirmativa da ANS remete à pertinente reflexão sobre a relevância e tamanho que esse mercado alcançou no Brasil, que pode ser evidenciada pela abrangência de atendimento, com assistência médica a cerca de ¼ da população, e de seu faturamento anual, próximo ao do orçamento federal para a saúde pública.

Os planos de saúde se inserem, no Brasil, em um complexo modelo organizacional do sistema de saúde, uma vez que podem ser de responsabilidade pública ou privada as dimensões do financiamento, do gerenciamento e da provisão de serviços. O acesso aos serviços de saúde se dá por meio de um sistema público e também por meio de gastos privados.

O sistema público brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), é, segundo o Ministério da Saúde (2013), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e tem como princípio a garantia, para toda a população, do acesso universal, com atendimento gratuito na ocasião da utilização. Para a consecução das suas atividades, o SUS é financiado por meio dos orçamentos dos entes federativos (União, Estados e Municípios) e contrata prestadores de serviços de saúde de natureza pública e também, complementarmente, de natureza privada, em especial instituições sem fins lucrativos.

---

<sup>1</sup> Será utilizada a usual denominação plano de saúde, uma vez que, conforme a Lei 9.656/98, após alteração em 2001, a definição do produto plano privado de assistência à saúde engloba conjuntamente os planos e os seguros de saúde.

O SUS foi instituído a partir da Constituição Federal brasileira de 1988 que estabeleceu, na esteira das reformas para a universalização da saúde na Europa<sup>2</sup>, uma política de saúde com acesso universal e igualitário<sup>3</sup>. Simultaneamente, a mesma Constituição definiu, no art. 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e, no art. 197, que cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Já o acesso por meio de gastos privados ocorre por meio da contratação de planos de saúde ou do desembolso direto (*out of pocket*), que se trata de pagamento direto na ocasião do consumo do bem ou serviço de saúde. Os planos privados de saúde constituem, conjuntamente com sua rede, própria ou credenciada, de prestadores de serviços de saúde, o denominado setor de saúde suplementar. Esse setor é representativo no Brasil, em função principalmente da sua abrangência em termos de população atendida, da infraestrutura de serviços instalada e dos recursos financeiros movimentados. Seus serviços de saúde são ofertados, em parte, por meio de acesso diferenciado aos prestadores de serviços que também atendem ao sistema público e, em parte, por meio de prestadores de serviços exclusivos que constituem, de certa forma, uma infraestrutura duplicada de serviços de saúde no mesmo território.

Esse setor suplementar configura um segmento dentro do sistema de saúde brasileiro, com funcionamento concomitante com o sistema público. Isso não significa dizer que essa segmentação constitui partes independentes, duais ou opostas, afinal, no Brasil, o sistema público é disponível para todos, inclusive para os contratantes de planos de saúde<sup>4</sup>. A saúde suplementar não é neutra ou alheia ao sistema público, uma vez que os fenômenos da saúde suplementar não são destituídos de resultados para o SUS, e vice-versa. Assim, a adequada compreensão da trajetória da saúde suplementar também pode constituir insumo importante para a definição das políticas para o aprimoramento do SUS.

---

<sup>2</sup>Na Europa, também houve casos tardios de reformas para implementação de sistemas de saúde universais, como a Itália em 1978 e a Espanha em 1986, conforme Costa et al (2001, p. 293).

<sup>3</sup> Conforme art. 196 da Constituição Federal de 1988. Tendo em vista os princípios da universalidade, integralidade e igualdade, a Constituição Federal de 1988 (art. 198) definiu o SUS como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que 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.” (CF, 1998, art. 198).

<sup>4</sup>A segmentação do sistema de saúde brasileiro é tratada por diversos autores, sobre relação público privada e interdependência, ver Bahia (2009; 2012) ou Santos (2009).

Nesse contexto, assumem um papel fundamental as políticas públicas voltadas ao setor de saúde suplementar. A regulação dos planos de saúde no Brasil foi delineada principalmente por meio da Lei 9.656/1998, e da efetiva implantação em abril de 2000<sup>5</sup> da quinta agência reguladora do país, a ANS, com a seguinte finalidade prevista na sua Lei de criação (Lei 9.961/2000): “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações da saúde no país” (Brasil, 2000).

A configuração do marco regulatório do setor é tratada em vasta literatura<sup>6</sup>. Após dez anos de sua criação, a ANS estabeleceu a Agenda Regulatória 2011-2012, que trata do planejamento das atividades prioritárias, por meio de nove eixos temáticos (ANS, 2011)<sup>7</sup>. O primeiro desses eixos trata do modelo do financiamento do setor, definido como a lógica que determina o preço que o consumidor paga por seu plano de saúde, em especial no caso dos planos individuais. São especificados os seguintes resultados esperados:

- i) Evitar aumentos de preços abusivos para beneficiários de todas as idades;
- ii) Facilitar a aquisição de um plano de saúde; e
- iii) Garantir que os aumentos de preços autorizados pela ANS sejam suficientes para manter tanto a saúde econômica das empresas quanto um atendimento de qualidade aos consumidores.

Segundo ANS (2011), a origem desse primeiro eixo foi a possibilidade de desequilíbrio econômico-financeiro e atuarial das carteiras em virtude da transição demográfica, podendo levar a dificuldades de acesso e deficiências na qualidade assistencial na saúde suplementar.

A motivação dessa tese se insere na problemática reconhecida pela ANS nesse primeiro eixo da sua Agenda, contudo, vai além dela. Essa problemática trata do desafio da configuração de um modelo de regulação de preços equilibrado, relativamente às necessidades dos clientes e empresas. Uma premissa para o funcionamento desse modelo é a capacidade de garantir, por um lado, o acesso com

---

<sup>5</sup>Conforme ANS (2001, p. 6). A ANS foi criada pela Lei n. 9.961, de janeiro de 2000.

<sup>6</sup>Por exemplo, ANS (2001); Bahia (2001); Teixeira et al (2002); ANS (2003); Andreazzi e Kornis (2003); Andreazzi et al (2004); Santos (2006); CONASS (2007); e Matos (2011).

<sup>7</sup>São os seguintes nove eixos: 1. Modelo de Financiamento do Setor, 2. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, 3. Modelo de Pagamento a Prestadores, 4. Assistência Farmacêutica, 5. Incentivo à Concorrência, 6. Garantia de Acesso à Informação, 7. Contratos Antigos, 8. Assistência ao Idoso, 9. Integração da Saúde Suplementar com o SUS (ANS, 2011).

qualidade e sua continuidade aos beneficiários, e, por outro lado, a higidez econômico-financeira das operadoras e sua permanência no atendimento das obrigações assumidas. Isso porque quando um beneficiário contrata um plano de saúde, em geral se trata de um modelo de pré-pagamento, assemelhando-se aos contratos de seguros, caracterizados por pagamentos periódicos que visam possibilitar a utilização da cobertura prevista, quando necessária, no futuro imediato ou longínquo. Nesse sentido, a continuidade da prestação de serviços ao contratante tem como requisito que as operadoras possuam situação econômico-financeira que possibilite o atendimento das obrigações assumidas.

Trata-se de um assunto relevante e pouco explorado na literatura econômica brasileira. É possível que, em virtude disso, a denominação usada pela ANS no primeiro eixo de sua Agenda, quando se refere ao “modelo de financiamento”, ocasione dúvidas. O escopo desse eixo da ANS está relacionado à lógica de formação dos preços, que tem a ver com o padrão de funcionamento das empresas no que diz respeito ao padrão de produção. Por sua vez, como será explicado na próxima seção, o termo financiamento remete a significado distinto ao da produção, sendo atinente a estratégia de investimento e de estrutura de capital das empresas.

Possivelmente, em função da complexidade do assunto e do termo utilizado para denominá-lo anteriormente, esse foi um dos temas que mais sofreu alterações na nova Agenda Regulatória da ANS (2013/2014). O termo modelo de financiamento não é mais destacado. De qualquer forma, o relevante para o escopo da presente tese é que o desafio pontuado na agenda anterior permanece na atual Agenda da ANS, como um dos projetos, denominado “aprofundar estudos sobre modelos de reajustes dos planos individuais”. O mencionado projeto é integrante do segundo eixo, denominado Sustentabilidade do Setor<sup>8</sup>, que tem o seguinte objetivo: “busca o equilíbrio econômico-financeiro do setor e a qualificação da gestão das operadoras de planos de saúde” (ANS, 2013a)<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup>A Agenda 2013/14 possui 7 eixos temáticos: 1. Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial; 2. Sustentabilidade do Setor; 3. Relacionamento entre Operadoras e Prestadores; 4. Incentivo à Concorrência; 5. Garantia de Acesso a Informação; 6. Integração da Saúde Suplementar com o SUS; 7. Governança Regulatória (ANS, 2013a).

<sup>9</sup>O segundo eixo da Agenda 2013/2014 possui mais 5 projetos: i) desenvolver estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor; ii) Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos; iii) Programa de incentivo a investimento em rede no setor de saúde suplementar; iv) Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede; v) Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias (ANS, 2013a).

A partir do exposto, pretende-se contribuir para esse debate por meio da identificação de quais as principais mudanças nos resultados econômicos do mercado de planos de saúde após a regulação do setor, tendo-se passado pouco mais de uma década da sua implantação.

## **1.2. Definição do objeto**

Esta tese tem como objeto os resultados econômicos do mercado de planos de saúde, no contexto da regulação do setor no Brasil.

Inicialmente, cabe reconhecer que o objeto de estudo se insere no tema da saúde, que é um relevante e complexo assunto da economia e das políticas públicas, dada sua importância para o desenvolvimento econômico e social. No que se refere ao desenvolvimento econômico, a saúde é identificada como um requisito da funcionalidade do capital humano para o crescimento econômico (Stiglitz, 2000) e também como um setor que, per se, é fator de desenvolvimento pelo seu elevado potencial de geração de renda, emprego e inovação (Gadelha, 2005; 2006; Gallo et al, 2005). No que se refere à dimensão social (Werneck Vianna, 2002; 2007; 2008), a garantia de razoáveis condições de saúde para a população é tratada na literatura principalmente como um direito de cidadania (OPAS, 2006; CEBES, 2008) e como um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento da liberdade humana e da autonomia de escolha (Nussbaum; Sen, 1993; Sen, 2000).

Considerando a complexidade do tema em que se insere, a definição do objeto será realizada em duas etapas:

- a) Especificação do mercado de planos privados de saúde;
- b) Delimitação do marco referencial para a definição das dimensões resultados econômicos e regulação.

### 1.2.1. Especificação do mercado de planos de saúde

O mercado de planos de saúde se insere na cadeia produtiva do setor saúde, como será mostrado. Na cadeia à montante (ou para trás) do presente mercado estão os fornecedores, que são os prestadores de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, serviços de diagnóstico e tratamento) integrantes do *downstream* do mencionado Complexo Industrial da Saúde. Na cadeia à jusante (ou para frente ou *upstream*) do mercado em questão estão agentes que podem ser intermediários, ou não, da relação dos beneficiários com as operadoras dos planos de saúde, a saber:

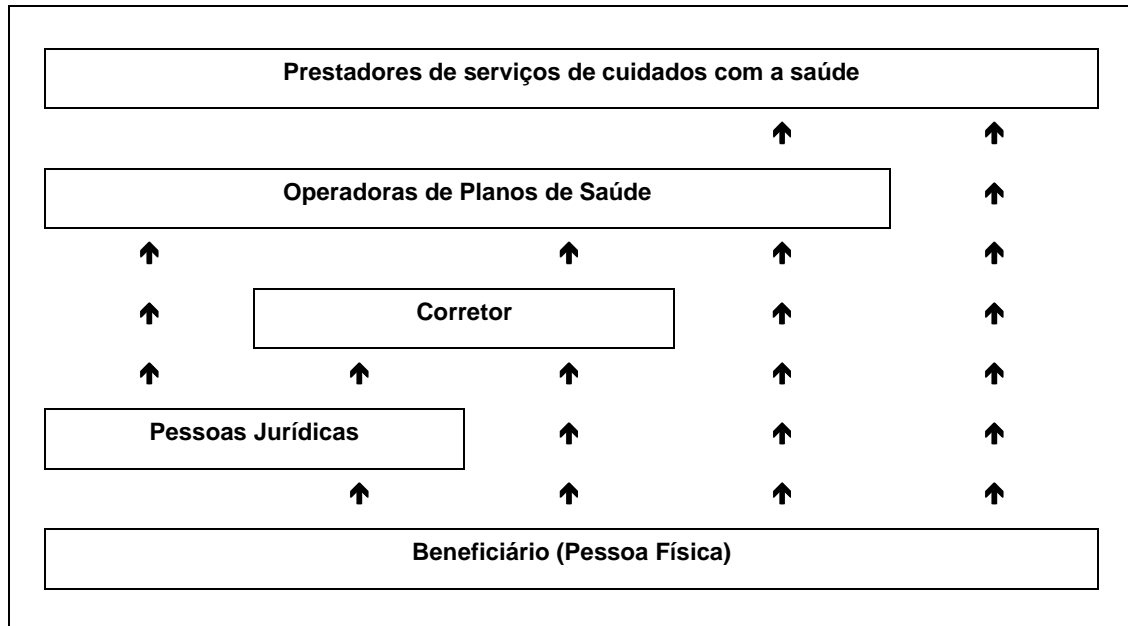
- i) Os corretores de planos de saúde, análogos aos corretores de seguros, possuem atividade caracterizada por profissionais que podem representar as operadoras no contato com os consumidores, inclusive na ocasião da contratação. Em geral, vendem planos de várias empresas (ANS, 2013b). Não são regulados pela ANS, mas sim por outro órgão federal, a SUSEP (2013), que define o corretor de seguros como o profissional habilitado<sup>10</sup> e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.
- ii) As pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde, que podem ser empresas, associações, entre outros.

A título de ilustração desta cadeia produtiva relacionada às operadoras de planos de saúde, apresenta-se a seguir os agentes mencionados, conforme sua relação, na Figura 1.1.

---

<sup>10</sup>Para se tornar corretor de seguros, o interessado deve obter a aprovação no Exame Nacional de Corretor de Seguros ou em curso específico, ambos promovidos pela Fundação Escola Nacional de Seguros (Funenseg). Obtida a aprovação, o profissional deve encaminhar seu pedido de habilitação à SUSEP, por intermédio do Sindicato dos Corretores de Seguros e da Federação Nacional dos Corretores. Verificada a conformidade da documentação, a SUSEP emite a Carteira de Habilitação do Corretor. O corretor de seguros responde civil e criminalmente perante os segurados e as Sociedades Seguradoras pelos prejuízos que causar, por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão (Newslands Junior, 2011, p. 47-48).

**Figura 1.1: Cadeia produtiva do mercado de planos de saúde.**



Fonte: Elaboração própria.

### 1.2.2. Delimitação do campo da pesquisa e das dimensões analíticas

A pesquisa se insere, considerando as definições da CAPES, na área do conhecimento de Ciências Sociais Aplicadas, na subárea Economia, tendo também relevante interface com a subárea Administração de Empresas, Administração Pública e Contabilidade. O tema da pesquisa, por envolver política pública e saúde, também é frequentemente estudado nas áreas de Ciências de Saúde (subárea Saúde Coletiva), Ciências Humanas (subárea de Ciência Política) e Multidisciplinares.

Como a subárea principal da pesquisa é Economia, analisamos os tópicos do sistema de classificação do *Journal of Economic Literature* (JEL)<sup>11</sup>, e, desse modo, foram identificadas diversas categorias com as quais esse estudo está em interface, como mostra o Quadro 1.1.

<sup>11</sup>Trata-se da classificação adotada no Brasil pela Revista da Associação Nacional de Pós-graduação em Economia (Anpec).

**Quadro 1.1: Categorias selecionadas da subárea de pesquisa Economia.**

<b>Categorias gerais</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
D Microeconomics	D2 – Production and Organizations	D24 – Production, Cost, Capital, Productivity, Capacity
G Financial Economics	G2 - Financial Institutions and Services	G22 – Insurance, Insurance Companies, Actuarial Studies
G Financial Economics	G3 - Corporate Finance and Governance	G32 – Financing Policy; Financial Risk and Risk Management; Capital and Ownership Structure; Value of Firms; Goodwill
I Health, Education and welfare	I1 – Health	I13 – Health Insurance, Public and Private
I Health, Education and welfare	I1 – Health	I18 – Government Policy, Regulation, Public Health
L Industrial Organization	L1 - Market Structure, Firm Strategy, and Market Performance	L11 – Production, pricing and market structure, size distribution of firms
L Industrial Organization	L2 – Firm Objectives, Organization, and Behavior	L25 – Firm Performance: size, diversification, and scope
L Industrial Organization	L5 – Regulation and Industrial Policy	L51 – Economics of Regulation

Fonte: Elaboração própria, com base em JEL (2013).

Dada a interface do escopo da presente tese com o tema das políticas públicas e saúde, foi analisada também a classificação da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)<sup>12</sup>. O descritor “Economia da Saúde” se insere no tópico de “Políticas, Planejamento e Administração em Saúde”, que faz parte da categoria “Saúde Pública”<sup>13</sup>.

Por sua vez, na iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro de desenvolver uma Biblioteca Virtual da Saúde específica para a Economia da Saúde (BVS-ECOS), foram definidos seis grandes temas<sup>14</sup>. Dentre esses, o presente trabalho se insere principalmente no tema de “Estado, Mercado e Regulação Econômica em

<sup>12</sup>Iniciativa da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) da OPAS/OMS, constitui a estratégia que o Ministério da Saúde brasileiro vem adotando para a convergência dos produtores, intermediários e usuários de informação e conhecimento na organização e disseminação das fontes de informação. Tem como base o sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2013).

<sup>13</sup>Quanto ao descritor Economia, insere-se em três categorias, quais sejam: “Antropologia, Educação, Sociologia e Fenômenos Sociais”; “Assistência à Saúde”; e “Saúde Pública”.

<sup>14</sup>Citamos no texto em tela três dos grandes temas: “Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde”; “Financiamento e Gastos em Saúde”; e “Aspectos Gerais em Economia da Saúde”. Os outros três grandes temas da BVS-ECOS são: “Avaliação econômica em saúde”; “Equidade e desigualdade em saúde”; “Gestão dos serviços de saúde”. Mais informações em Ministério da Saúde (2012) e na página eletrônica: <<http://economia.saude.bvs.br/php/level.php?lang=pt&component=52>>.



Saúde”, com maior relação com dois de seus tópicos, quais sejam: “Regulação e fiscalização em saúde”; e “Saúde Suplementar”<sup>15</sup>.

Desta feita, seguimos para a definição das dimensões do objeto de pesquisa: resultados econômicos e regulação.

Iniciamos pela dimensão da regulação. Será adotada na presente tese a definição de regulação utilizada pela ANS (2013), que compreende duas dimensões, a primeira sobre a sua finalidade, voltada para assegurar o interesse público; e a segunda sobre os seus instrumentos: “a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.” (ANS, 2013).

Quanto ao objetivo da regulação, registre-se que o conceito de interesse público não é de simples definição, não sendo universalmente aceito e apresentando debate dentro da própria economia neoclássica (Chang, 1997, p.704). Adotaremos aqui a perspectiva metodológica de Barr (2004, p.64), que indica que os objetivos da intervenção estatal são de caráter normativo, sendo definidos no meio político conforme a ideologia da sociedade, em geral, considerando as categorias eficiência e redistribuição. Nessa perspectiva, o objetivo da regulação foi definido na Lei de criação da ANS, que estabeleceu como sua finalidade a promoção do interesse público, contribuindo para o desenvolvimento das ações da saúde no país.

Quanto à segunda dimensão, dos instrumentos da regulação, há distintas visões na literatura da Economia. Compartilhamos a visão de Barr (2004, p.64), de que a decisão dos métodos para alcançar os objetivos deve ser uma escolha técnica, de caráter positivo, podendo ser utilizada, para tanto, a teoria econômica. Conforme o mesmo autor, os mecanismos de mercado dependem, para sua eficiência, de uma série de condições, muitas delas não atendidas no caso dos seguros de saúde, como será apresentado no capítulo 2.

Um primeiro conceito instrumental da regulação tem origem nos quatro métodos de intervenção estatal definidos por Barr (2004, p.64), no contexto das políticas sociais, quais sejam: regulação, financiamento, produção pública e a

---

<sup>15</sup>Além disso, a presente tese também possui interface com os seguintes dois temas da BVS-ECOS: “Financiamento e Gastos em Saúde” (em especial os tópicos “administração financeira”, “investimentos em saúde” e “custos de cuidados de saúde”); e “Aspectos Gerais da Economia da Saúde” (em especial os tópicos “oferta, demanda e mercados em saúde” e “saúde e falência do mercado”).

transferência de renda. Nessa perspectiva, a regulação se define por exclusão, uma vez que não inclui o financiamento (podendo envolver subsídios) à produção pública (como é o caso da defesa e justiça, e, em alguns países, da saúde) e a transferência de renda (como no caso da aposentadoria aos idosos, que podem escolher o que consumir).

Um segundo conceito, da regulação econômica, é aquele *lato sensu*, como utilizado por autores como Chang (1997)<sup>16</sup> e Pinto Jr e Fiani (2002)<sup>17</sup>, relacionado a qualquer ação estatal no sentido de limitar a liberdade de escolha dos agentes econômicos. Seu escopo é distinto da provisão de bens públicos pelo governo ou por meio de empresas públicas, bem como da transferência de renda com livre destinação.

Já o terceiro conceito é mais específico do que aquele adotado por Barr (2004), fazendo distinção da regulação econômica na perspectiva setorial de outras políticas públicas mais abrangentes como a defesa da concorrência e a defesa do consumidor (Oliveira, 2001, p.114). Essa distinção é relevante para a perspectiva de regulação da presente tese, atinente a um setor específico da economia, o mercado de saúde suplementar.

Assim, a definição de regulação aqui utilizada se refere ao conjunto de ações e estratégias de normatização, controle e fiscalização desenvolvidas pelo Estado sobre o mercado de planos de saúde no Brasil.

Seguimos para a definição da segunda dimensão, os resultados econômicos.

Cabe retomar a própria definição de economia, que trata das atividades relacionadas à produção, distribuição e consumo na sociedade. Os resultados econômicos podem ser especificamente definidos no ramo da microeconomia, que tem como unidade de análise os mercados específicos, examinando o comportamento dos agentes (consumidores e produtores) e a formação dos preços (USP, 2014).

A partir dos conceitos da microeconomia, o presente trabalho trata de uma perspectiva que privilegiará o lado da oferta, ou seja, a análise da produção nesse

---

<sup>16</sup>Chang (1997, p. 704), ao analisar de forma crítica a literatura da economia e da política da regulação, utilizou a seguinte definição, bastante abrangente: *“regulation is usually defined as the government (or the state) directly prescribing and proscribing what private sector agents can and cannot do, so that their actions do not contradict the ‘public interest’.”*

<sup>17</sup>Pinto Jr e Fiani (2002, p.515), que no contexto da análise da regulação econômica em um livro universitário de referência no Brasil sobre economia industrial, tomam como base a definição de que a regulação é “qualquer ação do governo no sentido de limitar a liberdade de escolha dos agentes econômicos”.

mercado, afinal para uma adequada regulação do mercado, é pertinente uma apurada compreensão do processo produtivo.

Embora o foco do trabalho não seja o bem estar social ou a utilidade dos consumidores, a ênfase no funcionamento da oferta é importante para a análise da capacidade do mercado de honrar as obrigações assumidas junto aos consumidores.

Também não faz parte do foco do trabalho a dimensão, também pertinente e pouco estudada para o setor, da estratégia de financiamento das firmas para a consecução dos seus investimentos<sup>18</sup>, que seria uma análise mais abrangente.

Essa distinção entre estratégia operacional (resultado econômico da produção) e estratégia de investimento (padrão de financiamento ou estrutura de capital) também é pertinente na Contabilidade, que adota os seguintes princípios<sup>19</sup>:

- i) A dimensão econômica tem como ponto analítico o resultado das atividades da empresa, documentado no Demonstrativo de Resultados do Exercício (DRE), que trata das receitas, despesas e do resultado (lucro).
- ii) A dimensão da estrutura de capital tem como ponto analítico o endividamento da empresa, documentado no Balanço Patrimonial (BP), que expressa, de um lado, as aplicações que formam o ativo (bens e direitos), e, de outro lado, as origens representadas por passivo (obrigações) e patrimônio líquido.
- iii) A dimensão financeira tem como ponto analítico a liquidez, documentada no Demonstrativo de Fluxo de Caixa (DFC), composto por três atividades: operacionais, investimento e financiamento.

Os agregados contábeis serão um dos instrumentos para a presente análise, seguindo o mesmo foco mencionado, que no linguajar contábil se refere aos resultados da dimensão econômica e à perspectiva das atividades operacionais da empresa.

---

<sup>18</sup> Temática abordada na Economia, particularmente na disciplina de Finanças Corporativas. O assunto da estrutura de capital das empresas, ou, mais particularmente, das alternativas de financiamento das firmas, possui como referência seminal Modigliani e Miller (1958), tendo se tornado consolidado em livros texto. Por exemplo, Baumol (1977, p. 625-628) aponta as seguintes fontes de financiamento: reinvestimento de lucros, oferta de novas ações, venda de títulos, títulos híbridos ou empréstimos diretos. Pinto Junior (2002, p. 480) trata das interrelações entre a esfera produtiva e financeira indicadas por Stiglitz (1974), considerando que o financiamento pode também envolver a destinação de receitas.

<sup>19</sup> Conforme Marion (2002, p. 21). Outra referência relevante sobre o assunto foi Assaf Neto (2002, p. 231).

Desta feita, a definição de resultados econômicos, usada nessa tese, está relacionada à análise das receitas, despesas e resultados do mercado de planos de saúde. Nesse sentido, o foco não inclui a estrutura de capital e a dimensão financeira, valendo lembrar que o investimento não é uma despesa, mas sim uma aplicação no ativo, e que, analogamente, o endividamento para seu financiamento não é uma receita, mas sim uma fonte de recursos no passivo.

Para o delineamento dos instrumentos de análise, serão considerados também elementos particulares do setor e do Brasil, que serão identificados com base na revisão da literatura teórica e do histórico do setor, realizada adiante.

### **1.3. Objetivo da pesquisa**

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar os resultados econômicos do mercado de planos privados de saúde no contexto da regulação do setor no Brasil, no período de 1999 a 2012.

O recorte temporal tem como marco inicial a criação do marco regulatório específico para o setor de saúde suplementar, por meio da Lei 9.656/98, sendo o marco final estabelecido até o período mais recente com informações anuais disponíveis.

### **1.4. Metodologia**

Para o alcance do objetivo anunciado, será utilizada como base a definição do objeto de estudo (os resultados econômicos no contexto da regulação do mercado de planos de saúde), acrescida das particularidades do setor e do Brasil. Tais particularidades serão identificadas por meio da revisão de conceitos (capítulo 2) e do histórico do setor no Brasil (capítulo 3).

O histórico do setor terá ênfase nos resultados econômicos do mercado, com particular atenção para a oferta, com destaque para as particularidades dos tipos de operadoras, e, ao mesmo tempo, servirá para a identificação de instrumentos e variáveis para a análise dos resultados econômicos do período pós-regulação.

Além disso, a pesquisa será realizada em duas etapas. A primeira será a realização de levantamento e análise da legislação e das normas da ANS que constituem o marco regulatório do setor, conteúdo do Capítulo 4. A segunda será o levantamento e análise dos dados empíricos disponíveis para o mercado de planos de saúde no Brasil, conteúdo do Capítulo 5. As principais fontes serão as informações disponibilizadas pela ANS (demonstrações contábeis das operadoras, informações dos produtos e de beneficiários, etc.) e também por órgãos de pesquisas como o IBGE (conta satélite de saúde, índices de preços).

A pesquisa considerará a relevância das especificidades dos tipos de operadoras. O setor de planos de saúde no Brasil é historicamente formado por uma variedade de operadoras, como reconhecido nas definições da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e pelo marco regulatório. Em síntese, o histórico do setor mostra que há relevância na participação de operadoras do tipo pessoas jurídicas com fins lucrativos (ex.: seguradoras, medicinas de grupo) e também daquelas sem fins lucrativos (ex.: cooperativas, filantrópicas). Serão consideradas também as particularidades dos tipos de planos, no que se refere a suas características e a diferenciação da regulação, por exemplo, segundo modalidade assistencial (assistência médica ou assistência exclusivamente odontológica) e modalidade de contratação (individual ou coletivo).

A análise dos resultados do mercado será realizada buscando identificar possíveis associações com a regulação da ANS. Para a delimitação do escopo da análise, foram definidas as seguintes questões específicas:

- i) Após mais de uma década de regulação da ANS, houve alteração nos resultados econômicos, em especial no padrão de arrecadação e destinação de recursos, do mercado de planos de saúde no Brasil?
- ii) Esses resultados apresentam diferenciação entre tipos de operadoras?
- iii) De que forma a evolução dos resultados do mercado se relaciona com a trajetória da regulação?

A primeira questão orientou a definição da estrutura de apresentação dos resultados. A segunda e terceira questões são transversais a toda análise realizada. Não se busca aqui uma relação de determinação de causa e efeito quanto à regulação, uma vez que os resultados do mercado e das operadoras individualmente dependem de diversas outras variáveis. Na perspectiva adotada, pretende-se identificar tendências desses resultados e explorar possíveis relações de sua

trajetória com a do marco regulatório, visando contribuir com insumos para a análise e planejamento da regulação.

Na perspectiva da arrecadação de recursos das operadoras, será caracterizado o perfil de receitas das operadoras, com destaque para as receitas de contraprestações dos beneficiários e para a análise sobre de que forma esse tipo de receita é afetado pela regulação de preços da ANS. Na perspectiva da destinação de recursos pelas operadoras, será caracterizado o perfil de destinação desses recursos, considerando as diversas despesas e as margens operacionais, bem como a rentabilidade.

Nessa perspectiva, a presente tese será apresentada na seguinte estrutura, além desta introdução:

- i) Fundamentos conceituais e metodológicos;
- ii) Histórico dos planos de saúde no Brasil até 1998;
- iii) A regulação do mercado de planos de saúde após 1998;
- iv) Resultados econômicos do mercado de planos de saúde após 1998;
- v) Considerações Finais.

## **2. FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS**

Este capítulo irá apresentar, como referido na Introdução, os fundamentos conceituais e metodológicos relevantes para a presente tese. O conteúdo, com base na literatura internacional e nacional, está estruturado nos seguintes aspectos dos planos privados de assistência à saúde:

- i) O seu conceito;
- ii) As suas tipologias;
- iii) As particularidades desse mercado que motivam a regulação.

## 2.1. Conceito de planos de saúde

Trata-se do setor de planos e seguros privados de assistência à saúde. Na literatura internacional, destaca-se o termo seguro saúde (*health insurance*), uma vez que é a única denominação que essa atividade econômica recebe, segundo o nível de hierarquia mais detalhado da classificação internacional de atividades econômicas (ISIC)<sup>20</sup>, de responsabilidade da Divisão de Estatística das Nações Unidas (ONU, 2013).

Nessa classificação, a atividade de seguro-saúde consta, conjuntamente com seguros de acidentes, de incêndio, de viagem, de propriedades, de transporte e de perdas pecuniárias na classe “Seguros exceto de vida (6512)”. Essa classe está contida no grupo “Seguros (651)”; incluído na divisão “Seguros, resseguros e fundos de pensão, exceto seguridade social compulsória (65)”; esse último integrante da seção “Atividades financeiras e de seguros (K)”.

Por sua vez, na classificação internacional de produtos (CPC), constante da família internacional de classificações econômicas e sociais, também elaborada pela ONU, consta definição para o produto serviços de seguro saúde<sup>21</sup>, que inclui:

- a) o seguro para cobertura das despesas médicas e hospitalares não cobertas por programas de governo e, usualmente, outras despesas de itens como medicamentos, aparelhos, ambulância e enfermagem;
- b) o seguro para cobertura de despesas odontológicas;
- c) o seguro que provê pagamentos periódicos no caso do indivíduo ficar incapacitado para trabalhar como resultado de doença ou acidente.

Particularmente quanto aos seguros de saúde privados, a OCDE (OECD, 2004) os denomina como *private health insurance (PHI)*. Por sua vez, os termos planos de saúde ou indústria do seguro de saúde são utilizados pela Federação

---

<sup>20</sup>Elaborada pela *United Nations Statistics Division*, a *International Standard Industrial Classification of All Economic Activities* (ISIC - Rev. 4) é referência internacional para a classificação de atividades (Borschiver et al, 2004). Em espanhol, é chamada de *Clasificación Industrial Internacional Uniforme* (CIIU).

<sup>21</sup>CPC. Central Product Classification, version 2. Disponível em: <<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=25&Lg=1&Co=71322>>. Acesso em: nov. 2013. A definição adotada é a da subclasse que segue: “Subclass: 71322 - Health insurance services”.



Internacional dos Planos de Saúde<sup>22</sup>. Essa Federação agrega como membros uma centena de empresas, situadas em mais de vinte países<sup>23</sup>. Ao final de 2013, não constava empresa brasileira como membro, entretanto, vale a pena notar que é membro a empresa norte-americana *United Health Care*, do *Grupo United Health*, responsável pela terceira maior aquisição da economia brasileira em 2012, ao comprar a maior operadora de planos de saúde do Brasil, a Amil<sup>24</sup>.

Seguimos para o contexto brasileiro.

No Brasil, utiliza-se correntemente a denominação de planos privados de assistência à saúde ou simplesmente planos de saúde. O marco fundamental da regulação do setor no Brasil, a Lei 9.656/1998<sup>25</sup>, abarcou em seu escopo as empresas até então existentes como seguradoras e operadoras de planos de saúde, definindo a denominação de operadoras, tanto para as pessoas jurídicas ofertantes de planos quanto de seguros privados de saúde. Após alteração em 2001, a Lei 9.656/1998 passou a ter como única definição de produto o plano privado de assistência à saúde, enquadrando o seguro saúde dentro desse conceito<sup>26</sup>.

Para a delimitação do setor, analisaram-se, tendo como base o marco regulatório do setor, as classificações estatísticas brasileiras. A Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE (CONCLA, 2013) é, no Brasil, a classificação oficial adotada pelo Sistema Estatístico Nacional nas informações de atividade econômica e pela Administração Pública em cadastros e registros de pessoas jurídicas. No Brasil, diferentemente da classificação internacional da ONU, considera-se separadamente os dois grupos “Seguros-saúde (652)” e “Planos de

---

<sup>22</sup> Denominada IFHP - *International Federation of Health Plans*. Informações disponíveis em: <<http://www.ifhp.com>>. Acesso em: dez. 2013. A IFHP se define como: “*The International Federation of Health Plans was founded in 1968 by a group of health insurance "industry leaders. With one hundred member companies in twenty-five countries, it is the leading global network of the industry. Our aim is to assist in the maintenance of high ethical and professional standards throughout the industry*” (IFHP, 2013).

<sup>23</sup> Espalhados em diversas regiões do mundo, como as Américas (EUA, Canadá, República Dominicana, Argentina, Chile, Venezuela), Europa (Reino Unido, Alemanha, França, Espanha, Itália, Grécia, Suíça, Bélgica, Holanda, Irlanda, Dinamarca), Ásia (Arábia Saudita, Hong Kong, Tailândia), África (Nigéria, África do Sul, Zimbábue, República do Maurício) e Oceania (Austrália e Nova Zelândia)

<sup>24</sup> Conforme Revista Exame. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/os-10-maiores-negocios-fechados-em-2012-segundo-anbima#3>>; <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/venda-da-amil-para-unitedhealth-nao-precisa-ir-ao-cade>>. Acesso em: dez. 2013.

<sup>25</sup> A Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, entrou em vigor noventa dias após sua publicação no DOU em 04/06/1998.

<sup>26</sup> Dentre outros requisitos estabelecidos, na Lei 9.656/1998, em seu Art. 8o, para a autorização de funcionamento das operadoras, consta o inciso I o registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, em cumprimento a Lei 6.839/1980, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras dos exercícios de profissionais.

saúde (655)”. Isso resulta na distinção, desses dois grupos, na identificação CNAE nos CNPJs e também em algumas das estatísticas disponibilizadas pelo IBGE, como é o caso do Cadastro Central de Empresas (CEMPRE). Os dois grupos integram, na CNAE, a divisão “Seguros, resseguros, previdência complementar e planos de saúde (65)”, contida na seção “Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados (K)”, conforme Quadro 2.1.

**Quadro 2.1: Planos de saúde segundo a hierarquia da Classificação Nacional de Atividades Econômicas.**

<p>Seção: K ATIVIDADES FINANCEIRAS, DE SEGUROS E SERVIÇOS RELACIONADOS</p> <p>Divisão: 65 SEGUROS, RESSEGUROS, PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE</p> <p>Esta divisão contém os seguintes grupos: 651 SEGUROS DE VIDA E NÃO-VIDA 652 SEGUROS-SAÚDE 653 RESSEGUROS 654 PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR 655 PLANOS DE SAÚDE</p> <p>Notas Explicativas: Esta divisão compreende as atividades de criação de fundos para todos os tipos de seguros (vida e não-vida), resseguros e de fundos privados para aposentadoria (previdência complementar). Em todos os casos, envolvem a coleta e a aplicação dos fundos. As atividades de seguros, resseguros, previdência complementar e planos de saúde incluem planos de cobertura de risco de curto e longo prazos, com ou sem componentes de poupança. A atividade de seguros consiste na assunção e gestão de riscos pelas empresas de seguros, com os riscos e condições de aceitação especificados em um contrato (apólice de seguros). As atividades de seguros, previdência complementar e planos de saúde têm como pressuposto a transformação de riscos individuais em riscos coletivos. Esta divisão compreende também os planos de saúde fora do âmbito das seguradoras. Esta divisão não compreende a seguridade social obrigatória (84.30-2) e as atividades das sociedades de capitalização (64.50-6).</p>
---

Fonte: CNAE, CONCLA (2013).

Abaixo do nível hierárquico dos grupos, são definidas classes e subclasses, que no caso dos seguros saúde e planos de saúde são exatamente homônimas nos níveis de grupo, classe e subclasses. Nas respectivas subclasses, também utilizadas pela administração pública para assuntos fiscais, são adotadas as seguintes definições (CONCLA, 2013):

“Seguro-saúde: planos de seguro que garantem aos segurados a cobertura de despesas médico-hospitalares. A seguradora poderá pagar diretamente aos profissionais e organizações médico-hospitalares credenciados que prestaram os serviços, ou efetuar o reembolso ao próprio segurado. São operados por companhias seguradoras”

“Planos de saúde: planos com cobertura de riscos, parcial ou total, na área de assistência à saúde (médico-hospitalar e odontológica) comercializados pelas empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Sistemas de Autogestão e Empresas de Administração”.

A CNAE também contém uma lista de atividades para cada subclasse. No caso da subclasse planos de saúde, consta na lista de atividades os diversos tipos de operadoras mencionados na própria definição da subclasse, conforme esperado, e além disso, os planos de saúde para animais.

Esse último segmento não é foco da presente pesquisa, cabe explicar.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)<sup>27</sup> e também segundo as normas de regulamentação de profissões, são distintas as ocupações de Médico, de Medicina Veterinária e de Odontologia, cada uma com legislação e Conselho Profissional específico<sup>28</sup>.

Como consequência de campos profissionais distintos, e da obrigatoriedade, estabelecida pela Lei n. 6.839/1980, de registro das empresas e dos profissionais delas encarregados nas entidades competentes para a fiscalização do exercício profissional, segue que:

i) as operadoras de planos de saúde, de assistência médica ou odontológica, conforme definido pela mencionada Lei 9.656/1998, tem como requisito o registro nos Conselhos Regionais de Medicina e de Odontologia, conforme o caso.

---

<sup>27</sup> Classificação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Conforme listagem de normas regulamentadoras das profissões, acessadas em 20/11/2013. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/regulamentacao>>.

<sup>28</sup> Segundo a legislação brasileira: i) o objeto de atuação do médico, conforme Art. 2o da Lei 12.842, de 10 de julho de 2013, é a saúde do ser humano e das coletividades humanas. ii) o médico-veterinário, conforme a Lei 5.517, de 23 de outubro de 1968, é reconhecido como equivalente ao título de veterinário e tem seu campo de atuação relacionado a diversas atividades relacionadas à saúde animal. iii) O exercício da odontologia, conforme a Lei n. 5.081, de 24 de agosto de 1966, só é permitido ao cirurgião-dentista.

ii) as empresas de planos de saúde animal têm como requisito o registro nos Conselhos de Medicina Veterinária<sup>29</sup>.

No mesmo sentido, o autor da presente pesquisa formalizou consulta à ANS<sup>30</sup>, que respondeu especificamente que a Lei 9.656 não regula o oferecimento de planos de saúde veterinário. Sendo assim, os planos de saúde animal, que como evidenciado são voltados à assistência veterinária, não serão tratados na presente pesquisa, que tem foco nos planos de saúde conforme definição da Lei 9.656/1998, voltados para a assistência médica ou odontológica.

A verificação seguiu a análise das classificações de produtos do IBGE. Observou-se que o mercado objeto da pesquisa não é contemplado na lista de produtos específica para serviços (PRODLIST-serviços)<sup>31</sup> do IBGE, existente somente para alguns setores. Por sua vez, nas classificações de despesas adotadas na POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) e nos índices de preços (IPCA e INPC)<sup>32</sup>, o mercado de planos de saúde é contemplado, sendo denominado na POF como “plano/seguro-saúde” e nos índices de preços como “plano de saúde”, sem menção específica para seguro-saúde.

Ao comparar as classificações estatísticas do setor no Brasil com as classificações estatísticas internacionais da ONU, observa-se que as internacionais apresentam definições mais abrangentes, com destaque para as seguintes diferenças:

i) A classificação de atividades econômicas do Brasil (CNAE) apresenta em maior destaque o setor, logo ao nível dos grupos (três dígitos), separadamente do grupo “seguros de vida e não vida”, e, além disso, no mesmo nível de grupos faz distinção entre seguro-saúde e plano de saúde, enquanto a classificação internacional da

---

<sup>29</sup>Conforme Resolução nº 647 de 22/04/1998, do Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV, que regulamenta o funcionamento e a obrigatoriedade do registro de empresas de planos de saúde animal. Essa Resolução estabeleceu para as empresas do segmento a obrigação de apresentar, em seu registro, ao CFMV, documentos como o contrato a ser firmado com os contratantes, relação comprovando todos os serviços cobertos, de forma integral ou parcial, e sua respectiva carência, e documento comprovando os valores de matrícula, mensalidade e serviços ou procedimentos. Adicionalmente, consta a obrigação de apresentação dos contratos firmados com toda a rede de prestadores de serviços, bem como de informar se houver o descredenciamento de prestadores. Interessante notar que essa Resolução foi publicada no DOU em 19/06/1998, poucos dias depois da publicação da Lei 9.656/1998. Desse modo, sua regulamentação ocorreu paralelamente e na mesma época que a dos planos de saúde médicos ou odontológicos.

<sup>30</sup>Consulta realizada por meio do protocolo de atendimento n. 2727758, de 20/11/2013, respondido pela GGERC/DIFIS/ANS em 3/12/2013.

<sup>31</sup>A PRODLIST-serviços está disponível: <<http://concla.ibge.gov.br/en/estrutura/produtos-estrutura/prodlist-servicos>>. Acesso em: 15/11/13.

<sup>32</sup>Disponível em: <<http://concla.ibge.gov.br/en/estrutura/despesas-de-acordo-com-a-funcao-estrutura>>. Acesso em 15/11/2013.

ONU (ISIC) somente discrimina o seguro saúde como uma das atividades dentro da classe (quatro dígitos) seguros não-vida.

ii) A classificação internacional de produtos da ONU (CPC) considera na definição de seguro saúde, além da assistência médica e odontológica que se aplica a definição brasileira de planos de saúde, um tipo de cobertura que não se aplica a definição brasileira do termo, que é o seguro para incapacidade de trabalhar como resultado de doença ou acidente. No Brasil, conforme regulamentação da SUSEP<sup>33</sup>, a garantia por invalidez permanente por doença (IPD) pode ser uma das coberturas do seguro de vida, enquanto a garantia por invalidez permanente por acidente (IPA) pode ser uma das coberturas do seguro de vida ou do seguro de acidentes pessoais, sendo que esse último tem possibilidade de garantia adicional para diária de incapacidade temporária.

Compreendido o escopo do setor de planos de saúde no Brasil, passamos à sua interface com a cadeia produtiva da saúde.

Por um lado, o setor em tela não se confunde nem tampouco é componente inserido na definição de Complexo Industrial da Saúde (CIS) que vem se consolidando, no Brasil, no século XXI, nas políticas governamentais<sup>34</sup> e na literatura<sup>35</sup>, na perspectiva da política industrial e de inovação e voltada para o desenvolvimento econômico e social.

Tal definição conjuga, conforme mostrado no Quadro 2.2, além dos setores industriais tradicionais, os setores prestadores de serviços de saúde. Dada a abrangência do CIS, tem recebido denominações mais gerais como complexo produtivo da saúde (Gadelha, 2006, p.22)<sup>36</sup>, e, em estudos mais recentes (Gadelha,

---

<sup>33</sup> Disponível em: <[http://www2.susep.gov.br/menuatendimento/seguro\\_pessoas\\_consumidor.asp](http://www2.susep.gov.br/menuatendimento/seguro_pessoas_consumidor.asp)>. Acesso em 23/11/2013.

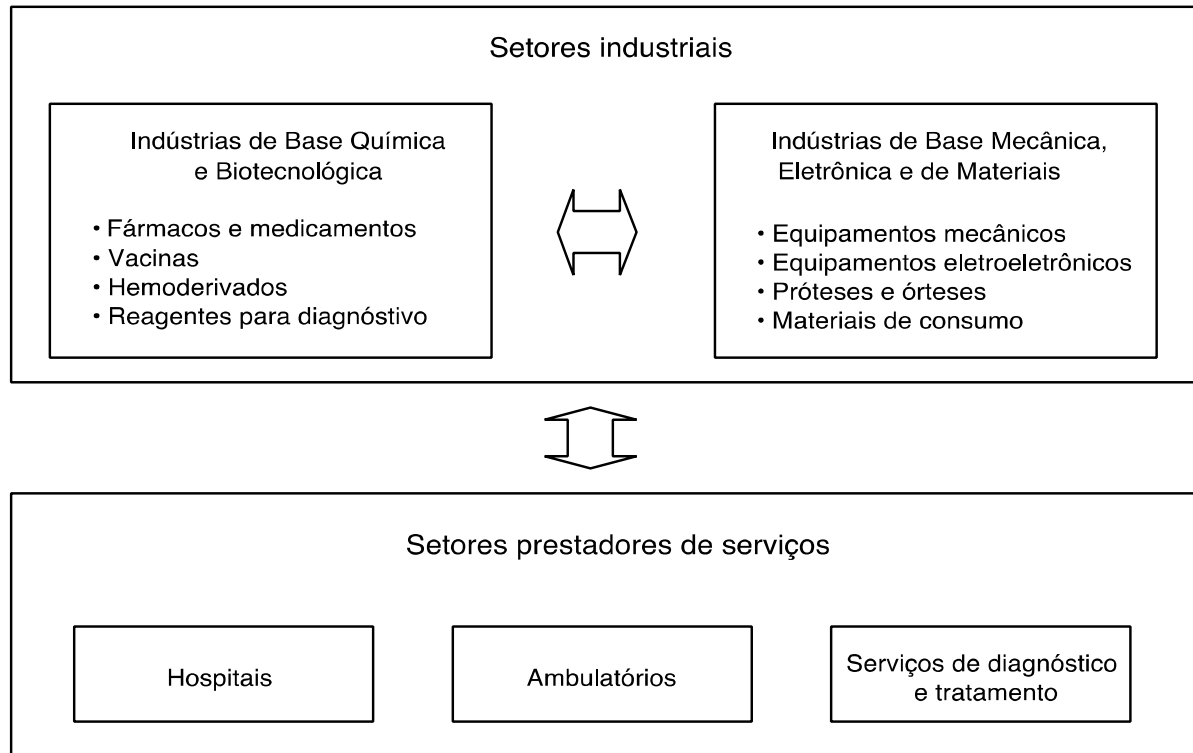
<sup>34</sup> Por exemplo, a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) de 2008 e o Plano Brasil Maior de 2011.

<sup>35</sup> Gadelha (2003, p. 522-523) contextualiza as origens do conceito, como exposto: “o processo de penetração do capital e empresariamento da área de saúde e de constituição de um complexo econômico movido pela lógica de mercado não é novo, já tendo sido identificado por Cordeiro (1980) há mais de 20 anos, quando sugeriu a constituição de um complexo médico-industrial, envolvendo a formação profissional, as indústrias e a prestação de serviços médicos, focalizando, particularmente, o processo de produção e de consumo de medicamentos”.

<sup>36</sup> Segundo Gadelha (2006, p. 15): “Essas atividades produtivas estão inseridas num contexto político e institucional bastante particular, envolvendo a prestação de serviços como o espaço econômico para o qual flui toda a produção em saúde. Assim, esta atividade está completamente inserida no complexo, tanto por crescentemente se organizar em bases empresariais quanto por configurar o mercado em saúde, como construção política e institucional. Isso confere organicidade ao complexo, permitindo articular, num mesmo contexto, a produção de serviços e bens tão diferentes como medicamentos, equipamentos, materiais diversos ou produtos para diagnóstico”.

2008; Gadelha et al, 2012), de Complexo Econômico-Industrial de Saúde – CEIS – ou simplesmente de Complexo da Saúde.

### Quadro 2.2: Caracterização do Complexo Industrial da Saúde.



Fonte: Gadelha (2003, p.524).

Por outro lado, na literatura nacional há indicações do setor de planos de saúde no debate a partir do conceito de complexo médico-industrial<sup>37</sup>. Cordeiro (1984) trata do complexo médico-empresarial, considerando a importância do empresariamento dos médicos para a consolidação dos planos de saúde no Brasil pós 1960 (Bahia, 2001b). Por sua vez, ao analisar o contexto do final do século XX, Andreazzi e Kornis (2008) tratam dos planos de saúde ao analisar o assim denominado Complexo médico-industrial-financeiro, caracterizado pela integração crescente do setor de seguros de saúde com outros setores da cadeia produtiva de saúde, em um contexto de financeirização global e desenvolvimento de elos do mercado do segurador com bancos e indústrias.

<sup>37</sup>Originado nos anos 1970 nos EUA e com aplicação pioneira no Brasil por Cordeiro (1980), que identifica um aspecto crítico para a indústria produtora desses bens na criação de necessidades sociais de consumo e na influência sobre a prática médica (Andreazzi e Kornis, 2008).

## 2.2. Tipologia de planos de saúde

Esta seção irá apresentar de que forma os planos de saúde no Brasil se classificam consideradas as seguintes taxonomias da literatura internacional:

- i) Tipologia de seguro de saúde;
- ii) Classificação do papel dos seguros privados de saúde.

### 2.2.1 Tipologia de seguro de saúde

A OCDE define que o seguro de saúde é uma das quatro modalidades de financiamento dos gastos com saúde, como apresentado no Quadro 2.3.

**Quadro 2.3: Modalidades de financiamento dos gastos com serviços de saúde.**

		Pré-pagamento	
		NÃO	SIM
Pooling	NÃO	Desembolso direto	<i>Medical savings accounts</i>
	SIM	Caridade	Seguro de saúde

Fonte: OECD (2004b).

A modalidade de seguro de saúde é definida pelo atendimento aos dois requisitos: o financiamento dos gastos por meio da quotização no tempo (pré-pagamento) e por meio de grupos definidos (*pooling*)<sup>38</sup>. O pré-pagamento é definido como o recolhimento e administração de recursos que são coletados antes (e independentemente) da utilização dos serviços pelos indivíduos (OECD, 2004, p.7).

Interessante notar que mesmo no caso de um contratante de seguro de saúde, há possibilidade de ocorrência de pagamentos de desembolso direto (*out of pocket*), por exemplo, por meio de co-pagamentos, co-participação (*co-insurance*), franquias (*deductibles*) (OECD, 2004, p.9).

<sup>38</sup>Segundo o Projeto Saúde da OCDE, seguro de saúde é conceituado como: “Health insurance can hence be defined as a way to distribute financial risk associated with the variation of individuals’ health care expenditures by pooling costs over time (pre-payment) and over people (pooling). It differs from out-of-pocket payments (OOP) because OOP do not provide for pooling of risks nor pre-payment, while medical savings accounts provide for pre-payment but not pooling across risks although they are often coupled with an insurance scheme” (OECD, 2004, p. 7).

Segundo a OCDE, o seguro de saúde pode ser classificado conforme os critérios<sup>39</sup> mostrados no Quadro 2.4:

**Quadro 2.4: Critérios de classificação dos seguros de saúde.**

Critério	Taxonomia
Fonte de financiamento	Público ou privado
Obrigatoriedade do esquema	Voluntário ou Obrigatório <sup>(1)</sup>
Esquema	i) Coletivo (de grupo): inclui esquemas de empregados de empresas. ii) Individual: não se aplicam a grupos específicos.
Método de cálculo dos prêmios dos seguros	i) baseado na renda: é o caso dos esquemas de “seguro social”, no qual as contribuições são calculadas com base na renda do indivíduo, independentemente do risco de utilização dos serviços. ii) por grupos ( <i>community rated</i> ): são ajustados pelo risco médio do grupo, de modo que todos os participantes pagam o mesmo prêmio. Pode contemplar fatores de ajustes do prêmio, como no caso de uma carga no prêmio para entrantes tardios no grupo. iii) diretamente a partir do risco do indivíduo ( <i>risk-rated</i> ): relacionados ao risco individual e calculados a partir de princípios atuariais, com base na expectativa de utilização de serviços de saúde. <sup>(2)</sup>

Fonte: Elaboração própria, com base em OECD (2004). Nota: (1) obrigatório pode ser aplicados a toda a população ou apenas a certos grupos, podendo ser também único ou uma escolha entre diferentes esquemas ou operadoras. (2) Risk-rated também é denominado como *experience rating* (Barr, 2004).

Os seguros públicos de saúde são definidos conforme a predominância do financiamento, e possuem as seguintes categorias (OECD, 2004, p.11):

- a) financiados por taxas e impostos (Ex.: Canadá Health Act);
- b) financiados por contribuições para esquemas de seguro social (Ex. `Securité Sociale` da França).

Os seguros privados de saúde são definidos como esquemas de seguros que são financiados por meio de prêmios privados os quais são geralmente (mas não necessariamente) voluntários. Os governos costumam regular esse tipo de seguro, embora a quotização do financiamento seja usualmente gerida por entidade privada. Mesmo que o seguro privado receba recursos públicos, isso não muda sua natureza.

<sup>39</sup> As possibilidades não se restringem aos critérios enumerados, conforme exposto: “Ainda que não tenha sido incluídas na sua proposta para uma tipologia básica, o documento da OCDE reconhece que existem outras variáveis que representariam características descritivas importantes para a análise de políticas dos modelos de seguros de saúde, uma vez que os diferentes arranjos decorrentes dessas variáveis têm implicações no desempenho dos sistemas de saúde (OECD, 2004b). Dentre essas variáveis, destacam-se: natureza pública ou privada do gestor do seguro saúde; existência de competição comercial ou não entre esses gestores; relação contratual destes com os prestadores de serviço; benefícios fiscais ligados aos seguros de saúde; mecanismos regulatórios diversos que forneçam subsídios cruzados nos seguros de saúde.” (Werneck, 2010, p. 11).



De forma geral, os seguros privados de saúde podem ser classificados nas seguintes categorias:

- a) Obrigatório individual (Ex.: Lei do seguro de saúde da Suíça).
- b) Grupo de empregados (Ex.: comum nos EUA).
- c) Prêmios calculados por grupo (*community rated*) (Ex.: seguro de saúde voluntário na Irlanda e na Austrália).
- d) Prêmios calculados pelo risco do indivíduo (*risk-rated*). (Ex.: seguro privado de saúde no Reino Unido).

No Brasil da virada do século XX para o XXI, o SUS, que se trata de um Sistema Nacional de Saúde, coexiste com seguros privados de saúde, com pagamentos de desembolso direto (*out of pocket*) e caridade. Assim, estão presentes no país três das quatro modalidades de financiamento definidas pela OCDE, anteriormente mencionadas. A quarta modalidade de financiamento, *medical saving account*, é vedada pela legislação, como apontado por Dias Filho (2012, p.676), que identifica que o artigo 10 da Lei 9.656/1998 instituiu o plano-referência, sem limite financeiro para cobertura de um rol mínimo de procedimentos.

Segundo Werneck (2010, p.15), o SUS é classificado na tipologia da OCDE como um seguro público, financiado por meio de impostos, compulsório para toda a população e com cobertura integral de serviços de saúde, sem co-pagamento.

No caso dos planos de saúde do tipo pré-pagamento, no Brasil, considerando os mencionados critérios da OCDE, podem ser classificados como seguros privados de saúde, voluntários, podendo ser de esquema de grupo ou individual. Quanto ao método de cálculo dos prêmios, após a regulação, não se refere aos modelos tradicionais com base no risco individual (*risk-rated*) ou de todo o grupo (*community rated*), mas, na verdade, uma espécie de *community rated* para cada um dos grupos de faixa etária, como será explicado no capítulo da trajetória da regulação.

### 2.2.2. Tipologia de seguros privados de saúde

Dentre as tipologias para os sistemas de saúde mistos, no que se refere ao mix público - privado, destaca-se a tipologia de publicação da OCDE (OECD, 2004)

<sup>40</sup>. Nessa tipologia, os seguros privados de saúde (PHI – *Private Health Insurance*) podem ser classificados conforme o papel que desempenham em relação à oferta de serviços públicos de saúde, possibilitando analisar a interação público-privada.

A taxonomia da OCDE (OECD, 2004, p.17) toma como base os dois critérios: i) elegibilidade para “seguro público de saúde”, e ii) cobertura dos serviços de saúde pelo seguro privado de saúde. A combinação desses critérios resulta em quatro tipos básicos de seguros privados de saúde, conforme Quadro 2.5.

**Quadro 2.5: Tipologia de funções do seguro privado de saúde**

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo*</b>
1. Primário	PHI representa o único acesso disponível para a cobertura básica de saúde para os indivíduos que optam pela sua contratação.	-
1.1. Primário Principal	PHI primário no caso de não haver opção de seguro público.	EUA
1.2. Primário Substituto	PHI primário no caso em que substitui a cobertura pública para o indivíduo que opta pela sua contratação, e, em consequência, abre mão da cobertura pública.	Chile, Holanda e Alemanha
2. Duplicado	PHI oferece cobertura para serviços de saúde incluídos no seguro público. Indivíduos que o contratam não ficam dispensados de contribuir para o seguro público. Embora ofereçam os mesmos serviços, o PHI pode oferecer acesso a prestadores diferenciados, acesso privilegiado e mais rápido a serviços, maior liberdade na escolha de profissionais de saúde.	Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido, Itália.
3. Complementar	PHI complementa a cobertura do seguro público, cobrindo, no caso da sua existência, o co-pagamento privado a serviços ofertados no seguro público.	França
4. Suplementar	PHI oferece cobertura para serviços de saúde adicionais ao esquema público ou ao PHI primário. Dependendo do país, pode incluir: cuidados de luxo, cobertura odontológica, medicamentos complementares, hotelaria superior e amenidades.	Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido, Itália.

Fonte: Elaboração própria, com base em OECD (2004).

\*Nota: Exemplos de países conforme Rodrigues e Santos (2011, p.175).

No Quadro 2.6 são mostrados, de forma esquemática, os papéis que os seguros privados de saúde podem desempenhar dentro dos sistemas de saúde dos países.

<sup>40</sup>Livro publicado em 2004 pela OCDE (*Private health insurance in OECD countries*), com base em estudo conduzido por Colombo e Tapay. Santos (2009, p.53-74), na seção 3.3 da tese de doutorado, apresenta e analisa diversas tipologias presentes na literatura, concluindo pela adoção pela metodologia da OCDE, em função, entre outros fatores, de que essa metodologia contempla as variadas dimensões do sistema de saúde de forma mais completa e traz elementos que parecem mais adequados para pensar o caso brasileiro, inclusive quanto à etimologia do termo suplementar (Santos, 2009, p.73-74). Outras referências sobre o assunto, aplicado ao Brasil, são Rodrigues e Santos (2011) e Werneck (2010)

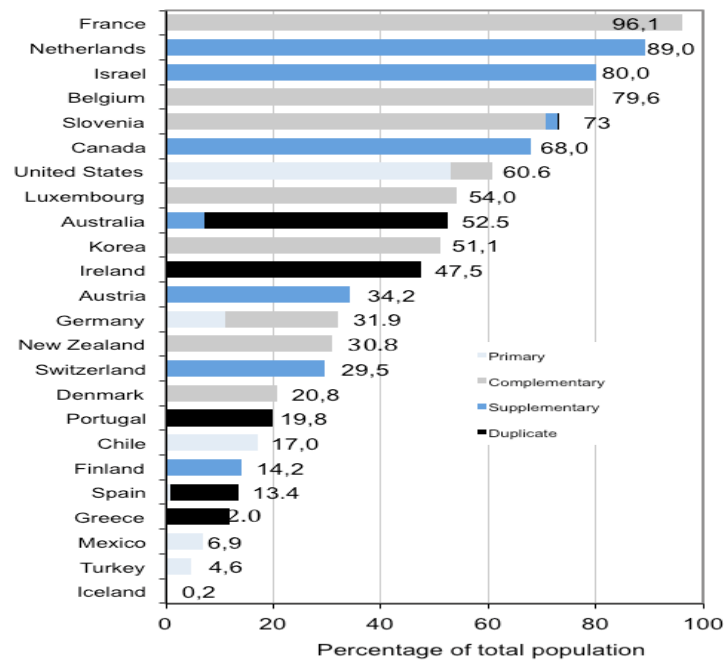
**Quadro 2.6: Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público.**

		ELEGIBILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO	
		indivíduos estão cobertos pelo sistema público	indivíduos não cobertos pelo sistema público
<b>COBERTURA DO SEGURO PRIVADO</b>	Mesmos Serviços cobertos pelo sistema público (curativos e não curativos)	DUPLICADO	PRIMÁRIO: -Principal -Substituto
	Co-pagamento aplicado aos serviços cobertos pelo sistema público	COMPLEMENTAR	
	Serviços não oferecidos pela cobertura do sistema público ou do ou pela cobertura do seguro privado primário (serviços <i>top-up, extras, adicionais</i> )	SUPLEMENTAR	

Fonte: Santos (2009, p.71), adaptado de OECD (2004).

A OCDE disponibiliza informações, seguindo a sua tipologia, da participação do seguro privado de saúde em diversos países, como mostra o Gráfico 2.1, no qual observamos grande variabilidade entre os países da OCDE.

**Gráfico 2.1: Cobertura do seguro privado de saúde, segundo países.**



Fonte: OECD Health Statistics 2013. Dados de 2011 ou, na falta deste, do ano mais recente disponível. Nota: Seguro privado de saúde pode ser complementar e suplementar na Dinamarca, Coréia e Nova Zelândia, e, pode ser duplicado, complementar e suplementar em Israel.

No Brasil, como aponta Werneck (2010), considerando motivos que incluem a existência de poucos estudos sobre saúde suplementar, expressões como complementar e suplementar tem uso consagrado no país em sentido diverso ao aplicado pela OCDE, e, por vezes impreciso:

“Complementar e suplementar são adjetivos antônimos. ‘Complementar’ refere-se aquilo que falta para um todo; enquanto ‘suplementar’ aquilo que excede o todo. Ao dicionário, temos: “Complementar: (adj. 2 gêneros) que serve de complemento; v. tr. completar. Suplementar: (adj. 2 gêneros) adicional; que amplia”. (Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 11a edição. Ed Gamma.) Frequentemente, entretanto, o setor de saúde suplementar no Brasil é chamado de complementar” (Werneck, 2010, p.8).

Mesmo antes da Lei 9.656/98, Almeida (1998, p.5) utiliza a denominação de assistência médica suplementar, mas reconhece que não havia consenso na literatura sobre essa denominação, uma vez que alguns utilizavam o termo atenção médica supletiva e outros, assistência médica complementar.

No Brasil, a partir da configuração do SUS, o termo complementar designa o conjunto de prestadores privados contratados pelo SUS, conforme Art. 199 da Constituição Federal<sup>41</sup>.

Por sua vez, o termo suplementar, na sua aplicação como saúde suplementar, é sinônimo de assistência suplementar da saúde. A partir da Lei 9.656/98, esse termo se refere à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público (Ministério da Saúde, 2012, p.84).

Considerando a mencionada tipologia da OCDE, o seguro privado de saúde no Brasil pode ser classificado como duplicado ou suplementar. Werneck (2010, p.16) analisa essa classificação para o Brasil, concluindo que o seguro privado de saúde é duplicado por excelência (duplicado-reduzido) e também suplementar quando apresenta condições diferenciadas de hotelaria (suplementar-hoteleiro).

Cabe destacar, ainda, algumas particularidades dos seguros privados de saúde no Brasil, comparativamente com outros países, como apontado por Bahia e Scheffer (2008, p.517):

- i) A demanda não esta constituída somente pelos ricos, nem exclusivamente pelos pobres, tampouco por segmentos populacionais definidos por atributos como faixa etária como ocorre nos EUA,
- ii) Não são alternativas ao sistema público como no Chile,
- iii) O sistema de saúde brasileiro distingue-se do colombiano, que possui esquemas assistenciais diferenciados e alternativos para segmentos (segurados vinculados ao mercado formal de trabalho, classificados como pobres e o restante da população),
- iv) As coberturas universais propiciadas no Brasil para diagnósticos e tratamentos de alto custo nos diferenciam da África do Sul.

---

<sup>41</sup>Constituição Federal, Art. 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1o - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

### 2.3. Fundamentos da regulação dos planos de saúde

A regulação na perspectiva econômica, enquanto intervenção estatal, tem como uma de suas principais justificativas a adequação dos mecanismos de mercado a determinados objetivos estabelecidos pela sociedade, estabelecidos politicamente em função de valores de eficiência e equidade.

Compartilhamos a visão de Barr (2004, p.64), de que a decisão dos métodos de intervenção estatal para alcançar os objetivos das políticas sociais deve ser uma escolha técnica, de caráter positivo, podendo ser utilizada, para tanto, a teoria econômica.

Essa questão se insere na economia da saúde, que, como destaca um dos principais autores de metodologia da economia<sup>42</sup>, é um campo no qual as hipóteses simplificadas da economia tradicional não se aplicam, sendo um objeto de estudo desafiador e próspero para novas ideias<sup>43</sup>.

Os mecanismos de mercado dependem, para sua eficiência, de uma série de condições, muitas delas não atendidas no caso dos planos de saúde, como será apresentado. Conforme Barr (2004, p.64), para os mercados proporcionarem uma alocação eficiente devem ser atendidas algumas hipóteses padrão, que incluem informação perfeita, competição perfeita e inexistência de falhas de mercado como as externalidades.

Os serviços de saúde não atendem a algumas dessas condições, com destaque para os problemas informacionais. Como os indivíduos não conhecem quanto ou quando irão demandar de serviços e, mais que isso, em geral lhes falta informação sobre a natureza dos produtos; em princípio, a solução de mercado é o seguro (Barr, 2004).

---

<sup>42</sup>O renomado economista Mark Blaug (1998, p. S65), como exposto: *“Health economics would seem to be a perfect topic for heterodox dissent... Is a field which must make the average neoclassical economist squirm because it challenges his or her standard assumptions at every turn. Perhaps that is precisely what makes it so interesting to study”*.

<sup>43</sup>Dada essa peculiaridade, o editor executivo do *“Journal of Institutional Economics”*, da *“Cambridge University Press”*, destacou em um de seus trabalhos (Hodgson, 2007, p. 18) que os serviços de saúde são uma das áreas mais promissoras para a contribuição de economistas de visão institucional.

Entretanto, a provisão eficiente de seguro médico pelo mercado privado tem como requisito cinco condições técnicas, que apresentam as seguintes particularidades<sup>44</sup>:

- i) A probabilidade de necessidade de tratamento deve ser independente entre os indivíduos. Em geral é atendida, exceto durante graves epidemias.
- ii) A probabilidade de necessidade de tratamento de um tipo específico deve ser menor do que 1. É atendida para problemas como perna quebrada, entretanto não é válida para doenças crônicas pré-existentes à contratação do seguro ou em casos que o indivíduo tem conhecimento de que possuirá no futuro (por exemplo, por meio de testes genéticos).
- iii) A probabilidade de necessidade de tratamento deve ser conhecida ou passível de ser estimada. São estimadas de forma geral, entretanto, problemas surgem com apólices de benefícios de longo prazo, quando os riscos relevantes são obscuramente conhecidos.
- iv) Não haver problema substantivo de seleção adversa. Ocorre quando o indivíduo pode ocultar do segurador que ele possui risco ruim. Nesse caso, o equilíbrio é ineficiente, instável ou inexistente <sup>45</sup>.
- v) Não haver problema substantivo de risco moral. Ocorre de forma *ex-post* à contratação, quando: a) o paciente pode influenciar a probabilidade de necessitar de tratamento médico ou seus custos; b) problema da terceira parte pagadora, quando o médico<sup>46</sup> ou o paciente encaram custo nulo, podendo resultar em sobreconsumo.

Em função das peculiaridades apresentadas, a teoria econômica indica que os seguros privados de saúde irão enfrentar principalmente dois conjuntos de problemas (Barr, 2004):

- i) Vácuos de cobertura que surgem para riscos como os das doenças crônicas ou congênitas, das necessidades médicas com a velhice e da atenção primária à

---

<sup>44</sup>Conforme Barr (2004), com base em Arrow (1963); Pauly (1974; 1986); Curlyer (1993). Essas cinco condições podem ser sintetizadas da seguinte forma: a probabilidade de necessidade de tratamento deve ser independente entre os indivíduos, menor que 1 e conhecida ou passível de ser estimada, bem como não deve haver problema substantivo de seleção adversa ou risco moral.

<sup>45</sup>Conforme Barr (2004), Akerlof (1970, p.492) questiona porque americanos com mais de 65 anos não conseguem facilmente comprar seguro médico, e conclui que como o preço aumenta, as pessoas que irão contratar o seguro serão aquelas com maior grau de certeza de que irão precisar utilizar o seguro.

<sup>46</sup>Destaca-se o caso quando o médico é pago na metodologia "*fee for service*" (remuneração por itens de serviços prestados).

saúde. Esse fenômeno, assim como os problemas derivados de altos custos de transação<sup>47</sup>, ocasiona subconsumo.

ii) Ineficiência que ocorre de várias formas, particularmente a sobre-prescrição de serviços de saúde como um resultado do problema da terceira parte pagadora, que ocasiona sobre-consumo.

Para a mitigação desses problemas, há dois grupos de medidas (Barr, 2004): as soluções de mercado e a intervenção do Estado.

Sobre as soluções de mercado, as seguradoras têm adotado diversos esquemas para a contenção dos custos, como a limitação da cobertura, a cobrança de franquia (pagamento direto a cada utilização de um valor fixo determinado ou do valor do serviço, o que for menor) ou coparticipação (pagamento direto de percentual do valor do serviço utilizado). Esses esquemas resultam em redução da demanda de tratamento. Não há solução completa para o risco moral, uma vez que o principal problema é a informação imperfeita dos seguradores sobre o comportamento do segurado e dado que a saúde é difícil de ser definida, tornando difícil especificar contratualmente qual tratamento será coberto para diferentes condições médicas.

Por sua vez, a intervenção estatal pode reduzir a ineficiência de várias formas: a) estabelecimento de seguro compulsório para prevenir os efeitos externos causados pelos não segurados, com a cobertura tendo início antes do nascimento para lidar com doenças crônicas e congênitas; b) regulação pode prevenir que as seguradoras evitem a cobertura de indivíduos de alto risco, regulando simultaneamente as condições para o aumento dos prêmios; c) Obrigatoriedade de participação em sistemas de seguro social de países ou de grupos de trabalhadores, como ocorre em vários países industrializados (os EUA são exceção), por meio de alternativas ao seguro atuarial, como no caso do seguro social ou do sistema financiado por meio de impostos.

---

<sup>47</sup>Caso os custos de transação sejam muito significativos, indivíduos propensos à contratação do seguro poderão não fazê-lo. Por exemplo, os seguros médicos privados nos EUA possuem altos custos de contabilização, o que é evitado pelo Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, que raramente tem de enviar aos pacientes uma conta para ser paga.



### **3. HISTÓRICO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ 1998**

O presente capítulo trata do histórico do mercado de planos de saúde no Brasil, no período anterior à definição do seu marco regulatório específico, que se deu por meio da Lei 9.656/1998. O trabalho tem como propósito principal caracterizar a trajetória desse mercado no período, enfatizando a importância da sua ligação com as políticas públicas relacionadas ao setor, bem como identificando os principais resultados econômicos desse mercado.

A primeira seção irá identificar a literatura de referência para o assunto e definir os fundamentos da periodização adotada, que determina a segmentação das seções seguintes, quais sejam:

- i) Antecedentes até 1945
- ii) De 1945 a 1964
- iii) De 1964 a 1985
- iv) De 1985 a 1998

Em seguida, a penúltima seção irá apresentar, de forma panorâmica, as principais matrizes interpretativas sobre os determinantes da expansão dos planos de saúde no Brasil.

Por fim, a última seção irá apresentar, como resultado síntese da análise da literatura, um mosaico de fatores explicativos relevantes para a expansão dos planos de saúde no Brasil e sua caracterização.

### 3.1. Fundamentos para a periodização do histórico

A presente análise não prescindirá da importância de situar a trajetória dos planos de saúde no Brasil no contexto das políticas públicas existentes, mesmo antes da definição do marco regulatório setorial, que só foi criado em 1998.

Uma das motivações para essa abordagem é a indicação, de estudo do Laboratório de Econômica Política da Saúde (LEPS) da UFRJ (Werneck Vianna et al, 2005)<sup>48</sup>, de que os estudos sobre a expansão dos planos de saúde emergem nos anos 1990 voltados predominantemente para a ótica do desvendamento do funcionamento do mercado, sendo exceções os poucos textos na perspectiva das políticas públicas e que possibilitem identificar os incentivos governamentais<sup>49</sup>.

Para desvendar o tema, um primeiro passo foi identificar a literatura sobre o histórico das políticas de saúde no Brasil, dentre as quais destacamos algumas obras de referência em períodos específicos, como da República Velha (Hochman, 1998), da Era Vargas (Hochmann, 2005; Fonseca, 2007), da configuração da assistência à saúde como benefício da Previdência Social (Braga e Paula, 1981; Oliveira e Fleury Teixeira, 1985) e da sua consolidação e transição para a seguridade social com o SUS (Werneck Vianna, 1998).

Há algumas obras que apresentam, de forma abrangente, a história, no Brasil, das políticas de saúde e da sua relação com o setor privado de modo geral, sintetizando desde suas origens até o final do século XX, como livros universitários (Giovannella et al, 2008; Rodrigues e Santos, 2011) e artigos acadêmicos (Mercadante et al, 2002; Piola e Vianna, 2009; Paim et al, 2011).

Para fins da estruturação e periodização do conteúdo da presente seção, se destaca um artigo publicado na revista internacional *The Lancet* (Paim et al, 2011)

---

<sup>48</sup>Identificado em meados da primeira década do século XXI após a realização de levantamento bibliográfico que resultou na Estante do LEPS, que é uma biblioteca virtual especializada em Economia da Saúde, produzida no âmbito do projeto realizado em convenio com a ANS em 2004 (Werneck Vianna, 2005, p. 4).

<sup>49</sup>Como exposto: “A expansão dos planos de saúde, embora tenha sido objeto de análises anteriores – Cordeiro (1984) é obra seminal para o entendimento dessa realidade - emerge como forte preocupação acadêmica nos anos 90. Contudo, à parte o trabalho de Bahia (1999), talvez o mais completo tratamento dado à matéria e que dialoga intensamente com as ciências sociais, a ótica dominante será a do desvendamento da estrutura do mercado (Médici, 1990; Almeida, 1998; Teixeira, 2001; Farias & Melamed, 2003; Reis, 2003). Estudos de caso (Bahia, 1991; Duarte, 2001) corroboram tal prevalência. Exceções são os poucos textos de cientistas sociais *stricto sensu* que lidam com a questão na perspectiva das políticas públicas, identificando incentivos governamentais e estratégias dos atores sociais organizados atuantes na propulsão do segmento privado na área da saúde”. (Werneck Vianna et al, 2005, p. 5)

que apresenta a história das políticas de saúde de forma abrangente e bastante didática, juntamente com a identificação dos seus avanços e desafios. Para essa finalidade, os autores consideram a periodização da história política do país, da seguinte forma (Paim et al, 2011, p.16):

- a) 1500-1822 – Colonialismo português
- b) 1822-1889 – Império
- c) 1889-1930 – República Velha
- d) 1930-1945 – Ditadura Vargas
- e) 1945-1964 – Instabilidade democrática
- f) 1964-1985 – Ditadura militar
- g) 1985-1988 – Transição democrática
- h) 1988-2010 – Democracia.

Em específico, as principais mudanças das políticas de saúde pública no país, segundo Rodrigues e Santos (2011, p.75), foram:

- a) 1933 – Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs),
- b) 1966 – Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS),
- c) 1988 – Criação do Sistema único de Saúde (SUS)

Esses marcos históricos representaram mudanças no modelo de saúde pública e sucederam mudanças políticas relevantes, como mostrado no Quadro 3.1.

**Quadro 3.1: Mudanças políticas e do modelo de saúde pública no Brasil.**

Marco Político	Modelo de saúde pública	Características do modelo de saúde pública
1930: Revolução (poder ligado à indústria)	1933: Criação dos IAPs	Seguro Social: a) organizado separadamente por categorias profissionais (IAPs específicos), b) financiado por contribuições os trabalhadores e empregadores com base na folha de salários, c) administrado por representantes dos trabalhadores e empregadores.
1964: Golpe militar	1966: Criação do INPS	Seguro social unificado: a) todas as categorias são seguradas pelo INPS, b) financiado por contribuições dos trabalhadores e empregadores, com base na folha de salários, c) administrado pelo Estado e representantes dos trabalhadores e empregadores.
1985: Fim do regime militar	1988: Criação do SUS	Público de acesso universal: a) voltado para todos os cidadãos, b) financiado por toda a sociedade por meio de tributos, c) administrado pelo Estado.

Fonte: Adaptado de Rodrigues e Santos (2011, p.75).

Além de apresentar esse útil quadro síntese, com marcos políticos que se enquadram na mencionada periodização adotada por Paim (2011), os autores

(Rodrigues e Santos, 2011) analisam os antecedentes e uma série de outros marcos das políticas de saúde no Brasil, inclusive fazendo referência ao papel do setor privado e sua relação com o setor público.

No mesmo sentido, cumpre reconhecer que a análise da formação do sistema de saúde brasileiro atual passa pelo reconhecimento de que o mesmo é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos, como fazem Paim et al (2011, p.15-16), que apresentam alguns marcos históricos desse processo, considerando o contexto econômico, social e político, como mostrado no Quadro 3.2. e no Quadro 3.3. À luz desse contexto, com ênfase nos eventos de maior importância para o mercado de planos de saúde no Brasil, será apresentado o histórico desse mercado.

### Quadro 3.2: Histórico do setor de saúde no Brasil até 1945.

Período	Contexto econômico e social	Contexto político	Sistema de saúde
<b>Colônia (1500-1822)</b>	Matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	• Controle político e cultural de Portugal	• Século XVI: Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia. Organização sanitária incipiente
<b>Império (1822–1889)</b>	Início da industrialização	• Centralismo político e coronelismo	• Ênfase na polícia sanitária. Criação de instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850) • Administração da saúde centrada nos municípios
<b>República Velha (1889-1930)</b>	Agroexportador, crise do café e insalubridade nos portos	• Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) e sua reforma (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs(1923). Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social
<b>Ditadura Vargas (1930-45)</b>	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	• Estado autoritário entre 1937 e 1938	• Saúde pública pelo Min. da Educação: Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose. • Previdência social e saúde ocupacional pelo Min. do Trabalho, Indústria e Comércio: Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)

Fonte: Adaptado de Paim et al (2011, p. 6-7).

### Quadro 3.3: Histórico do setor de saúde no Brasil após 1945.

Período	Contexto econômico e social	Contexto político	Sistema de saúde
<b>Instabilidade democrática (1945–64)</b>	• Substituição de importações, urbanização, migrações, capital internacional	• Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) □ • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) □ • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde

<b>Ditadura militar (1964–85)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Internacionalização da economia</li> <li>• Milagre econômico (1968–73)</li> <li>• Penetração do capitalismo no campo e nos serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpe (1964)</li> <li>• Eleições de 1974. Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)</li> <li>• Liberalização, movimentos sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IAPs unificados no INPS, privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966)</li> <li>• Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 hab.</li> <li>• Crise na previdência social</li> <li>• Criação do INAMPS (1977). INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura.</li> <li>• Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado.</li> </ul>
<b>Transição democrática (1985–88)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Nova República” (1985)</li> <li>• Movimento de Reforma Sanitária</li> <li>• Constituição (1988)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INAMPS continua a financiar estados e municípios</li> <li>• Expansão das AIS</li> <li>• Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987).</li> <li>• Contenção das políticas privatizantes. Novos canais de participação popular.</li> </ul>
<b>Democracia (1988-2000)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise (hiperinflação)</li> <li>• Estabilidade (Plano Real; 1994)</li> <li>• Recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico, persistência das desigualdades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itamar (1993-94) após impeachment de Collor</li> <li>• Governo PSDB (1995-2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do SUS e descentralização. Extinção do INAMPS (1993). Criação do Programa de Saúde da Família (1994). Crise de financiamento e criação da CPMF (1996). Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS.</li> <li>• Regulamentação dos planos de saúde privados. Criadas a ANVISA (1999), a ANS (2000), a lei dos medicamentos genéricos. (*)</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Paim et al (2011, p. 6-7). (\*) São registrados outros marcos após 2000<sup>50</sup>.

Sobre o histórico dos planos de saúde no Brasil, há obras que apresentam de sua formação até a implementação do marco regulatório setorial em 1998, tais como capítulos de livros universitários (Bahia, 2008; Rodrigues e Santos, 2011) e publicações especializadas, bem como a pesquisa realizada pelo Laboratório de Econômica Política da Saúde – LEPS da UFRJ (Bahia et al, 2005) e o livro organizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, iniciativa de um grupo de operadoras (Cechin, 2008).

A literatura também aborda o histórico de aspectos específicos desse mercado, tais como: a sua relação com as políticas públicas, em especial as de saúde (Werneck Vianna, 1998; Menicucci, 2003, Bahia, 1999; Ocké-Reis, Andreazzi e Gaiger, 2006, Piola e Vianna, 2009).

Segundo a ANS, os planos de saúde tem origem ainda no período colonial, particularmente no século XVI com o surgimento, como apontado no Quadro 3.2,

<sup>50</sup> Dentre esses marcos após 2000, destacam-se:

- Lei institui a saúde do indígena como parte do SUS. Emenda Constitucional 29 definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000). Lei da Reforma Psiquiátrica (2001). Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003).
- Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida, 2006). Política Nacional de Atenção Básica (2006); Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006).
- Criada a UPA 24h em municípios com mais de 100 mil hab. (2008).

das Santas Casas, sendo que as oportunidades de exploração econômica das atividades de assistência à saúde surgem no século XX:

“Os planos de saúde têm origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com forte apelo às ações caritativas e filantrópicas. Inicialmente internavam pessoas com vários tipos de doenças, menos as infectocontagiosas.

As Santas Casas atuaram como principais prestadoras de serviços hospitalares no país, desde o período colonial, passando pelo Império, República Velha e estendendo-se até o Estado Novo, na primeira metade do século XX. As oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde surgiram na década de 30 aqui no Brasil. E tiveram um crescimento no final da década de 50, quando o país iniciou o processo de industrialização, com a instalação das fábricas na região do ABC Paulista. Nessa ocasião, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média emergente (ANS, 2013)”.

Esse relato da ANS retrata, de forma sintética, alguns dos principais antecedentes da formação do mercado de planos de saúde. Entretanto, como apontado na literatura, esse histórico é caracterizado por outros fatores relevantes, cuja interpretação não é trivial. As perspectivas históricas sobre o setor apresentam particularidades.

Uma primeira particularidade se refere ao marco inicial do mercado dos planos de saúde, objeto de diferentes leituras. Se destaca, na literatura acadêmica, a visão de que as empresas de planos de saúde, na essência da forma em que são concebidas hoje, emergem, em consonância com o apontado no Quadro 3.2, no Pós Segunda Guerra Mundial (Salm, 2005; Bahia, 2005; Cechin, 2008), sem entretanto, desconsiderar a relevância dos antecedentes relacionados ao setor.

A discussão de qual o marco inicial deste mercado, em si, não é essencial à presente análise. Dado o propósito de identificar as origens do presente mercado e sua relação com as políticas públicas, serão apresentados os antecedentes mais relevantes identificados na literatura.

As diferentes visões sobre a caracterização da emergência desse mercado em grande medida são relativas à atribuição de relevância a distintos antecedentes da formação desse mercado, apresentando ainda especificidades no que se refere às modalidades de operadoras dos planos de saúde, que caracterizam uma segunda particularidade, das perspectivas históricas, que será abordada ao longo dessa seção.

Uma terceira particularidade se refere à periodização do histórico do setor. Nem todas as obras mencionadas sobre o histórico do setor estabelecem uma

segmentação entre períodos históricos. Na literatura que trata o setor privado de saúde no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde, destaca-se a periodização que acompanha os marcos da política nacional, como no caso de autores como Werneck Vianna (1998), Braga e Paula (1981) e Oliveira e Fleury Teixeira (1985).

Numa outra perspectiva, o livro do IESS (Cechin, 2008, p.77) caracteriza que a época anterior a 1998 é marcada por três períodos do ponto de vista macroeconômico:

- a) 1950 a 1980, evidenciado pelo forte desenvolvimento econômico, com uma média anual da taxa de crescimento do PIB de 7% até 1970 e, nessa década, quase 9%;
- b) de 1981 até 1994, caracterizado pela reversão no ritmo de crescimento (que cai para menos de 3% ao ano), e pela hiperinflação (taxa média mensal, frise-se, mensal, de 7,7% de 1980-84, 16,6% de 1985-89 e 28% de 1990 a julho de 1994), a despeito dos diversos planos de governo visando o seu controle. Para as empresas, o período foi marcado por uma financeirização das atividades;
- c) 1994 em diante, marcado inicialmente pela estabilização da inflação (passando a níveis inferiores a 10% ao ano) por meio do Plano Real, seguido por um impulso inicial de crescimento econômico mas que se estabiliza em níveis baixos (em torno de 3% ao ano). Período marcado por reformas estruturais (privatização e abertura da economia) e um processo crescente de regulamentação de diversos setores.

A Tabela 3.1.1. apresenta uma síntese dos indicadores macroeconômicos segundo períodos delimitados pela política nacional, conforme livro universitário de história econômica contemporânea do Brasil (Giambiagi et al, 2005). Dentre os marcos históricos constantes na mencionada tabela, constam os anos de término de período indicados por Cechin (2008), quais sejam, 1950, 1980 e 1994.

De fato, pode-se observar que, além do marco inicial, também são relevantes os marcos históricos adotados por Cechin (2008). O ano de 1980 marca o término de um período de elevadas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, que será seguido por um período de baixo crescimento e hiperinflação, também denominado de estagflação, que somente irá se encerrar com a estabilização alcançada por meio do Plano Real, em 1994.

**Tabela 3.1: Síntese de indicadores macroeconômicos do Brasil.**

Período	1946/ 50	1951/ 55	1956/ 60	1961/ 63	1964/ 67	1968/ 73	1974/ 80	1981/ 84	1985/ 89	1990/ 94	1995/ 98
Crescimento (1)	8,1 <sup>a</sup>	6,7	8,1	5,2	4,2	11,1	7,1	-0,3	4,3	1,3	2,6
Inflação (2)	11,3	15,6	24,7	59,1	45,5	19,1	51,8	150,3	471,7	1.210	9,4 <sup>d</sup>
FBCF (3)	13,4 <sup>b</sup>	14,9	16,0	15,2	15,5	19,5	22,6	21,5	22,5	19,5	19,8
DEL / EB (4)	n.d.	0,4 <sup>c</sup>	1,9	2,4	2,0	1,8	2,6	3,6	3,8	3,2	2,8
C.Tributária (5)	14,2 <sup>b</sup>	15,8	17,4	16,1	19,4	25,1	25,1	25,6	24,3	26,4	28,6

Fonte: Elaboração própria, com base em Giambiagi et al (2005, p.403, 418) – Tabela A1 e A16.

Nota: (1) Crescimento do PIB (% a.a.), IBGE. (2) IGP (dez/dez % a.a.), FGV. (3) FBCF – Formação Bruta de Capital Fixo (% PIB a preços correntes), FGV e IBGE. (4) Dívida Externa Líquida / Exportação de Bens, Banco Central. (5) Carga Tributária(% do PIB), FGV e IBGE. (a) 1948/50. (b) 1947/50. (c) 1952/1955. (d) IPCA/IBGE. (n.d.) Não disponível.

O livro do IESS (Cechin, p.77) aponta que esse contexto macroeconômico teve importantes repercussões sobre o sistema de saúde, e, mais que isso, importante ressaltar que, em particular, o ambiente regulatório trouxe relevantes implicações para a saúde suplementar, como sintetizado no Quadro 3.4.

**Quadro 3.4: Características da trajetória da saúde suplementar no Brasil.**

Período	Ambiente macroeconômico	Ambiente regulatório	Evolução da saúde suplementar
Até 1965	Crescimento com aumento do trabalho formal	IAPs e lei Orgânica da Previdência Social	Limitada a grandes empresas e instituições públicas (autogestão)
1966-1980	Crescimento com aumento do trabalho formal	Incentivos/subsídios ao crescimento do setor privado	Forte crescimento (principalmente medicina de grupo)
1981-1993	Crises e planos anti-inflacionários	Reforma sanitária, Constituição, SUS (universalização excludente)	Forte crescimento (mercado formal)
1994-2007	Estabilização, baixo crescimento, retração de trabalho formal	Privatizações, abertura da economia, regulação	Estagnação, foco nos individuais (1994-1999), nos coletivos (2000-2007)

Fonte: Cechin (2008, p.79).

Como apontado na literatura, mesmo naquelas obras que enfatizam a importância da conjuntura econômica (Salm, 2005; Cechin, 2008), a trajetória da política de proteção social no Brasil foi um condicionante fundamental para o surgimento e expansão das empresas de planos de saúde. Esse fenômeno será mostrado ao longo deste capítulo.



O presente trabalho poderia, sem maiores problemas, ser apresentado sem uma segmentação de períodos. Entretanto para fins de melhor apresentação e didática, será adotada uma periodização. Isso sem prejuízo para a consideração de elementos de outras perspectivas, como as que enfatizam a conjuntura econômica ou os resultados desse mercado.

Compreendendo que o processo de surgimento e expansão do mercado de planos de saúde é parte integrante de uma dinâmica resultante da própria política brasileira, serão considerados os marcos da política nacional para a estruturação dos períodos que constituirão cada uma das subseções, quais sejam:

- a) Antecedentes até a Segunda Guerra Mundial (1945)
- b) Pós Segunda Guerra Mundial (1945-1964): os planos de saúde emergem frente ao desenvolvimento industrial.
- c) Ditadura Militar (1964-1985): O fortalecimento do mercado frente à política da Previdência Social.
- d) Período democrático Pré-Marco Regulatório Setorial (1985-1998): A consolidação do mercado no contexto da implantação da saúde universal.

A pesquisa envolveu revisão bibliográfica que possibilitou a identificação dos eventos de destaque no que se refere ao mercado de planos de saúde e às políticas públicas relacionadas ao mesmo mercado, o será apresentado ao longo do presente capítulo. Para fins didáticos, foi elaborada uma ilustração síntese dos eventos, do tipo linha do tempo, mostrada na Figura 3.1.

**Figura 3.1: Linha do tempo: políticas e planos de saúde no século XX.**

	Política	Planos de saúde
...		
1923	Republ a Velha	Obrigatoriedade das CAPs
1930		
1933	Era Vargas	Criação do primeiro IAP
1944		Criação do SAMDU.
1945		Criação: Cassi
1946		Criação: Assistência Patronal dos funcionários do IAPI
1953	Instabilidade Democrática	Petrobrás criada com assistência médica supletiva para seus funcionários.
1956		1o plano pré-pagamento. Criação: Policlínica Central
1958		Inauguração: Hospital da Sul América
1959		Filantrópicas isentas da contribuição da previdência
1960		LOPS padroniza IAPs
1962		IAPB compra Hospital da Sul América.
1963		Criação: SAMCIL
1964		1o plano individual. Criação: SENASA
1966		1o convenio-empresa (Volkswagen)
1966	Golpe Militar	PAEG e Reformas Institucionais.
1967		Criação INPS e SUSEP. Norma convênio-empresa.
1968		Criação: ABRAMGE.
1968		Criação: SEMIC, Rio-Clinicas, 1a Unimed (Santos)
1968		Criação: AMA (Medial), Interclínicas e Intermedica.
1968		Criação: 30 cooperativas médicas no Estado de SP.
1971		Prorural
1972		Compra da Policlínica Central pela SAMCIL.
1972		Criação: Golden Cross, Medial Saúde e Unimed de Santa Maria.
1974	Dictadura: abertura gradual.	Criação do MPAS e do FAS. Lançamento do PPA.
1977		Criação do SINPAS, incluindo o INAMPS.
1978		Criação: AMIL
1979		Início de restrições aos convênios-empresa.
1979		Incorporações (Ex.: compra da Amico pela Hospital Corporation América)
1982		INAMPS compra hospital da SEMIC. Decreto de utilidade pública para a Golden Cross.
1985	Transição Democrática	
1987		Criação do SUDS
1988		Constituição: cria SUS.
1988		Criação: SINAMGE.
1990		Código de Defesa do Consumidor
1993		Extinção do INAMPS
1994		Plano Real.
1994		Elevação das mensalidades.
1998	Democracia	Lei 9.656.
1999		
2000		Criação da ANS

Fonte: Elaboração própria.

### 3.2. Antecedentes até a Segunda Guerra Mundial (1945)

A assistência médica privada existe de longa data no Brasil. Desse histórico, cabe destacar alguns pertinentes antecedentes do surgimento da atividade empresarial dos planos de saúde.

Inicialmente, destacam-se as Santas Casas de Misericórdia, atuantes no Brasil desde o século XVI<sup>51</sup>. As Santas Casas são o embrião do segmento dos hospitais filantrópicos, que ainda são reconhecidos no século XXI como o maior grupo de hospitais do país e como estrategicamente importantes em razão da sua grande capilaridade na ocupação do território brasileiro (Rodrigues e Santos, 2011, p.153). Os hospitais filantrópicos, por sua vez, são raiz dos planos de saúde filantrópicos.

No início do século XX, se estrutura a intervenção do Estado brasileiro na área social, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho (Paim, 2011, p.14), por meio da implantação do modelo de seguro social com a criação das CAPs (Caixas de Assistência e Previdência), na década de 1920, e dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), na década de 1930.

A imposição legal das CAPs para determinados setores estratégicos para a economia, na década de 1920, foi um marco para a assistência à saúde no Brasil, possibilitando a emergência da medicina privada, por meio de médicos e estabelecimentos<sup>52</sup>. As CAPs ofereciam benefícios previdenciários, de assistência médica e de medicamentos. Esses benefícios apresentavam diferenças, uma vez que cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente as demandas de cada segmento de trabalhadores e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições (Mercadante et al, 2002, p.237)<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup>Conforme Salm (2005, p.11). No séc. XVI as Santas Casas construíram hospitais em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda (Paim, 2011, p.16), sendo a primeira a de Santos, criada em 1543 (Rodrigues e Santos, 2011, p.153).

<sup>52</sup>Conforme Rodrigues e Santos (2011,p.154). A imposição legal da instituição de CAPs, para determinados setores da economia, teve início com a Lei Eloy Chaves em 1923. Esse foi um marco fundamental, no Brasil, da história da Previdência (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.20) e da assistência à saúde (Santos, 2009, p.124). Inicialmente destinado aos empregados das empresas ferroviárias, a partir de 1926 o direito foi estendido aos portuários e marítimos, conforme explicado por Matos (2011, p.131), que qualifica os segmentos abarcados pela regulamentação das CAPs como indispensáveis ao desempenho dos setores agroexportadores hegemônicos na economia brasileira à época.

<sup>53</sup>A regulação e o financiamento das CAPs se dava da seguinte forma:

Por sua vez, os IAPs surgem, a partir de 1933, em substituição ao modelo fragmentário das CAPs, possibilitando a agregação do conjunto de trabalhadores de um dado setor de atividade. Foram instituídos inicialmente para os marítimos (IAPM), seguidos de diversas outras categorias profissionais como mostrado no Quadro 3.5. No caso dos servidores públicos, que já possuíam instituições previdenciárias desde o séc. XIX, era incluída a assistência médica por meio do IPASE<sup>54</sup>. Os institutos ainda apresentavam diferenciação em relação aos benefícios previstos, em geral contencionistas na cobertura à saúde. Os serviços eram oferecidos envolvendo também a contratação de serviços privados (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.72-75, 92-93). Segundo Santos (2009, p.124), o modelo dos IAPs se desenhou com alguma semelhança com o modelo de seguro social (Bismarkiano) que se configurava a época na Europa, e, além disso, é apontado por alguns autores como embrião do segmento suplementar, em especial dos planos coletivos vinculados ao trabalho.

Em 1945, a Previdência Social, por meio dos IAPs e CAPs existentes, alcançou praticamente 3,0 milhões de associados, representando 51% da população economicamente ativa<sup>55</sup>. Essa cobertura previdenciária representa um aumento de cerca de vinte vezes relativamente àquela existente quinze anos atrás (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.21-22, 59), que representa um crescimento expressivo, de mais de 20% ao ano.

---

a) Sua organização era por empresas, sendo administradas por comissões compostas de representantes da empresa e dos empregados, cabendo ao Estado o papel de instância externa para controle e solução de conflitos (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p. 31). Em 1930, o recém criado Ministério do Trabalho assume o papel de supervisionar as CAPs.

b) Seu financiamento era custeado por um mix de recursos de empregados (com base no salário), empresas (com base no faturamento bruto) e do adicional de tarifas pagas pelos usuários dos serviços das empresas, além de outras fontes de menor importância, cabendo registrar que não havia previsão de contribuição da União (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p. 33).

<sup>54</sup> Conforme Oliveira e Fleury Teixeira (1985, p.72-75, 92-93). A organização e o financiamento dos IAPs se dava da seguinte forma:

a) Os IAPs eram autarquias, sob supervisão do Ministério do Trabalho. Estabeleceram sua organização nacionalmente segundo categoria profissional, em lugar de ser por cada empresa como era o caso das CAPs.

b) Seu financiamento, a partir de 1931, passou a ser caracterizado, até 1960, pelo princípio da contribuição paritária e tripartite, com previsão de contribuição das empresas e do Estado não inferior àquela dos associados ativos, entretanto o Ministério do Trabalho repassava esses recursos de forma irregular e parcial (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p. 97-98, 106).

<sup>55</sup> Conforme Serra e Gurgel (2008, p.48, 54). O conceito de associado se aos contribuintes. Os mesmos autores informam que em 1930 as CAPs contavam com 140,4 mil associados, 6,9 mil aposentados e 3,9 mil pensionistas (Serra e Gurgel, 2008, p.35). Em 1940, mesmo após a implantação de alguns IAPs, existiam ainda 97 CAPs, totalizando 274,8 mil associados, sendo a maior a dos ferroviários da Central do Brasil, com 32 mil associados, e a menor, a dos Serviços Oficiais de Fortaleza, com 18 associados (Serra e Gurgel, 2008, p. 48).

**Quadro 3.5: Órgãos Previdenciários no Brasil.**

Período	Evento
1923	Obrigatoriedade das CAPs para as empresas ferroviárias
1923	Cobertura de 24 CAPs (com 22,9 mil segurados)
1926	Ampliação das CAPs e extensão da sua obrigatoriedade às empresas portuárias e marítimas.
1930	Cobertura de 47 CAPs (com 142,5 mil segurados ativos mais 8 mil aposentados e 7 mil pensionistas).
1932	Cobertura de 140 CAPs (com 190 mil segurados ativos, 10 mil aposentados e 9 mil pensionistas)
1933	Criação do IAPM - IAP dos Marítimos
1934	Criação do IAPB – IAP dos Bancários
1934	Criação do IAPC – IAP dos Comerciantes
1936	Criação do IAPI – IAP dos Industriários
1938	Criação do IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado)
1938	Criação do IAPETEC (IAP dos empregados em transportes e cargas)
1939	Criação do IAPE (IAP da Estiva)
1945	Criação do IAPETEC – fusão do IAPETC com IAPE.
1945	Cobertura previdenciária de 2,8 segurados ativos.
1953	IAPFESP (IAP dos ferroviários) unificou as trinta CAPs de ferroviários remanescentes.

Fonte: Elaboração própria, com base em Oliveira e Fleury Teixeira (1985, p.21-22, 59, 68, 75) e Giovanella et al (2008, p.359).

Nota: CAP (Caixa de Assistência e Previdência), IAP (Instituto de Aposentadorias e Pensões).

**Quadro 3.6: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (até 1945).**

Governo	Ano	Evento
Bernardes (1922-26)	1923	Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei n. 4.682). Criação da obrigatoriedade das CAPs para as empresas ferroviárias.
Washington Luís (1926-30)	1926	Decreto n. 5.109. Amplia CAPs e as estende aos profissionais das empresas portuárias e marítimas.
Getúlio Vargas (1930-34)	1930	Criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (Decreto n.19.497), com o papel de orientar e supervisionar a Previdência Social e as CAPs.
	1931	Decreto n. 20.465. Reformulação das CAPs, com retirada do direito à assistência médica.
	1932	Expedido o Regulamento para a Execução dos Serviços Médicos Hospitalares das CAPs.
	1933	Decreto n. 22.872. Criação do primeiro IAP, para a categoria dos marítimos, o IAPM.
	1934	Decreto 24.273. Criação do IAPC (IAP dos comerciantes).
Getúlio Vargas (1934-37)	1934	Constituição Federal, de 16 de Julho. Define como funções do Estado: cuidar da saúde da população, combater às grandes endemias; e dar amparo à maternidade e à infância.
	1934	Decreto 24.275. Criação da Caixa de Aposentadoria dos Operários Estivadores.
	1934	Decreto 24.615. Criação do IAPB (IAP dos Bancários).
	1936	Lei n. 367. Criação do IAPI (IAP dos Industriários)

Getúlio Vargas (1937-45)	1937	Constituição Federal, de 10 de Novembro. Institui o Estado Novo. Emprega o termo “seguro social”, a ser observado pela legislação do trabalho.
	1938	Decreto-Lei n. 288. Criação do IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado), que só entrou em funcionamento em dezembro de 1940.
	1938	Decreto-Lei n. 651. Criação do IAPETC (IAP dos empregados em transportes e cargas), mediante a transformação da CAP dos trabalhadores em trapiches e armazéns.
	1939	Decreto-Lei n.1.355. Criou o IAPE (IAP da Estiva), voltado aos estivadores e demais trabalhadores relacionados às suas atividades.
	1940	Associado desempregado passa a ter direito a continuar a contribuir para o respectivo CAP ou IAP (Decreto-Lei n. 2.004).
	1944	Criação da Caixa de Assistência à Saúde do Banco do Brasil (Cassi).
	1944	Construção do Hospital do IAPB.
	1945	Criação do ISSB (Instituto de Serviços Sociais do Brasil) (Decreto n. 7.526), que não foi implementado. Seria uma única instituição de Previdência Social, que cobriria todos os empregados ativos com mais de 13 anos (universalização), com único plano de contribuições e benefícios, bem como unificação administrativa em um único fundo.
	1945	IAPETEC incorpora o IAPETC (IAP dos transportes e cargas) e o IAPE (IAP da Estiva), conforme Decreto-Lei n.7.720, de 9 de julho.
1945	Criação da Assistência Patronal para benefícios médico-previdenciários dos funcionários do IAPI (Res. IAPI n.185, de 29 de setembro). Foi a origem da assistência patronal do INPS, em 1966, posteriormente, do SINPAS, e, em 1990, da GEAP (Grupo Executivo de Assistência Patronal) – Fundação de Seguridade Social, voltada para servidores dos órgãos públicos patrocinadores.	

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia et al (2005, p.173-182), Oliveira e Fleury Teixeira (1985), Serra e Gurgel (2008) e páginas eletrônicas do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao> ; <http://história.biblioteca.presidencia.gov.br> ; <http://história.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/> ).

Nota: CAP (Caixa de Aposentadoria e Pensões), IAP (Instituto de Aposentadoria e Pensões).

Os prestadores privados de serviços de saúde não vinculados exclusivamente às Santas Casas somente se tornaram significativos a partir da década de 1920, em que emergiram médicos e estabelecimentos privados (clínicas, hospitais) e que prestavam serviço principalmente às CAPs e depois aos IAPs. Com o passar do tempo, por um lado, quase todos os IAPs construíram hospitais próprios<sup>56</sup> para atender aos seus segurados, como foi o caso do IAPB em 1944, enquanto, por outro lado, o IAPI seguiu contratando serviços hospitalares privados (Rodrigues e Santos, 2011, p.154).

Ademais, destacam-se iniciativas de empresas que podem ser consideradas embriões das operadoras da modalidade autogestão, tais como:

<sup>56</sup> Alguns desses hospitais construídos pelos IAPs são hoje importantes para o SUS, como o Hospital de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, e o Hospital Brigadeiro, em São Paulo (Rodrigues e Santos, 2011, p.154). O IPASE incorporou em 1938 o projeto de construção do HSE - Hospital dos Servidores do Estado (antes denominado de Hospital dos Funcionários Públicos), implantado em 1946. A Previdência Social no Brasil, até 1945, não contava com mais de 4 hospitais, alcançando 9 em 1950 (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.72-75).

- i) a implantação, em 1942, de hospital geral de excelente padrão para os trabalhadores e dependentes da CSN (Bahia, 1999);
- ii) a criação em 1944 da Caixa de Assistência à Saúde do Banco do Brasil (Cassi), para complementar para seus segurados o atendimento à saúde oferecido pela previdência oficial, que até hoje é uma das maiores operadoras do país; (Bahia, 1999; Rodrigues; Santos, 2011);
- iii) a criação em 1945 da assistência patronal para benefícios médico-previdenciários dos funcionários do IAPI, que foi a origem da assistência patronal do INPS década de 1960 e posteriormente da GEAP Fundação de Seguridade Social, voltada para servidores dos órgãos públicos patrocinadores, que chega ao final do século como a maior entidade com plano próprio (Bahia, 1999).

### 3.3. Pós Segunda Guerra Mundial (1945-1964)

No período, destacam-se os seguintes marcos históricos da política de saúde no país.

a) A Constituição Federal de 1946 incorporou a assistência sanitária à Previdência Social, medida seguida em 1949 pela criação do SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social) (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.158) e em 1953 pela criação do Ministério da Saúde. O SAMDU tem grande importância histórica por apresentar três características inovadoras: atendimento médico domiciliar até então comum na prática privada mas inexistente no setor público, o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (Mercadante et al, 2002, p.237).

b) Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) uniformizou as regras dos IAPs, incluindo os benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos, mas manteve a organização institucional segmentada e não corrigiu todas as distorções entre os institutos, pois prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas (Mercadante et al, 2002, p.238)<sup>57</sup>.

Ao final do período, no início dos anos 1960, a previdência social no Brasil ainda estava longe da universalização, com um crescimento do número de beneficiários de pouco mais de 1/3 relativamente há quinze anos antes, sendo caracterizado por uma abrangência concentrada nos centros urbanos, com uma limitada abrangência, de cerca de 7%, em relação à população em geral<sup>58</sup>.

Nesse modelo previdenciário, até os anos 1960, a assistência médica aos trabalhadores se restringia aos empregados do setor formal urbano e, principalmente àqueles contratados pelas grandes empresas públicas e privadas. (Cechin, 2008, p.78).

---

<sup>57</sup> Exemplo dessa falta de uniformidade: “Por exemplo, enquanto o instituto dos bancários despendia 33% do seu orçamento em assistência médica, no instituto dos industriários esse percentual era inferior a 8,5%. Entretanto, havia ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles” (Mercadante et al, 2002, p. 238).

<sup>58</sup> “Em 1960, no final do período desenvolvimentista de Kubitschek, os segurados da previdência somavam pouco mais de 5 milhões (dos quais 4 milhões eram contribuintes ativos e o restante composto por aposentados e pensionistas, ou seja, apenas 7% de uma população da ordem de 70 milhões” (Mercadante et al, 2002, p. 239).



**Quadro 3.7: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1945-1964).**

Governo	Ano	Evento
Gaspar Dutra (1946-51)	1946	Constituição Federal de 1946, de 18 de setembro. Incorporação da assistência sanitária como objeto da legislação do trabalho e da previdência social. Em sequência, foi criado um departamento de previdência social no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
	1949	Decreto 27.664. Regula o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social), prestado por meio das comunidades de serviços, incluindo as criadas a partir da Portaria n. 58/1944 da Previdência Social. Voltado para os assegurados da Previdência Social.
Getúlio Vargas (1951-54)	1953	Decreto 34.586. Criação do IAPFESP (IAP dos Ferroviários e Empregados do Serviço Público), resultado da fusão de diversas CAPs.
Juscelino Kubitschek (1956-61)	1959	Isenção da taxa de contribuição da previdência para as entidades de fins filantrópicos reconhecidas como de utilidade pública, cujos membros de suas diretorias não recebem remuneração, restando a obrigação de recolher a parte devida pelos empregados. (Estabelecida pela Lei n.3.577/1959 e revogada pelo Decreto-Lei n.1.572/1977)
	1960	Lei n. 3.807, de 26 de agosto. Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Unificou a legislação referente aos IAPs. Estabeleceu como beneficiários os trabalhadores e seus dependentes, excetuando-se os servidores públicos com regimes próprios e os trabalhadores rurais e domésticos.

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia et al (2005, p.173-182), Oliveira e Fleury Teixeira (1985), Serra e Gurgel (2008) e páginas eletrônicas do governo federal (<<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>; <<http://historia.biblioteca.presidencia.gov.br>>; <<http://historia.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/>>).

Nota: CAP (Caixa de Aposentadoria e Pensões), IAP (Instituto de Aposentadoria e Pensões).

Esse período marca o surgimento das empresas do mercado de planos de saúde. O mencionado livro do LEPS da UFRJ aponta, em sua introdução, que as empresas de planos de saúde emergem no período pós-segunda guerra (Salm, 2005, p.14), em geral, por intermédio da iniciativa de médicos que se associam.

Esse surgimento ocorre, para Salm (2005, p.14) e Cechin e Badia (2008, p.1), principalmente em função do contexto socioeconômico, caracterizado pelo processo de urbanização e pela demanda de grandes empresas, como fruto do desenvolvimento industrial do país. Por sua vez, Bahia (2005, p.19-20) analisa também a trajetória dessas empresas pioneiras a partir dos anos 50, tendo como fio condutor a conjuntura da intervenção estatal.

É fato que a nova atividade empresarial de planos de saúde surge no pós guerra num contexto de configuração de uma moderna economia urbano-industrial, favorável à rápida expansão:

“.. além do espírito empreendedor de seus pioneiros, a prestação privada de serviços médicos, através do pré-pagamento, encontrou também condições favoráveis à rápida expansão, não obstante a ausência inicial de qualquer apoio governamental. Estávamos atravessando décadas gloriosas, quando praticamente tudo o que era ofertado encontrava compradores. O país havia transitado da substituição fácil de importações para a implantação da indústria pesada – consumo durável e bens de capital – bem como para a construção da infraestrutura e a produção dos serviços funcionais à configuração de uma moderna economia urbano-industrial” (Salm, 2005, p.14).

Desta feita, como expõe Salm (2005, p.14), as empresas de planos de saúde no Brasil emergem como fruto do desenvolvimento industrial, diferentemente do caso americano em que os planos de saúde emergem em grande medida da depressão dos anos 30.

Por sua vez, o livro do IESS reconhece a importância dos antecedentes, em especial a criação dos primeiros planos próprios de empresas nos anos 1940 (Cechin, 2008, p.77), e aponta, como marco inicial dos planos de saúde a intensificação da industrialização a partir de 1956, com o Governo Juscelino Kubitschek:

“A saúde suplementar surge com a industrialização do Plano de Metas de Juscelino Kubitschek. Era importante que os trabalhadores das novas indústrias tivessem tratamento rápido e eficaz em caso de doença. Tratava-se de reduzir o absenteísmo e manter a produtividade, por meio de cuidados imediatos e resolutivos aos trabalhadores adoecidos. As empresas multinacionais que aqui se instalaram trouxeram as experiências dos países de origem. O setor público não estava equipado para o tratamento necessário; os serviços prestados pelas Santas Casas de Misericórdia destinavam-se prioritariamente aos mais pobres e sem alternativas. Assim, o setor de planos e seguros de saúde nasceu e se desenvolveu junto com a economia do país. Mesmo a perda de dinamismo da economia a partir da década de 1980 não alterou muito a tendência de crescimento do setor. Havia um mercado a conquistar, pois ainda era baixa a taxa de cobertura mesmo entre as camadas mais bem posicionadas no mercado de trabalho, no que o setor também foi auxiliado pela crescente formalização do emprego até o fim da década” (Cechin, 2008, p.17).

Numa outra perspectiva, Bahia (2005, p.19-20) identifica o processo de organização das empresas de saúde pioneiras com início nos anos 1950 e o começo da década de 1960, tendo como fio condutor a ausência de cobertura da Previdência Social ou a intervenção estatal pautada pelo estímulo à privatização dos serviços de saúde. A autora aponta que esse processo se configura em um contexto institucional marcado pela industrialização pesada, bem como por políticas previdenciárias privatizantes e pela intensa atuação de associações médicas.

A mesma autora (Bahia, 2005, p.21-25) destaca o seguinte contexto nos anos 1950 e início dos anos 1960:

- Ausência de serviços médicos do IAPI durante um longo período de tempo e, posteriormente, a baixa cobertura para assistência médica dos trabalhadores da indústria.
- Atmosfera de privatização da prática médica, resultado da conjugação do ideário, pelas entidades médicas, da defesa da livre escolha pelos pacientes e da demanda, pelos trabalhadores, da medicina liberal e privada, uma vez que consideravam como serviços para indigentes aqueles oferecidos pelas Santas Casas, pelos hospitais públicos e pelos hospitais de ensino.

Nesse contexto, nos anos 1950 e o começo da década de 1960, o processo de organização das empresas de saúde é marcado pelas seguintes características (Bahia, 2005, p.21-25):

- A emergência e a consolidação de alternativas privadas de administração de fundos para assistência médica e organização da rede de serviços<sup>59</sup>.
- Expansão dos estabelecimentos hospitalares particulares<sup>60</sup>, desconsideradas as Santas Casas. Os hospitais particulares, em conjunto com laboratórios e consultórios médicos, atendiam simultaneamente a três tipos de demanda: os clientes particulares, os empregados de empresas com contrato assistencial e os segurados pelos institutos de previdência estaduais e dos IAPs que os credenciavam.
- A expansão dos serviços médicos das empresas empregadoras, que foram essenciais à criação das empresas de planos de saúde. A partir da metade da

---

<sup>59</sup> Essas alternativas incluíram a implantação do Hospital Modelo, em 1954, da Beneficência Portuguesa de São Paulo, em 1957, e do Hospital Israelita Albert Einstein, em 1958. Esses investimentos sinalizam o compromisso de parte da sociedade paulista com serviços hospitalares para o atendimento a clientela selecionadas.

<sup>60</sup> A construção do Hospital da Lagoa pela Companhia Sul América Seguros, iniciada em 1951, foi apresentada como relevante para o atendimento dos acidentes de trabalho de seguros contratados. Entretanto, o investimento serviu a outros propósitos, uma vez que foi feito com base numa lei, aprovada no período da guerra, que taxava o lucro extraordinário exceto se o mesmo fosse aplicado em serviços de utilidade pública social. Segundo entrevista de Murilo Vilela Bastos, essa foi uma obra faraônica, cuja finalidade era não pagar o dinheiro do imposto de renda, assim, jogava-se nessa verba tudo que se podia, os diretores da Sul América viajavam para a Europa por conta da verba para estudar o planejamento do hospital, para comprar material. O desfecho foi a venda do hospital, em 1962 (4 anos após o término da obra que durou cerca de 7 anos), para o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários. A venda desse hospital com 168 leitos e manutenção cara, em função da necessidade de reposição de equipamentos e materiais importados, foi considerada como um novo aporte de recursos governamentais à Sul América. Para Bastos, a companhia acabou “vendendo o imposto de renda para o governo” (Bahia, 2005, p. 25-26).

década de 1950 é impulsionada a “exteriorização” dos serviços médicos das fábricas, com a inserção das empresas de planos de saúde nessa oferta.

Assim, as empresas de planos de saúde pioneiras apresentam distintas filiações, apresentando como base organizacional, segundo Bahia (2005, p.20): os serviços médicos das empresas industriais, os hospitais privados, os hospitais filantrópicos e as entidades médicas.

### 3.3.1. Modalidades de operadoras e resultados econômicos (1945-64)

Os planos de saúde emergem no período pós – Segunda Guerra, segundo Salm (2005, p.14), em geral, por intermédio da iniciativa de médicos que se associam.

Sobre o modelo de financiamento das empresas que oferecem planos de saúde, Salm (2005, p.13) explica que são autenticamente nacionais, e, que, diferentemente das norte-americanas que foram originadas dos hospitais que serviram como garantia de patrimônio, as empresas brasileiras nasceram pequenas e descapitalizadas:

“De modo geral, o regime de acumulação no início – se é que a expressão se aplica ao caso – pode ser caracterizado como ‘da mão para a boca’. Uma parcela do financiamento, geralmente usada como *seed money*, ou capital inicial, provinha do aporte dos sócios fundadores e o resto, das contribuições mensais dos associados-clientes (raramente havia um sócio-capitalista e quando isso ocorria se devia mais às relações de amizade e confiança do que à busca de boas oportunidades de investimento). O regime de acumulação, como regra, baseou-se, de início, no autofinanciamento. Ou seja, em um esquema de financiamento bastante precário e primitivo” (Salm, 2005, p.13).

O mesmo autor ressalta que isso não significa dizer que tais empresas prescindiam totalmente de financiamento de maior vulto, entretanto, ocorre que, ao contrário do ocorrido nos EUA, no Brasil não estava entre as prioridades das empresas a propriedade de rede própria de hospitais ou imobilizar capitais em laboratórios (Salm, 2005, p.14).

Nesse sentido, Salm (2005, p.14) faz um interessante paralelo com os mascates do século XIX no Brasil que se tornaram décadas depois donos de grandes redes de estabelecimentos comerciais, mas destaca duas diferenças:

a) os pioneiros dos planos de saúde buscavam seus nichos de mercado nas empresas mais modernas da época em que se lançaram, ao longo das décadas de 1950 e 1960, e

b) a entrada no mercado de planos de saúde não era totalmente livre como mascatear, uma vez que a assistência médica se constitui em atividade formal, dada a existência de institutos previdenciários e das associações médicas que controlavam tais serviços.

No caso brasileiro, o surgimento dos planos de saúde se dá principalmente em cidades com grandes empresas, privadas ou públicas. Esse mercado empresarial surge com os primeiros convênios de grandes empresas, a maioria multinacional, em São Paulo e se consolida nas décadas de 50 a 70 (Salm, 2005, p.14).

Particularmente a partir de meados de 1950, a instalação da indústria automobilística no ABC paulista, gerou uma demanda por sistemas de proteção mais estruturados aos trabalhadores, incorporando práticas consolidadas nos países de origem das empresas multinacionais recém-instaladas. (Cechin, 2008, p.79)

O protagonismo da demanda empresarial em São Paulo é também destacado por Ligia Bahia e Mario Scheffer (2008), que consideram também a motivação das empresas, de buscar alternativas mais eficientes que a Previdência Social para controlar o absenteísmo dos empregados.

Salm (2005, p.14) registra também que a atividade de planos de saúde surge desassociada do planejamento governamental, e que, passado algum tempo, essa atividade empresarial serviu de referência para o governo planejar os convênios dos institutos previdenciários, como exposto:

“... a atividade surge à margem de qualquer intenção do planejamento governamental. Ao contrário, é o próprio governo que, no final dos anos 60, vai chamar alguns de seus empresários para assessorá-lo na formulação da legislação que irá regular os convênios com as empresas, convênios esses que vão funcionar como uma linha auxiliar na prestação dos serviços médicos dos institutos previdenciários.”

A despeito da intenção ou não do planejamento governamental, há medidas relacionadas a órgãos governamentais relacionadas à emergência do mercado em tela, tais como:

- a) nos anos 1940, a criação de sistemas assistenciais próprios para os funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e do IAPI (GEAP), mencionados na seção anterior.
- b) nos anos 1950, a instalação de empresas estatais acompanhada da criação de sistemas assistenciais próprios, como foi o caso da Petrobrás, seguindo a prática das multinacionais que se instalavam no Brasil (Bahia, 2001b, p.327).
- c) nos anos 1950, os servidores públicos das mais importantes administrações municipais e estaduais constituíram institutos e aposentadorias e pensões à parte da previdência social (Bahia, 2001b, p.327).

### **3.4. Ditadura Militar (1964-1985)**

A presente seção será segmentada em duas subseções: Período autoritário (1964-1973); Período pós Milagre Econômico (1974-1985).

#### *3.4.1. Período autoritário (1964-1973)*

O primeiro governo após o Golpe Militar de 1964, do Presidente Castello Branco, lançou o PAEG (Plano de Ação Econômica do Governo), que envolvia medidas de ajuste fiscal, e realizou reformas institucionais na estrutura do Estado brasileiro.

Essas reformas envolveram a criação simultânea, em novembro de 1966, do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e do SNSP (Sistema Nacional de Seguros Privados).

A implantação do INPS, no contexto da reforma da previdência em 1966, uniformizou os benefícios e contribuições das categorias profissionais, por meio da unificação dos IAP, exceto o IPASE (que se refere aos servidores públicos) (Santos, 2009, p.124). O INPS passou a reunir também o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação (Matos, 2011, p.134).

No mesmo ano, a criação do SNPS envolveu conjuntamente a instituição dos órgãos estatais para a regulação das operações de seguros, cabendo destacar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Superintendência Nacional de Seguros Privados (SUSEP).

A nova direção política foi representativa para a política da saúde, segundo Mercadante et al (2002, p.240), consolidando a duplicidade de responsabilidades entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência, com o fortalecimento deste último. O decréscimo do orçamento do Ministério da Saúde, no período a partir de 1966, no horizonte de quase uma década, foi, para Oliveira e Fleury Teixeira (1985,

p.208), a prova mais evidente do descaso com a saúde coletiva<sup>61</sup>. Por outro lado, na oferta de saúde ao trabalhador, por meio da Previdência:

- a) a unificação que deu origem ao INPS estendeu a cobertura aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada que não eram assistidos pelos antigos institutos. No entanto, essa ampliação se deu privilegiando a demanda por serviços privados, dado que não houve uma expansão da rede pública, tampouco uma melhora da sua qualidade (Ocké-Reis, 2006, p.17).
- b) Os anos seguintes a 1966 registram elevada ampliação de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição (Mercadante et al, 2002, p.240).

Os efeitos da implantação do INPS no campo da saúde foram bem sintetizados por Salm (2005, p.15) que identificou que, pelo lado da demanda, foi sentida pela clientela como uma queda de qualidade no atendimento<sup>62</sup> e, pelos médicos, como uma perda de rendimentos, uma vez que tiveram reduzida a possibilidade da quantidade de vínculos empregatícios.

Como exposto por Maria Lucia Werneck Vianna (1998, p.145), o tipo de modernização ocorrido no contexto autoritário pós-64 repercutiu medidas privatizantes para a política social, com destaque para:

- a) A adoção dos critérios de mercado ou de eficiência empresarial na gestão dos organismos públicos criados para implantar programas sociais;

---

<sup>61</sup> Os mesmos autores argumentam que representou uma: “orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.” (Oliveira e Fleury Teixeira (1985, p.208). Também registram que, essa orientação da intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou: a) “a criação de um complexo médico industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital de grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.” (Oliveira e Fleury Teixeira, p.209); e b) um padrão de orientação da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços” (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.214).

<sup>62</sup> O contexto do INPS recém criado, e vinculado ao Ministério do Trabalho, é relatado por um assessor, à época, do Ministério da Previdência: “...Em 1967, o INPS tinha cerca de 7 milhões de segurados, ou seja, uns 18 milhões de beneficiários com direito à assistência médica, mas apenas metade deles habituada a receber ou contar com tais serviços de modo regular. A outra metade provinha do IAPI, cujos beneficiários apenas começavam a tomar conhecimento dos serviços médicos da previdência social quando o INPS foi criado. Estes, ao saberem que a partir de 1967 tinham direito a serviços ambulatoriais e hospitalares por conta do INPS, provocaram verdadeira avalanche de demanda sobre as unidades assistenciais que o INPS recebeu dos IAPs e do SAMDU. Estas, como era de se esperar, foram incapazes de atender ao acréscimo de procura, gerando filas quilométricas que se formavam às suas portas desde a madrugada. Impossibilitada de organizar os serviços médicos tão rapidamente quanto a demanda o exigia, a direção do INPS recorreu a várias medidas de expedientes (...) como o convênio com empresas”. (Bastos, 1979, apud Werneck Vianna, 1998, p.144)



- b) A terceirização, como ocorrido com o INPS, com a contratação de clínicas e hospitais particulares para ampliar a rede de atenção sem investimentos públicos.
- c) Fundos instituídos para financiar a proteção social (FGTS, FAS, PIS/PASEP) que acabaram sendo desviados para outros fins; e
- d) O estímulo ao abandono dos serviços públicos via particularização dos programas (os convênios-empresa, por exemplo) e, sobretudo pela insuficiência do atendimento.

No campo da assistência médica, se destacaram os seguintes fenômenos apresentados por Werneck Vianna (1998, p.146-149):

- a) A unificação dos IAPs no INPS teve como resultado imediato a queda da qualidade dos serviços prestados, sentida, sobretudo pelas categorias profissionais mais bem remuneradas que tinham anteriormente um bom serviço próprio (como era o caso do IAPB, referente aos bancários).
- b) Em substituição ao investimento nas unidades próprias<sup>63</sup>, passou a ser prática dominante no INPS a compra de serviços privados (contratação de hospitais e credenciamento dos prestadores), prática cujo período áureo vai, aproximadamente, de 1967 a 1975, no qual o setor hospitalar privado conheceu condições altamente favoráveis de crescimento.
- c) A estratégia de delegação do papel de provedor, na qual o Estado realizava a transferência de funções a entidades do mundo privado, se materializou no estímulo aos convênios-empresa<sup>64</sup>, iniciados em 1964<sup>65</sup> e difundidos em meados da década de 1970.

---

<sup>63</sup>A Previdência Social no Brasil, até 1945, não contava com mais de 4 hospitais, alcançando 9 em 1950, com uma significativa expansão até 1966 (ano de criação do INPS), quando alcança 28 hospitais e um pequeno acréscimo até 1978, com 32. (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p.72-75, 92-93).

<sup>64</sup>Sobre os convênios-empresa, Oliveira e Fleury Teixeira (1985, p.225-226) explicam que se trata de convênio estabelecido entre o INPS e a empresa contratante, por meio do qual esta última passa a arcar com a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. A empresa contratante recebe um subsídio do INPS e compra os serviços médicos a uma outra empresa especializada, chamada normalmente “medicina de grupo”, “grupo médico” ou “empresa médica”. Os contratos são constituídos num regime de ‘pré-pagamento por captação’, ou seja, estima-se uma quantia fixa por trabalhador assegurado e o total é pago mensalmente ao “grupo médico”, independentemente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período. Esse regime de pagamentos cria interesses complementares entre a empresa contratante e a empresa médica, que se referem ao fato de que ambos visam o retorno mais rápido do trabalhador doente à produção, bem como a seleção mais acurada possível, em termos de saúde, do pessoal da empresa empregadora.

- d) A negociação de muitas empresas com os grupos médicos para a prestação de assistência médica para seus empregados. A parceria com o INPS trazia vantagens, pois participava do custeio e fiscalizava os serviços prestados, e, aos usuários, era uma possibilidade de um atendimento de melhor qualidade.
- e) Nos anos 1970, formara-se uma significativa demanda por serviços médicos massificados de boa qualidade, com o crescimento da clientela potencial (assalariados com rendas medias e altas, profissionais liberais, etc.) dos convênios-empresa e dos planos de saúde<sup>66</sup>. Nesse contexto: "... o mercado engendrou a saída. Mas não sem o concurso do Estado, como de praxe no Brasil" (Werneck Vianna, 1998, p.148). Afinal, esse processo ocorreu no mesmo período em que o sistema público se deteriorava e que, adicionalmente às políticas já mencionadas de incentivo ao setor privado, se estabelece a possibilidade de deduzir despesas com saúde do imposto de renda.

Assim, influenciado pelas políticas governamentais, o setor de planos privados de saúde tem sua expansão impulsionada a partir dos anos 1960 (Salm, 2005, p.15, Bahia, 2005, p.26). Em 1964, forma-se a Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (Abramge) e, em 1965, surgem as primeiras cooperativas médicas.

A expansão ocorre principalmente após o marco da unificação dos institutos de previdência no INPS (Bahia, 2005, p.26), em 1966, e, em especial, em meados da década de 70 (Werneck Vianna, 1998, p.146). Podemos destacar que, no período

---

<sup>65</sup>“O primeiro convênio-empresa homologado pela Previdência Social foi assinado em maio de 1964 com a Volkswagen. A prática se institucionalizaria com as normas que regulamentaram a unificação os IAPs (...). Os serviços próprios permaneceriam em caráter provisório, devendo prevalecer a utilização sistemática de serviços de terceiros, observada, em principio, a seguinte ordem de prioridades: 1) serviços médicos das empresas mantidas pelos órgãos classistas, 2) serviços médicos privados sem finalidade lucrativa, 3) demais serviços médicos privados.(...) embora não tenham se difundido tanto quanto era de se esperar, foram importantes porque legitimaram (e incentivaram) um novo formato de relacionamento entre os setores público e privado, tornando praticamente irremediável o processo de americanização do sistema. (...) o êxito deste movimento de desobrigação do setor público manifestava-se: o empresariamento dos próprios médicos, enquanto profissionais individualizados” (Werneck Vianna, 1998, p.147).

<sup>66</sup>“Em 1972, cerca de 2,5 milhões de beneficiários estavam cobertos por convênios homologados pela Previdência, além de 1,5 milhão de segurados principais em convênios não homologados” (Werneck Vianna, 1998, p.148). “No ano seguinte (1973), haviam cadastrados no INPS 2.845 empresas com convênio e quase 3,5 milhões de beneficiários, 132 grupos médicos (100 só em São Paulo) tinham registro na Previdência para prestação de serviços no âmbito dos convênios-empresa. Além disso, mais 2,5 milhões de pessoas se encontravam cobertas por planos de saúde, nas empresas em que trabalhavam, sem a interveniência do INPS (dados colhidos por Cordeiro, 1984, junto a ABRAMGE).” (Werneck Vianna, 1998, p.168). “Em 1977, os convênios-empresa atingiam cerca de 4.500.000 de beneficiários, que equivalia a 10% da população previdenciária (Oliveira e Fleury Teixeira, 1978)” (Werneck Vianna, 1998, p.169)

em tela, que contribuíram para a expansão dos planos privados de saúde as seguintes políticas governamentais:

- a) A diminuição, nos serviços de saúde previdenciária, da qualidade dos serviços e da remuneração dos médicos, após a criação do INPS (Salm, 2005)
- b) O estímulo estabelecido pelo INPS, por meio dos convênios-empresa, que possibilitou às empresas empregadoras descontar das contribuições previdenciárias a parcela das alíquotas destinada às empresas de planos de saúde. Isso embora o valor do desconto fosse inferior ao dos custos, ficando a diferença como responsabilidade das empresas (Salm, 2005, p.15-16)<sup>67</sup>.
- c) A possibilidade de dedução das despesas com saúde do Imposto de Renda de pessoas físicas.<sup>68</sup>
- d) Os casos em que poder público regional ou local já havia assumido a responsabilidade pelo atendimento médico a seus funcionários e optou por terceirizar esses serviços<sup>69</sup> (Salm, 2005, p.15-16).

Como resultados desse processo, segundo Bahia (2005, p.26), houve acelerada extensão de cobertura e estímulos à expansão e a criação de empresas de comercialização de planos e estabelecimentos de saúde, com as seguintes características no período até a década de 1970:

- Expansão de um sistema assistencial privado concentrado nos grandes centros urbanos e voltado ao atendimento de sintomas e episódios agudos de doenças.
- Consolidação da segmentação da atenção à saúde. O proprietário de uma das pioneiras empresas de planos de saúde<sup>70</sup> identificava, em 1972, a seguinte

---

<sup>67</sup>A participação do INPS no custeio do atendimento particular foi estabelecida por resolução de abril de 1969: “um valor fixo mensal, por empregado, equivalente a 5% do maior salário mínimo vigente no país” (Werneck Vianna, 1998, p.168). Conforme a Resolução INPS/900.6, de 14 de julho e 1971, ficava estabelecido que os convênios entre Previdência e as empresas poderiam abranger a totalidade ou parte de encargos para finalidades específicas, que incluem a assistência médica. No caso do convenio de assistência médica, via subsidio o valor de 5% do maior salário mínimo, depois vinculado ao salário de referência. (Martins, 2005, p.44).

<sup>68</sup>Conforme Werneck Vianna (1998, p.149): “Este dispositivo, pouco lembrado, se implantou com as sucessivas reformas fiscais realizadas (o Código Fiscal Nacional, de 1966, a Constituição de 67, o Decreto-Lei 200, os 11 decretos promulgados no rastro do AI-5) e contribuiu para consolidar a imagem do cidadão como pessoa física, vale dizer, como um contribuinte integrado ao universo do consumo individualizado – inclusive, de serviços médicos.”

<sup>69</sup>Como foi o caso da Unimed de Santa Maria, do Rio Grande do Sul, fundada em julho de 1972, que teve sua expansão impulsionada em 1973 por meio de um contrato com o IPERGS (Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul), que contratou algumas Unimeds para atingir a abrangência de atendimento no Estado inteiro. (Antunes, 2005, p.156, p.160)

<sup>70</sup>Flavio Heleno Poppe Figueiredo, proprietário da Semic, que foi uma das primeiras empresas de planos de saúde no Rio de Janeiro, inaugurada em 1967 por um grupo de médicos oriundos do Hospital de Servidores do Estado

representatividade populacional dos grupos<sup>71</sup>: i) clientes particulares e dos seguros saúde (25%); ii) instituições estatais e conveniadas (60%); e iii) medicinas de grupos (25%)<sup>72</sup>.

### Quadro 3.8: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1964-1973)

Governo	Ano	Evento
Castello Branco (1964-67)	1964	Primeiro convenio-empresa, assinado com a Volkswagen.
	1966	Decreto n. 59.119, de 24 de julho. Atribui ao diretor do DNPS (Departamento Nacional de Previdência Social) o consentimento de intervir e operacionalizar a unificação dos IAPs.
	1966	Decreto-Lei n. 66, de 21 de novembro. Alterou a Lei n. 3.807/1960 (LOPS) e regulamentou o convênio da Previdência para a assistência médica por meio das empresas empregadoras (convênio-empresa).
	1966	Decreto-Lei n. 72, de 21 de novembro. Criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), autarquia federal. Responsável pela fusão dos IAPs do setor privado.
	1966	Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro. Estabelece o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP), o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a SUSEP, bem como regula as operações de seguros e resseguros.
	1967	Constituição Federal, de 24 de janeiro. Assegura aos trabalhadores os direitos de assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.
Costa e Silva	1969	Decreto-Lei n. 564, de 1o de maio. Estende a Previdência Social a empregados não abrangidos (setor rural da agroindústria canavieira e

<sup>71</sup> Quanto aos prestadores de serviços de saúde, também se configura uma segmentação, conforme a tese de doutorado, na USP, de Barros Silva (1992), nas palavras de Werneck Vianna (1998, p.164): “para entender a divisão do trabalho que se constitui no interior do setor contratado”: a) “um subsetor lucrativo, voltado para o atendimento de baixa qualidade, composto de estabelecimentos de pequeno e médio porte e extremamente dependente da Previdência, beneficiou-se da incapacidade da mesma fazer face ao excesso de demanda, sobretudo da demanda assalariada de baixa renda”; b) “grupo, não-lucrativo, voltado para o atendimento de baixa complexidade (filantrópicas de baixo custo), manteve a tradição de assistência aos pobres, mas passou a atuar também junto à clientela previdenciária excedente, competindo com o primeiro grupo pelos contratos previdenciários”; c) “lucrativo de alta complexidade – os hospitais privados de cinco estrelas -, combinou as benesses do contrato com outros incentivos, especializando-se no atendimento à clientela de elite (no caso da clientela previdenciária, através do artifício, permitido, de cobrar uma sobre taxa para utilização de serviços diferenciados de hotelaria hospitalar, paga pelo usuário)”; d) “quarto subsetor, não-lucrativo, voltado para o atendimento de alta complexidade (hospitais filantrópicos de grande porte) cresceu principalmente nos anos 80”.

<sup>72</sup> No mesmo sentido da compreensão da segmentação da atenção à saúde, o autor a seguir apresenta uma periodização desse fenômeno: “o sistema de atenção médica, de forma gradativa, foi se integrando à dualidade da economia brasileira, com seus segmentos – o setor privado e o público – se especializando em camadas distintas da população. O primeiro se dirigiu, então, para aquele setor da sociedade capaz de enfrentar os altos custos que o contínuo mecanismo de incorporação da tecnologia traz ao tratamento médico. As altas taxas de lucro assim obtidas vão permitir ao subsetor privado do SPMS (setor prestador de serviços médicos) uma decrescente dependência econômica e financeira do Estado (...) a evolução do SPMS pode ser caracterizada por três momentos distintos: o primeiro, que vai até meados da década de 60 com o aparecimento do INPS é uma época de desenvolvimento não capitalista do SPMS, onde o ritmo do setor obedecia a batuta de uma política social empreendida pelo Estado; o segundo, no interregno entre o INPS e o MPAS, é o da constituição do complexo médico industrial no país, com o governo assumindo um importante papel na garantia direta ou indireta da acumulação do capital do setor; no último, verifica-se a fase de consolidação das práticas capitalistas do SPMS, com o Estado aparecendo como um ator coadjuvante do enredo engendrado pela rede privada.” (Viana, C. M., 1987, apud Werneck Vianna, 1998, p.165)

(1967-69)		outras atividades) pelo sistema geral da LOPS, por meio do Plano Básico de Previdência Social, com cobertura de assistência médica por meio de recursos do FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural, criado pela Lei n. 4.214/1967).
	1969	Instituição da Carteira de Trabalho e Previdência Social, substituindo a Carteira Profissional, a Carteira de Trabalho do Menor e a Carteira Profissional do Trabalhador Rural. (Decreto-Lei n.926, de 10 de outubro).
Médici (1969-74)	1971	Lei complementar n.11, de 25 de maio. Instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), incluindo benefícios de serviços de saúde, por meio do FUNRURAL. Extinguiu o Plano Básico de Previdência Social.

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia et al (2005, p.173-182), Oliveira e Fleury Teixeira (1985), Serra e Gurgel (2008) e páginas eletrônicas do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao> ; <http://história.biblioteca.presidencia.gov.br> ; <http://história.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/> ).

### *Modalidades de operadoras e resultados econômicos (1964-73)*

O surgimento, nos anos 1960, das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, é associado aos convênios com grandes indústrias no Estado de São Paulo<sup>73</sup>, como apontado por Bahia (1999, p.187):

- i) as medicinas de grupo, inicialmente voltadas exclusivamente para os clientes empresas, emergem a partir do convênio da Policlínica Geral com a Volkswagen;
- ii) as cooperativas médicas, voltadas principalmente para planos coletivos, mas também com o início dos planos individuais, emergem a partir da primeira Unimed, a de Santos, e de seu contrato com a Union Carbide em Cubatão.

Bahia (2005, p.31) mostra que a oposição das entidades médicas às empresas lucrativas de planos de saúde, fez emergir, em meados dos anos 1960 as empresas de planos de saúde não lucrativas, principalmente sob os quatro formatos abaixo:

- i) voltadas para hospitais filantrópicos, cujo maior exemplo é a Senasa, criada em 1963, que viria a originar a Golden Cross;
- ii) Sociedades médicas de caráter beneficente, tal como a Interclínicas, fundada em 1968 e constituída por 4 instituições não lucrativas;

<sup>73</sup> Inicialmente, a difusão das cooperativas médicas e das empresas de medicina de grupo foi maior nas cidades do Estado de São Paulo. Em 1969 foram criadas 30 cooperativas médicas em cidades paulistas e, segundo a Unimed do Brasil, em 1977 existiam 60 cooperativas no país, a maioria sediada em cidades do interior de São Paulo. Em 1973, São Paulo concentrava 100 dos 132 grupos médicos registrados pela ABRAMGE, enquanto no Rio de Janeiro atuavam 11. (Bahia, 1999)

- iii) Cooperativas compostas por médicos oriundos de instituições já existentes (empresas de planos de saúde lucrativas, Santas Casas, hospitais privados e entidades médicas, com exemplos como Medilar e Pré-Médica); e
- iv) as primeiras cooperativas de trabalho médicos, sob o nome de União dos Médicos (Unimed).

A mesma autora (Bahia, 2005, p.31-32) aponta que dentre essas alternativas, viabilizaram-se somente as cooperativas médicas e algumas das empresas de planos de saúde não lucrativas. O espectro de alternativas às empresas lucrativas dos planos de saúde ficou reduzido em função, por um lado, dos gastos com credenciamento universal e a livre escolha e as dificuldades de classificar os estratos da população, e, por outro lado, os obstáculos à regulamentação das cooperativas e entidades filantrópicas.

As Unimeds tornaram-se planos de saúde com uma rede assistencial baseada nos consultórios particulares dos médicos, com acelerada expansão nas cidades brasileiras de grande e médio porte. Essa expansão fez refrear o desenvolvimento das medicinas de grupo que se dava por meio da construção dos ambulatorios e do assalariamento dos médicos. (Bahia, 2005, p.32)

A despeito das diferenças e concorrência entre as cooperativas médicas e as medicinas de grupo, muitos analistas tratam de forma semelhante as duas entidades, uma vez que, nos anos 1960 e 1970, ambas adotaram a mesma forma de financiamento, os planos de pré-pagamento, além disso, pelo fato de serem caracterizadas pela presença de médicos como seus proprietários ou associados (Bahia, 2005, p.33-34). Por exemplo, Cordeiro (1984) aponta que essas duas vertentes de empresas médicas, ao estabelecerem convênios com hospitais e estabelecimentos industriais, se organizam de forma nitidamente empresarial e integram o complexo médico-empresarial, reconhecendo, entretanto, sua distinção em relação à origem dos grupos médicos que as constituíram, quais sejam (Bahia, 2001b, p.327):

- i) Medicinas de Grupo: criadas por proprietários / sócios de hospitais;
- ii) Cooperativas Médicas: criadas por profissionais vinculados a entidades profissionais.

Essas duas modalidades adotaram, inclusive em função das regras dos convênios com a Previdência, o credenciamento de serviços para a complementação de seus recursos originais, que eram principalmente os hospitais

no caso das Medicinas de Grupo e os consultórios médicos no caso das cooperativas (Bahia, 2001b, p.328), num contexto em que os capitalistas individuais ou os da área bancária e financeira não apoiavam a medicina empresarial<sup>74</sup>.

Nesse período a literatura sobre planos de saúde não indica relevância para os seguros de saúde, que constituíam praticamente um mercado distinto, com marco regulatório específico, como será apresentado a seguir.

No caso das sociedades seguradoras<sup>75</sup>, as operações de seguro saúde passaram, a partir de 1967<sup>76</sup>, a ser segmentadas dos outros seguros não vida, para efeito da regulamentação do CNSP e da SUSEP, considerada a nova classificação dos seguros nos três ramos<sup>77</sup>:

---

<sup>74</sup>Segundo Bahia (1999), que também menciona que foram relevantes para a constituição das empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas médicas) e de seus investimentos: “As empresas médicas se constituíram a partir de investimentos decorrentes da renda auferida pelos médicos que se acoplam ou não a um ou mais hospitais. (...)as articulações políticas com segmentos da burocracia previdenciária se tornam determinantes para a consolidação e desenvolvimento das empresas médicas. A transformação da prática médica autônoma em atividade empresarial é realizada por profissionais que combinam seu prestígio profissional a inserção no aparelho estatal. (...) Basicamente, os arranjos empresariais para a formação das medicinas de grupo consistiam na articulação entre um grupo de médicos com unidades hospitalares privadas ou filantrópicas já existentes. Havia as que não possuíam base hospitalar e as que se representavam uma outra empresa de medicina de grupo. A maioria dessas empresas se designava como não-lucrativa. As Unimed’s não possuíam outros recursos além dos consultórios de seus cooperados e obedeciam a regulamentação do Ministério da Agricultura para as cooperativas em geral. Os investimentos para a conformação das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, embora igualmente precários, provinham de concepções antagônicas quanto à prática médica. A luta contra o aviltamento da profissão médica conferiu uma especificidade à origem das cooperativas médicas.” (Bahia, 1999, p.189)

<sup>75</sup>Para mais informações do histórico dos seguros privados no Brasil, ver SUSEP (2013), Fenaseg (2013) e Alberti et al (1998). Acesso em 23/11/2013. Disponível em: <http://história.susep.gov.br/menu/a-susep/historia-do-seguro> e <http://história.fenaseg.org.br/cnseg/mercado/historia-do-seguro/>

<sup>76</sup> Conforme Decreto 61.589, de 23 de outubro de 1967, Art. 7º.

<sup>77</sup> Em 1901, o Regulamento Murtinho (Ministro da Fazenda Joaquim Murtinho) estabeleceu a separação entre as seguradoras nos ramos ‘vida’ e ‘elementares’, bem como criou o primeiro órgão fiscalizador oficial das atividades de seguros no Brasil, subordinada ao Ministério da Fazenda: “A Superintendência Geral de Seguros detinha a competência da fiscalização preventiva, exercida por ocasião dos pedidos de autorização para o funcionamento das companhias, e da fiscalização repressiva, exercida na forma de inspeção direta. As ideias de fiscalização preventiva tiveram como base a legislação sobre a atividade de seguros já consolidada na Europa e nos Estados Unidos, como o *Life Assurance Companies Act* de 1870, (...) na Inglaterra, e a legislação em vigor no Estado de Nova York, nos Estados Unidos, que, de acordo com Joaquim Murtinho, seriam muito mais rigorosos do que o regulamento ora apresentado pelo governo”(Alberti et al, 1998, p.40).

“I - Seguros dos Ramos Elementares - os que visem a garantir perdas e danos, ou responsabilidades provenientes de riscos de fogo, transporte, acidentes pessoais e outros eventos que possam ocorrer afetando pessoas, coisas e bens, responsabilidades, obrigações, garantias e direitos.

II - Seguros de Vida - os que, com base na duração da vida humana, visem a garantir, a segurados ou terceiros, o pagamento, dentro de determinado prazo e condições, de quantia certa, renda ou outro benefício.

III - Seguro Saúde”. (Decreto 61.589/1967, art. 7º)

Cerca de um ano antes dessa classificação, em 1966, foram instituídos no Brasil o Sistema Nacional de Seguros Privados e os órgãos estatais para a regulação das operações de seguros e resseguros. Isso se deu por meio do Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966, que:

- i) estabeleceu, Art. 2º e Art. 7º que o controle do estado por meio da instituição do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).
- ii) instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados, no Art. 8º, abrangendo o CNSP, a SUSEP, o IRB (posteriormente alterado para resseguradores), os corretores habilitados e as Sociedades autorizadas a operar seguros privados, definidos, no Art. 3º, como “seguros de coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantias”.
- iii) definiu o controle do Estado no interesse dos segurados e beneficiários dos contratos de seguro, no Art. 2º e, no Art. 5º, definiu como objetivos da política de seguros privados, entre outros: promover a expansão do mercado de seguros e propiciar as condições operacionais para sua integração no processo econômico e social do país, preservar a liquidez e solvência das Sociedades Seguradoras.

O contexto do mercado segurador em geral era caracterizado pelas mudanças instituídas pelo governo Castello Branco, que realizou, no começo de seu mandato iniciado em 1964, uma reforma bancária e uma regulamentação do mercado de capitais, contexto em que, como avaliaram Alberti et al (1997, p.26) “não poderia faltar uma ação reguladora na área de seguros”, envolvendo o saneamento financeiro do setor e a investigação de empresas em situação de insolvência.



### 3.4.2. Período pós Milagre Econômico (1974-1985)

O ano de 1974 constitui novo marco, na medida em que o contexto político começa a sofrer mudanças no sentido da distensão lenta e gradual anunciada pelo General Geisel, a trajetória do “milagre econômico” se interrompe e as questões sociais ressurgem (Werneck Vianna, 1998, p.149).

Uma das primeiras medidas Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974<sup>78</sup>, foi a implantação do Programa de Pronta Ação (PPA), que estipulava regras para a prestação dos serviços médicos previdenciários, por meio da qual o Estado sinalizava uma dupla direção: “a universalização do sistema público e a transferência de funções para a iniciativa privada” (Werneck Vianna, 1998, p.19), conforme a segmentação a seguir explicada pela mesma autora:

- a) Hospitais próprios da Previdência - reservados para o atendimento altamente especializado, a pesquisa e o aperfeiçoamento,
- b) Convênios com empresas, com outras instâncias da União ou com os governos estaduais e municipais, além do credenciamento de médicos particulares ou contratos de serviços com cooperativas médicas - responsáveis pela ampliação da assistência médica em geral,
- c) Estabelecimento do direito ao atendimento emergencial gratuito, garantindo-o a qualquer pessoa, segurado ou não da Previdência.

No Brasil dos anos 1970, havia quatro alternativas assistenciais contratadas coletivamente, como indica Bahia (2001b, p.328):

- a) As empresas com planos próprios,
- b) A rede de serviços próprios e credenciados pelo INPS,
- c) Os serviços próprios e credenciados das empresas médicas, e
- d) Os credenciados para atender os trabalhadores rurais.

A universalização do atendimento médico emergencial gratuito funcionou como um alívio para muitos, mas agravou o problema do estrangulamento da

---

<sup>78</sup>Criado por meio do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social, por meio da Lei n.6.036, de 1o de maio de 1974.

demanda nos serviços próprios do INPS<sup>79</sup> e, desse modo, influenciou a população com maior renda na direção dos planos de saúde. Assim se insere o conceito de universalização excludente:

“No caso brasileiro podemos supor a existência de um processo de universalização excludente, em que cada movimento de expansão universalizante do sistema [de proteção social] é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) que expulsam daquele diversos segmentos sociais” Faveret e Oliveira (1990, apud Werneck Vianna, 1998, p.169).

Os convênios-empresa, entre 1974 e 1975, tiveram reformuladas suas normas para custeio e homologação (Werneck Vianna, 1998, p.149), por meio principalmente de: i) ajuste da participação do INPS (que contribuiria com cerca de 1/3 do total da assistência médica prestada); ii) definição de responsabilidades; e iii) permissão para a dedução no imposto de renda de todos os gastos das empresas com convênios-empresas.

Os convênios-empresa se propagaram continuamente desde 1975, quando correspondiam a uma população coberta de 3,6 milhões, até maio de 1979, quando atingiram 4,9 milhões de pessoas cobertas, como mostrado na Tabela 3.1. Contudo, essa expansão foi bastante concentrada. Em 1979, 71% dos convênios-empresa estavam em São Paulo. (Werneck Vianna, 1998, p.150, 282)

**Tabela 3.2: Evolução dos convênios-empresa 1975-1979**

Ano	N. de convênios	População coberta (em milhares)
1975	3.096	3.572
1976	4.069	4.291
1977	4.929	4.599
1978	5.312	4.826
1979*	5.840	4.941

Fonte: Braga e Paula, 1986, apud Werneck Vianna (1998, p.282, Quadro 15).

Em 1977, houve a reformulação da organização do MPAS, com a criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) e consequente criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)

<sup>79</sup>A despeito da ampliação da quantidade de contribuintes da Previdência Social no Brasil, que quase dobrou seu quantitativo de 1973 (12,4 milhões de contribuintes) a 1978 (23,4 milhões de contribuintes) (Serra e Gurgel, 2008, p.136,147). A mesma publicação (p.154, p.158) aponta que, em dezembro de 1999, os 26,7 milhões de segurados do INSS representavam 30,7% da população economicamente ativa do país, e sua arrecadação líquida foi de R\$ 49,1 bi (4,9% do PIB) e a despesa com benefícios de R\$ 58,5 bi (5,8% do PIB) (Serra e Gurgel, 2008, p.205).

e designação de sua atribuição como responsável pela assistência médica. (Werneck Vianna, 1998, p.150).

A partir de 1979, o INAMPS optou por restringir a homologação de novos convênios-empresa por meio de um processo de não decisão, simplesmente criando exigências para o credenciamento. Isso como medida para conter despesas crescentes e também como resposta às múltiplas pressões políticas contra essa política, seja de posições neoliberais contra a intervenção do Estado como intermediador, seja de posições estatizantes mas adversárias das medicinas de grupo. Em fins da década de 70, a parceria estava desfeita, o INAMPS não era mais importante nem para os grupos médicos nem para as empresas, uns porque já haviam conquistado substancial fatia do mercado, outras porque preferiam dispensar o controle. (Werneck Vianna, 1988, p.150)

A partir do final da década de 1970, a compra de serviços privados pela Previdência, com a contratação de hospitais e credenciamento de prestadores, se estagnou na medida em que foram se revelando os limites da terceirização e em que houve a autonomização cada vez maior do setor privado, como exposto:

“de um lado, os custos crescentes dos serviços comprados e as tensões geradas em torno das formas de pagamento e dos valores pagos, de outro, a autonomização cada vez maior do setor privado. (...) a dependência do segmento hospitalar privado em relação à previdência diminuiu a partir de determinado momento. O surto de descredenciamento, uma espécie de *contracting out* à brasileira, no começo dos anos 80 e especialmente após o advento da Nova República, embora tenha sido muito divulgado pela sua ligação com as fraudes então descobertas, configurou-se em muitos casos como uma opção dos prestadores privados. Finalmente, a mobilização em torno da reforma sanitária na década de 80 contribuiu para alimentar a rejeição daquela forma de interação público /privado” (Werneck Vianna, 1998, p.146)<sup>80</sup>.

A despeito do fim dessa mediação direta via previdência e o contexto desfavorável de custos crescentes dos planos, em que alguns convênios firmados com grupos médicos foram descontinuados no Rio de Janeiro e em São Paulo (Cordeiro, 1984, p.89), segundo Bahia (1999, p.37) a possibilidade de comercialização autônoma de planos de saúde foi demonstrada por meio da criação de novas empresas, como a Amil, em 1980, e também por meio da permanência de

---

<sup>80</sup>Em relação às tensões no que se refere aos valores pagos, segundo Stephanes (1984, apud Werneck Vianna, 1998, p.164), que foi presidente do INPS nos anos 70: “os serviços contratados são sempre pagos a um preço tabelado em níveis muito inferiores aos que são cobrados de clientes particulares. Para que essas atividades possam ser rentáveis em termos comerciais (...), muitos expedientes são empregados com vistas a aumentar o lucro proveniente dos contratos”.

um grande número de convênios de empresas com grupos médicos sem a interveniência da Previdência.

No início dos anos 1980, o contexto de crise econômica e da previdência acarretou a deterioração dos valores destinados pelo INAMPS para o custeio dos serviços de saúde e permitiu uma ruptura unilateral de vários convênios e contratos de hospitais (Ocké-Reis, 2006, p.175). Para compensar essa redução dos valores pagos pelo INAMPS, as firmas empregadoras foram autorizadas a pagar uma espécie de contribuição adicional aos prestadores médico-hospitalares ligados ao INAMPS<sup>81</sup>.

Em síntese, para Almeida (1998, p.12-13), a assistência médica privada se consolida basicamente em duas conjunturas, nos pós-1964 e no início da década de 1980:

a) No ciclo expansivo da modernização econômica alavancada pelo Estado autoritário, em que a intervenção estatal teve dupla orientação: extensão da cobertura para os segmentos de menor renda e criação de mecanismos diferenciados para segmentos específicos do mercado formal de trabalho. O setor público se deteriorava, pois o aumento de cobertura não se acompanhou do concomitante investimento público, e os mecanismos de compras de serviços apresentavam sinal de exaustão. Por outro lado, se constituíram subsídios públicos para as pessoas físicas (dedução de despesas de saúde no imposto de renda) e pessoas jurídicas (gastos em assistência médica se tornaram custos operacionais, possibilitando o repasse para os preços dos produtos).

b) No período de transição democrática, permeado pela retração da atividade econômica, com a conseqüente contenção de despesas e crise financeira do sistema previdenciário (1981-84). Desde 1983 o Estado deixou de assinar novos contratos com empresas e não renovou os vigentes, entretanto, o mercado privado de serviços de saúde já havia se autonomizado.

Segundo Cechin e Badia (2008, p.1) o mercado de planos de saúde apresenta expansão significativa do final dos anos 1950 até 1980, quando alcançou

---

<sup>81</sup> Como segue: “inicialmente, em 1980, por intermédio da portaria MPAS 2.079, permitia-se a cobrança adicional por instalações de padrão superior aos da enfermaria. Depois, em 1982, por meio da Portaria 2.837, o INAMPS passou a permitir que os hospitais cobrassem uma quantia (por fora) dos segurados e das firmas, quando esses requeressem atendimento especial adicional, cujo valor variava em até 8,3 vezes a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Finalmente, em 1986, tornou-se livre a complementação de honorários e serviços, mas tal prática foi definitivamente proibida, a partir de 30 de outubro de 1991 (Portaria INAMPS 283)” (Vianna, Piola e Ocké-Reis, 1998, apud (Ocké-Reis, 2006, p.175).

aproximadamente 15 milhões de beneficiários<sup>82</sup>, distribuídos entre 300 operadoras. Os mesmos autores apontam que mesmo com a crise do início dos anos 1980, o setor continuou a crescer nessa década.

No final do período em tela, em 1984, a tendência de universalização do atendimento médico no âmbito da previdência se fortalece com a implantação do PAIS (Plano de Ações Integradas de Saúde), que propunha priorizar convênios com as secretarias municipais para utilização conjunta das redes públicas, com acesso a população em geral (Werneck Vianna, 1998, p.171).

**Quadro 3.9. Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1974-1985).**

Governo	Ano	Evento
Geisel (1974-79)	1974	Criação do Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS).
	1974	Portaria n. MPAS 39 (DS/DG – 198/74), de 5 de setembro. Plano de Pronto Ação (PPA). Estabeleceu atribuições na prestação de serviços de assistência médica, ampliando a descentralização por meio da contratação de serviços, credenciamento de médicos e convênios com entes públicos ou empresas.
	1974	Portaria n. MPAS 78 (DS/DG – 235/74), de 10 de outubro. Dispõe sobre o credenciamento de entidades prestadoras de serviços de assistência médica e hospitalar.
	1974	Portaria n. MPAS 79 (DS/DG – 235/75), de 10 de outubro. Disciplina os convênios com as empresas empregadoras.
	1974	Lei n. 6.168, de 9 de dezembro. Criação do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social). Administrado pela CEF, com o objetivo de apoio financeiro a programas e projetos de caráter social enquadrados nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.
	1975	Portaria n. MPAS 143 (DS/DG – 45/75), de 23 de janeiro. Disciplina as providências em relação às unidades contratadas e médicos, por omissão de atendimento.
	1977	Lei n. 6.439, de 1o de setembro. Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e de seus órgãos integrantes, que incluem o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e o CEME (Central de Medicamentos).
Figueiredo (1979-85)	1982	Criação da contribuição social e do FINSOCIAL (Fundo de Investimento Social) (Decreto Legislativo n.99)

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia et al (2005, p.173-182), Oliveira e Fleury Teixeira (1985), Serra e Gurgel (2008) e páginas eletrônicas do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao> ; <http://história.biblioteca.presidencia.gov.br> ; <http://história.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/> ).

<sup>82</sup>Em 1977, havia 200 medicinas de grupo em funcionamento, com 7 milhões de clientes, segundo Bahia (2001b, p.340-341), com base nos dados do 1o Congresso de Medicina de Grupo. Para este ano, a autora não identificou informações de beneficiários para outras modalidades de operadoras, mencionando somente a existência de 60 cooperativas médicas e de 1 seguradora em 1977.

*Modalidades de operadoras e modelo de financiamento (1974-85)*

No final da década de 1970, as cooperativas médicas e as medicinas de grupo se reestruturaram e desenvolvem uma base empresarial, embora algumas características vinculadas à origem dessas empresas tenham se mantido:

“Em 1977 na cidade de São Paulo existiam 2415 empresas conveniadas com medicinas de grupo e apenas 7 com cooperativas médicas (Giffoni, 1981: 228)...os princípios das Unimed's em seus primórdios de livre escolha total não as tornavam adequadas para a realidade de um mercado extremamente disputado como o da capital de São Paulo. Para as cooperativas os ambulatórios de massa das medicinas de grupo nos centros de pronto atendimento eram uma heresia contra o princípio da livre escolha. Em compensação as Unimed's se multiplicavam por outras grandes cidades brasileiras e não estavam tão atreladas aos convênios-empresa intermediados pela Previdência Social como as medicinas de grupo. Os problemas de insolvência de várias medicinas de grupo que quebraram quando a(s) grande(s) empresa(s) que representavam sua principal fonte de recurso mudaram de empresa médica não foram vivenciados tão intensamente pelas Unimed's, que se preocupavam em “mesclar” os contratos com médias e pequenas empresas e pessoas físicas com aqueles de grandes empresas” Bahia (1999, p.190).

Nesse período, o crescimento das empresas médicas implica a diversificação empresarial, bem como associações das mesmas entre si e a vinculação a grupos empresariais distintos daqueles envolvidos com assistência médica<sup>83</sup>. A reestruturação empresarial das medicinas de grupo é evidenciada na primeira metade da década de 1980.

“Na primeira metade dos anos 80, a medicina de grupo se reestruturou, afetada pela recessão econômica e pela penetração de empresas multinacionais na área de assistência médica, articuladas a setores do capital financeiro (posteriormente, a Constituição de 1988 proibiria a atuação do capital estrangeiro na prestação de serviços médicos). É interessante notar que, das empresas médicas listadas por Cordeiro (1984) a partir de pesquisa que realizou em 1979, poucas permaneceram. Em ordem decrescente de presença no mercado, as empresas apontadas eram, então, as seguintes: Rio-Clinicas, Semic, Samoc, Semeg, Promed, Unimed/Comeg, Med-Grupo, Samep, Golden-Cross, Senasa, Dom Bosco, Soserme, Same, Apameso, Semig, Mediempres, Plane, Saem. Uma descrição atualizada dos grupos que atuam nesse mercado esta em Cohn (1991).” (Werneck Vianna, 1998, p.171)

<sup>83</sup> “A compra da Amico pelo Hospital Corporation América em 1979 ilustra a reorganização empresarial das medicinas de grupo. Em São Paulo, empresas que figuravam entre as maiores durante os convênios-empresa da Previdência Social, como a Interclínicas, a Intermédica, a Samcil, a Amico e a Medial, seguem crescendo através da incorporação de grupos médicos a outros segmentos empresariais, aquisição, construção de estabelecimentos de saúde e articulações com instituições de ensino. Nos dias atuais estas empresas estão entre as 10 maiores empresas de medicina de grupo do Brasil” (Bahia, 1999, p.190).

Nesse período, a literatura sobre planos de saúde não indica relevância para os seguros de saúde, que constituíam praticamente um mercado distinto, com marco regulatório específico.

O mercado segurador como um todo, no Brasil, passou por mudanças no período do final do regime militar. O mercado de seguros, que antes era dominado por seguradoras independentes, passa a ser protagonizado pela fusão de bancos e seguradoras, seguindo o modelo europeu<sup>84</sup>. Isso muito em função do ocorrido na década de 1970, caracterizada pelo incentivo governamental a um processo de fusões de empresas de seguros, completando a tarefa de saneamento iniciada na década anterior e levando a um processo de concentração semelhante ao que já vinha ocorrendo no setor bancário<sup>85</sup>. A década de 1970 teve destaque também pelo crescimento do mercado de seguros, como um todo, de cerca de 14% ao ano (1970-1979), crescimento que na virada para os anos 1980 (1979-1984) ficou limitado à taxa de 6% ao ano.

No que se refere às políticas públicas de financiamento aos empresários no setor da saúde, conforme Salm (2005, p.14), o marco inicial foi a criação no governo Geisel do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), com linhas de crédito subsidiadas da CEF (Caixa Econômica Federal). O FAS, criado em 1974<sup>86</sup>, era composto de duas contas distintas, uma de transferências e repasses diretos aos Ministérios e outra de aplicações a cargo da CEF (Oliveira e Fleury Teixeira, 1985, p. 215). Marques (1999, p.14) salienta que o FAS, cujos recursos eram a fundo perdido quando destinados ao setor público e a juros subsidiados quando dirigidos ao setor privado, foi responsável no Brasil pelo financiamento de “boa parte da expansão da rede privada”.

Ocké-Reis et al (2006, p.174) explica que esse financiamento direto para a construção de hospitais privados e aquisição de equipamentos do FAS se dava por

---

<sup>84</sup>Como explicado por Leopoldi (1998, p.3):“Pode-se distinguir duas formas de convivência entre os setores bancário e de seguros. Em alguns países, como Japão e Estados Unidos, predomina o modelo segmentado, havendo restrições para que ambos operem juntos. Já na Europa, a operação conjunta entre bancos e seguradoras, formando um só conglomerado, vem crescendo na França, Inglaterra, Holanda e Alemanha, e já criou as expressões *allfinanz* e *bancassurance* (banco-seguro). Trata-se de bancos que fazem joint ventures com seguradoras ou montam suas próprias seguradoras. Operam em geral no ramo vida(inclui seguro de vida, saúde, previdência privada e capitalização), usando suas agências bancárias como pontos de comercialização.”

<sup>85</sup>Como expõem Alberti et al (1997, p.27): “enxugamento do número de seguradoras, que passam de 176 em 1970 para 94 em 1975... Com a compra de companhias de seguros pelos bancos, o mercado das companhias seguradoras dividiu-se entre as financeiras e as independentes”.

<sup>86</sup>O FAS foi criado em 1974 (Lei no 6.168, de 9 de dezembro de 1974) para dar apoio financeiro para projetos e programas sociais, com recursos da CEF e aportes do orçamento da União.

meio de taxas de juros negativas. Vale lembrar aqui que a elevada inflação do período de 1974-1980, cuja média anual foi superior a 50% (Giambiagi et al, 2005). O mesmo autor (Ocké-Reis, 2006, p.174) aponta que o financiamento a juros subsidiados do FAS beneficiou as medicinas de grupo, como foi o caso da acelerada expansão da capacidade instalada da Amil, que também teve como fonte de recursos a prestação de serviços ao setor público (Bahia, 1991, p.70, apud Ocké-Reis, 2006, p.174).

Por sua vez, Salm (2005, p.14) pontua que para o acesso a esses créditos favorecidos do FAS, “não era irrelevante o clientelismo político”. Ressalte-se que o plano de aplicação do FAS estava sujeito à aprovação do Presidente da República, por proposta do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)<sup>87</sup>.

Em relação à destinação das operações financeiras da CEF, Oliveira e Fleury Teixeira (1985, p.216-218) mostram que:

a) Dentre as operações financeiras aprovadas pela CEF até 30/06/77, em seguida à área da educação com 71,8%, se destaca a área da saúde e previdência com 23,1% (Cr\$ 2.690,0 milhões). Nesta última área, houve predominância dos valores destinados ao setor privado, que corresponderam a cerca de 79.5%, diferentemente da educação em que o setor privado representou 12,0%.

b) Com base em levantamento do INAMPS, o exame de 703 propostas de financiamento mostrou que 73,8% referiam-se a leitos hospitalares, predominando a criação ou expansão de hospitais privados com fins lucrativos. Ademais, 63% dessas propostas provinham de regiões Sudeste e Sul.

---

<sup>87</sup> Além disso, as aplicações a cargo da CEF, sob a forma de financiamento, estavam sujeitas às seguintes diretrizes:

“... serão feitas sob a forma de financiamentos, destinados, preferencialmente, a:

I - Projetos de interesse do setor público, nas áreas de Saúde e Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência social;

II - Projetos de interesse do setor privado, nas áreas referidas no item anterior;

III - Programas de caráter social, para atendimento a pessoas físicas.”

“Parágrafo único. Os projetos de que trata este artigo podem abranger investimentos fixos, custeio e manutenção, inclusive em empreendimentos de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos.” (Lei no 6168/1974).



As operações do FAS foram suspensas em 1991<sup>88</sup>. O contexto da desativação do FAS foi identificado no Relatório de Gestão da CEF (2008, p.5), que informa que a Constituição Federal de 1988 determinou:

a) em seu artigo 36, que os fundos existentes, exceto os resultantes de isenções fiscais que passem a integrar patrimônio privado e os que interessassem à defesa nacional, seriam extintos se não fossem ratificados pelo Congresso Nacional, no prazo de dois anos; e

b) a receita de concursos de prognósticos constitua contribuição destinada à seguridade social. Com a adição da Lei n.8.212, de 24/07/91, os recursos provenientes das Loterias de Prognósticos, antes fonte de recursos regular e principal do FAS, foram redirecionados à Seguridade Social, sendo garantido apenas o repasse à CEF dos valores necessários ao cumprimento dos contratos até então assinados por meio do FAS<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup>Embora a Lei de criação do FAS conste como vigente (consulta, em 15/12/2013, à página eletrônica [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)), foi identificada a suspensão das atividades do FAS, como segue: “após diversas alterações na legislação referente ao Fundo, a União destinou os recursos do FAS para a seguridade social e desativou o FAS para a realização de novas operações de crédito. As operações do FAS foram suspensas em 1991, desde então o Fundo adotou estratégia de atuação que se limita à manutenção das atividades de cobrança e controle das operações ativas contratadas, além de outras atividades administrativas correlatas” Relatório SFC/DEFAZ n. 201305756, da CGU (2013, p.1).

<sup>89</sup>O mencionado Relatório da CGU (2013, p.3) destaca que o comportamento do patrimônio do Fundo apresentou evolução estável ao longo dos últimos exercícios e que segundo a CEF: “permite projetar um cenário pouco otimista quanto à redução do índice inadimplência das suas operações de crédito (79% em dez/2012), uma vez que a totalidade das cobranças das operações do segmento setor privado encontra-se na esfera judicial, bem como algumas outras do setor público.” ... “O Fundo, no exercício de 2012, possuía 65 contratos ativos, tendo como tomadores os setores público (23) e privado (42), que totalizaram, respectivamente, as importâncias de R\$ 34.069.862,96 e R\$ 76.932.564,96”.

### 3.5. Período Democrático Pré-Marco Regulatório Setorial (1985-1998) – Implantação da saúde universal e consolidação do mercado suplementar

Com a Nova República, a partir de 1985, cresce a mobilização para o movimento reformista para a implantação de um sistema de saúde universal.

Em 1987, entra em vigor o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), com acesso universal e o fim da distinção para o atendimento médico entre segurados e não segurados da Previdência, bem como, em princípio, o privilegiamento para a rede pública e o concurso das formas não lucrativas da oferta privada (Werneck Vianna, 1998, p.151)<sup>90</sup>.

Com a Constituição de 1988, fica instituído o direito à saúde, no art. 196, como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante (...) acesso universal e igualitário” (Werneck Vianna, 1988, p.150-151). A saúde se insere, juntamente com a previdência e a assistência social, ao conceito de Seguridade Social criado nessa Constituição de 1998<sup>91</sup>.

Entretanto, a implantação do SUS no Brasil enfrentou dificuldades e, com isso, as mudanças das políticas de assistência médica da década de 1980 tiveram como principais resultados, conforme explica Werneck Vianna (1998, p.151-152):

a) Estabelecimento de um sistema de saúde bastante avançado em termos de cidadania; no entanto “o Estado se comporta como um ator cujas não-decisões geram consequências opostas ao seu próprio discurso”, como exposto:

“a americanização não foi barrada. Ao contrário, o sistema público vem se especializando cada vez mais no (mau) atendimento aos muitos pobres, seja pelo descaso das autoridades com a regulamentação e a implementação dos preceitos constitucionais, seja pelo surrado método do racionamento (...). Enquanto isso, o mercado de serviços médicos, assim como o de previdência, conquista adeptos entre a classe média e o operariado” (Werneck Vianna, 1998, p.151).

<sup>90</sup>Segundo Guerra e Gurgel (2008, p.159) foram destinados significativos recursos da Previdência para a implantação do SUDS: “O SUDS, subscrito pelos Ministros Raphael Almeida Magalhaes, da Previdência, e Roberto Santos, da Saúde, foi uma das maiores sangrias na Receita Previdenciária para o financiamento das ações de saúde (...) pela Ministra Élvia Lordelo Castelo Branco, do TCU, (...) as transferências se elevaram a US\$ 12 bilhões de dólares.” Guerra e Gurgel (2008, p.159).

<sup>91</sup>Como exposto: “A definição de seguridade social impressa no artigo 194 revela sua semelhança com o modelo Beveridge. Os dois princípios contidos no famoso relatório que deu origem à reforma do sistema de proteção social no Reino Unido, em 1946 (e que influenciou decisivamente a implantação do Welfare State no mundo desenvolvido), ali estão enunciados: a integração das políticas destinadas a assegurar direitos sociais e o caráter universalista do provimento dos mesmos” (Werneck Vianna, 2009, p. 66).

b) Ao abdicar das funções mediadoras e sobretudo normativas, o poder público não só deixou que o mercado de serviços médicos prosseguisse como diminuiu sua capacidade de regulá-lo.

“Na área da assistência médica são conhecidas as consequências da ausência de normas que regulamentem (...) planos de saúde: contratos leoninos, reajustes abusivos, (...), inadimplência dos filiados cresce, portadores de doenças terminais ou crônicas não podem ter acesso ao tratamento, etc.” (...) “Filas, dificuldades de atendimento, burocracia, as empresas de medicina de grupo se transformaram no INAMPS da classe média (...) Na guerra entre médicos, convênios e hospitais, em torno da tabela de honorários, o consumidor fica sob fogo cruzado: não quer se submeter ao precário sistema estatal, não tem dinheiro para pagar atendimento particular e se enreda nas cláusulas em letras minúsculas dos contratos de assistência médica (Folha de S. Paulo, 12/08/90).

Nesse contexto, após a criação do SUS, em 1988, houve uma conjuntura de restrições financeiras pela política macroeconômica e amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados, seja pelo conseqüente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extra-setorial do mercado de trabalho. (Almeida, 1998, p.14)

Sobre a dinâmica do mercado de trabalho, Andrade e Dias Filho (2009, p.163) apontam que, no Brasil, a partir de meados dos anos 1980, os planos de saúde, privados e pagos, passaram a ser responsáveis pela gestão da saúde do trabalhador do setor formal da economia, representando, em menos de duas décadas, na perspectiva da saúde do trabalhador, uma migração do modelo do seguro social previdenciário do INPS para o seguro privado de saúde.

Cabe reconhecer a complexidade dessa mudança, uma vez que, por um lado, o modelo adotado pelo INPS utilizou, em importante medida, do instrumento do convênio-empresa, que era, na prática, o repasse da gestão da saúde do trabalhador para as empresas empregadoras, sob certas regras e alguma fiscalização. Por outro lado, ressalte-se que o SUS é direito de todos os cidadãos, com sua cobertura sendo demandada inclusive para beneficiários de planos de saúde, em especial aqueles com limitações na cobertura ou na rede de prestadores de serviços.

O contexto a década de 1980 era de ausência de regras claras para o funcionamento do mercado e também de mecanismos para fiscalizá-lo, que resultava em tensão nas relações entre os diversos atores do setor. Com isso, o

Brasil era distinto de outros países em que o setor privado é dominante, como, por exemplo, os EUA (caso paradigmático), em que as regulações são explícitas, principalmente no que concerne à seletividade do sistema e aos direitos dos consumidores. (Almeida, 1998, p.14)

No Brasil do final da década de 1980 o mercado de planos de saúde era denominado na literatura como Subsistema de Atenção Médica Supletiva<sup>92</sup> ou também comumente denominado de mercado de assistência médica suplementar, denominação utilizada pelas seguradoras<sup>93</sup> e que se consolidou com a Lei 9.656/1998.

Quanto ao crescimento do mercado de planos de saúde, houve sua continuidade no período em que a economia brasileira foi caracterizada por hiperinflação e baixo crescimento, de 1980 até o Plano Real de 1994, como explicam Cechin e Badia (2008, p.1), em função principalmente da expansão do mercado formal de trabalho, da busca de proteção de risco financeiro pela classe média e o processo de universalização excludente do sistema público<sup>94</sup>.

A expansão das clientela foi acompanhada por uma maior visibilidade das queixas de interrupção de atendimentos, aumento de preços e negativas de cobertura para determinados procedimentos, como aponta Bahia (2001, p.358) que indica como fatos marcantes em 1990:

a) A aprovação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, que permitiu a ação da justiça no sentido favorável ao atendimento dos clientes de planos de saúde;

---

<sup>92</sup>Conforme Werneck Vianna (1998, p.177) que aponta que essa denominação de subsistema era adotada no início dos anos 1990 tanto por André Médici, da área da economia, quanto por Eugenio Vilaça Mendes, da área da saúde pública.

<sup>93</sup>Conforme Bahia (2001b, p.325): “A expressão assistência médica suplementar provem da seguinte classificação, fartamente utilizada pelas seguradoras: a) Alternativo: permite a opção para que o cidadão escolha um seguro público ou privado. b) Complementar: supõe a existência e a limitação de cobertura do sistema público, o seguro privado complementa a cobertura de determinados serviços. c) Suplementar: existe um serviço público de caráter obrigatório e é permitida a opção de pagar por um seguro privado a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social.”

<sup>94</sup> “Mesmo o período de crise econômica iniciado na década de 1980 não foi capaz de impedir que o setor continuasse a crescer. Alguns pontos auxiliam no entendimento deste fato. Primeiro, o mercado formal de trabalho, apesar da desaceleração da economia, continuou a se expandir até 1990. Segundo, a classe médiana não conseguia pagar diretamente de sua renda os serviços de saúde de que necessitava e buscava proteção contra eventos futuros e incertos de elevado custo nos planos de saúde. Terceiro, a extinção do INAMPS e a consequente universalização (excludente) da cobertura pelo sistema público, sem a concomitante expansão do seu financiamento, alongou filas e tempos de espera, deteriorou a qualidade dos serviços e piorou a imagem da assistência pública à saúde” (Cechin; Badia, 2008, p.1).

b) A aliança de entidades médicas e de defesa do consumidor para a defesa da livre escolha de procedimentos (pelos profissionais e pelos clientes).

Esse processo da expansão dos planos de saúde não ocorreu de forma independente das políticas públicas, como exposto:

“De modo resumido, em meados da década de 1980, então, dada a deterioração dos serviços previdenciários, houve um crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Do lado da oferta, dada a presença sistemática de incentivos governamentais, houve um favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para a cobertura das pessoas inseridas no mercado formal de trabalho. A partir da década de 1990, apesar da criação do SUS, a convergência desses fatores permitiu a consolidação dos planos de saúde” (Ocké-Reis et al, 2006, p.176).

No início da década de 1990, Ligia Bahia (1999) aponta que as interpretações sobre o crescimento dos planos de saúde também estavam referidas ao fracasso do SUS<sup>95</sup>.

Além disso, a mesma autora (Bahia, 2001b, p.356) evidencia, na década de 1990, a relevância das deduções fiscais dos gastos com planos de saúde, alcançando o valor estimado de R\$ 5 bi em 1996 e R\$ 6 bi em 1997. Para as empresas<sup>96</sup>, desde 1982, é facultado computar as despesas com planos de saúde como gastos operacionais, sendo permitido pela legislação que esses valores sejam integralmente abatidos no cálculo do imposto de renda<sup>97</sup>. Para as pessoas físicas<sup>98</sup>,

---

<sup>95</sup> Como exemplo, em 1991, o Dr. Flávio Heleno Poppe Figueiredo, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), afirmou que o grande marketing de venda dos planos privados tinha sido e continuava a ser a falência da medicina estatal, apontando que depois de diversas siglas que sucederam-se em fracassos, a ordem da vez seria o SUS (Bahia, 1999, p. 18)

<sup>96</sup> As despesas das pessoas jurídicas com assistência médica, odontológica e farmacêutica, totalizaram um valor de dedução fiscal de R\$ 2,3 bi e R\$ 3,2 bi, respectivamente em 1996 e 1997.

<sup>97</sup> Conforme Bahia (2001b, p.356), com base em Médici (1991, p.65), que indica a legislação que possibilitou tal procedimento (art.13 da Lei n.9.249 e art. 300 do Regulamento do Imposto de Renda / Decreto n.1.041/94). Há casos de empresas com planos contributários que classificam como custos operacionais não apenas os gastos com saúde de seus trabalhadores, mas também os descontos nos salários dos empregados (Santos, 1999, p.18, apud Bahia, 2001b, p.356).

o abatimento integral no cálculo do imposto de renda foi permitido a partir de 1991. Foram consideradas as hipóteses de que os planos de saúde representam a totalidade dos gastos das empresas com a saúde de seus funcionários e, para as famílias, a metade dos gastos com assistência médica.

Esses valores se referem à dedução no cálculo do imposto de renda, cabendo explicitar que o valor da renúncia fiscal trata-se de uma fração dessa dedução, correspondente ao percentual do imposto. Uma estimativa da renúncia fiscal, consideradas as deduções das despesas com saúde em geral, das empresas e pessoas físicas, é apresentada por Almeida (1998, p.47-48), no total de R\$ 1,7 bi em 1997, sendo R\$ 808 milhões para pessoas jurídicas<sup>99</sup> e R\$ 893 milhões para pessoas físicas<sup>100</sup>.

Considerando os dados apresentados por Almeida (2002) e a mencionada hipótese de participação dos gastos com planos de saúde adotada por Bahia (2009, p.356), calculamos uma estimativa de renúncia fiscal de gastos específicos com planos de saúde, para 2007, no total de R\$ 1.255 milhões, sendo R\$ 808 milhões das empresas e R\$ 447 milhões das famílias.

Além das deduções fiscais no imposto de renda, várias empresas de assistência médica suplementar se declararam filantrópicas, se beneficiando com a isenção de contribuições, como a previdenciária, cujo exemplo notável é a Golden Cross. (Bahia, 2001b, p.356).

---

<sup>98</sup>As despesas das pessoas físicas com assistência médica resultaram um valor de dedução fiscal de R\$ 4,8 bi (2,732 milhões de contribuintes) e R\$ 5,8 bi (2,477 milhões de contribuintes), respectivamente em 1996 e 1997. “A hipótese de que metade das despesas com assistência médica esteja relacionada com planos e seguros, ... é compatível com as informações da POF sobre as despesas das famílias com este item, embora as relações entre estas bases de informação não possam ser estabelecidas sem que se observe que o número de declarantes de imposto de renda, aproximadamente 2,7 milhões, é muito menor do que o número de famílias: 12,5 milhões de famílias nas regiões metropolitanas.” (Bahia, 2001b, p.356). No caso das pessoas físicas, ao dividir a despesa com plano de saúde pelo número de contribuintes relacionado, encontramos como resultado o valor médio mensal de cerca de R\$ 73 e R\$ 97, respectivamente em 1996 e 1997. Esse indicador utiliza o denominador contribuintes, não sendo representativo da quantidade de dependentes desse contribuinte associados com gastos com planos de saúde. Quanto ao numerador, pode conter também gastos complementares, da pessoa física, em planos de saúde parcialmente financiados pelas empresas empregadoras.

<sup>99</sup>“Dados fornecidos pela Secretaria da Receita Federal indicam que 34 667 empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativas a despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica na declaração de 1997 (ano base 1996), totalizando R\$ 3 232 milhões e configurando uma renúncia fiscal da ordem de R\$ 808 milhões (alíquota base 25%)” Almeida (2008, p. 47).

<sup>100</sup>Dados da Receita Federal indicam que “quanto às pessoas físicas, alíquota base de 15%, 2 208 547 contribuintes deduziram, em 1997, R\$ 1 118 112 185, o que significou uma renúncia fiscal de R\$ 167 716 828; e, na alíquota base de 25%, 1 646 136 contribuintes deduziram R\$ 2 902 635 224, o que correspondeu a R\$ 725 658 806 de renúncia fiscal. Somados, esses dois grupos totalizaram R\$ 4 020 747 409, de deduções, e R\$ 893 375 634, de renúncia fiscal”; Almeida (1998, p.48)

A trajetória de expansão do número de beneficiários de planos de saúde se estagnou em meados da década de 1990, em especial a partir da estagnação do mercado formal de trabalho e da estabilização inflacionária em 1994, como explicado:

“A estagnação do mercado formal de trabalho, a partir do início dos anos 90, e o fim da inflação, com o Plano Real de 1994, trouxeram grandes dificuldades e também oportunidades para a saúde suplementar. Na ausência de receitas inflacionárias, para evitar o risco de falência, as mensalidades dos planos de saúde tiveram que ser elevadas, mantendo estagnado o número de beneficiários entre meados dos anos 1990 e primeiros anos do novo século. Por outro lado, a nova realidade exigiu maior maturidade gerencial dos administradores e induziu um importante movimento de profissionalização das operadoras com maior foco nas questões assistenciais” (Cechin; Badia, 2008, p.1).

Não obstante as limitações das informações disponíveis<sup>101</sup>, a desaceleração do crescimento da clientela, no início da década de 1990, é demonstrada por Andreazzi e Kornis (1993, p.9), conforme mostrado na Tabela 3.3.

**Tabela 3.3: Crescimento médio anual dos usuários de planos de saúde**

Conjunturas		%
Milagre e II PND	1970 - 1978	32,9
Recessão Figueiredo	1979 -1983	20.4
Recuperação	1984 -1989	15,1
Recessão primeira metade 90	1990 –1994	2,2
Estabilização (Real)	1995 -1998	3.5

Fonte: Andreazzi e Kornis (2003, p.165), com base em informações disponíveis em Andreazzi e Kornis (1991). até 1989 – Andreazzi (1991); entre 1991 e 1994 – Mendes (1996); para 1995: Gazeta Mercantil (1996); para 1996 - Catta Preta (1997); para 1998: PNAD/IBGE (1998).

Interessante notar que, apesar da desaceleração, o crescimento acumulado de 1990 a 1998 dos planos de saúde<sup>102</sup> ainda se mostrou superior à taxa de crescimento populacional do Brasil, que foi de 1,64% na década de 1990<sup>103</sup>.

<sup>101</sup> Como fatores limitantes das estimativas dessa demanda, eram apontadas a inexistência e a pouca confiabilidade das fontes de informação (Bahia, 1999)

Para a análise do crescimento dos usuários, calculamos, conforme mostrado na Tabela 3.4:

- a) a taxa de crescimento anual, que evidencia a estagnação especificamente no início da década de 1990.
- b) O grau de cobertura populacional (razão entre o número de usuários e a população brasileira) do mercado de planos de saúde, que na década de 1970 era inferior a 10%, cresce a níveis próximos a 20% no final da década de 1980, e, em 1998, alcança 23%.

**Tabela 3.4:Usuários do mercado de planos de saúde.**

Ano	Usuários (em mil)	Variação (anual)*	População (em milhões)	Cobertura populacional
Antes	S.i.	-	-	-
1970	2.000	-	93,1	2,1%
1972	4.800	55%	98,6	4,9%
1977	5.994	5%	113,1	5,3%
1981	11.070	17%	121,4	9,1%
1987	24.400	14%	138,6	17,6%
1989	31.140	13%	144	21,6%
1991	28.500	-4%	149,1	19,1%
1992	32.000	12%	151,6	21,1%
1994	34.400	4%	156,4	22,0%
1995	35.000	2%	158,9	22,0%
1996	41.000	17%	161,3	25,4%
1998	38.700	-3%	166,3	23,3%

Fonte: Elaboração própria. Com base nos dados do IPEA (população anual estimada com os dados do IBGE) e usuários com base em Andreazzi (2002, p.82), com as seguintes informações: até 1989 – Andreazzi (1991); entre 1991 e 1994 – Mendes (1996); para 1995: Gazeta Mercantil (1996); para 1996 - Catta Preta (1997); para 1998: PNAD/IBGE (1998). (\*)Nota: A variação anual não se trata da simples variação entre os períodos disponíveis, foi calculada como uma taxa de crescimento anual, ajustando a variação encontrada pelo número de anos em relação ao período anterior.

Ressalte-se que a informação de população utilizada foi aquela que é disponibilizada pelo IPEA para todos os anos objeto de análise, o que não é o caso

<sup>102</sup>Essa estimativa de crescimento do mercado de planos de saúde tem como base as informações sobre usuários reunidas, com base em diversas fontes, por Andreazzi (2002, p.82), que considera que os dados oriundos de representantes do mercado, que foram a maior parte, não foram refutados pela PNAD /IBGE de 1998. Isso embora o dado utilizado para 2008 tenha representado uma queda na trajetória de crescimento dos usuários, resultado que é atribuído ao fato de que a informação do IBGE se refere ao número de pessoas com pelo menos um plano de saúde, quando se sabe da existência de pessoas com superposição de coberturas, ou seja, com mais de um plano de saúde (Andreazzi e Kornis, 2003, p. 164).

<sup>103</sup>Crescimento populacional em continuidade a uma trajetória de redução que se inicia nos anos 1950. Conforme dados do IBGE, a taxa de crescimento geométrica anual da população brasileira foi: 1950/1960 (2,99%), 1960/1970 (2,89%), 1970/1980 (2,48%), 1980/1991 (1,93%), 1991/2000 (1,64%).



das séries disponibilizadas pelo IBGE<sup>104</sup>. Isso acarreta em uma diferença em relação ao dado divulgado no relatório da PNAD 2008, que, por se tratar da informação divulgada oficialmente pelo IBGE, é pertinente reproduzir:

“Estima-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (5,8%)” (IBGE, 2008, p.20).

O mesmo relatório do IBGE (2008, p.20) registra que esses dados se referem apenas a planos de saúde, excetuando-se os odontológicos, bem como se referem somente ao plano identificado como principal pelo entrevistado.

### **Quadro 3.10: Políticas públicas relevantes para a saúde suplementar (1985-1998)**

Sarney (1985-90)	1987	Criação o Programa de Desenvolvimento do SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) nos Estados e Municípios (Decreto n. 94.657)
	1988	Constituição Federal, de 5 de outubro. Estabelece seguridade social, com direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Cria o Sistema Único de Saúde (SUS).
	1990	Transferência do INAMPS e da CEME para o Ministério da Saúde (Decreto n. 99.060)
Collor (1990-92)	1990	Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990).
	1991	Despesas com planos e seguros de saúde passam a poder ser integralmente abatidas no imposto de renda de pessoas físicas.
Itamar (1992-94)	1993	Lei n.8.689, de 27 de julho. Extinção do INAMPS.
Cardoso (1995-2002)	1998	Lei n.9.656, de 3 de junho. Estabelece a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia et al (2005, p.173-182), Oliveira e Fleury Teixeira (1985), Serra e Gurgel (2008) e páginas eletrônicas do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao> ; <http://história.biblioteca.presidencia.gov.br> ; <http://história.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/> ).

#### *Modalidades de operadoras e resultados econômicos (1985-1998)*

A partir dos anos 80, a expansão das empresas de planos de saúde apresentou as seguintes particularidades:

<sup>104</sup>Os dados utilizados (IPEA) não diferem em mais de 3% das informações disponibilizadas pelo IBGE, nos anos censitários.

- i) Magnitude dos planos administrados, que não podem ser caracterizados como planos de pré-pagamento, uma vez que são do tipo custo operacional, ou seja, a empresa de plano de saúde cobra a posteriori das empresas empregadoras uma taxa de administração e também a fatura dos gastos e cobertura de saúde dos empregados (Bahia, 2005, p.34-35);
- ii) Existência de planos de autogestão típicos, nos quais as empresas empregadoras credenciam uma rede assistencial para o atendimento de seus empregados (Bahia, 2005, p.34-35);
- iii) Comercialização de planos por hospitais filantrópicos (Bahia, 2001b, p.335);
- iv) Diversificação da atuação das empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas), envolvendo: criação de medicinas de grupo de pequeno porte, inclusão da opção de cobertura de medicamentos, criação de empresas ou produtos dirigidos a clientes de menor renda (Bahia, 2001b,p.335-336)<sup>105</sup>.

A partir do final dos anos 80, são marcantes dois movimentos no mercado de planos de saúde (Bahia, 2001b, p.341,347):

- i) a consolidação das grandes empresas de abrangência nacional<sup>106</sup> e
- ii) a expansão de pequenas empresas, em especial as medicinas de grupo e as cooperativas médicas, mas também as filantrópicas (Santas Casas), em cidades interioranas<sup>107</sup>.

Em meados da década de 1990, se destaca a estratégia de montar uma rede própria de serviços, por meio de movimentos de ampliação, construção e aquisição de estabelecimentos de saúde, no caso das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas. Essas empresas também lançam planos com coberturas garantidas por redes mais restritas, nucleadas por serviços próprios. (Bahia, 2005, p.34-35)

---

<sup>105</sup>Exemplos dessa diversificação da atuação das operadoras são a comercialização de planos de saúde por cerca de 350 hospitais em cidades do interior; a criação em 1994, pela Amil, do plano Dix, voltado para o segmento individual de menor poder aquisitivo; e a estratégia com foco nesse mesmo público de medicinas de grupo de pequeno porte instaladas em grandes cidades (como a SMB Saúde, a Assim e a Semog, sediadas no Rio de Janeiro). (Bahia, 2001b,p.335-336)

<sup>106</sup>Esse processo envolveu também a associação entre empresas de assistência médica complementar de distinta natureza jurídico-institucional, como por exemplo, a associação da medicina de grupo Intermédica com a seguradora Notre Dame em 1989; a aquisição de uma seguradora pela Unimed em 1986; e o início das atividades em 1994 da rede Farmalife da holding Amil (Bahia, 2001b,p.335-336), bem como, em 1984, a transferência para a Bradesco Seguros de uma parte dos clientes da Golden Cross Medicina de Grupo, aquela parte coberta por planos de livre escolha (Bahia, 2001b, p.346).

<sup>107</sup>O mesmo artigo lembra que a presença de pequenas empresas não é regra no mercado norte-americano de planos e seguros. Em 1996, 628 HMOs eram responsáveis pela cobertura de 52,3 milhões de pessoas (*US Department of Health and Human Services*)

Em específico quanto à composição do mercado de planos de saúde, Salm (2005, p.12) pontua que o cliente individual passa a adquirir alguma importância quantitativa somente a partir de meados da década de 1980. Quanto ao crescimento desse segmento individual, Salm (2005, p.12) atribui à explicação da percepção das classes médias das deficiências dos serviços públicos, uma vez que a aquisição de plano de saúde pelo indivíduo busca a eliminação do risco financeiro que a doença acarreta, que atualmente possui um caráter catastrófico.

No final da década de 1990, os planos individuais representaram, para as medicinas de grupo, pelo menos  $\frac{1}{4}$  dos seus contratos, chegando a  $\frac{1}{3}$  em 1999, conforme dados da Abramge disponíveis de 1997 a 2000 (Andreazzi, 2002, p.85). Quanto aos gastos de pessoas físicas com planos de saúde, houve aumento em meados dos 90, comparativamente com meados da década de 80<sup>108</sup>.

A despeito da existência na década de 70 do FAS, Salm (2005, p.14) relata que a possibilidade do financiamento adquirir um formato capitalista amadurecido somente se configura a partir do final da década de 1980 com a criação do financiamento de longo prazo para hospitais por meio do BNDES. Entretanto, o mesmo autor (Salm, 2005, p.14) registra que as linhas de crédito do BNDES haviam sido pouco utilizadas até aquele momento, no início do século XXI.

Nos anos 1990, o autofinanciamento das operadoras é refletido na continuidade do aumento das taxas de crescimento das mensalidades (prêmios) dos planos de saúde, considerado seu valor em dólares, isolando o impacto da inflação no Brasil (Tabela 3.5). Como esperado, esse movimento ocorre simultaneamente à estagnação do crescimento da demanda (Tabela 3.4).

---

<sup>108</sup>“Médici (1977:119-126) acentua um outro aspecto do financiamento dos planos de saúde: o aumento da parcela gasta pelas famílias (0,6% em 1987 para 1,9% em 1995/6). E destaca a tendência de ampliação da proporção de gastos com saúde pelos mais pobres. Em 1987, os gastos com assistência a saúde para aqueles com renda familiar até 2 salários mínimos representaram 6,3% e, para os que tinham renda superior a 30 salários mínimos, 5%. Nove anos mais tarde, em 1995/6, o gasto das famílias de menor renda com saúde passou para 9,3% do total, enquanto para aqueles com maior renda (5,7%) cresceu bem menos” (Bahia, 2001b, p.357).

**Tabela 3.5: Crescimento médio anual dos prêmios de planos de saúde.**

Conjunturas		Valor
Milagre e II PND	1970 - 1978	Sem informação
Recessão Figueiredo	1979 -1983	Sem informação
Recuperação	1984 -1989	15,7*
Recessão primeira metade 90	1990 –1994	28,1
Estabilização (Real)	1995 -1998	37,0

Fonte: Andreazzi e Kornis (2003, p.168). Com base nas seguintes informações: até 1989 – Andreazzi (1991); entre 1991 e 1994 – Mendes (1996); para 1995: Gazeta Mercantil (1996); para 1996 - Catta Preta (1997); para 1998: Mendes (2000) ajustado pelos dados do Ciefas e Abraspe. (\*) Nota: Estimativa com base nos anos de 1987 e 1889.

Ademais, a cobrança de pagamentos (co-pagamentos ou co-participação) na utilização dos serviços médicos se torna usual nos planos voltados a clientes individuais de menor renda, nos anos 1990, seja pelas medicinas de grupo de menor porte ou por planos mais baratos de grandes medicinas de grupo<sup>109</sup>.

As modalidades de operadoras apresentam distinções relevantes, como apontado por Werneck Vianna (1998, p.177), que apresenta a forma de funcionamento de cada modalidade e sua cobertura populacional conforme mostrado no Quadro 3.11.

**Quadro 3.11: O Mercado de Assistência Médica Suplementar no Brasil (1989)**

Sistema	O que é	População coberta	
		mil pessoas	%
Medicina de Grupo	Empresas que intermediam serviços médicos	15.000	48,2
Cooperativa Médica	Empresas que prestam serviços médicos	7.300	23,4
Serviços Próprios	Serviços médicos dentro das empresas	7.500	24,1
Seguro-Saúde	Serviços cobertos ate o valor da apólice	940	3,0
Plano administração	Convênios através de empresas	400	1,3
Total	-	31.140	100,0

Fonte: Werneck Vianna (1998, p.20, Tabela 24, com dados de Abramge, Confederação Nacional das UNIMED e Abrase).

Giovanella e Fleury (1995, p.184) denominam esses cinco tipo de operadoras como cinco modalidades de financiamento. Por sua vez, Andreazzi (2002, p.13) ao

<sup>109</sup> Exemplo deste último caso é o plano Dlx da Amil, que só permite o acesso a provedores preferenciais localizados no Rio de Janeiro e raciona o consumo por meio do co-pagamento, sendo seu preço de praticamente a metade do plano tradicional da Amil mais barato. A título de ilustração, em abril de 1999, o plano Dix com coparticipação (R\$ 5 por consulta e R\$ 15 por atendimento médico-hospitalar, inclusive internação) era vendido pelos seguintes preços: R\$ 48 (< 17 anos) e R\$ R\$ 285 (> 60 anos). O plano Dix sem participação era vendido a R\$ 58 (< 17 anos) e R\$ 346 (> 60 anos). O plano tradicional mais barato da Amil, denominado Medicus, era vendido a R\$ 98 (< 17 anos) e a R\$ 570 (> 60 anos). (Bahia, 2001b, p.347-348)

analisar o financiamento, na perspectiva da intermediação financeira para o consumo de serviços de saúde, no Brasil na década de 1990, indica que o segmento de saúde suplementar se auto classificava em cinco modalidades: seguro saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e planos de administração. Também se tratam das mesmas categorias apresentadas no Quadro 3.11.

Na síntese de um consultor do mercado de planos de saúde<sup>110</sup>, as empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas) são “pagadoras prestadores de serviços, enquanto as seguradoras e as autogestões são “pagadores de contas”, sendo que as primeiras eram caracterizadas pelo reembolso, não necessariamente oferecido pelos planos próprios, que são sistemas de pós-pagamento.

Bahia (2001b, p.340) analisa a evolução de alguns indicadores separadamente para as modalidades de operadoras. A Tabela 3.6 mostra, a despeito da lacuna de algumas informações, o crescimento do número de empresas, de 1977 a 1997/98. No final da década de 1990, é mostrada a seguinte representatividade em termos do quantitativo de empresas:

- a) Destaca-se a Medicina de Grupo, com mais da metade do total e tendo se multiplicado por mais de 3 vezes em 20 anos;
- b) Em seguida as Cooperativas Médicas, com quase  $\frac{1}{4}$  do total e tendo se multiplicado por mais de 5 vezes em 20 anos;
- c) Em terceiro lugar os planos próprios de empresas (autogestões), com cerca de  $\frac{1}{5}$  do total, mas cujo crescimento é difícil de ser apreendido em função da limitação dos dados;
- d) Por último, mas não menos importantes, as seguradoras, que representam menos de 3% do total, mas tiveram um expressivo crescimento, dobrando seu quantitativo no último intervalo de três anos da tabela.

**Tabela 3.6. Empresas de planos de saúde segundo modalidade.**

<b>Modalidade</b>	<b>1977 <sup>(1)</sup></b>	<b>1987 <sup>(2)</sup></b>	<b>1994/95 <sup>(3)</sup></b>	<b>1997/98 <sup>(4)</sup></b>
Medicina de grupo	200	300	555	730
Cooperativas médicas	60	128	332	326
Planos próprios das empresas	s.i.	50 <sup>(a)</sup>	150 <sup>(a)</sup>	300
Seguradoras	1	5	20	40
Total	261	483	1.057	1.396

Fonte: Bahia (2001b, p.340). Informações com base em: (1) 1º Congresso de Medicina de Grupo, 1978 (Unimed do Brasil, 1998 e Susep, 1998); (2) Abramge (1989), Unimed do Brasil (1998), Abraspe apud Médici (1991) e Susep; (3) Arthur Andersen (1996); e (4) Abramge (1999), Unimed do Brasil

<sup>110</sup>Pedro Fazio, segundo Bahia (1999, p.236).

(1999), Ciefas (1998) e Susep (1999). Nota: (a) Número de empresas, com planos próprios, filiadas a Abraspe, que estima representar apenas 1/3 das empresas desta modalidade empresarial.<sup>111</sup>

O mesmo estudo (Bahia, 2001, p.340) mostra que a expansão do número de clientes no mesmo período não foi tão expressiva quanto a do número de empresas, uma vez que nos últimos dez anos apresentados na Tabela 3.6, houve uma variação percentual de 189% no número de empresas e de 70% no número de contratos de planos de saúde, passando de 24,4 milhões em 1987 para 41,5 milhões em 1997/98.

Em relação aos preços dos planos de saúde, em 1997-98, a receita unitária das seguradoras era maior do que a das autogestões, seguida pelo indicador das cooperativas médicas, e, com o menor valor, as medicinas de grupo, como mostrado na Tabela 3.7, cabendo destacar:

- a) As seguradoras possuem preços maiores, fato possivelmente relacionado à obrigatoriedade contratual de coberturas mais amplas, definidas por instrumentos legais desde o final da década de 1980. (Bahia, 2001b, p.353)
- b) Quanto ao valor apresentado para as medicinas de grupo, Bahia (2001b, p.348) aponta que pode haver erro na estimativa de faturamento, uma vez que o preço projetado para este segmento, mesmo considerando que os preços dos planos-empresa são bem mais baixos do que os individuais (40% a 60% menos), é bem menor que a realidade do mercado das grandes medicinas de grupo, porte que representa mais de 60% dos clientes das operadoras filiadas a Abramge em 1998.
- c) Antes da regulamentação a variação dos prêmios por faixa etária implicava aumentos de até 14,4 vezes entre a primeira e a última faixa. (Bahia, 2001b, p.353)
- d) Em meados de 1998 havia grande variabilidade nos preços dos planos individuais, em função principalmente da cobertura contratada ser mais ou menos ampla. No caso de crianças as mensalidades variavam de R\$ 20 a R\$ 300, 15 vezes o primeiro valor. No caso das faixas etárias mais avançadas, a disparidade é de mais de 15 vezes, variando de R\$ 190 a R\$ 3.000. (Bahia, 2005b, p.353-354)

---

<sup>111</sup> Constam as seguintes observações específicas em relação à tabela (Bahia, 2001b, p.340): Abraspe se trata da Associação Brasileira de Serviços Assistenciais Próprios das Empresas e “O número de empresas de autogestão de 1994/5 parece também não representar o universo de empresas com planos próprios e sim o de filiadas. Já a informação relativa a 1997 parece estar relacionada a uma projeção de empresas com planos próprios já que em 1999 estavam filiadas 52 empresas a Abraspe e 104 ao Ciefas.”

**Tabela 3.7. Faturamento e preços de planos de saúde (1997-98).**

Modalidade	Faturamento (R\$ bilhões)	Clientes (em milhões)	Preço médio dos planos (R\$/ ano)	Preço médio dos planos (R\$/ mês)
Medicina de grupo	3,9	18,3	215	18
Unimed	3,5	10,7	327	27
Autogestão	4,6	8,0	574	48
Seguradora	4,0	5,0	800	67
Total	16,0	41,9	382	32

Fonte: Bahia (2001b, p.340). Informações com base em: Abramge (1999) e Susep (1998),

Em se tratando de preços médios dos planos de saúde, cabe mencionar o contexto de precificação dos planos de saúde no final dos anos 1980:

“Orientados pela lógica de mercado, os planos de saúde caracterizam-se por padrões distintos de atendimento diferenciado (básico, superior e executivo), conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos, e geralmente não cobrem ações de maior complexidade, relativas a doenças crônicas e degenerativas. Esta característica produz pressões para que o Estado assumira os custos para esta atenção (...). Ademais, ali são realizadas apenas ações de assistência médica, produzindo em muito poucas ocasiões ações de caráter preventivo” (Giovanella; Fleury, 1995, p. 184-185).

Bahia (1999, p.234) apresenta a diferenciação, segundo faixa etária e segundo nível (básico, especial, executivo), para um seguro de assistência médica e hospitalar da Bradesco, conforme Figura 3.2:

**Figura 3.2: Categorias de preços de seguros de assistência médico-hospitalar.**

Faixa Etária	% de variação em relação a faixa etária antecedente	Nível do Plano	% de variação em relação ao nível de plano antecedente
Até 17	Referencial	Enfermaria Referencial	
18 a 45	57,00% a mais do que a referencial	Quarto (1)*	30,4 % a mais do que o referencial
46 a 50	32,79% a mais do que a de 18 a 45 anos	Quarto (2)*	43,9% a mais do que o quarto (1)
51 a 55	24,69% a mais do que a de 46 a 50 anos	Quarto (3)*	35,73% a mais do que o quarto 2
56 a 60	35,56% a mais do que a de 51 a 55 anos	Quarto (4)*	78,99% a mais do que o quarto 3
61 a 65	46,73% a mais do que a de 56 a 60 anos		

Fonte: Bahia (1999, p.234), com dados da tabela de venda da Bradesco, válida de 16/06/1998 a 15/07/1998.

Não obstante as dificuldades para a obtenção de informações à época, Andreazzi (2002) e Andreazzi e Kornis (2003, p.169)<sup>112</sup> apresentam, para os anos disponíveis, segundo as modalidades de operadoras, dados de usuários de planos

<sup>112</sup>Mais dados econômicos sobre o setor são apresentados na tese de doutorado de Andreazzi (2002).

de saúde (Tabela 3.8), de faturamento (Tabela 3.9) e o de faturamento por usuário (Tabela 3.10).

Em termos de usuários, as modalidades de operadoras apresentam distinções:

- a) a modalidade mais representativa é a Medicina de Grupo, que apresentou crescimento nominal no período, mas inferior do crescimento do mercado como um todo, resultando em perda de participação relativa, que era pouco superior a 40% em 1996 (último ano antes da Lei 9.656/98 com informações disponíveis para as quatro modalidades).
- b) As cooperativas e as autogestões apresentam crescimento absoluto e relativo, com destaque para o crescimento das cooperativas no final da década de 1970 e para as autogestões no final da década de 1990, em especial após o estabelecimento do marco regulatório em 1998, ocupando em 1999 a segunda posição em termos de usuários.
- c) As Seguradoras tiveram um crescimento expressivo na primeira metade dos anos 1990, se mantendo desde então estagnada em torno de 5 milhões de segurados.

**Tabela 3.8: Usuários de planos de saúde, segundo modalidades de operadoras.**

Ano	Total	Med. Grupo	Cooperativas	Seguradoras	Auto-gestão
1987	24.400.000	15.100.000	3.600.000	700.000	5.000.000
1989	31.140.000	15.000.000	7.320.000	900.000	7.500.000
1991	28.500.000	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1992	32.000.000	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1993	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1994	34.400.000	16.000.000	8.500.000	5.000.000	8.000.000
1995	35.000.000	15.050.000	8.050.000		8.050.000
1996	41.000.000	17.589.000	10.000.000	6.000.000	9.000.000
1997	S.i.	17.800.000	S.i.	S.i.	S.i.
1998	38.700.000	18.300.000	S.i.	S.i.	11.700.000
1999	48.500.000	18.000.000	11.000.000	5.800.000	13.700.000
2000	S.i.	18.400.000	S.i.	5.100.000	S.i.

Fonte: Andreazzi e Kornis (2003, p.169). Elaborado com as seguintes informações: 1987 e 1989 - Andreazzi (1991); 1994 e 1996 - Almeida (1998); 1995 - Pinto (1996); Usuários 1999 - Montone (2001). Nota: S.i. – sem informação<sup>113</sup>.

<sup>113</sup> Segundo Cechin (2008), no período de 1980-1981, a população coberta por planos de saúde, Segundo a PNAD (1981) era de 14,4 milhões de pessoas. As medicinas de grupo eram responsáveis por cerca de 59% desse quantitativa de pessoas.



Por sua vez, as informações de faturamento são apresentadas em dólares norte americanos, o que permite expurgar os efeitos da inflação brasileira, entretanto, torna o indicador sensível a efeitos exógenos da política cambial. Em 1999, observa-se uma artificial redução dos valores, em função da expressiva desvalorização do real em relação ao dólar.

**Tabela 3.9: Faturamento (em US\$ /ano) de planos de saúde, segundo modalidades de operadoras.**

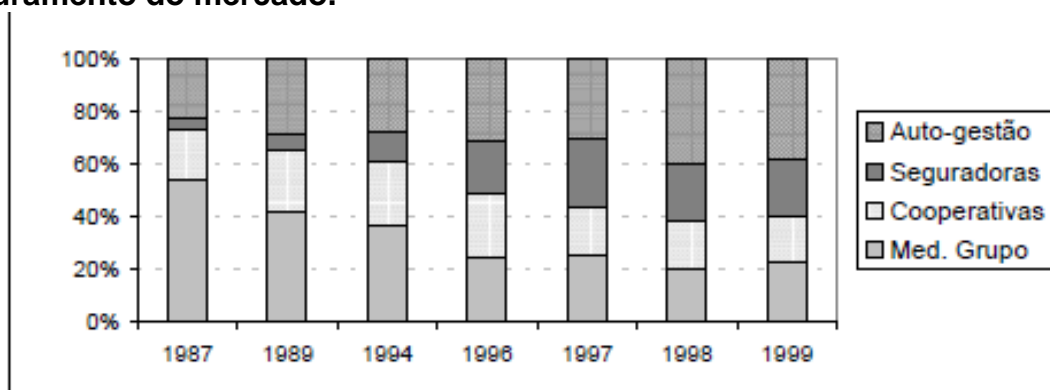
Ano	Total	Med. Grupo	Cooperativas	Seguradoras	Autogestão
1987	1.850,0	1.000,0	350,0	80,0	420,0
1989	2.430,0	1.000,0	570,0	150,0	670,0
1991	4.100,0	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1992	4.900,2	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1993	6.400,0	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1994	7.180,0	2.650,0	1.750,0	780,0	2.000,0
1995	8.600,0	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1996	14.800,0	3.700,0	3.507,6	3.004,4	4.588,0
1997	15.300,0	3.884,9	2.815,1	4.000,0	S.i.
1998	19.171,1	3.900,0	3.500,0	4.091,1	7.680,0
1999	12.122,5	2.764,8	2.126,8	2.605,3	4.625,7
2000	S.i.	3.124,5	S.i.	3.002,3	S.i.

Fonte: Andreazzi (200, p.174). Elaborado com as seguintes informações: 1987 e 1989 - Andreazzi (1991) apud Towers, Perrin, Forsterand Crosby; 1994 e 1996 – Almeida(1998) apud Médici e Czapski (apud Towers, Perrin, Forsterand Crosby); 1995 - Pinto (1996); 1991-1993/ 1998 - Mendes(2000), ajustando o dado da auto-gestão, maior do que o apresentado por ele;1997 (auto-gestão e seguradora) e 1998 (med. grupo e cooperativas) –Dain(2000); Medicina de grupo 1997 a 2000 - Abramge (compatível com Dain (2000)); 1999 - ANS apud Abramge/ Auto-gestão 1998 - CIEFAS (1998). Medicina de grupo e auto-gestão - dolarizados a dólares correntes do meio do período. Seguradoras - Busnardo (1998) a partir do IRB; 2000 (projeção a partir dos dados da SUSEP até ago/01). S.i. – sem informação.

Os dados de faturamento, como mostrado no Gráfico 3.1, não somente corroboram a trajetória mostrada para a participação das modalidades em termos de usuários, mas também permitem identificar traços mais marcantes, tais quais:

- a) A perda relativa de importância das medicinas grupo levou à perda da primeira posição em termos de faturamento, mesmo antes da Lei n. 9.656/98.
- b) As seguradoras apresentaram crescimento expressivo em termos de faturamento, deixando a última posição para as cooperativas, mesmo antes da Lei 9.656/98.

**Gráfico 3.1. Participação das modalidades de operadoras de planos de saúde no faturamento do mercado.**



Fonte: Andreazzi (2002, p.174). Com base nas fontes apresentadas na Tabela 3.6.

O indicador de faturamento por usuário é uma proxy de preço médio dos planos de saúde já contratados, e, portanto não reflete unicamente as novas contratações aos preços de venda anunciados pelas operadoras, mas também o estoque já contratado. Dos resultados mostrados na Tabela 3.10, destacam-se:

- a) O crescimento do faturamento das Seguradoras e Autogestões tem reflexo nos prêmios médios por usuários, que se situam em níveis superiores à média do mercado em todo o período no caso das Autogestões e na quase totalidade do período para as Seguradoras.
- b) A redução no *Market share* em termos de faturamento das Medicinas de Grupo e Cooperativas tem reflexo nos prêmios médios por usuários, que se situam em níveis inferiores à média do mercado em todo o período no caso das Medicinas de Grupo e na quase totalidade do período para as Cooperativas.

**Tabela 3.10: Faturamento por usuário de planos de saúde (em US\$ /ano), segundo modalidades de operadoras.**

Ano	Total	Medicina de Grupo	Cooperativas	Seguradoras	Autogestão
1987	76	66	97	114	84
1989	78	67	78	167	89
1991	144	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1992	153	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1993	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1994	209	166	206	156	250
1995	246	S.i.	S.i.	S.i.	S.i.
1996	361	210	351	501	510
1997	-	218	S.i.	S.i.	S.i.
1998	495	213	S.i.	S.i.	656
1999	295	154	193	449	338
2000	S.i.	170	S.i.	589	S.i.

Fonte: Andreazzi e Kornis (2003, p.169). Com base nas fontes apresentadas na Tabela 3.5. e na Tabela 3.6.

Após tratar a arrecadação, passamos às despesas. Andreazzi (2002, p.176) destaca a seguinte decomposição do custo total, com base nas seguintes estimativas de Catta Preta (2000) sobre a distribuição média dos custos das operadoras de planos de saúde no Brasil:

- a) Custo de atenção médica – 70 a 80%.
- b) Despesas administrativas – 12%.
- c) Despesas comerciais – 4%.
- d) Impostos – 4%.

Considerando outra estimativa para o mercado de planos de saúde no Brasil, com ênfase nos planos coletivos, o custo de despesas médicas estaria dentro do mesmo intervalo, entretanto, as despesas de comercialização teriam uma representatividade maior, enquanto teria menor peso as despesas administrativas, conforme exposto:

“uma empresa que compromete 75% de seu faturamento com despesas médicas-hospitalares (sinistralidade), 10% com despesas de comercialização pode obter, considerando cerca de 7% a 10% dos recursos para o pagamento de impostos e despesas de administração, uma margem de lucro de 3 a 5% que é um retorno excelente para o investidor, ao se levar em conta o volume das operações com as empresas empregadoras” (Pedro Fazio, segundo Bahia, 1999, p.236).

No que se refere aos custos administrativos e comerciais, sua participação teve participação mais alta no setor de seguros em geral no Brasil, representando aproximadamente 18% e 20%, respectivamente, em 1995 e 1996. Nessa época, os indícios apontavam que esses custos seriam, no Brasil, elevados em relação aos padrões internacionais, em função não somente do nível dos custos administrativos, mas também por conta das altas taxas de corretagem historicamente existentes no Brasil. (Andreazzi, 2002, p. 181)

O principal componente é o custo da atenção médica, função direta do risco (morbidade) e do preço da atenção médica, bem como função inversa da capacidade gerencial da seguradora em induzir um melhor desempenho, atuando sobre os dois fatores determinantes mencionados (Andreazzi, 2002, p.177):

- a) A morbidade da carteira, por meio de seleção de risco e de prevenção da saúde<sup>114</sup>.
- b) O preço da atenção médica (função do custo dos heterogêneos serviços, ponderado pela quantidade de utilização de cada um), por meio do gerenciamento dos sinistros, no sentido da governança dos contratos e da introdução de incentivos voltados à eficiência dos prestadores de serviços.

Os custos da atenção médica são normalmente avaliados, contabilmente, na sua relação com os prêmios da Seguradora. Essa fração, a razão entre os sinistros dos seguros e os prêmios ganhos, é denominada no mercado segurador de taxa de sinistralidade. Esta taxa é uma medida do equilíbrio financeiro da carteira de seguros (Andreazzi, 2002, p.179)

Uma estimativa da evolução da taxa de sinistralidade do seguro saúde no Brasil, com base nos prêmios totais (que são ligeiramente superiores aos prêmios ganhos), é apresentada por Bahia (1999, p.235), conforme Tabela 3.11, em que se observa a trajetória de aumento da sinistralidade.

---

<sup>114</sup> “Muitas das medidas práticas de controle do preço da atenção médica voltam-se ao desenho apropriado de incentivos para a redução da utilização de procedimentos médicos e hospitalares, diminuindo, assim, a sinistralidade. É o que o mercado tem denominado de “*managed care*”. Este sistema teria sido responsável, nos EUA, no ano de 1997 (Catta Preta, 1997), por 73% dos contratos de seguros privados de saúde” (Andreazzi, 2002, p.178). Segundo Andreazzi (2002, p.325), o “*managed care*” foi uma estratégia desenvolvida nos EUA contrapondo-se ao pagamento tradicional por serviço prestado, mediante o reembolso ou o pagamento direto ao prestador, visando repartir os riscos da seguradora com o profissional da saúde, em geral um médico ou grupo de atenção primária. Pode ser realizado por meio de contratos que incluem a transferência de risco, ou seja, se assigna ao médico uma quantia global, por paciente, para que ele gerencie a utilização dos serviços de diagnósticos, terapias e consultas especializadas (com o passar do tempo, o profissional pode tanto arcar com as despesas superiores aos recursos disponíveis, ou, caso as despesas fiquem abaixo dos recursos, incorporar para si as economias). Para Andreazzi (2002, p.325): a) a grande perversidade do modelo é transferir para o profissional da saúde a lógica do seguro lucrativo, com o agravante de que não grandes os números a gerenciar, o que torna mais difícil a diluição dos riscos, e, com isso, a qualidade de atenção à saúde é afetada (paciente pode esconder problemas na ocasião de ingressar na lista do médico geral, enquanto esse tem incentivo para reduzir a utilização de serviços pelo paciente), e b) Uma resposta que o mercado apresentou foi a contratação, pelo médico, do resseguro, para cobrir as despesas excessivas, medida que ameniza, mas não resolve o problema, uma vez que as Resseguradoras continuam a fazer seleção de risco.

**Tabela 3.11: Estimativa da sinistralidade do seguro saúde (1984-1998)**

Ano	Sinistro / Prêmios Totais
1984	55,0
1987	69,0
1994	60,9
1995	69,1
1996	73,7
1997	74,2
1998	78,9

Fonte: Bahia (1999, p.235), com base nas informações de Susep (1999).

No período pré-regulação, Andreazzi (2002, p.179) aponta que as informações mais consistentes sobre a sinistralidade são obtidas junto às Seguradoras. A taxa de sinistralidade dos produtos das Seguradoras no ramo da saúde, de 1986 a 1995, apresentou aumento e se mostrou mais elevada do que aquela dos demais ramos de seguro, como mostrado na Tabela 3.12.

**Tabela 3.12: Taxas de sinistralidade das Seguradoras.**

Ano	Total de seguros	Seguro Saúde
1986	40,6%	65,6%
1987	46,9%	69,8%
1994	47,9%	61,5%
1995	52,3%	69,9%

Fonte: Andreazzi (2002), com base nas seguintes informações: Andreazzi (1991) para 1986 e 1987; Gazeta Mercantil (1986) para 1994 e 1995.

Para o mercado de planos e seguros de saúde, no seu conjunto, Catta Preta (1997) estima uma sinistralidade média de 81,5%, mais elevada para a modalidade autogestão, o que, para ele, torna inviável qualquer plano privado de saúde.

Um outro indício da evolução dos custos de assistência médica é a utilização dos serviços. A Tabela 3.13 mostra dados variados, oriundos das diversas modalidades, para o final os anos 80 e 90. As Seguradoras apresentam indicadores iguais ou inferiores aos das outras modalidades, o que pode estar associado ao fato de que seus produtos são voltados para a cobertura hospitalar (Andreazzi, 2002, p.180).

Os dados disponíveis mostram o aumento ou manutenção da utilização, exceto no caso das cooperativas, que tiveram queda na utilização de internações, que pode estar associado ao crescimento do denominador, uma vez que seu quantitativo de segurados mais que triplicou no final dos anos 90, comparado ao

final dos anos 80. As Seguradoras obtiveram crescimento de segurados ainda maior no período, entretanto, não obtiveram redução em nenhum dos índices de utilização.

**Tabela 3.13: Utilização dos serviços de saúde, segundo modalidades operadoras de planos de saúde.**

Modalidade	Consulta/segurado/ano		Exames/consultas		Internações/segurado/ano (%)		Média de permanência	
	1987	Final dos 90	1987	Final dos 90	1987	Final dos 90	1987	Final dos 90
Medicina de Grupo	4,0	4,9	0,8	S.i.	7,0	9,9	3,8	S.i.
Auto-gestão (Ciefas)	2,9	2,9	1,1	2,2	7,0	13,0	3,2	3,8
Auto-gestão (Abraspes)	-	3,4	-	1,7	-	12,7	-	2,8
Cooperativas	3,4	4,8	1,2	S.i.	13,0	9,2	4	4
Seguradoras	0,8	2,8	0,5	1,7	6,0	8,7	2,8	-

Fonte: Andreazzi (2002, p.181), com base nas seguintes informações: 1987 (Andreazzi, 1991); Med.Grupo e Cooperativas 1998 (Dain, 2000); Seguradoras 1998 (Catta Peta, 2000); Pesquisa CIEFAS 1999; Pesquisa ABRASPE 2000; Cooperativas no final dos 90 (Confederação das Unimed referente a 2000). Nota: S.i. – sem informação.

Também há distinção entre as modalidades na distribuição territorial dos clientes. No final dos anos 1990, para as medicinas de grupo, principalmente, mas também para as cooperativas médicas, era notória a concentração na região Sudeste, em especial no Estado de São Paulo, enquanto os planos próprios se apresentam de forma mais distribuída, embora também com predominância no Sudeste, segundo as macrorregiões do Brasil, na Tabela 3.14.

**Tabela 3.14: Distribuição percentual dos clientes por modalidades operadoras de planos de saúde segundo Macrorregiões do Brasil (1998/99)**

Região	Medicina de Grupo	Cooperativas Médicas	Planos próprios	População (1996)
CO	1,3	5,4	11,6	6,7
N	1,3	3	5	7,2
NE	7,7	9,7	21,3	28,4
S	11,6	23,6	15,2	14,9
SE	78,1	58,5	46,9	42,6
Total	100	100,2	100	99,8

Fonte: Elaboração própria, com base em Bahia (2001b, p.344), com dados de Unimed do Brasil (1998), Abramge (1999) e Ciefas (1977), IBGE (Contagem da população, 1998).

Essa diferenciação entre os tipos de operadoras está relacionada aos fenômenos relatados por Andreazzi e Kornis (2003, p.159) de que, no final dos anos 1970, a entrada das seguradoras no mercado, ainda que de forma restrita, sinalizava

o interesse do grande capital financeiro na saúde como previsto por Hésio Cordeiro; e de que, ao final dos anos 1980, era grande a heterogeneidade dos agentes privados ofertantes de saúde no Brasil, quanto às formas jurídicas, institucionais e de densidade de capital.

### **Medicinas de Grupo**

No final dos anos 1990, as medicinas de grupo apresentavam uma grande concentração no Estado de São Paulo, onde se situavam mais da metade de seus clientes e onde possuíam uma importante estrutura de serviços próprios, complementada por provedores credenciados. (Bahia, 2001b, p.346)

A liderança das cinco principais Medicinas de Grupo, no período entre 1989 e 2001, não apresenta mudanças significativas, além da mudança de posições entre Amil, Medial, Amico e Interclinicas, sendo exceção, em 2001, a não presença da Intermédica e, em seu lugar, a Golden Cross assumindo a segunda posição. (Andreazzi, 2002, p.194).

A Intermédica em 1988 foi adquirida por um grupo que posteriormente se associou com a NotreDame Seguradora (Bahia, 1999, p.192). Na década de 1990, integrou-se a uma seguradora, também denominada Intermédica, chegando ao início dos anos 2000 como uma das principais operadoras do Brasil (em 2001 era a quarta maior com 1,2 milhões de beneficiários) (Andreazzi, 2002, p.203, 205)

A história da Golden Cross é marcada por particularidades, fundada em 1972, praticamente sem recursos próprios<sup>115</sup>, utilizou da nomeação de militares para compor sua diretoria, usufruiu de incentivos fiscais a partir do reconhecimento pelo governo como instituição de utilidade pública em 1982; e cresceu na década de 1980 combinando estratégias como o credenciamento de médicos e hospitais em quase todo o território nacional, a compra de hospitais em diversos Estados no

---

<sup>115</sup>Num contexto em que era possível começar sem um tostão, como explica o fundador da Golden Cross: “No começo era muito diferente de hoje, você podia fazer o contrato que bem entendesse e podia fazer uma série de restrições, o associado não podia se internar mais de 30 dias em UTI e 90 dias no hospital, só podia ter 3 consultas por ano. Você não tinha praticamente concorrente. Hoje não se pode fazer isso. Então, quando eu fundei a Golden Cross não tinha um tostão, começamos do zero. Eu assumi a direção da revista fiscal e comecei a Golden Cross a 20 anos, no escritório ... utilizamos o escritório da revista em São Paulo e em Porto Alegre.” Entrevista com Milton Soldani, arquivo CPDOC / FGV (Bahia et al, 2005, p.94)

Brasil, e marketing intenso (Bahia et al, 2005, p.91-95)<sup>116</sup>. Quando a Golden Cross era a maior empresa de planos de saúde do Brasil<sup>117</sup>, em 1988, perdeu o título de utilidade pública e no final desse ano se retirou da Abramge, decidindo, em 1990, transformar-se em uma Seguradora. Na década de 1990, aparece em destaque entre as principais seguradoras do ramo saúde, mas perde parte de sua clientela e enfrenta problemas de endividamento, que levam a um acordo, em 1997, para a sua área de seguros ser administrada pelo Banco Excel Econômico, associado da norte americana Cigna, voltando a ser administrada pelos seus antigos controladores em 1999. Em 2001, já havia alterado seu status de Seguradora para retornar a condição de medicina de grupo<sup>118</sup>.

As medicinas de grupo diversificaram suas atividades, sobretudo a partir do final dos anos 80, contando com empresas específicas para cada área de atuação (como nas áreas de benefícios como vale-alimentação, ensino e marketing) e por meio de estratégias institucionais de constituição de seguradoras (Amil e Golden Cross) e parcerias (a Intermédica se vinculou a seguradora NotreDame). (Bahia, 2001b, p.347).

No final da década de 1990, como mostrado na Tabela 3.15, as 7 maiores medicinas de grupo possuíam mais de 3,2 milhões de clientes, representando mais de 1/3 do total de clientes das mais de 300 medicinas de grupo existentes.

---

<sup>116</sup>Exemplos de estratégias de marketing utilizadas: livro pioneiro com os médicos cadastrados, estruturação de uma equipe de vendas alcançando 12 mil corretores, investimentos expressivos em propaganda, chegando a ser o principal cliente da Rede Globo de Televisão. As práticas da Golden Cross eram de tal forma ousadas que foram criticadas pelo fundador de uma de suas maiores concorrentes, a Semic: "A Golden Cross foi, durante uns dois ou três anos, o principal cliente da Rede Globo. Eles chegaram a gastar em publicidade em torno de 20 milhões de dólares, tamanha era a movimentação de dinheiro. (...) está passando para o público em geral que o sistema é milhardário. E não é assim, nós sempre contamos dinheiro, no final do mês, todo mundo, a Semic também, sempre contou dinheiro. (...) Esse conceito ruim, que existe em relação aos planos de saúde, , sei que existe esse conceito ruim, de que nós todos somos uns picaretas, uns safados, que não pagamos imposto, deve-se a Golden Cross" Entrevista de Flavio Figueiredo, concedida ao LEPS em 17/ago/2004 (Bahia et al, 2005, p.97).

<sup>117</sup>Ao final de 1997, a Golden Cross tinha 2,5 milhões de clientes e um faturamento de R\$ 2 bi anuais, bem como 20 hospitais próprios. (Bahia et al, 2005, p.102).

<sup>118</sup>Para mais detalhes sobre a história da Golden Cross, ver artigo de William Martins, no livro do LEPS (Bahia et al, 2005) e também Andreazzi (2002).



**Tabela 3.15: Clientes de medicinas de grupo (filiadas a Abramge), segundo porte (1998).**

Porte	N. de empresas	%	N. de clientes (em milhares)	%
> 200 mil	7	2,3%	3.248	34,9%
100 mil a 200 mil	6	2,0%	921	9,9%
50 mil a 100 mil	17	5,6%	1.553	16,7%
10 mil a 50 mil	84	27,9%	2.756	29,6%
< 10 mil	188	62,3%	837	9,0%
Total	302	100,0%	9.315	100,0%

Fonte: Bahia (2001b, p.348), com base em dados de Abramge, Comissão Mista Especial Médica e Econômica (1998).

### **Cooperativas Médicas**

Em virtude da predominância das medicinas de grupo na Região Metropolitana de São Paulo, as Unimeds se desenvolveram, inicialmente, em cidades do interior de São Paulo, e, posteriormente, em municípios de outros estados. As Unimeds se expandiram aceleradamente no final dos anos 1980 e na década de 1990, passando de cerca de 3,4 milhões de clientes em 1987 para mais de 10,5 milhões de clientes em 1998. (Bahia, 2001b, p.349)

Nessa trajetória de expansão a partir do final dos 1980, foram destacados os seguintes fenômenos por Bahia (2001b, p.349,350):

- a) Aquisição pelas Unimeds de uma empresa de previdência privada, transformada em seguradora em 1989; simultaneamente, se constitui a Unimed Participações, pra atuar como holding de empresas como essa Seguradora Unimed, que possuía 3,6 milhões de segurados ao final dos anos 1990.
- b) Em 1994, foi fundada, no Rio Grande do Sul, a primeira Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Médicos (Unicred);
- c) Em 1999, as maiores Unimeds se localizavam em Campinas (SP), com 447 mil clientes (cerca da metade da população da cidade) e na cidade de São Paulo, com 403 mil usuários.
- d) Em algumas cidades os cooperados recusam o credenciamento por outras modalidades empresariais, impedindo na prática a entrada dos competidores.
- e) Investimentos realizados pelas Unimeds na aquisição de unidades hospitalares e construção de centros diagnósticos, que permite a racionalização do consumo os serviços de saúde.
- f) Iniciativa de constituição das Usimeds (cooperativas de usuários) para facilitar a aquisição de medicamentos para seus associados.

g) Existência de indicativos de que as Unimed's comercializam planos com preços menores do que as demais modalidades<sup>119</sup>, em função dos clientes das Unimed's utilizarem mais intensivamente os serviços públicos, em caráter complementar ao atendimento nos consultórios da Unimed.

### **Seguradoras**

Com a Constituição Federal de 1988, o seguro privado, assim como a capitalização e a previdência privada, adquiriu novo status, ultrapassando os limites estritos da seguridade e passando a integrar o Sistema Financeiro Nacional (CNSEG, 2013; Leopoldi, 1998)<sup>120</sup>.

Com a nova Constituição, uma relevante mudança para o mercado dos seguros foi a eliminação da Carta Patente, emitida pelo governo, que era um requisito que toda Seguradora deveria deter para o seu devido funcionamento<sup>121</sup>. Ocorre que o Governo não emitia novas cartas patentes e só se podia tornar segurador quem comprasse, junto com o controle acionário da Seguradora, a Carta Patente de uma companhia já existente, pela qual se pagava até US\$ 4 milhões (Leopoldi, 2013, p.7). Com a eliminação dessa barreira à entrada, houve o crescimento da quantidade de Seguradoras, que passaram do quantitativo de 98 em 1985 para 115 em 1990 (Alberti et al, 1997, p.28).

Nos anos 1990, conforme CNSEG(2013), duas importantes mudanças na história do marco regulatório dos seguros privados no Brasil ocorreram no ano de 1996:

<sup>119</sup>Inclusive menores do que as medicinas de grupo, a despeito dos dados da Tabela 3.4, que a autora aponta que foram possivelmente subestimados no caso das medicinas de grupo.

<sup>120</sup>Nas palavras de Leopoldi (1998, p.9): "A Constituição de 1988 retirou de vez o seguro do campo da seguridade colocando-o no campo financeiro e atribuindo-lhe o papel de um investidor institucional. O seguro deixou de ser visto, como nos anos 30 e 40, como uma atividade responsável pelo provimento de segurança para os bens e a vida dos cidadãos. Na verdade, desde que o seguro passara para o âmbito do Ministério da Fazenda, em 1979, ele já era encarado como uma atividade financeira, dado o volume de reservas com que o setor opera. Mas nenhum documento legal lhe atribuíra um papel concreto no sistema financeiro até então. A partir de 1988, os setores de seguros, previdência privada (aberta e fechada) e capitalização, antes segmentados entre dois ministérios, passaram a fazer parte do sistema financeiro nacional, ao lado das "instituições financeiras" (os vários tipos de bancos, corretoras mobiliárias e outras empresas do mercado financeiro)."

<sup>121</sup>Segundo Leopoldi (1998, p.9): "Na medida em que toda a regulamentação do sistema financeiro nacional ficou transferida para a lei complementar, não houve, além da manutenção do monopólio do resseguro pelo IRB, medidas de impacto para o setor segurador. O artigo 192 aboliu a concessão de carta patente, medida que a SUSEP tratou de regulamentar, como já vimos. A autorização para a formação de novas empresas de seguros, previdência privada e capitalização passou a depender agora da capacidade financeira e da idoneidade dos proponentes. Com isso novas empresas ingressaram no mercado, em especial nos ramos de seguro de pessoas (previdência privada e saúde)."

- i) a liberação da entrada das empresas estrangeiras no mercado<sup>122</sup>;
- ii) a quebra do monopólio do IRB no mercado de resseguros<sup>123</sup>.

Após a abertura à entrada das empresas estrangeiras no mercado de seguros, em junho de 1996, houve a entrada rapidamente de mais de 20 empresas estrangeiras no Brasil. Como consequência, a participação das empresas estrangeiras no total de prêmios arrecadados no Brasil, que em 1994 representava 4,2%, sobre para 6,3% em 1996 e 17,9% em 1997 (CNSEG, 2013).

A atuação das Seguradoras na saúde é impulsionada no final dos anos 1980. As Seguradoras são originalmente ofertantes de produtos de seguros de saúde caracterizados pela possibilidade de livre escolha e pagos por meio de reembolso individual de despesas ao segurado.

O grande marco de mudança da atuação das Seguradoras no ramo da saúde ocorreu foi no final dos anos 1980, quando a SUSEP instituiu o seguro grupal (plano empresa) e possibilitou a oferta referenciada (análoga a ao credenciamento de prestadores) e o pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde (em lugar do reembolso)<sup>124, 125</sup>. Além disso, após 1994, se tornou permitido, para as Seguradoras, a existência de contratos com coberturas reduzidas, desde que com conhecimento do contratante (Bahia, 1999).

Esse contexto resultou numa agressiva comercialização de produtos semelhantes aos planos de saúde pelas Seguradoras. Isso levou a uma expansão dos seguros de saúde, que se tornaram, em 1997, o segundo ramo mais representativo em termos de receitas para as Seguradoras. (Bahia, 2001b, p.350)

---

<sup>122</sup>Em função de um Parecer da Advocacia Geral da União (Parecer n. GQ-104), que decidiu pela inexistência de distinção entre Sociedades Seguradoras controladas por capital estrangeiro e por capital nacional, bem como concluiu pela inconstitucionalidade da Resolução CNSP n.14/86, que impedia que o capital estrangeiro participasse com mais de 50% do capital ou um terço das ações de seguradora brasileira.

<sup>123</sup>Em função da Emenda Constitucional n. 13 que alterou a redação do Art. 192, item II.

<sup>124</sup>A SUSEP instituiu o seguro grupal de assistência médico-hospitalar (Circular n.5 da SUSEP, de 1989), autorizando as seguradoras a estabelecerem acordos ou convênios com prestadores, o que na prática possibilitou, também às seguradoras, a comercialização de planos de saúde relacionados a uma oferta referenciada, com o pagamento diretamente aos prestadores. (Almeida, 1998; Bahia, 1999).

<sup>125</sup>Andreazzi (2002, p.133) menciona que em 1988 se consubstanciou a 3ª norma regulamentadora do seguro saúde, que teve sua 1ª norma regulamentadora em 1976, seguida poucos anos depois, na virada da década, pela configuração da sua 2ª norma.

No início dos anos 1990, as seguradoras já eram entrelaçadas aos bancos, e se amplia a participação do segmento financeiro na saúde<sup>126</sup>. A ampliação da quantidade de Seguradoras no ramo da saúde ocorre em especial no início dos anos 1990, alcançando em torno de 40 empresas na segunda metade da década (Andreazzi, 2002, p.189).

As Seguradoras pioneiras no ramo da saúde (Comind e Itaú), que iniciaram suas atividades no final dos anos 70, foram, nos anos 80 e 90, substituídas por outras empresas. Bahia (2001b, p.351) destaca que, ao final do século XX, duas grandes Seguradoras (Sul América e Bradesco Seguros) são responsáveis por mais de 60% do volume de prêmios do ramo saúde das Seguradoras, como mostrado na Tabela 3.16. Trata-se de concentração superior aquela observada nas medicinas de grupo e nas cooperativas médicas.

**Tabela 3.16. Maiores Seguradoras no ramo saúde (1998).**

Seguradora	Origem de capital (A)	Vínculo	Prêmios no ramo saúde (em milhões)	% dos prêmios totais do ramo saúde	% Acumulado
Sul América Aetna	PNE	Independente	1.299	33,4%	33,4%
Bradesco Seguros	PN	Banco	1.084	27,9%	61,3%
Golden Cross Seguradora	PN	Independente	389	10,0%	71,3%
Porto Seguro	PN	Independente	209	5,4%	76,7%
HSBC Bamerindus	PN	Banco	182	4,7%	81,3%
Marítima	PN	Independente	166	4,3%	85,6%

Fonte: Adaptado de Bahia (2001b, p.351,353), com dados de SUSEP (1998) e Balanço do Mercado Segurador (1996). Nota: (A) PNE: Privado Nacional e Estrangeiro, PN: Privado Nacional.

A mesma fonte (Bahia, 2001b, p.351-353) indica que 40 Seguradoras atuavam, em 1998, sendo 6 Seguradoras com presença de capital estrangeiro<sup>127</sup>, com destaque para a Sul América, que se associou a Aetna em 1997 (Andreazzi, 2002, p.178), bem como para a Generali do Brasil e a AGF.

<sup>126</sup> Como exposto: “a partir do início dos anos 90, sob a égide das transformações ocorridas no setor terciário, sobretudo no sistema financeiro, as companhias seguradoras, já entrelaçadas aos bancos (*bancassurance*), procuram ocupar o mercado segurador, também, ofertando o produto seguro saúde. A participação das empresas de seguros na oferta do produto seguro saúde altera a correlação de forças existentes no mercado da assistência médica, onde se identifica uma participação crescente do segmento financeiro” Sicsú (2002, p.15).

<sup>127</sup> As mesmas fontes indicam que, do total de 137 Seguradoras, 40 atuam no ramo saúde, sendo a maior parte (18) vinculadas a empresas independentes nacionais, algumas (9) ligadas a bancos nacionais e o restante a estabelecimentos independentes estrangeiros (3), independentes estrangeiros e nacionais (2) e banco estrangeiro (1).

### 3.6. Matrizes interpretativas e determinantes da trajetória

Como visto, há diferentes interpretações sobre os determinantes da formação e expansão do mercado de planos de saúde, se tratando de um debate complexo.

Para o escopo da presente análise, não é necessária uma hierarquização de fatores determinantes, sendo pertinente enquanto propósito a identificação de quais elementos foram relevantes para a trajetória desse mercado, no período que antecede a definição do marco regulatório específico do setor (Lei 9.656/1998), de forma a subsidiar a análise que será realizada no próximo capítulo sobre o período pós-1998.

Para tanto, serão apresentadas algumas matrizes interpretativas sobre os determinantes da expansão dos planos de saúde.

De início, cabe reconhecer que o desenvolvimento da saúde privada no Brasil está intrinsecamente ligado à opção política do governo autoritário após o Golpe Militar de 1964, em linha com o entendimento de Werneck Vianna (1995) e de Oliveira e Teixeira (1986), como resumido por Almeida (1998):

“É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Iniciam-se aí as modificações no mix público-privado no setor saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada. [Donnangelo (1975); Cordeiro (1984); Oliveira e Teixeira (1986); Luz (1991) e Vianna (1995)]” Almeida (1998, p.11).

Particularmente a segunda estratégia, de transferência da função provedora para a iniciativa privada, tem especial importância para a expansão dos planos de saúde, com destaque para os convênios-empresa, iniciativa originada em 1964 com a Volkswagen, passando a ser uma política regulamentada em 1966. Essa prática legitimou uma nova forma de relação público-privada e incentivou o empresariamento dos próprios médicos, que se criaram ou reestruturaram de forma mais sólida. Incluem-se aqui tanto as Medicinas de Grupo quanto as Cooperativas Médicas. (Almeida, 1998, p.11-12)

Ligia Bahia e Ana Luiza Viana (2002), no contexto do período de redemocratização, apontam que modelos de explicação simplificados, muitas vezes utilizados nos discursos e ações do mercado de planos de saúde, não são suficientes para a análise da complexidade desse mercado e da sua relação com a política de saúde no Brasil:

“Após as políticas de fortalecimento do modelo público, implantadas na década de 80, tanto o setor público quanto o privado expandiram-se consideravelmente; nos anos 90, (...) crescimento simultâneo desses dois modelos fomentou um falso paradoxo, baseado numa falsa dicotomia: por um lado, a expansão dos planos privados justificava-se pela insuficiência do modelo público, do SUS; por outro, o avanço das políticas de tendência neoliberal, seria a causa da substituição do sistema público pelo de mercado (...)

Esse fato, porém, põe em dúvida as proposições reformistas de cunho universal e as políticas de assistência seletiva. Pois o crescimento das alternativas particulares desafia, por um lado, a construção de um sistema de proteção social, universal e redistributivo, e, por outro, revela perspectivas para a regulação de um segmento já consolidado.

Para determinados autores, os esquemas de assistência privados, evidenciam os padrões híbridos das políticas sociais no Brasil e não expressam, apenas, meras relações de soma e subtração entre partes autônomas. Contribuições como a de Santos, - sobre a cidadania regulada -, a de Favaret- a respeito da universalização excludente - a de Werneck, - sobre uma americanização do sistema de proteção social brasileiro - e o conceito de cidadania invertida - formulado por Fleury-Teixeira- desautorizam o uso de modelos de explicação muito simplificados.

Contudo, hipóteses a verem no antagonismo entre o SUS e os planos privados de saúde o único determinante do mosaico político e institucional do sistema de saúde brasileiro, ainda orientam parte dos discursos e das ações destinadas a regular as relações entre as esferas pública e privada.” (Bahia e Viana, 2002, p.9)<sup>128</sup>.

Por sua vez, para Almeida (1998, p.10), a grande expansão desse mercado, sobretudo a partir do final da década de 1980, tem como principais hipóteses explicativas:

i) Uma das mais difundidas e consensuais é a queda na qualidade dos serviços públicos de saúde. Esse processo remontaria aos anos 60 e 70 e, com a unificação administrativa e a uniformização da assistência em torno à Previdência Social, teria sido reiterado com a concomitante universalização e agravado com a reforma sanitária da década de 80, que retira da demanda da esfera pública os

<sup>128</sup>As obras de referência a que se referem Bahia e Viana (2002, p.9) são respectivamente: a) Santos, WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Campus, 1987. b) Favaret, P. e Oliveira, P.J.A. Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. Dados v 33 (2): 257-283, 1990. c) Werneck, M. L. T. V. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Dissertação de Doutorado. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1998. d) Fleury-Teixeira, S. M. Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

extratos de médio e alto poder aquisitivo, que são absorvidos pelo setor privado, como aponta o conceito de universalização excludente de Paulo Faveret e Pedro Oliveira, e também André Médici;

ii) a consolidação do capital financeiro, no Brasil, na década de 60, que teria criado as bases estruturais para sua inserção no mercado de proteção social; a heterogeneidade estrutural própria dos modelos de reparação à saúde adotados para os trabalhadores desde os anos 30; e a emergência/expansão da classe média nos anos 70 que, ao perder poder aquisitivo na década seguinte, seria compelida a lançar mão de planos de saúde diante dos altos preços da assistência médica (Maria de Fátima Andreazzi).

iii) a privatização de algumas funções públicas, entre as quais a assistência médico-hospitalar, como resultado da confluência entre a interação de interesses de operários e patrões e a tradição histórica de compra dos serviços da previdência social (Madel Luz; Ligia Bahia).

A mesma autora (Almeida, 1998, p.11) argumenta que essas diferentes teses explicativas podem ser consideradas complementares, mas sua inter-relação precisa ser qualificada, reconhecendo que um conjunto de fatores de natureza diversa condicionou e exerceu influência significativa nessa expansão, variável em cada caso e modalidade de atenção suplementar.

Dentre essas modalidades, se destacam as particularidades das modalidades de operadoras de planos de saúde, como mostrado ao longo deste capítulo. Em síntese, como indica Werneck Vianna (1998, p.177), que apresenta definições para as modalidades no contexto do final dos anos 1980, essas categorias possuem estruturas de funcionamento diferenciadas umas das outras, atendem a clientela distintas e têm formas de financiamento diversas.

No final da década de 1990, as entidades empresariais formularam proposições de alteração nas bases de financiamento para a assistência a saúde, com destaque para as seguintes alternativas (Bahia, 2001b, p.357):

a) Vinculação do financiamento da saúde às empresas, de forma associada a incentivos fiscais, como já experimentada no Brasil durante o convênio

empresa com a Previdência Social, com base na redução da contribuição previdenciária e na alocação direta a empresas de assistência médica supletiva<sup>129</sup>.

b) fortalecimento do segmento de assistência médica supletiva por meio do estímulo a competição entre operadoras na disputa por clientes individuais subsidiados por recursos governamentais.

As duas propostas demandam a alocação de recursos públicos por meio de incentivos fiscais, bem como defendem a decisão privada do sistema de saúde, o que por si só é suficiente para argumentar que apontam na direção contrária da implementação do SUS, independentemente da discussão dos seus princípios.

Os gestores de empresas de planos de saúde divulgam a ideia de que a assistência médica suplementar, ao retirar uma parte da demanda dos serviços públicos, “economiza” recursos do SUS (Bahia, 2001b, p.357). Entretanto, para o adequado debate, é fundamental o desvendamento da base social de financiamento dos planos privados de saúde, afinal, o seu histórico no Brasil demonstra a importância dos incentivos governamentais para sua trajetória.

Além da importância dos incentivos governamentais, Almeida (1998) aponta outras especificidades que conferem para os seguros privados grupais ambiguidade ao seu caráter individual ou coletivo, resultando num quadro de aprofundamento das desigualdades, como exposto:

“tanto pelo fato de designar demandas potenciais que correspondem a necessidades de determinados segmentos sociais (como no caso dos planos de empresas), quanto pela inequívoca participação da sociedade na sustentação desses esquemas privados, seja por meio de deduções fiscais, repasse para o preço do produto ou redução do salário nominal dos empregados, pela conotação de salário indireto desse tipo de benefício. No caso brasileiro, os subsídios e incentivos presentes no sistema configuram traços extremamente perversos, que aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde” (Almeida, 1998, p.14).

Para o escopo do presente trabalho, uma das dimensões que interessa explorar, dentre as diversas perspectivas mencionadas anteriormente por Bahia e por Almeida, é a compreensão do papel das políticas públicas dentro do mosaico de fatores que influenciaram a expansão dos planos de saúde.

---

<sup>129</sup>Uma variação mais difundida desse modelo foi a proposta, em 1997, do Fórum Empresarial Gazeta Mercantil, de descentralização da saúde com base na criação de incentivos fiscais para a implantação de consórcios intermunicipais de saúde, nos quais o consumo de serviços de saúde seria segmentado por dois tipos de plano de saúde: a) para trabalhadores do mercado formal (contribuinte – empresa e empregado) e b) para trabalhadores informais e desempregados (financiado diretamente pelas empresas empregadoras).



Os diversos trabalhos citados até aqui, por si só, demonstram a importância da dinâmica das políticas governamentais para a trajetória dos planos de saúde.

Não obstante, cabe destacar aqui um trabalho que contribui para a sistematização e tipologia dos fenômenos que fizeram parte dessa dinâmica das políticas governamentais.

Ao analisar a conjuntura do início dos anos 1990, Ocké-Reis (2000: 142-143, apud Ocké-Reis et al, 2006, p.175,176<sup>130</sup>) aponta que, desde fins da década de 1960, os principais incentivos governamentais dirigidos aos planos de saúde foram:

*Diretos:*

(a) financiamento a juros negativos para a construção de instalações hospitalares e para a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiou sobretudo as empresas de medicina de grupo;

(b) alguns planos que desempenhavam atividades lucrativas foram considerados estabelecimentos filantrópicos, implicando uma série de privilégios no campo fiscal e previdenciário.

*Indiretos:*

(a) permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária, principalmente a partir dos convênios-empresa;

(b) estabelecimento de normas que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão.

Quanto ao segundo incentivo indireto, que trata das normas favoráveis à expansão do mercado, destacam-se algumas mudanças normativas que o próprio autor (Ocké-Reis et al, 2006, p.176) registra, que incluem a criação das possibilidades de dedução dos gastos de saúde do imposto de renda, bem como a cobrança de valor para complementação dos honorários e serviços de saúde (cobrança que passou a ser proibida a partir de 1991).

Aqui concluímos uma abrangente resenha da literatura. Então, nos perguntamos: é possível elaborar um mosaico dos possíveis fatores explicativos?

Essa questão é o mote da próxima seção.

---

<sup>130</sup>Ocké-Reis et al (2006) destacam uma instigante questão no título do artigo, qual seja, “mercado de planos de saúde: uma criação do Estado?”, e analisam a forma que o mercado de planos de saúde se expandiu no Brasil, a partir da década de 1960, contando com o apoio de um conjunto variado de incentivos governamentais.

### **3.7. Caracterização dos determinantes da trajetória**

Após análise da literatura, teórica e sobre o histórico do setor, optou-se por uma caracterização dos fatores capazes de influenciar a expansão do mercado de planos de saúde.

Foram reunidos, sob inspiração de um mosaico, os principais fatores identificados na revisão da literatura. Não se propõe enumerar todos os fatores, de forma completa, mas sim elaborar uma composição reunindo, de forma não exaustiva, os fatores mais pertinentes.

A caracterização desses fatores foi elaborada, considerando dimensões relevantes da perspectiva da teoria econômica. Para tanto, foi considerada a característica predominante do fator, não se tratando de negação de que o fator possa ter outros efeitos.

Em um primeiro nível, esses fatores são caracterizados como de ordem política ou socioeconômica.

Os fatores de ordem política se referem a fenômenos associados às políticas públicas ou à sua incompletude ou ausência.

Os fatores de ordem socioeconômica se referem, grosso modo, àqueles que não foram classificados como de ordem política. Referem-se a fenômenos associados ao contexto social, como o perfil demográfico e epidemiológico; e econômico, como é o caso do nível da renda ou do contexto de mercados relevantes para o segmento em tela (por exemplo o mercado de trabalho, mercado de capitais e o mercado de fornecedores).

Em um segundo nível, identificamos se o fator explicativo influencia, de forma predominante, a oferta e/ou a demanda do mercado de planos de saúde.

Considerando o exposto, elaboramos o mosaico apresentado no Quadro 3.12.

### Quadro 3.12: Condicionantes relevantes do mercado de planos de saúde no Brasil

Dimensão	Oferta	Demanda
Políticas Públicas	Serviços públicos de saúde	
	Regulamentação da ordem econômica	
	Regulamentação setorial	
	Benefícios tributários	
	Benefícios aos funcionários públicos	
	Política de financiamento às OPS	-
Fatores socioeconômicos	Mercado de prestadores de serviços de saúde	
	Perfil demográfico e epidemiológico	
	Mercado de capitais	Renda
	Grau de urbanização	Mercado de trabalho

Fonte: Elaboração própria. Nota: OPS - Operadoras de Planos de Saúde

Sobre as políticas públicas, destacamos:

a) Serviços públicos de saúde.

As dificuldades de abrangência e qualidade dos serviços públicos de saúde são fatores importantes para a trajetória dos planos de saúde, nesse sentido, o mercado tende a crescer quanto maior o grau de ausência ou incompletude da assistência à saúde governamental. A flutuação no volume de recursos destinados à saúde pública é marcante na história brasileira, com o agravamento do subfinanciamento do setor público e a conseqüente perda de qualidade dos serviços. (Almeida, 1998, p.11).

Nos anos 1950, a ausência de cobertura da Previdência Social é apontada como um dos fios condutores da emergência dos planos de saúde (Bahia, 2005, p.19). No início do governo militar, houve a ampliação da cobertura populacional da assistência à saúde da Previdência Social, mas veio acompanhada de uma queda na qualidade do atendimento (Salm, 2005, p.15), acarretando a denominada universalização excludente, que se refere ao estrangulamento da oferta dos serviços públicos que gera, de certa forma, a expulsão daqueles com maior renda, na direção dos planos de saúde (Werneck Vianna, 1998, p.169). No final dos anos 1980, a despeito da criação do sistema público (SUS) de acesso universal e igualitário, sua implantação enfrentou grandes dificuldades e subfinanciamento, levando à precarização do atendimento público (Almeida, 1998, p.14).

b) Regulamentação da ordem econômica.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu, em seu art. 170, como princípios da ordem econômica, entre outros, a livre concorrência e a proteção ao consumidor. Esses dois princípios compartilham o propósito de facilitar o exercício da efetiva escolha do consumidor<sup>131</sup>. Nesse contexto, surgem políticas de regulamentação multissetoriais, que afetam também o mercado de planos de saúde.

A defesa do consumidor, definida no Art. 5º da Constituição de 1988 como direito fundamental do cidadão, a ser promovido pelo Estado, se configurou em 1990, com a aprovação do Código de Defesa do Consumidor<sup>132</sup>, que assegura o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor e estabelece como princípio para a relação de consumo a boa-fé e o equilíbrio entre consumidores e fornecedores. A política de defesa do consumidor visa proporcionar uma escolha mais esclarecida para os consumidores, por meio da configuração de regras, como as que tratam de publicidade (enganosa ou abusiva), de obrigação de informação e de nulidade de cláusulas contratuais não cognoscíveis ou desproporcionais (Ragazzo, 2013).

Antes da Lei 9.656/1998, os planos de saúde tinham coberturas contratadas bastante diferenciadas. A exclusão de determinadas patologias ou os limites de tratamentos eram comprometedores da qualidade da atenção médica e geravam insatisfações e também processos frequentes na Justiça, principalmente nos anos 90, após a Lei de Defesa do Consumidor (Andreazzi, 2002, p.209). Além disso, os órgãos de defesa do consumidor foram muito atuantes nos debates para a formulação do marco regulatório da saúde suplementar.

---

<sup>131</sup>Robert Lande (1996) define esse objetivo em comum, entre defesa da concorrência e defesa do consumidor, como soberania do consumidor, compreendida como o estado no qual os consumidores podem livremente tomar suas decisões, baseados em seus interesses individuais, e no qual os mercados responderão ao efeito coletivo dessas decisões (Oliveira, 2001, p.32)

<sup>132</sup>Lei n. 8.078/1990, que também criou o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), integrado pelos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como pelas entidades privadas de defesa do consumidor. Oliveira (2001, p.32) registra que as políticas e instituições voltadas a proteção do consumidor apareceram ao longo dos anos 1960 e 1970, nos países desenvolvidos, como foi o caso do “*consumerism*” nos EUA. Essa agenda surge mais tardiamente nos países latino-americanos.

Por sua vez, a defesa da concorrência, segundo Mello (2002, p.485), tem por finalidade garantir a competição com vistas a induzir, se possível, maior eficiência econômica como resultado do funcionamento dos mercados<sup>133</sup>.

O governo brasileiro já contava desde 1962 com uma legislação de defesa da concorrência e com um tribunal administrativo, o CADE<sup>134</sup>. Entretanto, a política de defesa da concorrência no Brasil somente ganhou eficácia com a criação de novo ambiente institucional após a Constituição de 1988, que determinou, em seu art.143, que: “a lei reprimirá o abuso do poder econômico que objetive o domínio dos mercados, a eliminação da concorrência e o aumento arbitrário de lucros”.

A política de defesa da concorrência tem início, de fato, no Brasil, a partir de 1994, quando foi promulgada a Lei n. 8.884, que transformou o CADE em autarquia e instituiu sua procuradoria, além de instrumentos para o exercício efetivo da política, como o estabelecimento de punições em caso de descumprimento da lei, o instituto da medida preventiva e do compromisso de cessação da prática e a previsão de notificação de operações de concentração econômica sujeitas à aprovação do CADE.

Dada a inauguração tardia da política de defesa da concorrência no Brasil, não é de se surpreender que seja raramente citada no histórico da saúde suplementar antes da Lei 9.656/1998, sendo um dos seus traços identificados por meio da intensificação do questionamento do uso de tabelas de preços pelos

---

<sup>133</sup>Essa política se configura para reprimir o exercício abusivo do poder de mercado, frise-se que se refere ao exercício abusivo, que é mais do que a existência do poder de mercado em si; e assume duas formas (Mello, 2002, p.488): i) repressiva, relativa as condutas das empresas, por meio de punições às praticas anticompetitivas; e ii) preventiva, relativa a estrutura do mercado, por meio do controle dos atos de concentração (fusões, aquisições, joint-ventures, etc.).

<sup>134</sup> Conforme Salgado (2009, p.8), a Constituição Federal de 1946 já previa a repressão ao abuso do poder econômico, em termos que replicavam a legislação antitruste norte-americana, mas somente foi regulamentada 16 anos depois, pela primeira lei de defesa da concorrência no Brasil (Lei n. 4.137/1962), que criou o Conselho Administrativo da Defesa Econômica (CADE) como um tribunal administrativo inspirado no desenho norte-americano de agências. A eficácia desses instrumentos foi rigorosamente nula, uma vez que o CADE julgou 117 processos com condenação, entretanto, foram todas derrubadas por decisões judiciais.

provedores de serviços nas negociações com os planos de saúde, que por outro lado, foi uma prática defendida juridicamente pelos prestadores de serviços<sup>135</sup>.

c) Regulamentação setorial

Somente a partir da Lei 9656/98, que passa a existir uma regulação integral do mercado de planos de saúde, como explicado por Andreazzi (2002, p.167), que registra como antecedentes medidas regulatórias específicas para algumas das modalidades do mercado:

i) As Seguradoras têm como marco o Decreto Lei 73/1966, que cria a SUSEP, que controla as regras financeiras (capital mínimo, reservas técnicas) necessárias ao funcionamento desse tipo de empresa.

ii) As Cooperativas Médicas e as Medicinas de Grupo possuíam regulamentação específica enquanto serviço de saúde, por meio do registro obrigatório e fiscalização nos Conselhos de Medicina.

iii) Os planos de autogestão, do ponto de vista econômico-financeiro, foram regulados, a partir de 1977, por meio da Lei que criou a Previdência Privada Complementar. No final do século XX, era regulada a entrada e saída de autogestões, controladas pela Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência.

d) Benefícios tributários

---

<sup>135</sup> Conforme Bahia (1999, p.177), que também registra que: “As tabelas de procedimentos e preços da Associação Médica Brasileira (AMB) e de sindicatos e associações de hospitais/clínicas e laboratórios são um parâmetro praticamente universal para contratos de prestação de serviços entre os provedores de serviços e operadoras de planos e seguros saúde. Os planos básicos pagam os preços constantes na tabela e os especiais e executivos múltiplos destes valores.” ... “A Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), que considera “falaciosas” as ações governamentais, voltadas a impedir que os provedores de serviços estipulem preços coletivamente, e a adoção de instrumento jurídico extraído do próprio Código de Defesa do Consumidor: a convenção coletiva de consumo, facultando aos estabelecimentos um contrato coletivo com os terceiro pagadores, é uma das expressões dos conflitos que emergem entre as mudanças estruturais nas relações de compra de serviços por organizações governamentais e operadoras de planos e seguros saúde.”

O Sistema Tributário Brasileiro <sup>136</sup> historicamente foi permeado por desonerações tributárias com o objetivo de atender os mais diversos propósitos, dentre os quais se destacam o incentivo ao desenvolvimento de setores da economia e a promoção da convergência das rendas entre as regiões geográficas do país visando diminuir sua desigualdade (Receita Federal, 2008, p.3). Os Benefícios Tributários, também denominados renúncia fiscal, se referem à redução ou eliminação de obrigações tributárias<sup>137</sup>.

O mercado de planos de saúde foi objeto de instrumentos de benefícios tributários, em especial a partir da década de 1960, com o início do governo militar. Pelo lado da demanda, destacam-se:

i) A permissão de desconto parcial na contribuição previdenciária, para as firmas assinantes de convênios-empresa junto à Previdência, assumindo a responsabilidade de atenção médica de seus empregados. Os convênios-empresa tiveram início em 1964, se expandiram na década de 1970 e foram totalmente extintos na década de 1980.

ii) As possibilidades de dedução dos gastos com saúde do imposto de renda, que resultaram em renúncia fiscal de cerca de R\$ 1,3 bi em 1997. Para as pessoas físicas, teve origem em sucessivas reformas fiscais após a Constituição de 1967, e se consolidou a partir de 1991, com a permissão de abatimento integral no cálculo do imposto de renda. Para as pessoas jurídicas, em meados dos anos 1970 foi permitida a dedução no imposto de renda de todos os gastos com convênios-empresa, e, a partir do início dos anos 1980, com o desuso dos convênios-empresa, foi permitido às empresas computarem as despesas com planos de saúde como gastos operacionais e abater integralmente o valor no cálculo do imposto de renda.

---

<sup>136</sup> Segundo o Código Tributário Nacional (Lei n. 5.172/1966), art. 3º, tributo é: “toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada”. Os tributos incluem os impostos, taxas e contribuições de melhoria, e também, a partir da Constituição de 1988, os empréstimos compulsórios e as contribuições sociais. As contribuições sociais se dividem em duas espécies: i) Contribuições de Intervenção no Domínio Econômico e de interesse das categorias profissionais; e ii) contribuições de seguridade social (saúde, assistência social e previdência) (Abrantes; Ferreira, 2010, p. 61).

<sup>137</sup> Conforme as formas enunciadas na Constituição Federal de 1988, art. 165, § 6º, qual seja: “O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia”. Atendendo à exigência constitucional mencionada, a partir de 1989 se incorporou ao Orçamento Geral da União (OGU) o Demonstrativo de Benefícios Tributários (DBT), ainda que reconhecida a precariedade das fontes de informações e estatísticas (Receita Fazenda, 2008, p.3).

Pelo lado da oferta, algumas operadoras, reconhecidas como entidades filantrópicas<sup>138</sup>, usufruíram de isenção no pagamento de contribuições sociais, como a previdenciária. Um caso emblemático foi a Golden Cross, medicina de grupo, que desde sua fundação em 1971 era registrada como filantrópica e foi reconhecida por Decreto Presidencial<sup>139</sup> de 1982 como empresa de utilidade pública, assumindo, entre outras, as obrigações de não remuneração dos diretores e de não distribuição de vantagem aos dirigentes ou associados; e findou por perder esse título em fevereiro de 1988 (Bahia et al, 2005, p. 94-97).

Ao final dos anos 1980, o setor de saúde continuou contemplado, agora nos termos da Constituição de 1988, que estabeleceu imunidade, para o pagamento das contribuições para a seguridade social<sup>140</sup>, às entidades beneficentes de assistência social que atendam requisitos legais, como o reconhecimento de utilidade pública pelo poder público e o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos. (Abrantes e Ferreira, 2010, p.61).

#### e) Benefícios dos funcionários públicos

Os benefícios para os funcionários públicos, no período em tela, se confundem em grande medida com os planos próprios das instituições públicas, com destaque para as três maiores autogestões do final do século XX, criadas nas décadas de 1940 e 1950: i) a assistência patronal dos funcionários do IAPI em 1945, que mais tarde veio a se tornar a GEAP e oferecer saúde suplementar para

---

<sup>138</sup> A Lei n.91/1935 trata de sociedades de utilidade pública, entretanto, o assunto somente foi regulamentado com o Decreto n. 50.517, em 1961.

<sup>139</sup> Decreto n. 87.122, de 26 de abril de 1982, que reconhecia como de utilidade pública um total de 46 instituições, de diversos setores como prestadores de serviços de saúde, assistência social e educação.

<sup>140</sup> Conforme Lei n. 8.212/1991, o direito à isenção abrange as seguintes contribuições: I – 20% (vinte por cento), destinadas à Previdência Social, incidentes sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados, trabalhadores avulsos e contribuintes individuais (autônomos) que prestem serviços à entidade; II – 1%, 2% ou 3% destinadas ao financiamento de aposentadorias especiais e de benefícios decorrentes dos riscos ambientais do trabalho, incidentes sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos que prestem serviços à entidade; III – 15% (quinze por cento), destinadas à Previdência Social, incidentes sobre o valor bruto da nota fiscal ou fatura de serviços prestados por cooperados por intermédio de cooperativas de trabalho; IV – contribuição incidente sobre o lucro líquido (CSLL), destinada à seguridade social; V – COFINS incidente sobre o faturamento, destinada à seguridade social; VI – PIS/Pasep incidente sobre a receita bruta, destinada à seguridade social. Segundo a página eletrônica da Receita Federal (consulta em 27/jan/2014), as entidades beneficentes de assistência social certificadas na forma da Lei nº 12.101/2009 continuam obrigadas ao pagamento da contribuição social do PIS/Pasep incidente sobre a folha de salários, conforme art. 13 da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001.



servidores de diversos órgãos públicos patrocinadores; ii) a Cassi em 1944, para os funcionários do Banco do Brasil; e iii) o plano de saúde da Petrobrás, nascido juntamente com a criação da própria empresa em 1953, por meio do reembolso de despesas e do credenciamento dos melhores serviços. (Bahia, 1999, p.55,166)

f) Política de financiamento às Operadoras

No que se refere à política pública de financiamento aos empresários no setor da saúde, o marco inicial foi em 1974 a criação, pelo governo, do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), com linhas de crédito subsidiadas operadas pela CEF, que foram responsáveis por boa parte da expansão da rede privada no Brasil (Marques, 1999, p.14), incluindo as medicinas de grupo, como foi o caso da Amil, que teve uma acelerada expansão da capacidade instalada (Bahia, 1991, p.70). Após a Constituição de 1988, os recursos do FAS são destinados para a Seguridade Social, e, com isso, as operações do FAS foram suspensas em 1991.

No final da década de 1980, se estrutura a possibilidade do financiamento de longo prazo para os hospitais privados, por meio do BNDES, entretanto, essas linhas de crédito haviam sido pouco utilizadas até o final do século XX (Salm, 2005, p.14)

Sobre os fatores de ordem socioeconômica, destacamos:

a) O mercado de prestadores de serviços de saúde

Trata-se de um fator indissociável e fundamental do mercado de planos de saúde. Pelo lado da oferta, não somente pelo fato de ser o fornecedor mais relevante dos planos de saúde, mas também pela importância da integração vertical ou verticalização, ou seja, casos de uma mesma empresa ou dos mesmos proprietários atuando simultaneamente no mercado de planos de saúde e também na rede de prestadores de serviços de saúde. Para a expansão do mercado, a partir da década de 1960, foi relevante a atuação de prestadores de serviços médicos que ampliaram seu escopo de atuação por meio da oferta de planos de saúde, como no caso das cooperativas médicas e de algumas medicinas de grupo, ainda que com a necessidade de credenciamento de prestadores de serviços. No final da década de 1990, alguns segmentos de operadoras passaram a investir mais em serviços próprios, o que pode indicar, segundo Bahia (2001b, p.330), uma mudança na

relação entre as operadoras e os prestadores de serviços ou então a possibilidade do desenvolvimento de compromissos assistenciais diferenciados para as operadoras associadas a prestação direta de serviços.

Pelo lado da demanda, também há influência relevante da trajetória do mercado de prestadores, uma vez que a alta dos custos desse mercado consiste num fator de pressão para que os consumidores procurem evitar a necessidade de realização de despesas médicas com desembolso direto do bolso (*out of pocket*), sendo um direcionador da demanda para o mercado de planos de saúde. Tal fenômeno ocorreu na década de 1980 no Brasil, sendo um dos fatores que influenciou a continuidade do crescimento dos planos de saúde.

#### b) Perfil demográfico e epidemiológico

O perfil etário da população e seu padrão de morbidade e de mortalidade refletem as condições de saúde dos extratos populacionais, e, dessa forma, são, naturalmente, ligados ao mercado de planos de saúde. Pelo lado da demanda, influenciam o tipo de demanda por plano de saúde (ex.: opção de inclusão de cobertura obstétrica no caso das mulheres em idade fértil) e da própria utilização da cobertura prevista. Pelo lado da oferta, pelos mesmos motivos expostos, são importantes para as estimativas das operadoras em relação à utilização da cobertura e para o cálculo atuarial dos recursos necessários para garantir as apólices contratadas.

#### c) Mercado de capitais

Para tratar a dimensão do mercado de capitais é pertinente adotar uma definição abrangente, considerando as diversas formas de propriedade das pessoas jurídicas de direito privado atuantes nesse mercado, sejam associações, cooperativas ou sociedades empresariais<sup>141</sup>. Essas formas de propriedade podem se originar de recursos oriundos de quotas de sócios ou da venda de ações em

---

<sup>141</sup> Além de outras categorias previstas no novo Código Civil brasileiro (Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002), que altera a nomenclatura das pessoas jurídicas de direito privado, empresariais ou não empresariais. Frise-se que o novo Código Civil brasileiro é mais recente que a definição de operadora prevista no marco regulatório do setor, na Lei 9.656/1998: “Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”.

bolsas de valores; de pessoas físicas ou jurídicas; de capital de origem nacional ou estrangeira.

No Brasil, as operadoras têm origem predominantemente, por um lado, no autofinanciamento de empresas por meio da autogestão dos benefícios de saúde aos seus empregados, com início em meados dos anos 1940, e, por outro lado, em especial a partir dos anos 1960, nos recursos de investidores pessoas físicas, principalmente os médicos, no caso da formação das Medicinas de Grupo e das Cooperativas.

Ao longo da segunda metade do século XX, esse mercado passa por transformações relevantes envolvendo mudanças patrimoniais, em função de quebras de operadoras, fusões e aquisições. Essas transformações envolveram também a diversificação da origem de capital, passando a envolver o interesse do grande capital financeiro, de origem nacional ou estrangeira. A partir do final da década de 1970 ocorre a expansão das Seguradoras (algumas delas vinculadas a bancos nacionais como Itaú e Bradesco) e também a entrada do capital estrangeiro (Hospital Corporation América compra Amico em 1979). Esses dois fenômenos têm continuidade nos anos 90, com destaque para a entrada do capital estrangeiro, principalmente por meio de fusões com grandes nacionais (Sul América / Aetna, Bradesco / Allianz e Golden Cross/ Cigna), mas também por meio de aquisição (compra da Amico pela Cigna).

#### d) Grau de urbanização

O processo de urbanização associado ao desenvolvimento industrial do Brasil, a partir da década de 1950, é citado por alguns autores (Salm, 2005; Cechin, 2008) como importante para a configuração do mercado de planos de saúde. O grau de urbanização foi relevante para a configuração de uma oferta de serviços de saúde privados, concentrada em alguns centros urbanos, cujos maiores exemplos se situam no Estado de São Paulo. Ao final do séc. XX, de forma geral, nas grandes metrópoles há a convivência de todas as modalidades empresariais de planos de saúde, enquanto nas cidades menores há o predomínio das Unimed (Bahia, 2001b, p.332).

#### e) Renda

Considerando-se a tendência esperada da maior parte dos produtos<sup>142</sup>, seria esperada uma associação positiva entre renda e demanda de planos de saúde, ou seja, que sua demanda seja ampliada com o crescimento da renda, e que o contrário ocorra em períodos de recessão. De fato, o período de emergência dos planos de saúde, e, portanto, do crescimento da sua demanda, coincide com altas taxas de crescimento econômico, e, por conseguinte, da renda interna bruta. Contudo, contrariamente ao esperado, a recessão econômica iniciada na década de 1980 não foi suficiente para impedir que o setor continuasse a crescer. Ao analisar a distribuição de beneficiários de planos de saúde com dados de 1996/1997, Bahia (2001b, p.337) indica associação do grau de cobertura de planos de saúde com a renda familiar, mas também com influência das variações regionais.

A demanda de planos de saúde possui algumas particularidades, em que se destacam a predominância da contratação por parte das empresas empregadoras e o fato de que, em geral, é um produto substituto, e, portanto, em alguma medida concorrente, da contratação direta de serviços de saúde. No caso dos seguros individuais, é esperada uma importante associação da demanda com a renda (Andreazzi; Kornis, 2003, p.167).

#### f) Mercado de trabalho

O nível de emprego é um dos possíveis fatores explicativos da demanda de planos de saúde. Além do fato do emprego ser uma fonte de renda, em certa medida, estável, para o planejamento da contratação de um seguro privado, o fato mais destacado é que os planos de saúde, na sua maior parte, são oferecidos como um benefício pelas empresas aos seus empregados, e, desse modo, a demanda dos planos coletivos possui associação esperada com os níveis de emprego formal.

Uma particularidade da demanda que foi identificada se refere ao tipo de emprego, uma vez que a cobertura da saúde previdenciária era, pelo menos até a década de 1960, voltada aos trabalhadores urbanos formais e, além disso, variável conforme a categoria profissional. Nesse contexto que emerge a demanda de planos privados de saúde, com destaque, a partir da década de 1950, para as empresas

---

<sup>142</sup>Conforme a Teoria Microeconômica ensina, os bens normais são aqueles em que sua demanda aumenta quando aumenta a renda do consumidor. Exceção a esse comportamento são os bens inferiores, em que sua demanda diminui quando há um aumento da renda, como é o caso, por exemplo, da carne de terceira qualidade.

multinacionais instaladas em São Paulo. Outra particularidade do tipo de emprego é que os planos de saúde coletivos estariam associados de forma mais significativa às empresas médias e grandes<sup>143</sup>.

Outro fator explicativo é o fenômeno das demandas sociais dos trabalhadores e de seus sindicatos, como apontam alguns autores que consideram as negociações coletivas nos anos 1980 como determinantes da expansão dos planos, entretanto, a mobilização dos trabalhadores não converge de forma exclusiva para o fortalecimento dos planos, haja vista a resistência dos trabalhadores a um maior controle por parte das empresas, bem como as evidências de alguns sindicatos com posicionamento contrário aos planos de saúde, denunciando, nos anos 70, a falta de isenção na prática médica, a subordinação ao empregador, a recusa para tratamentos de longa duração e problemas na qualidade assistencial (Andrade e Dias Filho, 2009, p.161,166).

---

<sup>143</sup>Conforme Claudio da Rocha Miranda (consultor de planos de saúde) em 1997: "... se existe uma redução no número de trabalhadores das grandes e médias empresas, o setor decresce. A indústria que era a grande contratante de empresas de planos de saúde esta diminuindo. É comum que uma indústria com 5.000 trabalhadores antigamente, agora tenha 2.000. Há uma mudança no perfil de empregos em direção a prestação de serviços que não é contratante de planos de saúde. Essa mudança pode não impactar a proporção empregados/desempregados, mas impacta a quantidade de contratantes das operadoras de planos." (Bahia, 2001b, p.334).

#### **4. A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE APÓS 1998**

O presente capítulo objetiva apresentar a caracterização da regulação do setor após definição do seu marco regulatório específico, estabelecido por meio da Lei 9.656/1998, seguida, pouco mais de um ano depois, pela criação da ANS. Para tanto, será realizado o levantamento e a análise da legislação e das normas da ANS que constituem o marco regulatório do setor. O período analisado será correspondente ao escopo da presente tese, ou seja, até 2012.

Inicialmente, será apresentado o contexto do debate e construção do marco regulatório da saúde suplementar. O marco regulatório implementado será apresentado separadamente entre o marco legal e o marco infralegal. O marco legal é aquele estabelecido na forma da legislação, sendo tipicamente conhecido como um ato de Estado. O marco infralegal trata das normas em posição inferior à legislação, que são estabelecidas pelo poder executivo nas formas estabelecidas em lei. Essa distinção é relevante para a adequada compreensão do histórico da regulação e também da abrangência e dos limites da atuação de cada um dos três poderes do Estado: o Legislativo, que por definição estabelece os principais regramentos, o Judiciário, que tem protagonizado importantes decisões no campo da saúde suplementar, e o Executivo, responsável pelo marco infralegal.

Finalmente, será realizada a análise dos aspectos da regulação mais pertinentes em termos de possíveis implicações nos resultados econômicos do mercado de planos de saúde.

O conteúdo será apresentado por meio das seguintes seções:

- i) Contexto da regulação
- ii) O marco regulatório legal
- iii) O marco regulatório infralegal
- iv) Regulação e resultados econômicos

#### 4.1. O contexto da regulação

O marco principal da regulação do setor de saúde suplementar se situa no final do século XX, por meio da aprovação da Lei 9.656/1998, em um contexto de grandes mudanças no cenário mundial e nacional. Esse contexto de mudanças foi importante para a definição das políticas públicas e para as estratégias das instituições privadas, empresariais ou não, sendo relevante para o mercado de seguros e de planos de saúde.

No mundo, o último quartil do século XX foi marcado por um processo de globalização mundial, com tendência à internacionalização comercial, financeira e da produção<sup>144</sup>. A vertente de financeirização global se caracterizou pela significativa expansão dos mercados financeiros globais<sup>145</sup>, marcada por tendências tais como: i) ganhos financeiros predominantes sobre os de atividades produtivas<sup>146</sup>; ii) aumento dos investimentos estrangeiros nas fronteiras nacionais<sup>147</sup>; e iii) ampliação, no capital financeiro, da importância das organizações financeiras não bancárias, como fundos de pensão e também de seguros<sup>148</sup>. Assim, o mercado segurador, caracterizado por elevados volumes de provisões financeiras, desenvolveu elos por meio de conglomerados com bancos e indústrias<sup>149</sup>.

Nesse cenário, o setor de seguros de saúde se integra cada vez mais aos outros setores da cadeia produtiva da saúde. Essa integração, segundo Andreazzi e Kornis (2008, p.1417), constituiu o denominado complexo médico-industrial-financeiro, caracterizado por um processo de concentração que permeia todo o setor de saúde, ainda que convivendo com a descentralização de partes do processo de

---

<sup>144</sup>Mais detalhes em Tavares e Fiori (1998) e Andreazzi e Kornis (2003, p.159).

<sup>145</sup>São resultados marcantes da financeirização global, entre outros: i) “A financeirização tem conferido um dinamismo mínimo à renda nacional e à acumulação de capital produtivo” (Andreazzi e Kornis, 2003, p.160); ii) gerou aumento dos ativos financeiros nos mercados de capitais no mundo, “de cerca de US\$ 5 trilhões no início dos anos 80 para US\$ 35 trilhões em 1995, segundo as estimativas do BIS.” (Coutinho e Belluzo, 1998, p.137)

<sup>146</sup>(Andreazzi e Kornis, 2003).

<sup>147</sup>“Muito embora a maior parcela dos ativos financeiros, em cada país, seja de propriedade dos seus residentes, cresceu bastante a participação cruzada de investidores estrangeiros, com a liberalização dos mercados de câmbio e desregulamentação dos controles sobre os fluxos de capitais” (Coutinho e Belluzo, 1998, p.137)

<sup>148</sup>Andreazzi e Kornis (2003, p.160) pontuam o protagonismo das organizações financeiras não-bancárias, mencionando também a financeirização dos grupos industriais.

<sup>149</sup>(Leopoldi, 1998).

produção. Nesse contexto, a regulação do setor saúde se torna mais complexa, por envolver agentes plurais e o fortalecimento dos grupos financeiros<sup>150</sup>.

Essa complexidade se acentua no cenário que se forma de restrições à autonomia dos Estados nacionais em questões financeiras, monetárias e fiscais, representando, conforme Andreazzi e Kornis (2003), a redução de disponibilidade de recursos orçamentários, com repercussões negativas para os serviços públicos.

Toda essa conjuntura internacional foi relevante para Brasil. No país, o debate sobre a regulação da saúde suplementar, em meados da década de 1990, se deu em um contexto marcado pelo processo mundial de globalização e também por:

- i) limitações de recursos orçamentários para a saúde pública (Andreazzi e Kornis, 2003, p.160-162),
- ii) criação de agências reguladoras a partir de 1996, no caso de setores marcados por privatizações como de energia, telecomunicações e petróleo<sup>151</sup>; e também, por outro lado, para o controle de mercados tradicionais, como foi o caso da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em 1999.
- iii) estabilização da inflação após 1994, com a redução da importância das receitas financeiras para as empresas, bem como informalidade crescente no mercado de trabalho e, particularmente para os planos de saúde, o arrefecimento da expansão do número de beneficiários. (Cechin e Badia, 2008, p.2).

Esse debate sobre a regulação da saúde suplementar foi caracterizado também por uma variedade de demandas concretas dos diversos atores (Bahia, 1999, p.19-20), tais como:

- i) os consumidores, que vinham acionando as entidades de defesa do consumidor, o poder judiciário e os meios de comunicação, em função da insatisfação com o aumento de preços e com as restrições de cobertura dos planos de saúde;
- ii) o próprio governo, tendo como objetivo a reformulação do setor de seguros, com rebatimento na agenda de regulamentação dos planos e seguros privados de saúde,

---

<sup>150</sup> Andreazzi e Kornis (2008, p.1418) apresentam evidências desse processo, incluindo: “A capacidade de regulação pública, portanto, torna-se mais reduzida com a formação dos grupos financeiros. Sucessivas estratégias de transformação dos modelos de prestação do cuidado a partir o questionamento das necessidades de consumo criadas pela indústria são contrabalançadas pela sua capacidade de cooptação dos prestadores de serviços de saúde, inclusive através da subsunção das evidências médicas aos interesses das grandes empresas”.

<sup>151</sup> Como a Aneel (Agência Nacional de Energia Elétrica) em 1996, a Anatel (Agência Nacional de Telecomunicações) em 1997 e a ANP (Agência nacional de Petróleo, Gás Natural e Bicomustíveis) em 1997.



iii) propostas de mobilização do segmento privado para ocupar os espaços deixados pela retração das atividades estatais<sup>152</sup>; bem como de regras para a formatação interna do segmento de planos de saúde.

Dentro do setor de planos de saúde, haviam distintos posicionamentos dos atores relevantes para a oferta desse mercado (Cechin, 2008, p.115):

- i) as seguradoras tinham interesse na regulação do mercado e, em específico, defenderam que todo o setor fosse regulado pelo CNSP e pelo Ministério da Fazenda;
- ii) as Cooperativas, por meio do Sistema Unimed, se colocaram contra a regulamentação do setor, alegando que não eram empresas típicas; mas participaram do processo por meio da apresentação de um projeto de lei sugerindo a criação de agência reguladora federal;
- iii) As autogestões requisitavam tratamento diferenciado, por não venderem seus produtos no mercado, sendo contrárias à regulamentação e manifestando preocupação com o aumento dos custos em virtude da adoção de garantias financeiras obrigatórias;
- iv) A Abramge, representando as medicinas de grupo, defendeu uma regulamentação igual para todas as modalidades.

Como reflexo das diversas demandas por regulação, de 1991 a 1997 foram apresentados, pelos parlamentares do Congresso Nacional, vinte projetos relacionados à regulamentação dos planos e seguros de saúde (Cechin, 2008, p.110). Além disso, houve iniciativas legislativas em alguns Estados<sup>153</sup>.

---

<sup>152</sup>Um exemplo foi uma publicação do Banco Mundial (*"The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s"*), em 1995, com a recomendação de que o governo brasileiro assumisse seu papel regulatório, por meio de incentivos, para promover um ambiente competitivo entre as empresas de planos de saúde e dessas com as opções financiadas com recursos públicos, visando favorecer o aumento da eficiência. Essa proposta tinha como premissas um contexto de esquema híbrido público-privado firmemente estabelecido e as expectativas dos consumidores por serviços privados e pela possibilidade de escolha entre provedores. (Bahia, 1999, p.19)

<sup>153</sup>Em 1997, dois Estados estabeleceram regulamentação para o setor (Lei 9.495 do Estado de São Paulo e Lei 11.446 do Estado de Pernambuco), ambos tornavam obrigatório o atendimento de todas as enfermidades relacionadas no CID. Na prática, essas legislações tomavam como base resoluções do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina e, assim como elas, foram contestadas judicialmente e obtiveram liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), alegando inconstitucionalidade formal, pois os governos estaduais não possuem competência para regular matéria de contratos privados.

A complexidade desse debate se acentuou em função da necessidade de informações muitas vezes não disponíveis ou precárias<sup>154</sup>. Nesse período, devem ser considerados com cautela os dados, que na sua maioria eram advindos das associações de operadoras, que tinham cobertura parcial porque nem todas as operadoras eram associadas; sendo exceção as seguradoras sob regulamentação da Susep, que publicavam regularmente dados<sup>155</sup>.

No Executivo Federal, a construção da regulamentação da saúde suplementar foi inicialmente comandada pelo Ministério da Fazenda<sup>156</sup>, sendo que a partir de 1998 o Ministério da Saúde passou a ter protagonismo, posicionando-se pela regulação, incluindo medidas em resposta às imperfeições de mercado características do setor suplementar<sup>157</sup>.

Em síntese, o mercado se caracterizava, antes da regulamentação, pela livre atuação das operadoras, prevalecendo uma legislação do tipo societário, a livre definição da cobertura assistencial, a seleção de riscos e a livre exclusão de usuários pelo rompimento unilateral de contratos<sup>158</sup>. Desse vácuo regulatório, surgiam problemas derivados de contratos desiguais e abusos frente aos beneficiários. Surgiam também, nesse cenário em que se somou o arrefecimento da expansão da clientela, algumas problemáticas para a gestão econômica das Operadoras.

Um primeiro fenômeno que se destaca é que, dada a ausência de regras para a entrada no mercado, surgiram muitas empresas, principalmente Medicinas de Grupo, porém muito pequenas e com poucas garantias de sustentabilidade no longo prazo. O tamanho da grande maioria das operadoras não era suficiente para sua

---

<sup>154</sup>As informações sobre os planos de saúde eram “extremamente precárias (...) algumas operadoras sequer possuíam registros dos indivíduos a elas vinculados” (Bahia, 1999, p.21).

<sup>155</sup>Conforme expõe Cechin (2008, p.84), que menciona as associações de classe: (Abrange, Ciefas, Abraspe e Confederação Unimed).

<sup>156</sup>Cechin (2008, p.108): No início de 1996, a SEAE do Ministério da Fazenda formulou proposta para dar parâmetros de reajustes aos planos de saúde, entretanto não avançou, em parte pela mudança de comando da SEAE, em parte pela falta de consenso dentro do governo. Também após a estabilização inflacionária, o Ministro da Saúde, Abid Jatene, encaminhou ao Congresso Projeto de Lei referente ao ressarcimento ao SUS, bem como nomeou uma comissão que elaborou documento com medidas mais amplas para a regulação, entretanto esse documento foi criticado como muito favorável às operadoras e, apesar de aprovado no CNS, não chegou a ser encaminhado ao Legislativo.

<sup>157</sup>Conforme Cechin (2008, p.109, 121), que aponta como um marco a nomeação do Senador José Serra para Ministro da Saúde, em 31 de março de 1998.

<sup>158</sup>Características reconhecidas por publicação da ANS (2003).

sustentabilidade econômica, uma vez que a escala é que garante a diluição do risco (princípio básico de qualquer seguro) e a diluição do custo administrativo<sup>159</sup>.

Um outro fenômeno relevante é, no geral, o histórico de baixa preocupação das Operadoras com a gestão dos custos assistenciais e administrativos, dada a facilidade de repassar os aumentos de despesas para a clientela e o histórico de ganhos financeiros com a inflação, estabilizada a partir de 1994<sup>160</sup>;

Foi nesse cenário que se construiu o marco regulatório específico da saúde suplementar.

---

<sup>159</sup>Conforme Cechin (2008, p.85-86), que também relata que: “Nos Estados Unidos, cerca de 1.300 operadoras filiadas à associação nacional American Health Insurance Plans cobrem 200 milhões de pessoas (média de 150 mil por operadora); no Chile, 15 Isapres cobrem 4,5 milhões de pessoas (média de 300 mil); a França conta com 142 operadoras para 12 milhões de pessoas, e a Austrália conta com 44 para 20 milhões. Enquanto isso, no Brasil, às vésperas da regulação, a média era de 27 mil beneficiários por operadora, com a maioria tendo menos de 10 mil beneficiários”

<sup>160</sup>Cechin (2008, p.98).

## 4.2. O marco regulatório legal

O marco fundamental da regulação do setor foi a Lei 9.656/1998<sup>161</sup>. O conteúdo original da Lei foi significativamente alterado, no dia seguinte à sua publicação, por meio de Medida Provisória (MP 1.665/98, de 5 de junho de 1998). Na época, as medidas provisórias eram válidas por apenas 30 dias e, caso não fossem apreciadas pelo Congresso Nacional nesse prazo, simplesmente perdiam a validade. Principalmente em função disso, mas não somente por essa razão, a Lei 9.656 foi editada por mais 44 Medidas Provisórias, num período de cerca de três anos até agosto de 2001, com a MP 2.177-44/2001. Nessa última ocasião, a mencionada MP foi congelada, permanecendo com força de lei e vigente até os dias atuais, mesmo sem sua deliberação pelo Congresso, em função da determinação por Emenda Constitucional<sup>162</sup> de novo regramento geral para as Medidas Provisórias.

Desse modo, os três primeiros anos da regulamentação foram marcados pela assunção pelo poder executivo da função legislativa, fato gerador de insegurança quanto ao futuro, em função do caráter temporário das Medidas Provisórias e da ocorrência de mudanças nas suas reedições mensais. Além disso, Cechin (2008, p.166) aponta que a Lei 9.656 é de difícil compreensão, em função das diversas alterações e da não organização das disposições legais em capítulos e seções conforme os temas.

Passado esse período de transição até a MP 2.177-44/2001, a Lei 9.656/98 se consolidou, trazendo diversas mudanças para o funcionamento do mercado, que passamos a analisar. Essa análise é relevante para identificar as medidas regulatórias com potencial impacto para os resultados econômicos do setor, que podem não se limitar àquelas medidas tradicionalmente categorizadas como econômico-financeiras.

A legislação que estabeleceu o marco regulatório do mercado de planos de saúde regulou o setor de forma abrangente, estabelecendo regras gerais para sua

---

<sup>161</sup>A lei n. 9.656, sancionada pelo Presidente da República em 3 de junho de 1998, entrou em vigor noventa dias após sua publicação no DOU em 04/06/1998.

<sup>162</sup>EC 32, de 11 de setembro de 2001, estabeleceu que as MPs editadas em data anterior a sua publicação continuariam em vigor até serem deliberadas pelo Congresso ou expressamente revogadas por nova Lei ou MP. As MPs editadas após a EC 32/2001 passaram a ter validade de 60 dias, prorrogáveis uma vez pelo mesmo prazo caso não fosse encerrada sua votação no Congresso no período. (Cechin, 2008, p.127)

organização e competências para a regulamentação, com destaque para a padronização da cobertura assistencial e para as exigências para preservar a higidez econômico-financeira das operadoras e evitar prejuízos aos consumidores. Em síntese, houve uma modificação significativa do funcionamento do mercado com a criação do marco regulatório, que criou barreiras à entrada e saída de empresas e limitou a diferenciação dos produtos, por meio da proibição da subsegmentação da cobertura assistencial<sup>163</sup>.

Após a Lei 9.656, os contratos de planos de saúde passaram a ser divididos em contratos antigos (aqueles firmados em data anterior ao prazo até o final de 1998 estabelecido pela Lei <sup>164</sup>) e contratos novos (firmados a partir de 1999). Dada a significativa diferença da cobertura assistencial típica de um contrato antiga frente às novas regras, a Lei 9.656, consideradas suas alterações, previu as seguintes medidas (Cechin, 2004, p.133-134):

- i) Retroatividade mínima das novas regras para os contratos estabelecidos no passado, entretanto, essa tentativa não se tornou efetiva porque foi considerada como inconstitucional pelo STF <sup>165</sup>. Assim, somente os contratos novos que passaram obrigatoriamente a seguir a Lei 9.656.
- ii) Adaptação dos contratos antigos às novas regras inicialmente era mandatória, mas, por meio de MP de 1999 foi redefinida como um ato voluntário do consumidor, sendo que em caso de aumento da contraprestação, o mesmo deve ser limitado ao aumento da cobertura e sujeito a alteração pela ANS. Em 2003<sup>166</sup>, a ANS criou o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (RN 64/03), obrigando todas as operadoras a apresentar uma proposta de adaptação aos consumidores. Grande parte dos consumidores optou por permanecer com seus contratos antigos<sup>167</sup>, o que pode ser reflexo do valor de mensalidade superior no caso de adaptação do contrato.

---

<sup>163</sup>Mais detalhes em Costa e Castro (2003, p.49).

<sup>164</sup>Conforme Cechin (1998, p.131): a data de corte seria, em princípio, fixada na versão original da Lei, seria 2 de setembro de 1998; entretanto, com a MP1.685-05, de outubro de 1998, foi permitida a comercialização de contratos não adaptados aos termos legais até o final do ano de 1998.

<sup>165</sup>Por meio de medida cautelar do STF (ADIN-MC 1.931-8), julgada em 21/08/2003, considera a retroatividade da lei uma violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito.

<sup>166</sup>Em 2003, foi criada a MP 148/03 (convertida por meio da Lei 10.850/04), que deu competência para a ANS incentivar a adaptação de contratos antigos, mas mantendo essa adaptação como uma opção do consumidor.

<sup>167</sup>Segundo dados da ANS, em setembro de 2007, 32% dos beneficiários eram vinculados a contratos antigos.

Apresentaremos as principais alterações trazidas pelo marco legal da saúde suplementar, considerando a categorização<sup>168</sup> segundo os seguintes temas: i) organização do mercado; ii) produtos; e iii) operadoras.

### a) Organização do mercado

O Quadro 4.1 apresenta as principais medidas relacionadas à organização do mercado.

**Quadro 4.1: Marco Legal da saúde suplementar - organização do mercado**

A1	Definição de operadoras e de planos de saúde (Art. 1º)
A2	Definição de competência para regulamentação e fiscalização para a ANS (Art. 1º e outros) e o CONSU (Art. 35-A)
A3	Estabelecimento de penalidades para as infrações cometidas pelas operadoras (Art. 25).
A4	Permissão de participação de capital estrangeiro para operar planos de saúde (Art. 1º, § 3º)
A5	Vedação para a operadora constituir contrato de exclusividade junto a prestadores de serviços.
A6	Obrigação de ressarcimento, pelas operadoras ao SUS, correspondente aos serviços previstos nos contratos dos planos de saúde que forem prestados por meio de atendimento do SUS, conforme regras estabelecidas pela ANS (Art. 32).
A7	Obrigações para os prestadores de serviços: não discriminação entre clientes de diferentes planos de saúde; somente manter relacionamento com operadora que esteja regular; e agendar procedimentos privilegiando os casos de urgência e emergência, assim como as pessoas com mais de 65 anos, crianças até 5 anos, gestantes e lactantes.

Fonte: Elaboração própria.

Destacam-se duas definições centrais vigentes até a atualidade:

i) O produto passou a ter como único conceito o plano privado de assistência à saúde, enquadrando o seguro saúde dentro desse conceito:

I –“Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica,

<sup>168</sup> Trata-se de categorização de elaboração própria frente às distintas categorias utilizadas na literatura. Cechin (2008, p.134) definiu quatro grandes temas para o marco regulatório: i) organização do mercado, ii) cobertura assistencial, iii) regulação econômico-financeira, e iv) regime repressivo. ANS (2003, p.19), definiu duas perspectivas para caracterizar o setor depois da regulamentação da Lei 9.656/98, a com ênfase nas empresas (operadoras) e a com ênfase no produto (assistência à saúde e acesso). ANS (2003) definiu as seguintes seis dimensões para tratar das iniciativas da ANS, quais sejam: i) Cobertura assistencial e condições de acesso, ii) Condições de ingresso, operação e saída do setor, iii) regulação de preço, iv) fiscalização e efetividade da regulação, v) comunicação e informação e vii) ressarcimento ao SUS. Por sua vez, em sua página na internet, a ANS disponibiliza a legislação e normas do marco regulatório considerando a seguinte classificação de temas: i) ANS; ii) Fiscalização; iii) Legislação; iv) Operadoras: aspecto econômico-financeiro; manutenção de registros; ressarcimento ao SUS; TISS; compromissos e interações com a ANS; v) Planos de saúde: cobertura; contratação e troca de plano; reajuste de preços.

hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”<sup>169</sup>

ii) Com isso, a definição das organizações submetidas a esse marco legal passa a ser específica para aquelas que operam planos privados de assistência à saúde<sup>170</sup>. Essas organizações, as Operadoras, foram particularmente definidas como “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão” que operem esses planos<sup>171</sup>.

Em termos da estruturação da regulação, foi delegada competência para a ANS e o CONSU no que tange à regulamentação e fiscalização do setor, bem como estabelecidas penalidades para as infrações cometidas pelas operadoras. Além disso, destacamos as seguintes medidas:

i) Foram definidas algumas regras que podem ser compreendidas como na direção da ampliação da concorrência. No caso das Operadoras, foi permitida a participação de capital estrangeiro, ampliando a possibilidade de investidores, diferentemente do segmento de assistência à saúde, em que tal participação é vedada constitucionalmente<sup>172</sup>. Uma segunda medida foi a proibição de que as operadoras realizem contrato de exclusividade junto aos prestadores de serviços, estratégia que teria potencial de aumentar o poder de mercado da operadora, por restringir as possibilidades de atuação dos prestadores e da sua contratação por outras operadoras.

<sup>169</sup>Embora inicialmente a Lei 9.656/98, Art. 1º, fizesse distinção entre plano e seguro de saúde, após alteração pela MP 2.177-44, de 24/08/2001, passou a adotar plano de saúde como único conceito. A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, estabeleceu, respectivamente em seus Art. 1º e 2º, que: a) As sociedades seguradoras passaram a ter a obrigação de, para operar o seguro de saúde enquadrado no art. 1o, inciso I e § 1o, da Lei no 9.656/1998, estar constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, e b) Para efeito da Lei 9.656/1998, e da Lei no 9.961/2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

<sup>170</sup>Originalmente, a Lei 9.656 abarcou em seu escopo as empresas até então existentes como seguradoras e operadoras de planos de saúde, definindo a denominação de operadoras, tanto para as pessoas jurídicas ofertantes de planos quanto de seguros privados de saúde.

<sup>171</sup>Lei 9.656/98, alterada pela MP 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, Art. 1º. Além disso, também estabeleceu, no mesmo Art. 1º, em seu § 1º, que se subordinam às normas e à fiscalização da ANS: “qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: a) custeio de despesas; b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; c) reembolso de despesas; d) mecanismos de regulação; e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.”

<sup>172</sup>O Art. 199, § 3º, estabelece que “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”.

ii) A obrigação de ressarcimento ao SUS dos valores correspondentes à utilização, pelos beneficiários contratantes das operadoras, de serviços no SUS, caso esses serviços sejam previstos no contrato do plano de saúde. Essa regra resulta na criação de uma nova despesa para as operadoras.

## b) Produtos

O Quadro 4.2 apresenta as principais medidas relacionadas à regulação dos produtos, evidenciando diversas regras de proteção dos contratantes e de padronização dos produtos, visando impedir alguns problemas frequentes no passado, quando as operadoras praticavam seleção de risco no acesso, exclusão de determinadas doenças da cobertura e rescisão unilateral dos contratos individuais.

### Quadro 4.2: Marco Legal da saúde suplementar - regulação dos produtos.

B1	Exigência de autorização para a comercialização de produto (Art. 9);
B2	Padronização da cobertura assistencial dos produtos
B3	Proibição de impedir o acesso de um consumidor em razão de sua idade ou pelo fato de ser portador de deficiência (Art. 14)
B4	O direito de continuar a participar do plano de saúde aos demitidos sem justa causa <sup>173</sup> e aos aposentados <sup>174</sup> , desde que tenham contribuído nas contraprestações do plano por um período mínimo e assumam o seu pagamento integral (Art.30 e Art.31)
B5	Reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços do plano <sup>175</sup>
B6	Exigência, no caso de exclusão de estabelecimento hospitalar de um plano de saúde, de sua substituição por outro equivalente ou autorização de redimensionamento da rede hospitalar pela ANS (Art. 17)
B7	Prazo máximo para os períodos de carência <sup>176</sup>
B8	Definição dos seguintes tipos de contratação: individual ou familiar; coletivo empresarial ou coletivo por adesão (Art.16, inc. VII)
B9	Proibição da suspensão ou rescisão unilateral, pela operadora, do contrato individual, exceto na situação de que o titular não esteja internado e ocorra comprovadamente fraude ou inadimplência do consumidor <sup>177</sup> (Art.35-E, inc. II e III)

<sup>173</sup>Poderá usufruir desse direito durante 1/3 do tempo de permanência no plano, com um mínimo de 6 meses e um máximo de 24 meses.

<sup>174</sup>Ao aposentado que tiver contribuído por 10 anos é assegurado o direito por tempo ilimitado, enquanto para aquele que contribuir por menos de 10 anos poderá exercer o direito na razão de um ano para cada ano de contribuição.

<sup>175</sup>A ser aplicado de acordo com a relação de preços praticada pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada (Art.12, inc. VI)

<sup>176</sup>“Art.12, inc. V - quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”

<sup>177</sup>O mesmo artigo da Lei prevê que a caracterização da inadimplência requer atraso no pagamento superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.



B10	Os contratos de produtos poderão ter variação nas contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor, em conformidade com normas expedidas pela ANS <sup>178</sup> (Art.15). Poderão também estabelecer franquias, limites financeiros ou o percentual de coparticipação do beneficiário (Art.16, inc. VIII). Nos contratos individuais a aplicação da cláusula de reajuste das contraprestações dependerá de prévia aprovação da ANS <sup>179</sup> (Art.35-E, § 2º)
-----	---

Fonte: Elaboração própria.

Frente ao mencionado histórico de problemas, foi definido o requisito de autorização para a comercialização de produtos, além de diversas regras para o acesso e a padronização assistencial, que envolveu também definições específicas, como mostrado no Quadro 4.3. Foi determinada, observada a legislação e o contrato entre as partes, a abrangência da cobertura à todos os eventos reconhecidos como doenças (item B2.4) e às ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. Essa definição constitui, de certa maneira, um conceito próprio de integralidade na saúde suplementar, analogamente à diretriz constitucional do SUS de atendimento integral à saúde<sup>180</sup>.

Além disso, foram estabelecidas categorias de produtos, conforme:

- i) Tipo de contratação: coletivo (empresarial ou por adesão) e individual ou familiar.
- ii) Modalidade assistencial (B2.3 e B2.4): foi definida a cobertura do plano de referência, bem como que os planos podem ofertar cobertura por meio de qualquer combinação entre modalidades: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica.

Essa padronização do produto, por um lado, facilita a comparação dos produtos pelos consumidores e por consequência a comparação dos preços, mas, por outro lado, diminui a possibilidade de adaptação dos produtos a demandas específicas dos consumidores. Particularmente a mudança para uma definição de cobertura assistencial abrangente se justifica como resposta a um contexto de

<sup>178</sup>Inicialmente a Lei 9.656 previa vedação dessa variação para beneficiários com mais de 60 anos que participassem dos produtos há mais de 10 anos. Entretanto com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003, art.15, que prevê que é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade), ficou vedado o reajuste por faixa etária para qualquer pessoa com 60 anos ou mais.

<sup>179</sup>A Lei 9.656 prevê o requisito da aprovação pela ANS do reajuste das contraprestações para todos os contratos individuais, independentemente da sua data de celebração. Entretanto, o STF concedeu liminar na ADI 1.931, permitindo aos contratos antigos, a aplicação do reajuste conforme as regras definidas nos respectivos instrumentos, desde que claras. Não havendo índice expresso definido, é possível a celebração de Termo de Compromisso da Operadora com a ANS.

<sup>180</sup>Constituição Federal, Art. 198, em seu inc. II, prevê como uma das diretrizes do SUS o "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

elevada demanda dos órgãos de defesa do consumidor e crescente judicialização com vistas a atender a necessidade dos contratantes, que gerava incertezas para as Operadoras.

#### **Quadro 4.3: Marco Legal da saúde suplementar - padronização da cobertura**

B2.1	A assistência compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observada a legislação e o contrato entre as partes (Art. 35-F).
B2.2	Cobertura obrigatória integral às doenças e lesões pré-existentes (DLP) à contratação, após 2 anos de vigência contratual, cabendo à operadora a possibilidade de comprovar o conhecimento prévio do beneficiário (Art.11)
B2.3	Criação do plano referência, a ser oferecido por todas as operadoras (exceto as autogestões e as exclusivamente odontológicas) a todos os seus consumidores. O plano referência inclui cobertura ambulatorial e hospitalar, em internação com padrão de enfermaria, incluindo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil (Art.10, § 2º e § 3º)
B2.4	Abrangência de cobertura de todas as doenças relacionadas na CID <sup>181</sup> (Art.10, § 2º e § 3º), por meio da oferta de procedimentos em conformidade com a modalidade assistencial contratada, que pode ser o plano referência ou uma das seguintes: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico ou qualquer combinação entre as quatro modalidades assistenciais mencionadas (Art.12)

Fonte: Elaboração própria.

Ademais, destacamos as seguintes medidas regulatórias:

- i) Limitação de práticas anteriormente utilizadas pelas Operadoras para contenção das despesas assistenciais, tais como a) operadoras proibidas de rejeitar consumidores e de rescindir unilateralmente contratos individuais, restringindo a prática de seleção do risco pelas operadoras; b) definição de prazos máximos para os períodos de carência, para evitar abusos pelas operadoras no uso desse importante instrumento mitigador da seleção adversa.
- ii) Estabelecimento de regras para a captação de receitas junto aos beneficiários, tais como: a) possibilidade de cobrança de franquia e percentual de coparticipação, e b) a depender da definição de parâmetros pela ANS, a possibilidade de variação nas contraprestações por motivo de idade do consumidor e, no caso dos planos individuais, a regulação do reajuste das contraprestações.

<sup>181</sup> Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da OMS (Organização Mundial da Saúde)

### c) Regulação das Operadoras

O Quadro 4.4 apresenta as principais medidas relacionadas à regulação econômico-financeira. Foram estabelecidos mecanismos regulatórios voltados para garantir requisitos mínimos de funcionamento das Operadoras, importante para garantir que essas sejam organizações de fato tenham condições de honrar no longo prazo os contratos com os beneficiários e que, na impossibilidade de honrar esses contratos, não possam simplesmente fechar a firma, devendo ser objeto de medidas específicas. Esse tipo de mecanismo, assim como no mercado de seguros e bancário, resulta em barreiras à entrada e à saída de empresas<sup>182</sup>.

Essas barreiras são limitadoras, mas não impeditivas, para a entrada de novos concorrentes, dependendo de diversos outros fatores os seus efeitos em termos da ampliação das vantagens competitivas das empresas já em funcionamento, que em qualquer setor já teriam vantagens associadas ao fato de possuir contratada uma carteira de clientes.

#### Quadro 4.4: Marco Legal da saúde suplementar - regulação das Operadoras

C1	Definição de competências ao CONSU e à ANS para estabelecer parâmetros para que as operadoras tenham situação econômico-financeira compatível com as obrigações assumidas e adotem mecanismos de gestão condizentes, conferindo maior solidez ao mercado. <sup>183</sup>
C2	Exigência de autorização para o funcionamento ou encerramento de atividades das operadoras (Art. 8)
C3	Vedou-se às operadoras realizar operações financeiras com diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, e com empresas controladas por essas pessoas (Art. 21)
C4	Sempre que detectadas nas operadoras a insuficiência das garantias, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (Art.24)
C5	Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização (Art. 35.-L). Os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora, independentemente da sua natureza jurídica, responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores e prestadores de serviços (Art.35-I)

Fonte: Elaboração própria.

<sup>182</sup>Barreiras à saída associadas aos custos irrecuperáveis (*sunk costs*) para a entrada de novas empresas. Mais detalhes em Costa (2008, 1455)

<sup>183</sup>CONSU tem a atribuição legal de estabelecer diretrizes gerais para: a contabilidade, atuariais e estatísticas; os parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro; a criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos com o objetivo de proteger o consumidor em caso de insolvência das empresas Seguradoras.

Em geral, a regulação econômico-financeira das operadoras foi objeto de delegação de competências para o CONSU e para a ANS, como será mostrado na seção do marco infralegal.

### **4.3. O marco regulatório infralegal**

O marco regulatório infralegal será apresentado em duas subseções, referentes a dois períodos:

- i) Inicialmente, de 1998 a 1999, vigorou um modelo bipartite de regulação. De um lado, os aspectos econômico-financeiros eram de responsabilidade da Susep e do CNSP. De outro lado, os aspectos assistenciais passaram a ser regulados pelo CONSU<sup>184</sup> e por unidade específica (Departamento de Saúde Suplementar – DESAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ambos criados para a condução do processo regulatório. (CONASS, 2007, p.35)
- ii) Esse modelo foi alterado, ao final de 1999, com a criação de uma agência reguladora federal especializada (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, bem como a reformulação do CONSU.

#### **a) Regulação bipartite até 1999**

Na primeira fase da regulamentação, de junho de 1998 a setembro de 1999, em que vigorou o modelo bipartite, as responsabilidades institucionais eram divididas do seguinte modo (CONASS, 2007, p.36):

- i) Ao Ministério da Fazenda, por meio da Susep e do CNSP, cabiam as atividades reguladoras referentes às operadoras, incluindo a autorização de funcionamento, o controle econômico-financeiro e o reajuste de preços. No seu campo de atuação da regulação econômica da saúde suplementar, o CNSP distribuiu somente uma minuta de resolução, que não avançou, enquanto a Susep pouco normatizou esse campo.

---

<sup>184</sup>O CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) foi criado em junho de 1998, por meio da primeira Medida Provisória (MP 1.665/98) que sucedeu à Lei 9.656 (Art.35-A).

ii) Ao Ministério da Saúde, por meio do DESAS e do CONSU, cabia a regulação da atividade de produção dos serviços de assistência à saúde nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, incluindo a autorização para comercialização de produtos e a fiscalização pertinente a essa área. No que se refere à regulação assistencial da saúde suplementar, o Ministério da Saúde emitiu várias portarias e, por sua vez, o CONSU 21 emitiu Resoluções, regulamentando aspectos importantes da Lei 9.656, no que tange ao produto oferecido, a prestação de serviços e o ressarcimento ao SUS.

Alguns avanços da regulação são identificados pelo CONASS (2007, p.37) nesse período anterior à criação da ANS. Destacamos aqueles definidos no marco infralegal no Quadro 4.5.

**Quadro 4.5: Medidas infralegais antes da criação da ANS.**

Tema	Medidas regulatórias
Organi-zação do mercado	- Definição de regras para o ressarcimento do SUS
Produtos	- Veto ao impedimento de acesso aos planos de saúde de quaisquer pessoas em virtude da faixa etária ou por ser portador de qualquer patologia; - Definição de regras para mecanismos de regulação da utilização do beneficiário, desde que não impeçam o acesso à cobertura assistencial contratada; - Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais; - Definição de faixas etárias, para fins de preços e reajustes, configurando uma política de solidariedade entre as faixas etárias, o denominado pacto intergeracional. - Definição de parâmetros para a cobertura assistencial, tais como: definição de doenças e lesões preexistentes (DLP); definição de rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória; regulamentação do atendimento em urgências e emergências das diversas segmentações.
Opera-doras	- Criação de regras para as operadoras saírem do mercado

Fonte: Elaboração própria, com base em CONASS (2007, p.37).

Não obstante os avanços obtidos na regulação, o modelo bipartite esbarrou nas idiosincrasias existentes entre as áreas da Fazenda e da Saúde (Matos, 2011, p.154), ocasionando a alteração do modelo ao final de 1999. A análise das implicações do marco infralegal será feita de forma consolidada na próxima subseção.

#### **b) Regulação após a criação da ANS**

A ANS, a quinta agência reguladora do Brasil, foi formalmente criada em

novembro de 1999 e efetivamente implantada em abril de 2000. A sua finalidade é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações da saúde no país”<sup>185</sup>.

A ANS tem como instância máxima de decisão da Diretoria Colegiada, contando também com Procuradoria, Corregedoria e Ouvidoria. É organizada em cinco diretorias, sendo duas responsáveis pela regulação strictu sensu, a primeira voltada às operadoras (DIOPE) e a segunda aos produtos (DIPRO), uma responsável pela fiscalização (DIFIS), outra pela gestão (DIGES) e outra pelos sistemas de informação e pelo ressarcimento ao SUS (DIDES)<sup>186</sup>.

Com a criação da ANS, as competências do CONSU foram reformuladas, passando a ser a instância de definição de políticas e diretrizes para o setor e de supervisão das ações da ANS<sup>187</sup>. Após a criação da ANS, o CONSU estabeleceu somente 3 Resoluções<sup>188</sup>, sendo a mais recente de abril de 2002, há mais de 10 anos. Dessas três Resoluções, duas aprovaram o contrato de gestão da ANS<sup>189</sup>, a ser celebrado com o Ministério da Saúde, e uma tratou de sanções aplicáveis a atividades lesivas à saúde, delegando competência à ANS<sup>190</sup>.

A Lei 9.961/2000, de criação da ANS, estabeleceu as competências dessa agência reguladora, que incluem regulamentar as atividades das operadoras tanto no que diz respeito à cobertura assistencial como em relação aos aspectos econômico-financeiros, bem como para fiscalizar o mercado. Apresentamos as

---

<sup>185</sup>Finalidade estabelecida na legislação que a criou, a Medida Provisória 1.928, de novembro de 1999, convertida em Lei por meio da Lei 9.961, de janeiro de 2000. Período de implantação conforme ANS (2001, p.6)

<sup>186</sup>Conforme Matos (2011, p. 155-158). A ANS possui natureza de autarquia especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, além da autonomia nas decisões técnicas e mandatos fixos de seus dirigentes. De forma diferente de outras agências, na ANS os diretores têm função executiva (na sua diretoria), função legislativa (enquanto membro da Diretoria Colegiada) e função judicante (quando julga eventuais recursos das operadoras) (CONASS, 2007, p.41)

<sup>187</sup>Conforme CONASS (2007, p.39). O CONSU ainda é, formalmente, órgão colegiado integrante da estrutura do Ministério da Saúde, integrado por Ministros de Estado, com a participação do Presidente da ANS, na qualidade de Secretário (Lei 9.656, Art.35-B)

<sup>188</sup>Conforme busca realizada com o filtro origem igual a “CONSU”, na seção de legislação da página eletrônica da ANS (acesso em 02/02/2014): <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>

<sup>189</sup>Resolução CONSU n. 2, de 21/12/2000 e Resolução CONSU n. 2, de 03/04/2002.

<sup>190</sup>Resolução CONSU n. 1, de 23/05/2000: Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas a assistência de saúde suplementar, delega competência à ANS para atos que menciona, e dá outras providências.

principais competências da ANS no Quadro 4.6, consideradas as três categorias de medidas de regulatórias que apresentamos ao tratar do marco legal.

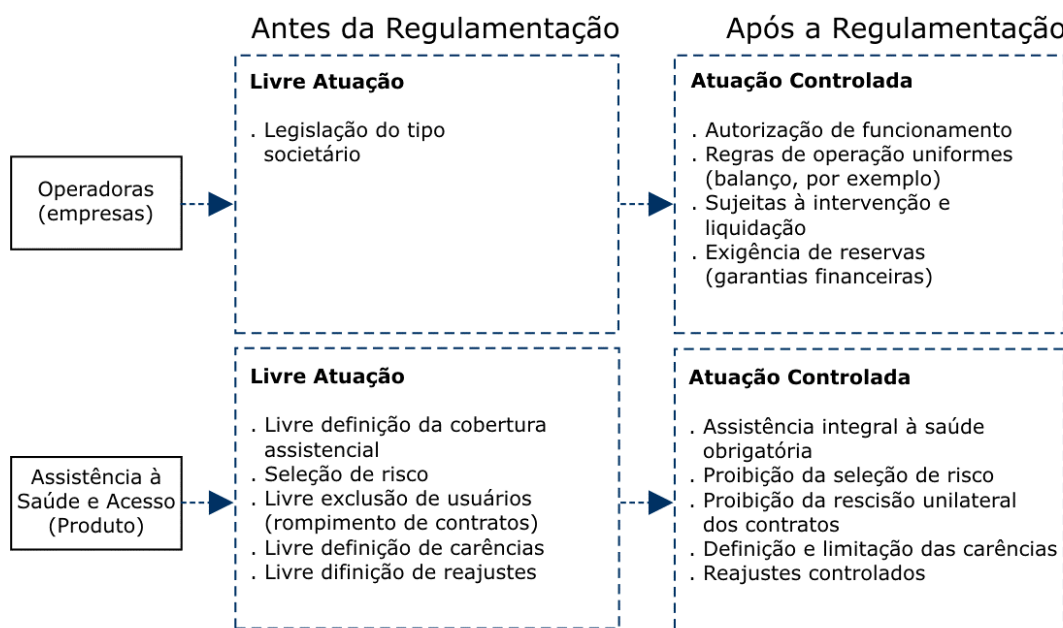
#### Quadro 4.6: Principais competências da ANS

Tema	Principais temas sob competência da ANS
Organização do mercado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressarcimento do SUS.</li> <li>- Credenciamento e descredenciamento dos prestadores de serviços, bem como controle da qualidade.</li> <li>- Requisições de informações às operadoras e à rede prestadora de serviços.</li> <li>- Medidas para estimular a competição do setor.</li> </ul>
Produtos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos.</li> <li>- Parâmetros para a cobertura assistencial, tais como: rol de procedimentos de cobertura obrigatória, mecanismos de regulação de uso dos serviços, entre outros.</li> <li>- Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos, ouvido o Ministério da Fazenda, e monitorar a evolução dos preços dos planos, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos.</li> </ul>
Operadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizações de funcionamento das operadoras, bem como para o seu funcionamento, fiscalização e mudanças do controle societário.</li> <li>- Condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais das operadoras.</li> <li>- Aplicar as penalidades previstas em lei e instituir os regimes de direção fiscal ou técnica, liquidação extrajudicial ou determinar a alienação de carteira.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, com base na Lei 9.961/2000 e Cechin (2008, p.178-180)

Dois temas, as operadoras e os produtos, apresentaram significativas mudanças em relação ao período anterior a 1998, como mostrado na Figura 4.1.

**Figura 4.1: Funcionamento do mercado planos de saúde antes e depois da regulação**



Fonte: ANS (2003, p.13).

Nos primeiros anos de regulação da ANS, a sua pauta prioritária se tornou a lacuna de normas econômico-financeiras (CONASS, 2007, p.41), objeto de diversas medidas regulatórias, dentre as quais destacamos:

- i) Organização do mercado – definição das modalidades das operadoras, Regras de ressarcimento ao SUS e da taxa de saúde suplementar, fonte de receitas para a ANS.
- ii) Produtos – regras para o registro de produtos e o reajuste das suas contraprestações.
- iii) Operadoras – regras para autorização e funcionamento, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade.

Com relação à cobertura assistencial já havia regras definidas pelo Consu, que continuavam vigentes, assim, nesse assunto a atuação da ANS teve ênfase na atualização do rol de procedimentos e nas normas sobre plano referência e cobertura parcial temporária (Cechin, 2008, p.182).

No que tange à regulação dos produtos, as ações iniciais da ANS priorizaram o atendimento dos segmentos mais expostos às imperfeições do mercado, com a finalidade de equilibrar a relação dos consumidores menos organizados frente às operadoras. Nesse sentido, se destacam os planos individuais, como identificado pela ANS (2001, p.29) e mostrado na Figura 4.2. Para esse tipo de plano, diferentemente dos planos coletivos, a Lei 9.656/1998 estabeleceu a vedação da rescisão unilateral do contrato pela operadora, bem como a necessidade de autorização dos reajustes pela ANS. Ademais, a regulação estabeleceu a obrigatoriedade de venda dos novos produtos para os interessados, mesmo aqueles com doenças ou lesões pré-existentes (DLP), com a possibilidade de carência de até 24 meses para os procedimentos relacionados à DLP ou, alternativamente, da cobrança de agravo (acréscimo no valor da contraprestação)

191 .

---

<sup>191</sup>A obrigatoriedade de venda com limitação de carência até 24 meses foi estabelecida pela Lei 9.656/98 e a definição de agravo segue a RN 162/2007 da ANS.



**Figura 4.2: Tipos de relacionamento usuário x Operadora de planos de saúde**

Tipo de Plano	Forma de pagamento	Exposição a abuso	Capacidade de negociar	Influência sobre a qualidade
Individual ou Familiar	100% usuário	Alta	Baixa	Baixa
Coletivo por adesão	100% usuário	Alta a média	Baixa a média	Baixa a média
Coletivo empresarial Parcial	Usuário paga parte	Média a baixa	Média	Alta
Coletivo empresarial Integral	100% empresário	Baixa	-	Média

Fonte: ANS (2001, p. 29)

A trajetória de regulação da ANS, passados praticamente dez anos da sua criação, pode ser caracterizada em três ondas (Matos, 2011)<sup>192</sup>, compreendidas como impulsos que se propagam por um determinado período, podendo se acumular no tempo. A primeira onda se refere, em consonância ao que mencionamos logo antes, ao foco em medidas econômico-financeiras como explicado no item i, e as outras duas são caracterizadas conforme síntese que segue nos itens ii e iii:

- i) Tônica econômico-financeira – inicialmente a regulação buscou o saneamento econômico-financeiro do setor e a responsabilização por irregularidades. Envolveu o estabelecimento de regras para a entrada e saída de empresas, para garantias financeiras das empresas, para padronização contábil, para fusão e aquisição de carteiras de beneficiários, para política de reajuste de contraprestações, etc.
- ii) Tônica técnico-assistencial – ao longo do tempo a regulação ganhou ênfase na promoção e atenção à saúde; bem como no acesso à rede prestadora. Envolveu, a partir de 2004, ampla revisão do Rol de Procedimentos de cobertura obrigatória, e, entre 2005 e 2007, a construção da dimensão assistencial do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e do estímulo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (PROMOPREV).

<sup>192</sup> Por meio de pesquisa que incluiu levantamento, até o final de 2009, dos normativos e dos relatórios de gestão da ANS, bem como enquete com todos os diretores que passaram por essa agência. Outras referências sobre o assunto são Matos, Rocha e Kornis (2010); Matos, Leal e Kornis (2009); Matos e Leal (2009); e Matos, Leal e Kornis (2010).

iii) Tônica da transparência e da competição – mais recentemente a regulação é caracterizada pelo estímulo à participação dos segurados e da sociedade. Envolveu o desenvolvimento do Programa de Qualificação das Operadoras, a definição da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e da Portabilidade de Carências, bem como outras iniciativas de estímulo à transparência das informações e da concorrência, como é o caso do Guia de Produtos da ANS e de alguns dos itens da Agenda Regulatória.

De 2011 a 2012, se fortaleceram algumas medidas na direção das mencionadas tônicas. Teve destaque, com vistas a garantir aos beneficiários o acesso oportuno à cobertura contratada, o estabelecimento, a partir do final de 2011, de prazos máximos de atendimento, que vão de 3 a 21 dias, dependendo do procedimento<sup>193</sup>. Essa mesma norma definiu penalidades para o caso de descumprimento dos prazos, que passou a ser tema objeto de monitoramento permanente e divulgação trimestral de avaliação da ANS, que passou a suspender a comercialização para os produtos reincidentes no descumprimento, a partir de julho de 2012<sup>194</sup>. No mesmo período, a ANS estabeleceu, entre outras, normas de aprimoramento para os procedimentos de adequação econômico-financeira, de incentivo à qualidade dos prestadores de serviço e do Programa de Acreditação de Operadoras.

---

<sup>193</sup> RN n.259, de junho de 2011, que entrou em vigor em dezembro de 2011.

<sup>194</sup> Conforme informações da ANS, acesso em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1631-operadoras-tem-planos-de-saude-suspensos>

#### 4.4. Regulação e modalidades de operadoras

As particularidades dos segmentos de operadoras são reconhecidas pelo marco regulatório da ANS<sup>195</sup>, que estabeleceu as seguintes classificações:

- a) Tipos de atenção (art. 3º), exceto para as autogestões e administradoras:
  - i. Médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos;
  - ii. Odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente odontológicos
- b) Da segmentação (art. 4º), dentre as operadoras de planos do tipo de atenção médico-hospitalar, que se enquadram em um único segmento, prevalecendo o critério de gastos em serviços hospitalares, conforme definições do Quadro 4.7 e síntese no Quadro 4.8.

**Quadro 4.7: Definições de segmentação de operadoras de planos de saúde**

Segmento	Definição
Segmento primário principal – SPP	despendem, em sua rede própria, mais de 60% dos gastos em serviços hospitalares.
Segmento primário principal / SUS – SPP/SUS	despendem, em sua rede própria, mais de 60% dos gastos em serviços hospitalares e prestam ao menos 30% de sua atividade ao SUS.
Segmento Primário Subsidiário – SSP	despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% dos gastos em serviços hospitalares
Segmento Secundário Principal – SSP	despendem, em sua rede própria, mais de 60% dos gastos em serviços médicos
Segmento Secundário Subsidiário – SSS	despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% dos gastos em serviços médicos
Segmento Terciário – ST	despendem, em sua rede própria, menos de 30% dos gastos em serviços médicos ou hospitalares

Fonte: Elaboração própria.

<sup>195</sup> Conforme RDC n.39, de outubro de 2000.

**Quadro 4.8: Classificação de Operadoras de planos de saúde conforme segmentação**

% dos gastos de serviços hospitalares em rede própria	% de atividade da operadora ao SUS	% dos gastos de serviços médicos em rede própria		
		Menos que 30%	Entre 30% e 60%	Mais de 60%
Mais de 60%	Maior ou igual a 30%	Primário Principal / SUS		
	Menos de 30%	Primário Principal		
Entre 30% e 60%	-	Primário Secundário		
Menos de 30%	-	Terciário	Secundário Subsidiário	Secundário Principal

Fonte: Elaboração própria, com base na RDC n.39/2000 da ANS.

- c) Da segmentação (art. 5º), dentre as operadoras de planos do tipo de atenção odontológico, considerados os seguintes percentuais de dispêndio, em sua rede própria, do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos:
- i. Segmento Próprio – SP: mais de 30%;
  - ii. Segmento Misto – SM: entre 10% e 30%;
  - iii. Segmento Terciário – ST: menos de 10%.
- d) Modalidades de operadoras<sup>196</sup>
- i. Administradora;
  - ii. Cooperativa médica;
  - iii. Cooperativa odontológica;
  - iv. Autogestão;
  - v. Medicina de grupo;
  - vi. Odontologia de grupo;
  - vii. Filantropia.
  - viii. Seguradoras Especializadas em Saúde

São pertinentes alguns comentários sobre as modalidades de operadoras. Observa-se que duas das modalidades são para Operadoras Exclusivamente Odontológicas, que são as Cooperativas Odontológicas e as Odontologias de Grupo, sendo as outras, excetuando-se as Autogestões e as Administradoras, definidas como Operadoras Médico-Hospitalares, que podem ofertar planos médico-

<sup>196</sup>As modalidades de operadoras são previstas no Art. 10 da RDC 39/2000, que, entretanto não explicitou as Seguradoras Especializadas em Saúde, uma vez que essa categoria, considerada como uma das modalidades, foi estabelecida por meio da Lei n.10.185/2001.

hospitalares ou odontológicos. Para efeito da presente tese, a denominação Operadoras Médicas será utilizada para o grupo de todas as operadoras exceto aquelas Exclusivamente Odontológicas. O Quadro 4.9 apresenta definição simplificada das modalidades das operadoras, apresentada pela ANS no período recente.

#### **Quadro 4.9: Definições das modalidades de Operadoras de planos de saúde**

1. Administradora de benefícios (RN n. 196, de 2009): pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, previstos em regulamentação específica.
2. Autogestão (RN n. 137, de 2006 e suas posteriores alterações): oferecem planos de saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.
3. Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica (RDC n. 39, de 2000 e suas posteriores alterações): Pessoas jurídicas constituídas na forma Lei no 5.764/71 e que operam planos de saúde. As cooperativas odontológicas operam planos exclusivamente odontológicos.
4. Filantropia (RDC n. 39, de 2000 e suas posteriores alterações): pessoas jurídicas que não possuem fins lucrativos e são reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública, bem como possuem certificado de entidade beneficente de assistência social fornecido pelo Ministério da saúde
5. Seguradora especializada em saúde (Lei n. 10.185, de 2001): sociedades seguradoras que operam exclusivamente planos de saúde, nos termos da Lei no 10.185, de 2001.
6. Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo (RDC n. 39, de 2000 e suas posteriores alterações): todas as operadoras de planos médicos ou odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriormente citadas. As empresas classificadas na modalidade Odontologia de Grupo só podem oferecer planos odontológicos.

Fonte: Elaboração própria, com base em ANS (2013, p.11-12).

Uma das diferenças mais marcantes entre as modalidades de operadoras é anterior e independente do marco regulatório específico do setor. Trata-se da política de tributação do governo, que é diferenciada para algumas modalidades de operadora, sendo menos intensa para as pessoas jurídicas sem fins lucrativos e para as cooperativas, como mostrado por Andreazzi (2002, p.167). A mesma autora (Andreazzi, 2002, p.294) apresenta algumas características da indústria de seguros privados de saúde nos anos 90, segundo modalidades, que foram base para a identificação de algumas das particularidades a seguir destacadas:

- i) Seguradoras possuem como particularidade as vantagens na gestão e no acesso do capital financeiro e as economias de escopo para a administração

e comercialização e, por outro lado a desvantagem da impossibilidade de integração vertical, ou seja, de possuírem rede própria de prestadoras de serviços de saúde.

- ii) As Medicinas de Grupo, as Cooperativas e as Filantrópicas possuem como vantagem a existência de rede própria, tendo também a possibilidade de vender serviços para outras operadoras ou até mesmo para o SUS. A principal desvantagem dessas modalidades é a gestão financeira. No caso das Operadoras originadas de prestadores de serviços e com histórico de problemas financeiros, como é o caso principalmente das Filantrópicas, não se deve desconsiderar o risco de gastos relativamente mais elevados para a administração e para a remuneração da rede própria.
- iii) As Autogestões possuem vantagens por não possuírem custos de comercialização, bem como do maior conhecimento dos riscos e ausência de competição após a contratação do beneficiário, associados a sua maior estabilidade relativa dos valores financeiros.

Destaque-se que atualmente, entre as modalidades de operadoras que podem operar planos médicos, denominadas aqui de Operadoras Médicas, duas (Administradoras de benefícios e Autogestões) podem exercer atividades exclusivamente para planos coletivos, enquanto as outras quatro modalidades (Cooperativas Médicas, Medicinas de Grupo, Seguradoras e Filantropias) podem ofertar planos médico-hospitalares ou odontológicos, bem como de planos individuais ou coletivos. Serão apresentadas mais informações para cada modalidade de operadora a seguir.

#### **a) Cooperativas**

As cooperativas são sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n. 5.764/1971. As cooperativas foram explicitamente incluídas na definição de operadoras de planos de saúde estabelecida pela Lei 9.656/98, se aplicando a elas todo o regramento do marco regulatório legal. Conforme RDC n. 39/2000 da ANS, as Cooperativas Médicas operam planos de saúde e as Cooperativas Odontológicas operam exclusivamente planos odontológicos.

## **b) Medicinas de Grupo e Odontologias de Grupo**

As Medicinas de Grupo são empresas ou entidades que operam planos de saúde, excetuando-se aquelas classificadas como Administradora, Cooperativa Médica, Autogestão e Filantropia (ANS, RDC n. 39/2000). Ou seja, constituem o conjunto complementar do conjunto de todas as outras modalidades de operadoras. Por sua vez, as Odontologias de Grupo são empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas como cooperativas odontológicas (ANS, RDC n. 39/2000).

## **c) Filantropias**

As operadoras da modalidade Filantropia foram inicialmente definidas como:

“entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.” (RDC n. 39/2000, art. 17)

Em 28/11/2012, por meio da RN n. 315 da ANS, a definição de Filantropia foi alterada para refletir a mudança na legislação da emissão do certificado de entidade filantrópica. Com isso, o certificado, a ser apresentado com prazo de validade vigente, passou a ser denominado Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), e passou a ser emitido pelo Ministério competente do setor de atuação, no presente caso o Ministério da Saúde, em lugar do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

## **d) Autogestão**

As autogestões foram incluídas na definição de operadoras de planos de saúde estabelecida pela Lei 9.656/98, se aplicando a elas todo o regramento do marco regulatório legal, ressalvando-se as exceções expressas:

- i) dentre os requisitos de autorização de funcionamento das operadoras, são dispensadas de dois itens: demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos de saúde oferecidos e a especificação da área geográfica de cobertura desses planos. (Art.8º)
- ii) dispensadas da obrigatoriedade de oferta do plano-referência (Art. 10º, § 2º)

As operadoras na modalidade Autogestão foram inicialmente segmentadas pela ANS entre as Autogestões Patrocinadas, na categoria singular ou multipatrocinada, e Não-patrocinadas; por meio da mesma norma da ANS que definiu as Autogestões como:

”entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados. (RDC n. 39/2000, art. 14 (revogado))

Em 14 de novembro de 2006, por meio da RN n. 137, a definição de autogestões foi revogada, passando a valer uma nova definição que as limita a operar planos de saúde privados limitados a beneficiários específicos previstos, ou seja, um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da Operadora<sup>197</sup>.

---

<sup>197</sup>Conforme definição a seguir, consideradas as alterações normativas posteriores:

- I. Pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de RH ou órgão assemelhado, opera plano de saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários (Redação dada pela RN n. 148/2007): a) sócios da pessoa jurídica, b) administradores e ex-administradores, empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; bem como aposentados que tenham sido vinculados à autogestão, c) pensionistas e grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
- II. Pessoa Jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano de saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários (a partir da RN n. 148/2007):
  - a) empregados e servidores públicos ativos ou aposentados da entidade pública patrocinadora, seus ex-empregados ou ex-servidores;
  - b) sócios da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão;
  - c) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão (a partir da RN n. 272/2011);
  - d) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
  - e) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora (a partir da RN n. 272/2011)
  - f) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, bem como grupo familiar desses beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim (a partir da RN n. 272/2011);
  - g) as pessoas previstas nas alíneas b, c, e, f vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão.
- III. Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano de saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários (a partir da RN n. 148/2007):
  - a) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, bem como aposentados que tenham sido vinculados à mesma;
  - b) pensionistas dos beneficiários descritos na alínea anterior, bem como grupo familiar desses beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.



### e) Administradoras

Em 2000, as administradoras foram inicialmente definidas pela ANS como:

“as empresas que administram planos ou serviços de saúde, sendo que, no caso da administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.” (ANS, RDC n. 39/2000).

Com a RN n.40/2003<sup>198</sup>, foi alterada a definição de administradoras, diminuindo a abrangência de atuação dessas empresas, que passaram a ser exclusivamente de administração de planos de saúde, e aumentando a sua possibilidade de contratação de clientes, uma vez que sua captação de recursos passou a ser definida como financiada por contratantes, ao invés de financiada por operadoras.

Essa definição foi revogada em 2009, por meio da RN n. 196/2009, que revogou a definição das administradoras e passou a adotar a denominação de administradoras de benefícios, definidas como pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, desenvolvendo pelo menos uma das seguintes atividades:

- i) promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde;
- ii) contratar plano de saúde coletivo, na condição de estipulante;
- iii) oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; ou

---

<sup>198</sup>Essa RN vedou às Operadoras a comercialização de produtos de assistência de saúde não previstos no art. 1º da Lei n. 9.656/98, implementando essa restrição prevista na própria Lei. Essa resolução veda expressamente, em seu Art. 1º, às empresas objeto da sua regulação, a oferta de temas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador de serviços, considerando que: “o acesso à assistência à saúde por meio de contratos ou filiação a sistemas de intermediação que não ofereçam garantia de cobertura financeira para custeio da assistência é desaconselhado em virtude da imprevisibilidade do vulto das despesas a que o consumidor estará sujeito quando necessitar atendimento médico.” (ANS, RN n. 40/2003)

- iv) apoio técnico em aspectos operacionais, como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora e alteração da rede assistencial.<sup>199</sup>

Em suma, a administradora de benefícios assume parte das atividades que seriam das pessoas jurídicas contratantes dos planos de saúde, como empresas empregadoras, conselhos, sindicatos ou associações profissionais. Com essa nova regulamentação fica explícito que a administradora de benefícios não pode atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço de operadora de plano de saúde, nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos de saúde (art. 3º da RN 196/2009). Fica explícito também que não se enquadram nessa classificação os corretores e corretoras, regulamentados pela Lei n. 4.594/1964. Ao comparar a definição de administradora de benefícios com a definição anterior de administradoras de planos, observa-se que:

- a) fica mantida a vedação de possuir rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. (art. 8º da RN 196/2009);
- b) ao invés da vedação de assumir o risco decorrente da operação desses planos, passa a constar que, quando a administradora de benefícios contratar um plano de saúde na condição de estipulante, ficará obrigada a assumir o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto. (art. 5º da RN 196/2009), desse modo visando preservar a continuidade de atendimento dos beneficiários no período contratado.

## **f) Seguradoras**

A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, alterou a Lei 9.656/1998, estabelecendo como único produto o plano privado de assistência à saúde, enquadrando o seguro saúde dentro desse conceito. Além disso, passou a incluir o requisito de que, para operar planos de saúde, as sociedades seguradoras devem ser tornar especializadas em saúde, definindo assim as Sociedades Seguradoras

---

<sup>199</sup> As administradoras de benefícios podem desenvolver, conforme estabelecido pela mesma RN 196/2009, outras atividades, tais como: apoio à área de RH na gestão de benefícios do plano; terceirização de serviços administrativos; movimentação cadastral; conferência de faturas; cobrança ao beneficiário por delegação; e consultoria para prospectar o mercado; sugerir desenho de plano ou modelo de gestão.

Especializadas em Saúde, enquadradas como operadoras de planos de saúde<sup>200</sup>. Assim, as Seguradoras Especializadas em Saúde passaram a ser disciplinadas pelo CONSU e ANS.

No mesmo ano, por meio da RDC n. 65/2001, a ANS regulamentou que no caso de matérias não disciplinadas pela ANS e pelo CONSU e aplicam às Seguradoras Especializadas em Saúde as normas da SUSEP e do CNSP publicadas até 21 de dezembro de 2000. Essa RDC foi revogada em 22 de dezembro de 2009, por meio da RN n.209/2009, que estabeleceu, para as operadoras de planos de saúde, critérios mínimos de equilíbrio econômico financeiro.

---

<sup>200</sup>Em 13/11/2013, constavam como vigentes os seguintes normativos. A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, estabeleceu, respectivamente em seus Art. 1º e 2º, que: a) As sociedades seguradoras passaram a ter a obrigação de, para operar o seguro de saúde enquadrado no art. 1o, inciso I e § 1o, da Lei no 9.656/1998, estarem constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, e b) Para efeito da Lei 9.656/1998, e da Lei no 9.961/2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

#### 4.5. Regulação e resultados econômicos

No horizonte temporal do presente capítulo, de 1998 a 2012, serão destacadas nesta seção as principais medidas regulatórias no que se refere a potenciais implicações nos resultados econômicos do mercado, em especial no padrão da arrecadação e da destinação de recursos. O ponto de partida da análise será a definição mais elementar, a contábil, em que o resultado econômico se assemelha ao lucro, resultante da diferença entre receitas e despesas.

Na literatura há diversos relatos de avanços com a regulação<sup>201</sup>. Entretanto, o impacto da regulação não foi pequeno, nem simples, associado em si a alguns desafios, como relata Vianna (2004, p.334): existiram pressões de várias ordens, com reações e divergências entre as operadoras, além da ameaça de falência de empresas e da necessidade de elevados reajustes de preços para cobrir as novas obrigações previstas. Não somente o aumento de preços, mas também algumas práticas de restrição de cobertura pelas operadoras, segundo Bahia e Scheffer (2008, p.540), revelam a fragilidade das normas para a necessidade de equilíbrio da sustentabilidade dos contratos frente às necessidades dos clientes. É comum pelas operadoras a prática da regulação da utilização pelos beneficiários, por exemplo, por meio de fatores moderadores (franquias e coparticipações), autorizações prévias a procedimentos e priorização do acesso por meio da rede credenciada, com a redução do mecanismo de livre escolha e reembolso. Além disso, algumas das restrições de cobertura vedadas após a Lei 9.656/98 podem permanecer nos contratos anteriores à vigência da Lei, tais como: limitação de dias de internação, exclusão de exames e procedimentos de alto custo e exclusão de cobertura de algumas doenças<sup>202</sup>.

A trajetória dos resultados econômicos do mercado de planos de saúde se insere no contexto que Vianna (2004, p.337) sintetiza, de que frente ao marco

---

<sup>201</sup>Por exemplo, CONASS (2007). Outro exemplo, Cechin e Badia (2008, p.2-3) argumentam que: “Com a regulação, a aparente desordem que rondava o mercado de planos de saúde cedeu lugar a um ambiente mais organizado, com regras claras de funcionamento e possibilidade de punição às empresas que não seguissem a estas determinações. Desta forma, comportamentos oportunistas e irresponsáveis de consumidores e operadoras, que apenas contribuía para o agravamento dos desperdícios de recursos já escassos no sistema nacional de saúde, tornaram-se mais raros.”

<sup>202</sup>Conforme estudo do CREMESP e IDEC (2007, 39), que exemplifica a prática, nos contratos antigos, de limites de internação como 30 dias por ano, sendo 10 dias o caso de UTI; e da exclusão da cobertura de doenças como câncer, AIDS, doenças infecciosas e crônicas.

regulatório, restavam para as operadoras pelo menos três estratégias: aumentar o preço dos prêmios, diminuir o custo operacional e diminuir o risco da sua carteira.

Essas estratégias possuem implicações esperadas sobre os resultados econômicos. O preço dos prêmios é um dos determinantes da receita, e, por outro lado, o custo operacional é um dos determinantes da despesa, também influenciada, de forma significativa, pela despesa assistencial, ou seja, a despesa com a cobertura dos sinistros do seguro, que depende da gestão, pela operadora, do risco da carteira. Tal ciclo de influências não se encerra em si, uma vez que a gestão do risco da carteira pela operadora pode vir a influenciar o perfil de beneficiários, como, por exemplo, no caso de operadoras que deixaram de atuar no mercado individual, trazendo implicações não somente para o lado da despesa, mas também para o perfil dos preços dos planos de saúde e, conseqüentemente, da receita.

A utilização dessas três estratégias se estabelece sob os limites e possibilidades permitidas pela regulação, como será mostrado considerando duas dimensões: a arrecadação e a destinação dos recursos.

#### **a) Regulação e arrecadação dos planos de saúde.**

As receitas das operadoras advêm principalmente da arrecadação de contraprestações mensais pelas operadoras, à semelhança dos prêmios arrecadados no setor de seguros. No contexto da regulação dos produtos, a ANS estabeleceu regras específicas para o estabelecimento das contraprestações na ocasião das vendas e também para as suas variações no tempo.

Com a implantação do marco regulatório, houve a configuração de um modelo de precificação dos planos de saúde, em função da definição da regulação de preços, por meio de normas para os preços de venda e para a variação das mensalidades.

Os preços de planos de saúde são calculados com base na lógica mutualista. Essa lógica, análoga à prática do mercado de seguros, consiste num modelo no qual todos os contratantes contribuem para que alguns usem a cobertura contratada, em caso de necessidade. Nessa lógica, o valor da contraprestação mensal é pré-definido com base em cálculos atuariais, sendo que o aumento da quantidade de serviços utilizados por um indivíduo não resulta em um aumento na mesma medida do valor da sua contraprestação mensal. Assim, o aumento de

despesas do mútuo deve, por definição, ser diluído em um determinado grupo (pool de risco).

A regulação de preços possui duas dimensões: as regras para definição inicial das contraprestações na oferta de novos contratos (“preços de venda” ou mensalidades) e para as variações de valores das contraprestações (variações por faixa etária e reajustes).

### **Definição inicial das mensalidades**

No que se refere aos preços de venda de planos de saúde, a ANS não determina os valores de contraprestações (mensalidades), que podem ser definidos a critério das operadoras desde que respeitadas algumas regras.

A ANS exige que a operadora apresente uma Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) como pré-requisito para a concessão do registro e para a manutenção de comercialização de cada um de seus planos<sup>203</sup>. A NTRP deve apresentar tabela de contraprestações por faixas etárias, com base em cálculos atuariais, que devem respeitar o pacto intergeracional, nos termos que será definido logo adiante.

A precificação de planos de saúde, para os planos individuais e parte dos planos coletivos<sup>204</sup>, deve respeitar as três regras a seguir. A ANS estabeleceu no ano de sua criação, buscando evitar a prática pelas operadoras de *dumping* ou de preços predatórios ou insustentáveis, regra de valores mínimos para comercialização, que devem ser suficientes para cobrir os custos assistenciais

---

<sup>203</sup>A NTRP foi criada e instituída a partir da publicação da RDC n. 28, de 26/06/2000, e foi alterada pela RDC n.46, de 28/12/2000, e pelas RN's n.183, de 19/12/2008, n.252, de 28/04/2011, e n. 304, de 19/09/2012. As IN DIPRO n. 08/2002, n.18/2008 e n.23/2009, complementam a regulamentação da NTRP. Estão dispensados do envio da NTRP os planos exclusivamente odontológicos e os planos com formação de preço pós-estabelecido.

<sup>204</sup>Nos termos da RDC 28/2000, considerando suas atualizações até a RN 304/2012, a regra também se aplica aos planos coletivos, com exceção dos planos coletivos exclusivamente odontológicos e aqueles com formação de preço pós-estabelecido. A partir da vigência da RN nº 304/2012, ou seja, de janeiro de 2013, a NTRP passou a ser exigida para os planos coletivos empresariais, independentemente da existência de financiamento da pessoa jurídica contratante e do porte. Essa mesma RN estabelece que algumas das regras de precificação não se aplicam aos contratos coletivos empresariais com 30 beneficiários ou mais, verificados na data de sua assinatura: a) Adequação do preço de venda aos valores mínimos para comercialização da NTRP (Coluna “K” do Anexo II-B); b) Adequação do preço de venda aos limites mínimo e máximo da NTRP, correspondentes, respectivamente, a subtração e adição de 30% ao Valor Comercial da Mensalidade informado na NTRP (coluna “T” do Anexo II-B); c) Variação por faixa etária do contrato mantendo perfeita relação com o Valor Comercial da Mensalidade informado na NTRP (coluna “T” do Anexo II-B) (ANS, 2013j)

adicionados de uma margem de segurança estatística, conforme estimativas apresentadas pelas operadoras na NTRP <sup>205</sup>. A partir de 2008, os preços da tabela de venda dos planos de saúde não podem ultrapassar os limites de 30% acima ou abaixo do Valor Comercial da Mensalidade apresentado na NTRP <sup>206</sup>. A regulamentação determina ainda que a variação entre os preços por faixa etária do Valor Comercial da Mensalidade apresentado pela operadora na NTRP deve manter perfeita relação com essa mesma variação das tabelas de venda e daquelas constantes no contrato (ANS, 2012a, p.6).

O pacto intergeracional se caracteriza pela limitação da diferença de preços das faixas etárias mais avançadas em relação às aquelas mais jovens, nos termos do Quadro 4.10. Com essa regra, os custos são diluídos dentro dos grupos com perfil etário semelhante, e também, em alguma medida, considerando o limite para os preços para os mais idosos, esse grupo usufrui de uma espécie de subsídio cruzado em função dos preços aplicados aos mais jovens.

**Quadro 4.10: Regras do aumento de preço por mudança de faixa etária**

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2/Jan/ 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
2/Jan/ 1999 a 1/Jan/ 2004	7 faixas: 0 a 17; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 ou mais	A Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17). Contratos de consumidores com 60 anos ou mais que tenham dez anos ou mais de plano não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1/Jan/ 2004 (Estatuto do Idoso)	10 faixas: 0 a 18; 19 a 23; 24 a 28; 29 a 33; 34 a 38; 39 a 43; 44 a 48; 49 a 53; 54 a 58; 59 ou mais	A RN nº 63/2003 determina que:a) o valor fixado para a última faixa etária (59 ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18); b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Fonte: Adaptado de ANS (2012).

<sup>205</sup> A RDC 28/2000 estabeleceu que os valores mínimos de comercialização correspondem à estimativa, calculada atuarialmente na NTRP, de despesa assistencial líquida por exposto com margem de segurança estatística por exposto.

<sup>206</sup> Nos termos da RN 183/2008, que alterou a RDC 28/2000.

## Variação nos valores das mensalidades

No que se refere à variação das mensalidades<sup>207</sup>, além da mencionada possibilidade de aumento por mudança de faixa etária, é possível o aumento de preço por variação de custo (denominado de reajuste).

Esse reajuste, no caso dos planos contratados por pessoas jurídicas, somente é monitorado pela ANS, com base na premissa de que os contratantes possuem maior poder de negociação junto às operadoras<sup>208</sup>. A regulação de reajuste somente se aplica aos contratos de pessoas físicas (planos individuais ou planos sem patrocínio contratados por pessoas físicas junto a empresas de autogestão sem mantenedor), no caso de planos médico-hospitalares<sup>209</sup>.

Para tanto, a ANS define anualmente um índice máximo de reajuste, que só pode ser aplicado pelas operadoras uma vez por ano após uma autorização específica. Desse modo, o reajuste definido pelas operadoras pode ser menor ou igual ao índice definido pela ANS, regra inspirada na regulação por incentivos, em específico no modelo de *yardstick competition*, caracterizado pela criação de uma medida de comparação para as empresas reguladas, utilizando parâmetros de desempenho, que podem ser utilizados para promover a redução dos custos e diminuir os efeitos da assimetria de informação<sup>210</sup>.

Essa regra não alcançou os planos contratados anteriormente à vigência do marco legal, em função da definição judicial mencionada anteriormente, que garantiu que devem ser observados os termos previstos nos contratos dos planos antigos, inclusive para o reajuste. Entretanto, caso a cláusula contratual não seja clara, o reajuste anual deve estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS

---

<sup>207</sup>A norma também prevê, mas esta suspensa, a variação de mensalidade em função de revisão técnica, que se trata de exceção no caso de plano em desequilíbrio econômico. Nesse caso, a operadora deveria oferecer ao consumidor pelo menos duas opções que levem ao reequilíbrio do plano, sendo pelo menos uma delas sem ter aumento de mensalidade.

<sup>208</sup>A RN n.309, de outubro de 2012, definiu regras específicas para o reajuste dos planos coletivos, na modalidade assistencial médico-hospitalar, com menos de 30 beneficiários, excetuando-se aqueles com formação de preço pós-estabelecido e aqueles contratos exclusivos para ex-empregados. A aplicação dessa regra foi prevista para a partir de maio de 2013, desse modo, não é necessária a apresentação dos detalhes dessa nova regra, uma vez que o período de análise do presente trabalho é até 2012.

<sup>209</sup>Em junho de 2012, esse conjunto de beneficiários representava cerca de 8 milhões de pessoas (17% dos consumidores de planos médico-hospitalares).

<sup>210</sup>Para mais detalhes, ver Benjó (1999) e Leal e Matos (2008a).



ou ser autorizado previamente pela ANS por meio da celebração de Termo de Compromisso<sup>211</sup>.

No que se refere aos planos exclusivamente odontológicos, a partir de maio de 2005 a ANS optou por deixar de autorizar reajustes por variação de custo, estabelecendo como regra a aplicação de índice de preços (IGP-M, IPCA, etc.) previsto em contrato ou firmado através de Termo Aditivo, que, caso não aceito pelo consumidor, implica na adoção do IPCA<sup>212</sup>.

#### **b) Regulação, arrecadação de recursos e sua destinação.**

O estabelecimento das mensalidades dos mercados de seguro em geral considera na definição de seus prêmios as estimativas das futuras despesas cobertas pelos contratos, entre outras. Para os planos de saúde, a ANS estabeleceu regras para essa precificação, como mencionamos na seção anterior ao tratar da NTRP. Além disso, a ANS estabeleceu parâmetros a serem preenchidos pelas operadoras na NTRP, que deve ser enviada à ANS informando a decomposição do Valor Comercial da Mensalidade. Em primeiro lugar, a NTRP, por meio de seu Anexo II-A, estabelece parâmetros de formação da despesa assistencial por exposto, como mostrado no Quadro 4.11.

**Quadro 4.11: Formação da despesa assistencial por exposto**

Coluna do Anexo II-A da NTRP	Conta
E	N.º de Expostos
F	N.º de Eventos
$G = F / E$	Frequência de Utilização
H	Total de Despesa Assistencial
$I = H / F$	Valor Médio do Item de Despesa Assistencial
$J = G \times I = H / E$	Despesa Assistencial por Exposto

Fonte: Elaboração própria, com base na NTRP da ANS.

Em segundo lugar, a NTRP, por meio de seu Anexo II-B, conforme mostrado no Quadro 4.12, estabelece lógica de formação do valor comercial da mensalidade, que é calculado a partir da despesa assistencial por exposto, descontada das

<sup>211</sup>Para mais informações, ver ANS, acesso em 16/09/2012: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>

<sup>212</sup>Conforme RN 118/2005 e RN 129/2006.

recuperações de recursos, seguida do acréscimo dos denominados carregamentos e, caso necessário, de ajuste<sup>213</sup>.

O conceito de carregamentos se refere às despesas não assistenciais que são adicionadas na composição do preço de vendas. Os principais carregamentos adotados na precificação, segundo a ANS (2012a, p.52) são: as despesas administrativas, despesas comerciais e margem de lucro. Além desses, constam outros dois carregamentos: outras despesas da carteira de planos por beneficiário, prestação de outros serviços por beneficiário (ANS, 2012a, p.51).

**Quadro 4.12: Formação do Valor Comercial da Mensalidade**

Coluna do Anexo II-B da NTRP	Conta
E	Despesa Assistencial por Exposto
F	Recuperação de co-participação
G	Recuperação de Seguro
H	Recuperação de Resseguro e Co-seguro
I = E-F-G-H	Desp. Assistencial Líquida por Exposto
J	Margem de Segurança Estatística por Exposto
K = I+J	Desp. Ass. Liq. p/ Exp. c/ Margem de Segurança Estat. p/ Exp.
M	Desp. de Comercialização por beneficiário
N	Outras desp. da carteira de planos por beneficiário
O	Desp. Administrativas por Beneficiário
P	Prestação de outros serviços por beneficiário
Q = K+M+N+O+P	Desp. total por beneficiário
R	Margem de Lucro por beneficiário
S	Ajuste
T = Q+R+S	Valor comercial da mensalidade

Fonte: Elaboração própria, com base na NTRP da ANS.

Dentre as medidas regulatórias com potencial impacto na destinação dos recursos, destacamos as principais.

Da regulação de produtos, destaca-se a padronização da cobertura assistencial em um nível superior ao antes praticado pelo mercado, bem como o Rol de Procedimentos (Rol) definido pela ANS<sup>214</sup>. O Rol determina a cobertura assistencial mínima para todos os planos contratados a partir de 1999 e passou por cinco

<sup>213</sup>O item ajuste, previsto na coluna S do Anexo II-B da NTRP, quando utilizado, deve vir, conforme determinação da ANS (Anexo I da RDC n. 28/2000, alterado pela IN n. 8/2003), acompanhado de justificativa técnica, tais como diferenças entre regiões e adequação dos preços aos limites por faixa etária estabelecidos pela ANS (inicialmente por meio do Art. 2º da Res. CONSU n.º 6/1998, alterado pelo item IV, art. 2º da Resolução CONSU n.º 15/1999.

<sup>214</sup>Para mais detalhes, ver Santos et al (2008), Santos (2006) e Matos (2011).

revisões até 2012. Suas revisões atualmente têm ocorrido de dois em dois anos, sendo o início da vigência da revisão definido para o início dos anos pares<sup>215</sup>. O rol de procedimentos se tornou um instrumento de atualização e, no geral, de expansão da cobertura obrigatória, com implicação no aumento das despesas assistenciais das operadoras e da complexidade dos seus cálculos atuariais para estimar os preços de venda. Frente ao aumento das despesas, a tendência das operadoras é o aumento das mensalidades, sendo que, no caso do reajuste dos planos individuais depende do índice máximo de reajuste estabelecido pela ANS, a ser apurado no ano seguinte da definição do novo rol.

Um segundo destaque da regulação de produtos é a definição de regras de acesso para proteger os consumidores, como a proibição de que as operadoras rejeitem consumidores ou, no caso dos contratos individuais, a proibição da rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras. Essas regras limitam as práticas de gestão do risco da carteira pelas operadoras, tendo como resultado esperado não somente o aumento das despesas assistenciais, mas também o aumento da complexidade da precificação e dos estudos atuariais para as operadoras, podendo ocasionar adicionalmente aumento das despesas administrativas.

Da regulação das operadoras, destaca-se a regulação prudencial, com a finalidade de minimizar o risco de insolvência das operadoras, por meio da obrigação de garantias financeiras estabelecida pela ANS em duas dimensões: os recursos próprios mínimos e as provisões técnicas. As regras de recursos próprios mínimos se referem à estrutura de capital das operadoras, particularmente sobre o seu patrimônio<sup>216</sup>. Por sua vez, as provisões técnicas representam valor provisionado para garantir as obrigações futuras, em função dos riscos inerentes às operações de planos de saúde, e, desse modo, são registradas no passivo do balanço patrimonial da operadora. O valor das provisões técnicas deve ser lastreado

---

<sup>215</sup>O primeiro rol de procedimentos estabelecido pela ANS foi o definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar - Consu 10/98, atualizado em 2001 pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 67/2001, e novamente revisto nos anos de 2004, 2008, 2010, 2011, respectivamente pelas RNs 82, 167, 211, 262. Conforme ANS (2013), acesso em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>

<sup>216</sup>Na dimensão recursos próprios mínimos, a ANS estabeleceu regras com parâmetros mínimos para o patrimônio e para a margem de solvência. Em 2001, a RDC 77 estabeleceu uma série de exigências financeiras quanto às condições de entrada (reservas técnicas iniciais, garantias financeiras), criando uma distinção entre as firmas estabelecidas, com um prazo de até 6 anos para integralizar o capital necessário, e as potenciais entrantes, com a obrigação imediata (Andreazzi, 2002, p.187).

por recursos denominados ativos garantidores, que devem respeitar determinados critérios estabelecidos pela ANS<sup>217</sup>.

As provisões técnicas formam parte integrante do mecanismo do seguro, sendo constituídas mensalmente a partir das mensalidades arrecadadas, sendo esse valor descontado das receitas para a aferição dos lucros das operadoras. Nesse sentido, desde a origem do plano de contas da ANS, o primeiro dos componentes da receita é o valor das contraprestações efetivas, que se referem ao valor das mensalidades descontado da parcela de constituição das provisões técnicas. Assim, as provisões técnicas estão diretamente relacionadas não somente com a estrutura patrimonial, assim como a regra de capital mínimo, mas também com o demonstrativo de resultados da operadora. Isso não significa que o resultado apurado, ou seja, o lucro, não tenha relação com a estrutura patrimonial da empresa, uma vez que os resultados acumulados podem ser alocados, juntamente com outras fontes de recursos, na constituição do capital mínimo da empresa.

Da regulação da organização do mercado, destaca-se a criação da obrigação, para as operadoras, do ressarcimento dos valores utilizados no SUS pelos contratantes dessas coberturas em planos de saúde. Trata-se de medida, segundo Relatório de Gestão da ANS (2013i, p.152) com o objetivo de evitar o enriquecimento sem causa das operadoras em detrimento da coletividade, bem como de impedir o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos e de desestimular o descumprimento, por parte das operadoras, dos contratos celebrados. Essa medida ocasionou nova categoria de despesa para as operadoras.

Como exposto, identificamos as principais medidas regulatórias com potencial de influenciar os resultados econômicos do mercado de planos de saúde, que serão objeto de análise no próximo capítulo.

---

<sup>217</sup>Sobre regras de garantias financeiras em geral, ver ANS (2013g), ANS (2007f), ANS (2006f). Para uma análise sobre a política de ativos garantidores da ANS, ver Dias Filho (2010 e 2013).

## **5. RESULTADOS ECONÔMICOS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE APÓS 1998**

Este capítulo irá apresentar:

- i) Abordagem da investigação.
- ii) Panorama de Beneficiários, planos de saúde e Operadoras.
- iii) Arrecadação de recursos e receitas de contraprestações.
- iv) Destinação dos recursos arrecadados pelas operadoras.

## 5.1. Abordagem da investigação

O estudo dos resultados econômicos terá como fonte principalmente as informações disponibilizadas pela ANS em suas publicações e bases de dados específicas, com destaque para a que disponibiliza as Demonstrações Contábeis das Operadoras. Será também utilizada a literatura especializada sobre o assunto, bem como as estatísticas socioeconômicas disponibilizadas por instituições como o IBGE.

Esta seção apresentará de forma sintética uma revisão da literatura, visando identificar os principais aspectos metodológicos relativos ao objeto em tela, sendo que os resultados empíricos mais pertinentes serão tratados nas seções adiante sobre os resultados econômicos do setor.

O conteúdo está estruturado nas seguintes subseções:

- i) Fontes de dados da ANS
- ii) Publicações acadêmicas

### 5.1.1. Fontes de dados da ANS

Desde a sua criação, a ANS vem ampliando a disponibilidade de informações sobre o setor, como parte de sua política de transparência, entretanto, os dados divulgados apresentam limites, como será exposto. Em geral, as informações são passíveis de atualização, pelas operadoras, quanto aos períodos do passado, podendo haver alteração dos dados da série temporal a depender da data de consulta.

A ANS disponibiliza, por meio do sistema ANS Tabnet, a consulta de informações gerais de beneficiários, operadoras e planos. As informações de beneficiários<sup>218</sup> são permanentemente atualizadas<sup>219</sup>, fazendo com que esse dado seja sempre provisório. No que tange aos resultados econômicos das operadoras,

---

<sup>218</sup>O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

<sup>219</sup>O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de adesão (contratação) e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS.

disponibiliza somente informações de: receita de contraprestações, despesa assistencial e despesa administrativa.

Para mais informações sobre os resultados econômicos do setor, podem ser consultadas bases de dados com as Demonstrações Contábeis de cada uma das mais de mil Operadoras. Esses dados correspondem estritamente às informações apresentadas pelas operadoras, não tendo sofrido alterações ou críticas por parte da ANS. Entretanto, são disponibilizadas pela ANS somente as contas contábeis com maior nível de agregação, dentre as informações enviadas pelas operadoras<sup>220</sup>, que devem seguir o formato do Plano de Contas Padrão da ANS, que foi inicialmente estabelecido em 2000, mas passou por uma série de modificações em função das normas listadas no Quadro 5.1.

**Quadro 5.1: Normas sobre o Plano de Contas Padrão da ANS**

Norma	Escopo
RDC n.38, de 27/10/ 2000	Plano de Contas Padrão da ANS. Vigência imediata.
RN n.3, de 19/04/ 2002	Revoga os anexos I e II da RDC n.38. Vigência obrigatória a partir de 1º de junho de 2002, mas a ANS recomenda sua implementação a partir de janeiro de 2002, mediante reclassificação das contas aplicáveis.
RN n. 27, de 01/04/ 2003	Revoga os anexos I e II da RN n.3. Vigência obrigatória a partir de janeiro de 2003. Fica facultada a utilização retroativa para 2002, mediante reclassificação das contas aplicáveis. Não se aplica às Seguradoras, cujo plano de contas foi instituído pela RN n.28, de 01/04/2003, com vigência obrigatória a partir de janeiro de 2003.
RN n. 136, de 31/10/ 2006	Revoga a RN n.27 e a RN n.28. Vigência obrigatória a partir de janeiro de 2007. Aplica-se a todas as operadoras. Teve seu anexo I alterado pela RN n.147, de 14/02/2007, com vigência imediata.
RN n. 184, de 19/12/ 2008	Revisão do Plano de Contas Padrão. Vigência obrigatória a partir de janeiro de 2009. Estabelece que no ano de 2008, as demonstrações contábeis deverão atender a Lei 11.638, de 28/12/2007 e à Medida Provisória n.449, de 03/12/2008.
RN n.207, de 22/12/ 2009	Revoga as RNs n.136, n.147 e n.184. Início da vigência obrigatória a partir de janeiro de 2010. As demonstrações contábeis deverão obedecer ao disposto na Lei n.11.941, de 27/05/2000, e na Lei 6.404, de 15/12/1976.
RN n.247, de 25/02/ 2011	Revoga RN n.207. Vigência obrigatória a partir de janeiro de 2011, exceto para as administradoras de Benefícios, em janeiro de 2012.
RN n.290, de 27/02/ 2012	Revoga a RN n.247 e outras. Vigência obrigatória a partir de janeiro de 2012.
RN n.314, de 23/11/ 2012	Altera anexos da RN n.290, aplicável a partir de 2013. Nova alteração de seus anexos por meio da RN n.322, de 27/03/2013, com vigência imediata, juntamente com a definição de que as próximas atualizações do Plano de Contas Padrão da ANS passarão a ser promovidas por meio de IN da DIOPE.

Fonte: Elaboração própria.

<sup>220</sup>Com base nos sistemas DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras), por meio do qual são recebidas pela as informações cadastrais e econômico-financeiras das operadoras, e FIP (Formulário de Informações Periódicas), sistema utilizado até 2006 somente pelas seguradoras, que a partir de 2007 passaram a utilizar o DIOPS (ANS, 2014). O autor da presente tese solicitou à ANS a base de dados completa das informações contábeis das operadoras, entretanto não houve avanços nessa tratativa porque não haveria tempo hábil dado o prazo desta pesquisa.

Além das mudanças dos planos de contas, os dados contábeis são disponibilizados pela ANS com as seguintes particularidades:

- i) 2001 a 2006, informações disponibilizadas anualmente, sendo que os dados das seguradoras constam em arquivos distintos das demais operadoras. No caso das Seguradoras, as informações até 2006 são oriundas do formulário (FIP), que não permite a discriminação das despesas assistenciais (ANS, 2012b), assim como algumas outras categorias de receitas e de despesas. A partir de 2007, as Seguradoras passaram a informar seus dados do mesmo modo que as outras modalidades, por meio do DIOPS.
- ii) 2007 a 2012, informações de operadoras (inclusive seguradoras) disponibilizadas por meio de arquivos trimestrais. Foram utilizados os arquivos do 4º trimestre, que representam a informação acumulada do ano.

Adicionalmente, possuem particularidades as Autogestões (ANS, 2013d), que passaram a informar suas receitas e despesas obrigatoriamente a partir de 2007, com exceção: daquelas por SPC (Secretaria da Previdência Complementar) obrigadas a partir de 2010; e da categoria de autogestões por RH<sup>221</sup>, que permaneceu desobrigada do envio das informações financeiras.

No âmbito da presente pesquisa, foi organizada base de dados com os dados dos diversos arquivos de Demonstrações Contábeis, com base nas informações disponibilizadas, em fevereiro de 2014, na página eletrônica da ANS<sup>222</sup>.

Outra fonte de informação pertinente é a divulgação, pela ANS, de informações tratadas e/ou consolidadas, por meio de diversos periódicos, conforme resumido no Quadro 5.2, dentre os quais destacamos os seis primeiros como será detalhado em seguida.

---

<sup>221</sup>Até 2006, as autogestões eram classificadas como Patrocinadas ou Não-Patrocinadas. A partir da RN n.137/2006, alterada pela RN n.148/2007, passaram a se dividir em três categorias: Autogestao por RH, Autogestao com mantenedor, e Autogestão sem mantenedor.

<sup>222</sup>Dentro da seção Perfil do Setor, no item Dados e Indicadores do Setor, no subitem Dados Financeiros, na opção Demonstrações Contábeis. Acesso em: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor>. As informações do sistema da ANS (DIOPS) podem ser retificadas pelas operadoras, de modo que é relevante registrar aqui a data de referência (ou data corte) das informações utilizadas: i) de 2001 a 2010 (09/11/2011), exceto as seguradoras que nao informam data corte de 2001 a 2006, ii) em 2011 (11/06/2012) e iii) em 2012 (16/04/2013).



### Quadro 5.2: Periódicos publicados pela ANS

Publicação	Período	Destaque
Caderno de Informação (ANS, 2013d)	Trimestral. Desde março de 2007.	Informações sobre beneficiários, operadoras e planos de saúde.
Foco Saúde Suplementar (ANS, 2013e)	Trimestral. Desde março de 2012.	Informações síntese sobre conjuntura econômica; beneficiários; operadoras e planos de saúde; e atenção à saúde.
Anuário Aspectos Econômico-financeiros (ANS, 2012e)	Anual. Desde 2005.	Dados econômico-financeiros por operadoras de planos de saúde.
Atlas Econômico Financeiro (ANS, 2012b)	Anual. Desde 2005.	Dados econômico-financeiros das operadoras, por macrorregiões e modalidades de operadoras.
Prisma Econômico-financeiro (ANS, 2013c)	Trimestral. Desde o 3º trim. de 2009	Evolução dos últimos 3 anos dos aspectos econômico, financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras, segmentados por modalidade de operadora.
Painel de Precificação (ANS, 2012a)	Anual. Única edição em 2012	Panorama de preços, reajustes por faixa etária, itens de despesas e carregamentos.
Mapa assistencial	Anual. Desde 2012.	Dados de produção assistencial, promoção e prevenção, e monitoramento assistencial.
BRATS	21 Boletins. Desde junho de 2006.	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Fonte: Elaboração própria, com base na página eletrônica da ANS<sup>223</sup>.

#### a) Caderno de Informação da Saúde Suplementar

O Caderno de Informação da Saúde Suplementar (Caderno) (ANS, 2013d) é uma dos primeiros periódicos da ANS e até hoje um dos mais abrangentes em termos temáticos e de horizonte temporal, apresentando a evolução histórica de informações sobre beneficiários, operadoras e planos de saúde. Para as operadoras, constam séries históricas de<sup>224</sup>:

- i) Evolução quantitativa da situação de registro das operadoras (a partir de 1999).

<sup>223</sup> Dentro de Perfil do Setor, opção materiais por tipo de publicação, item periódicos. Acesso em 06/02/2014, em: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>

<sup>224</sup> Constam outras informações pertinentes sobre os resultados econômicos das operadoras, entretanto, somente para período mais recente, tais como: i) Distribuição de beneficiários entre as operadoras, tipo curva ABC; ii) Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade da operadora; iii) Receita de contraprestações e despesas (assistencial e administrativa), segundo porte da operadora, e também segundo modalidade da operadora; iv) Valor dos itens de despesa assistencial (Consultas, Exames, Terapias, Internações, Outros atendimentos ambulatoriais, Demais despesas assistenciais, Procedimentos odontológicos, Demais despesas assistenciais).

- ii) Dados gerais de receitas de contraprestações<sup>225</sup> e despesa assistencial<sup>226</sup> (a partir de 2003), bem como, segundo modalidade da operadora: taxa de sinistralidade (a partir de 2004) e receita de contraprestações e despesa assistencial (a partir de 2007).
- iii) Dados do SIP segundo modalidade de operadora e por tipo de contratação do plano, de 2007 a 2011: taxa de internação de beneficiários e gasto médio por internação; consultas médicas por beneficiário e gasto médio por consulta;

Destacamos aqui que o Caderno utiliza inoportunamente a denominação despesa administrativa. Adotaremos no presente trabalho a definição de despesas administrativas do Plano de Contas da ANS, que distingue essa categoria das despesas de comercialização, financeiras, entre outras. O Caderno adota uma definição mais abrangente, próxima ao conceito de despesas indiretas adotado na contabilidade, ao incluir outras categorias no conceito de despesa administrativa, qual seja: “todas as despesas das operadoras que não estejam relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde”.

#### **b) Foco Saúde Suplementar**

Esse periódico (ANS, 2013e) traz informações sintéticas, sobre as novas normas estabelecidas pela ANS, e também informações sobre conjuntura econômica; beneficiários; operadoras e planos de saúde; e atenção à saúde. O formato é do tipo apresentação, reportando, juntamente com breve comentário analítico, diversas informações síntese do setor de saúde suplementar, em geral disponíveis em outros periódicos da ANS.

---

<sup>225</sup>A receita de contraprestações efetivas resulta da soma das contraprestações líquidas (ou prêmios retidos líquidos), considerados os efeitos das variações das provisões técnicas, as receitas com administração de planos e os tributos diretos de operações com planos.

<sup>226</sup>A despesa assistencial é definida como a despesa resultante de qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontada dos valores de glosas.

### c) Anuário ANS – Aspectos Econômico-Financeiros da Saúde Suplementar

O Anuário (ANS, 2012e) apresenta as informações econômico-financeiras, segundo cada Operadora, para o ano corrente e para o ano anterior. Em quadro resumo por operadora<sup>227</sup>, são apresentadas informações de registro da operadora, a quantidade de beneficiários, as principais informações dos demonstrativos contábeis. São apresentados também indicadores econômico-financeiros de diversas dimensões<sup>228</sup>, dentre as quais se destacam, frente ao escopo do presente trabalho, os indicadores de rentabilidade e operacionais, apresentados no Quadro 5.3 e no Quadro 5.4. Tais indicadores são um útil instrumento de análise, entretanto, assim como as outras informações dessa publicação, não estão disponíveis no formato de base de dados, mas somente como relatório.

#### Quadro 5.3: Indicadores de rentabilidade utilizados pela ANS

Indicador	Fórmula	Legenda
ROA - Taxa de retorno sobre o ativo total.	$ROA = RL / AT$	RL = Resultado Líquido; AT = Ativo Total
ROE - Taxa de retorno sobre o Patrimônio Líquido.	$ROE = RL / PL$	PL = Patrimônio Líquido
MLB – Margem de Lucro Bruto	$MLB = RB / CE$	RB = Resultado Bruto; CE = Contraprestações Efetivas
MLL – Margem de Lucro Líquido	$MLL = RL / CE$	RL = Resultado Líquido;
Margem EBIT – LAJIR (Lucro Antes dos Juros e Impostos)	$EBIT = (RL + DF + IR + CSLL - ID) / CE$	DF = Despesas Financeiras ID = Impostos Diferidos
Margem EBITDA – LAJIDA (Lucro Antes dos Juros, Impostos, Depreciação e Amortização)	$EBITDA = (RL + DF + IR + CSLL - ID + De + Am) / CE$	De = Depreciação Am = Amortização

Fonte: Elaboração própria, com base em ANS (2012e)

#### Quadro 5.4: Indicadores Operacionais utilizados pela ANS

Indicador	Fórmula	Legenda
IDM – Índice de Despesas Assistenciais ou Sinistralidade.	$IDM = EIL / CE$	EIL = Eventos Indenizáveis Líquidos; CE = Contraprestações Efetivas
IDC – Índice de Despesas de Comercialização.	$IDC = DC / CE$	DC = Despesas de Comercialização.
IDA – Índice de Despesas Administrativas	$IDA = DA / CE$	DA = Despesas Administrativas.
COMB – Índice Combinado	$COMB = (EIL + DC + DA) / CE$	
COMBA – Índice Combinado Ampliado	$COMBA = (EIL + DC + DA) / (CE + RFL)$	RFL = Resultado Financeiro Líquido.

Fonte: Elaboração própria, com base em ANS (2012e)

<sup>227</sup> São incluídas as operadoras, excetuando-se as autogestões por RH, dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros do DIOPS, e aquelas que não enviaram o DIOPS ou que possuem informações insuficientes ou inconsistentes.

<sup>228</sup> Também são apresentados indicadores para as dimensões de capital, ciclo financeiro, liquidez e tique médio.

#### **d) Atlas Econômico Financeiro da Saúde Suplementar**

O Atlas Econômico Financeiro (ANS, 2012b) divulga informações, para os últimos três anos, de indicadores econômico-financeiros. Os dados são apresentados de forma agregada e também desagregada segundo as modalidades de operadoras e segundo regiões do Brasil. Cabe destacar as informações das receitas dos planos (CP), bem como as seguintes despesas<sup>229</sup>: administrativas (DA), de comercialização (DC) e assistenciais (DM). Essa publicação (ANSb, 2012, p.239) efetuou os seguintes tratamentos nos dados: i) exclusão de operadoras com informações inconsistentes<sup>230</sup>; ii) estimativa de Despesas Administrativas ajustadas (DA'), em alguns casos, para desconsiderar efeitos referentes a atividades distintas da operação de planos de saúde<sup>231</sup>; e iii) remoção de *outliers*<sup>232</sup> aplicada às variáveis COMB e Contraprestação média (CM).

#### **e) Prisma econômico-financeiro da Saúde Suplementar**

O Prisma econômico-financeiro (ANS, 2013c) tem como função apresentar, de forma objetiva, informações relevantes dos aspectos econômico, financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras. As informações são apresentadas, em geral para os últimos doze trimestres, de forma consolidada e também segmentadas por modalidade de operadora, com destaque para:

- i) Contraprestações efetivas, eventos indenizáveis líquidos e o resultado líquido;
- ii) Garantias financeiras, como as provisões técnicas e os ativos garantidores;
- iii) Índices econômico-financeiros, calculados de duas formas, a agregada (somando-se as informações das operadoras da amostra, significando, por exemplo,

<sup>229</sup>E também a participação percentual dessas despesas em relação à receita de mensalidades, apresentadas juntamente com o cálculo do Índice Combinado (COMB), calculado como  $COMB = (DA + DC + DM) / CP$ .

<sup>230</sup>Exclusão de operadoras com totais de receitas ou despesas iguais a zero, bem como de valores com sinais opostos à natureza da conta (ex.: despesas com sinal positivo, receitas com sinal negativo).

<sup>231</sup>Nos casos em que o módulo da diferença entre os dois valores for superior a 10%, ou mais claramente:  $| DA / DA' - 1 | \geq 0,1$ . Tal situação é mais frequente no caso das Filantropias. Para retratar especificamente a atividade de operação de planos de saúde, tal ajuste foi efetuado segundo a fórmula:  $DA' = DA \times (CP / (CP + Outras\ receitas))$ .

<sup>232</sup>Foi utilizada a técnica estatística descrita por Bussab e Morettin (2006), que define que são considerados como atípicos os valores abaixo do limite inferior (Li) e acima do limite superior (Ls), conforme definição a seguir:

$D =$  a diferença entre o 3o quartil (Q3) e o 1o quartil (Q1);

$Li = Q1 - (1,5) D$ .

$Ls = Q3 + (1,5) D$ .

que as com maior receita têm maior peso) e a não-agregada (todas as operadoras da amostra de forma igualitária no indicador, independente de seu peso no mercado).

Os índices econômico-financeiros são calculados com base em duas amostras, distintas em relação ao tratamento dos dados: i) com dados não tratados estatisticamente<sup>233</sup> e ii) com dados tratados estatisticamente, envolvendo a exclusão de dados discrepantes individualmente por indicador<sup>234</sup>. Desses índices, destacamos os resultados anuais, para os últimos três períodos, que somente foram disponibilizados para a amostra com dados não-tratados, para quatro indicadores: Retorno sobre o Ativo (ROA), Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), Margem de Lucro Líquido (MLL) e Sinistralidade (SIN).

#### **f) Painel de Precificação – Planos de Saúde (ANS, 2012a)**

O painel de precificação (ANS, 2012a) apresenta um panorama dos preços, reajustes por faixa etária, itens de despesas e carregamentos. A fonte dessas informações é NTRP (Nota Técnica de Registro de Produto). Esse relatório da ANS (2012a) apresenta a média dos carregamentos na precificação dos planos de saúde<sup>235</sup>.

---

<sup>233</sup> Somente considera as operadoras ativas que tiveram o envio de todos os DIOPS no horizonte do período analisado (os últimos quatro anos). Em dezembro de 2012, representou 711 operadoras, abrangendo mais de 75% do total de beneficiários, sendo considerada uma amostra estatisticamente representativa do mercado. (ANS, 2013c, p.21).

<sup>234</sup> A exclusão de *outliers* seguiu a metodologia descrita por Bussab e Morettin (2006).

<sup>235</sup> Para o cálculo dos indicadores, a publicação utilizou a exclusão de *outliers*, que são valores atípicos ou extremos em uma série de dados. Não implicam necessariamente em inconsistência, mas são extraídos dos cálculos para que não causem distorção nas estatísticas apuradas, prejudicando sua interpretação. A metodologia para identificação dos outliers foi o box-plot.

### 5.1.2. Publicações acadêmicas especializadas

Na literatura, há estudos sobre a regulação do setor de saúde suplementar que abordam alguns aspectos relacionados aos resultados econômicos<sup>236</sup>, conforme mostrado no Quadro 5.5.

**Quadro 5.5: Literatura sobre regulação da saúde suplementar e resultados econômicos**

Referência	Título	Destaques
Santos (2006, p. 144)	A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar.	Apresenta, com dados da ANS até 2004, a evolução das receitas de contraprestações dos planos de saúde, no geral e segundo as modalidades de operadoras.
Santos et al (2008, p. 1470)	A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados.	Apresentam, com dados da ANS até 2003, a evolução das receitas de contraprestações dos planos de saúde, no geral e segundo as modalidades de operadoras.
Cechin (2008, p.208)	A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação.	Analisa a evolução da receita média por beneficiário (de 1980 a 2006, com base em diversas fontes) e das receitas segundo modalidades de operadoras (de 2001 a 2006, dados da ANS).
Leal e Matos (2008b)	Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação.	Analisa, com dados da ANS até 2006, a evolução, para o setor como um todo, da receita de contraprestações e da despesa assistencial.
Matos (2011, p. 206)	As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado.	Analisa, com dados da ANS até 2009, as condições de higidez econômico-financeira do setor como um todo, por meio das variáveis de fluxo do setor, as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações, observando a razão entre as duas (taxa de sinistralidade) como indicador de lucratividade operacional.

Fonte: Elaboração própria.

No presente trabalho, os resultados econômicos do setor serão tratados de forma mais abrangente, em termos de período analisado e de variáveis de mensuração do resultado econômico, comparativamente à literatura mencionada.

<sup>236</sup>Foram identificados diversos textos sobre os impactos socioeconômicos da regulação, entretanto, destacamos aqui somente aqueles referentes ao conceito de resultados econômicos adotado na presente tese. Como visto no capítulo 2, a configuração do mercado de planos de saúde tem importante relação com o mix público-privado do sistema de saúde dos países, bem como apresenta especificidades que inviabilizam o atendimento a certos requisitos para a eficiência do funcionamento dos mercados, como informação completa e concorrência. Identificamos na literatura variado debate sobre esses temas, envolvendo dimensões atinentes ao mercado de saúde suplementar, tais como: políticas de saúde e relação público-privada (Matos, 2011; Santos, 2006; Santos et al, 2008, 2008b; Santos, 2009; Bahia, 2010; Dain, 2007); concentração e concorrência (Costa e Castro, 2003; Ocké-Reis, 2007; Costa, 2008) e falhas de mercado (Guimarães e Leal, 2008; Cechin, 2008; Alves, 2009).

Será considerada a atuação como um todo das operadoras, considerando suas receitas em geral e a destinação desses recursos em termos de despesas e resultado líquido. Para tanto, será utilizada, entre outras fontes, a informação disponibilizada pela ANS sobre os demonstrativos contábeis das operadoras.

Em função dessa abordagem, foi realizada busca bibliográfica sobre estudos pertinentes, no mercado de planos de saúde, sobre os resultados econômicos na perspectiva da presente tese. Kudlawicz (2013, 46), em dissertação recente sobre planos de saúde, na área de contabilidade, aponta que poucos são os estudos realizados com foco nos indicadores econômicos e financeiros em empresas, sejam elas integrantes do setor de saúde privada ou não. A mesma autora apresenta estudos anteriores relevantes sobre o assunto, dentre os quais somente um (Soares, 2006) é específico do setor de saúde suplementar. Em busca bibliográfica<sup>237</sup>, identificamos outros estudos pertinentes, conforme apresentado no Quadro 5.6.

#### Quadro 5.6: Literatura sobre resultados econômicos na saúde suplementar

Autor (ano)	Título	Destaques
Fernandes et al (2003)	Mercado Operador da Saúde Suplementar	Dados contábeis (ANS), de 2001 e 2002. Investiga por meio de modelo DEA a eficiência, em termos de desempenho econômico-financeiro, de distribuição geográfica e de beneficiários. Conclui que o desempenho financeiro da grande maioria das operadoras é ineficiente.
Soares (2006)	Análise de indicadores para a avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileira: uma aplicação da análise fatorial.	Dados contábeis (ANS), de 2004, de 211 operadoras. Conclusões: i) proximidade entre os indicadores tradicionais recomendados pela literatura e os utilizados pela ANS; ii) indicadores utilizados pela ANS são relevantes para avaliar o desempenho das operadoras.
Fernandes et al (2007)	"An analysis of the supplementary health sector in Brazil"	Dados contábeis (ANS), de 2002, de 1006 operadoras, sendo utilizadas 364 para os índices de performance financeira. Atualiza estudo de Fernandes et al (2003). Investiga por meio de modelo DEA a eficiência. Resultados indicam ineficiência da performance financeira das operadoras.

<sup>237</sup> Busca com base na seguinte combinação das palavras chaves: (rentabilidade OR econômico-financeiro OR "demonstrativos contábeis") AND ("saúde suplementar" OR "plano de saúde" OR "planos de saúde"). No portal da CAPES foram identificadas 14 publicações, sendo realizada também busca na página eletrônica Google Scholar.

Veloso e Malik (2010)	Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde	Dados de 2006 dos balanços financeiros (Gazeta Mercantil) de empresas atuantes no Brasil, sendo selecionada amostra respectivamente com as 100 maiores operadoras (OP), hospitais (HO) e empresas em geral (EM). Quanto maior a OP ou HO, maior a possibilidade de resultados similares aos das EM. A rentabilidade, tanto em termos de ROA e ROE, das OP é inferior às EM, e similar aos HO. A margem líquida das OP é similar ao dos HO e estatisticamente menor do que a das EM.
Vieira e Costa (2007)	O modelo organizacional dos Planos de Saúde Odontológicos no Brasil.	Dados contábeis (ANS), 2004, somente operadoras exclusivamente odontológicas. Analisa rentabilidade (Resultado Líquido / Patrimônio Líquido) e despesa assistencial (em relação ao faturamento). O segmento odontológico apresentou alta rentabilidade, principalmente para as Odontologias de Grupo, uma vez que as Cooperativas Odontológicas apresentam despesa assistencial relativamente mais elevada.
Guimaraes e Nossa (2010)	<i>“Working capital, profitability, liquidity and solvency of healthcare insurance companies”</i>	Dados contábeis (ANS), 2006, 621 operadoras, após exclusão das exclusivamente odontológicas. Por meio de análise da variância (ANOVA), mostra que diferentes estruturas de capital de giro estão associadas com diferentes níveis de lucratividade, liquidez e solvência. Conclui que a gestão eficiente do capital de giro é importante para a performance e sobrevivência das Operadoras.
Kudlawicz (2013)	Um estudo sobre o impacto no nível de rentabilidade das organizações operadoras de planos de saúde em função de seu perfil.	Dados contábeis (ANS), de 2005 a 2011, de 477 operadoras. Analisou os determinantes da rentabilidade do ativo (ROA), por meio de estimativas econométricas com base em indicadores econômico-financeiros, considerando a distinção de grupos segundo porte, modalidade e macrorregião. Os resultados desse período apontam as seguintes medianas: ROA (5,0%), Margem Líquida das Vendas (2,5%), Giro do Ativo (1,8) e Sinistralidade (77%). Conclui que: i) ROA é negativamente relacionada à sinistralidade e positivamente relacionada ao Patrimônio Líquido; ii) Empresas de menor porte em termos de beneficiários apresentaram ROA relativamente maior do que as de médio e grande porte, sendo contra-intuitivo; iii) filantrópicas são estatisticamente diferentes das demais modalidades; iv) indica o futuro estudo de outras variáveis como o retorno sobre o patrimônio líquido (ROE) para a rentabilidade e o nível de faturamento para o porte.
Ferreira (2013)	Os Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar segundo a Teoria dos Custos de Transação	Dados contábeis (ANS), de 2007 a 2011, sem mencionar exclusão de operadoras. Busca verificar, os fatores determinantes da verticalização, por meio da evolução patrimonial, de despesas assistenciais e de receitas, separadamente por rede própria ou não, bem como por modalidades de operadoras. Para os planos médico-hospitalares, as mensalidades arrecadadas (contraprestações líquidas) pelas operadoras vêm crescendo a 12% ao ano, mas com pequena redução (4 p.p.) da sua participação em relação às receitas totais, alcançando 80% em 2011. No período, o crescimento das despesas com pessoal próprio foi de 33%, o das despesas totais foi de 47% e o do resultado nominal foi de 21%. A margem de lucro (em relação à receita total) teve queda de 5,1% para 4,2%. Conclusão: Crescente verticalização nas modalidades de operadoras nas quais é permitida, com destaque para as cooperativas médicas.

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos apontam limitações para as informações das Demonstrações Contábeis das operadoras, sendo recomendado o tratamento desses dados com a



exclusão de operadoras com informações inconsistentes<sup>238</sup>, para a definição de uma amostra de operadoras. Diversos desses estudos tratam da performance de indicadores econômico-financeiros das operadoras, incluindo as dimensões de resultado<sup>239</sup> e de rentabilidade<sup>240</sup>, mas nenhum deles trata da perspectiva da decomposição da destinação dos recursos arrecadados pelas operadoras.

## 5.2. Panorama do mercado de planos de saúde

Esta seção apresentará um panorama do mercado em termos de beneficiários, planos de saúde e operadoras.

### 5.2.1. Beneficiários e planos de saúde

A quantidade de beneficiários, divulgada pela ANS, corresponde ao número de vínculos, incluindo os dependentes, em contratos de planos privados de saúde. Essa medida é representativa do mercado regulado e pertinente para a análise dos resultados econômicos, uma vez que é a unidade de contagem da receita unitária. Registre-se que a medida de beneficiários não corresponde à efetiva quantidade de indivíduos assistidos por planos de saúde (usuários)<sup>241</sup>.

Por um lado, pode incorrer em sobre estimativa dos usuários, posto que uma pessoa física que esteja vinculada em mais de um plano será contada tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos de saúde<sup>242</sup>. Para fins de análise, entende-se essa imprecisão será menor quanto mais desagregada for

<sup>238</sup>Por exemplo, exclusão de registros em branco, com valores inconsistentes (receitas negativas). Em alguns casos, em especial para o cálculo de indicadores de performance econômico-financeira, foi realizada a exclusão de *outliers* (Guimaraes e Nossa, 2010). Registre-se também que, relativamente ao período mais recente, os dados até 2006 são apresentados em formato distinto e apresentam inconsistências em maior medida. Em função de mudança no plano de contas da ANS, os valores de provisões técnicas, até 2006 constavam em conta específica no passivo, podendo ser realocados no Passivo Circulante para sua compatibilidade com a categorização do período a partir de 2007 (Kudlawicz, 2013).

<sup>239</sup>Ferreira (2013) estima o resultado do exercício (lucro antes do imposto de renda - LAIR) por meio da diferença entre receitas totais e despesas totais. Além disso, estima a margem de lucro como a razão entre o LAIR e as receitas totais.

<sup>240</sup>Kudlawicz (2013) mensura a rentabilidade por meio de um indicador do tipo retorno do ativo (ROA),

<sup>241</sup>Ocké-Reis e Cardoso (2006) problematizam algumas das restrições dos dados aqui tratadas, ao mesmo tempo em que reconhecem o esforço da ANS em melhorar a qualidade das informações do mercado de planos de saúde.

<sup>242</sup>Por exemplo, a afirmação da Nota Técnica do Caderno de Informação de Saúde Suplementar de que o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde (ANS, 2007).

considerada a segmentação assistencial, pois não seriam refletidos os efeitos de dupla contagem dos usuários que contratam separadamente planos de acordo com assistência, por exemplo, médica e exclusivamente odontológica. Mesmo com essa desagregação, pode persistir a possibilidade de múltiplas contagens de assistidos por planos de saúde, que pode ser ocasionada, por exemplo, pela inclusão de um determinado dependente em mais um plano. Pressupõe-se que essa possibilidade seja de pequena monta, mas não foi possível avaliar essa hipótese, pois não foi identificada qualquer estimativa nos dados divulgados pela ANS, uma lacuna que poderia ser suprida por esta agência que possui as informações de identificação dos beneficiários.

Por outro lado, pode incorrer em subestimativa de usuários, pois há o risco de que as operadoras sujeitas à regulação não apresentem seus dados à ANS em sua plenitude ou sub-registrem o seu número de beneficiários, com o objetivo de diminuir seus custos regulatórios, mesmo estando sujeitas à fiscalização e multa<sup>243</sup>. Além da existência de operadoras que não tenham efetuado o registro na ANS, há risco de sub-registro de beneficiários pelas operadoras registradas, com o objetivo de minimizar custos regulatórios, como, por exemplo: i) a Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência à Saúde (TPS), calculada em função da quantidade de beneficiários, de acordo com a cobertura oferecida e a área de abrangência geográfica; ii) o ressarcimento ao SUS, ou seja, o pagamento que as operadoras devem realizar ao SUS pela utilização deste serviço pelos seus beneficiários. A avaliação dessa questão é significativamente complexa, cabendo atenção ao papel fiscalizador da agência sobre esses aspectos<sup>244</sup>.

Além disso, não está no escopo da ANS contabilizar os usuários de esquemas particulares administrados diretamente pelas instituições públicas, como

---

<sup>243</sup>Nesse sentido, cabe registrar a indicação de Santos e Gerschman (2004), de que o crescimento de "planos" não registrados na ANS, cuja existência é apontada nos estudos sobre hospitais filantrópicos como Gerschman (2003), são fenômenos que merecem ser estudados de forma mais sistemática.

<sup>244</sup>A título de ilustração, registra-se que, do total das 989 operadoras com cancelamento de registro, de 1999 a 2007, apenas 339 declararam beneficiários, conforme Caderno de Informações da ANS (2007, p.18).

os institutos de previdência estaduais e municipais e as forças armadas, usuários esses que são considerados nas estatísticas das pesquisas domiciliares do IBGE<sup>245</sup>.

Feitas as considerações sobre as limitações dos dados, passamos à sua análise.

### **a) Cobertura assistencial do plano**

Uma importante segmentação entre os tipos de planos de saúde se refere à cobertura assistencial, que pode ser de assistência médico-hospitalar com ou sem odontologia (doravante planos médicos) ou exclusivamente odontológica (planos odontológicos). Os planos médicos englobam as diversas combinações das coberturas ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), com ou sem assistência odontológica<sup>246</sup>. Os planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, apresentam peculiaridades próprias, relacionadas a fatores como menor complexidade de custos e regulatória.

Os contratos odontológicos, diferentemente dos contratos médicos, podem ser ofertados também por operadoras exclusivamente odontológicas<sup>247</sup>, que possuem menores exigências regulatórias e menor necessidade de redes de contratos (ANS, 2002f). Os planos odontológicos apresentam menor complexidade de custos em relação aos planos médicos, pois o risco odontológico é razoavelmente conhecido, pode ser prevenido e está relacionado com menor gasto esperado (ANS, 2002f, p.29). Já os planos médicos, apresentam estrutura de riscos mais complexa, com maior sensibilidade em relação ao perfil de beneficiários, por exemplo o perfil demográfico, de acordo com características de faixa etária ou de gênero.

Em relação à evolução de beneficiários, observa-se, conforme o Gráfico 5.1, os contratos médicos representam a maior parcela do total de vínculos de beneficiários, tendo crescido pouco mais da metade em doze anos, representando uma taxa anual

---

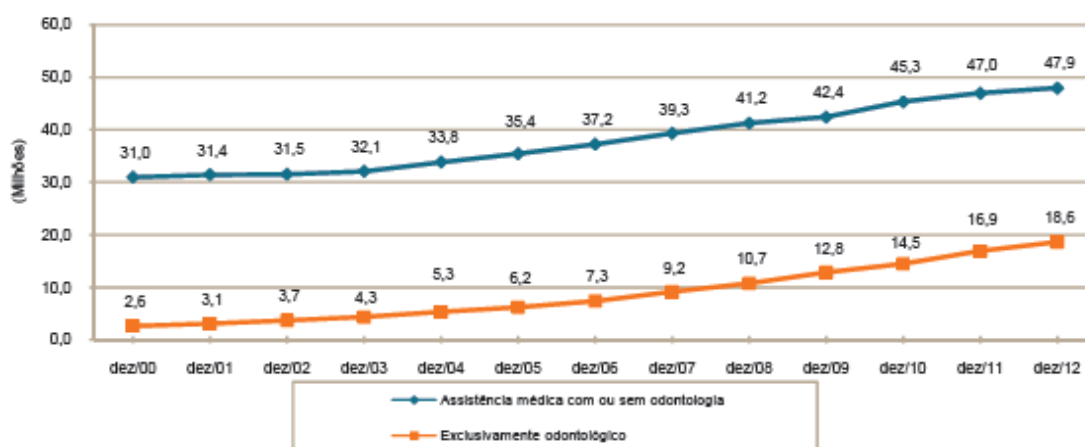
<sup>245</sup> Conforme analisado por Bahia (2001, p.33). Ao analisar os resultados da PNAD, BAHIA et al (2006) registram que a cobertura de planos de saúde, em 2003, era de cerca de 43,2 milhões de pessoas (24,6% da população), sendo 34,2 milhões vinculados aos planos privados e os restantes 9 milhões a planos de saúde de instituições de assistência aos servidores públicos (estaduais ou municipais) e militares. Interessante registrar em relação ao tipo de vínculo, que BAHIA et al (2006) apresentam evidências da PNAD de que o “número de dependentes é maior do que o de titulares (1,5 vez em 1998 e 1,25 em 2003)”.

<sup>246</sup> Cabe ressaltar que a lei 9.656 estabelece que as operadoras de planos de saúde, exceto as exclusivamente odontológicas e as autogestões, devem oferecer obrigatoriamente aos consumidores o plano-referência, que garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

<sup>247</sup> Odontologias de grupo e cooperativas odontológicas. Conforme a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) de n. 39, de 30 de outubro de 2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

de crescimento médio de 3,8%, tendo alcançado, no início década de 2010, patamar de quase 50 milhões de beneficiários. Os planos exclusivamente odontológicos obtiveram crescimento bastante mais expressivo, tendo se ampliado mais do que seis vezes, correspondendo a um crescimento anual de 17,9%, tendo alcançado, no início da década de 2010, mais de 15 milhões de beneficiários. Com isso, o segmento menos regulado, o dos planos exclusivamente odontológicos, aumentou significativamente sua participação no total de beneficiários, passando de percentuais de um dígito para mais de ¼ de participação <sup>248</sup>.

**Gráfico 5.1: Beneficiários de planos de saúde (em milhões) por cobertura assistencial - 2000 a 2012.**



Fonte: ANS (2013d).

## b) Tipo de contratação

Os planos de saúde apresentam duas categorias principais de contratação, que são o individual/familiar, no qual o contratante é uma pessoa física, ou o coletivo, aquele firmado por intermédio de uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato). Ademais, atualmente se destaca a classificação que segmenta os contratos coletivos em dois tipos: i) coletivo empresarial, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e ii) coletivo por adesão, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. (ANS, 2014)

<sup>248</sup>A participação dos planos exclusivamente odontológicos apresenta crescimento contínuo do período, saindo de 8% em 2001 para 28% em 2012.

Os planos individuais, tipicamente com beneficiários com menor poder de barganha junto às operadoras<sup>249</sup>, apresentam maior intensidade da regulação, com destaque para regras definidas no marco legal que somente se aplicam aos planos individuais, tais como a proibição da rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras e pelo requisito da autorização da ANS para o reajuste das contraprestações.

Nesse contexto, alguns autores destacaram a expectativa de que as empresas reagissem às novas regras dos planos individuais por meio do aumento dos preços (Costa, 2008, p. 1455) ou da redução da oferta por meio de estratégias de aversão ao risco (Costa e Castro, 2003, p. 49). Há publicações que apontam como possíveis consequências dessas estratégias o desaparecimento dos planos individuais<sup>250</sup>, o crescimento dos planos coletivos por adesão<sup>251</sup>, em especial aqueles para grupos pequenos, que não possuem poder de negociação junto às operadoras<sup>252</sup>, e aqueles chamados de falsos planos coletivos, que não representam de fato seus beneficiários, tornando-os mais vulneráveis<sup>253</sup>. Tendo se passado mais de meia década da implantação do marco regulatório, Bahia e Scheffer (2008, p.541) indicaram, frente ao crescimento dos planos de saúde, que as vantagens das coberturas dos planos de saúde superavam as insatisfações com os preços e barreiras de acesso a serviços de saúde.

Para os dois tipos de assistência (médica e exclusivamente odontológica), houve crescimento continuado da quantidade de beneficiários tanto para os planos coletivos quanto para os individuais, sendo mais intenso nas duas categorias para a modalidade de assistência exclusivamente odontológica. Entretanto, para os dois

---

<sup>249</sup>Conforme explicado na seção 4.3, no contexto do que a ANS denominou, no caso dos planos individuais relativamente aos outros segmentos, de menor poder de organização ou de maior exposição às imperfeições de mercado.

<sup>250</sup>CREMESP e IDEC (2007, p.7). O Globo (2013) mostrou indícios de que a oferta de planos individuais se tornou limitada, bem como entrevista com Sergio Guerra, da FGV, que apontou que “se não houver regulação que obrigue o empresário a fazer o que não é tão lucrativo, ele não faz. No caso dos planos de saúde, eles fugiram para o lucro do coletivo por não ser regulado. Hoje, a ANS não pode obrigar a venda de planos individuais.”

<sup>251</sup>IDEC (2013) aponta algumas estratégias comerciais de direcionamento das vendas para os planos coletivos por adesão, como, por exemplo, o caso de um corretor que argumentava que os planos individuais custam, em média, 30% a mais que um coletivo (O Globo, 2013)

<sup>252</sup>CRESMESP e IDEC (2007, p.11) pontuam problemas enfrentados por grandes associações representantes de importantes categorias profissionais, como a APM (Associação Paulista de Medicina) e a AFPEP (Associação dos Funcionários Públicos do Estado de SP).

<sup>253</sup>CRESMESP e IDEC (2007). A própria ANS denominou os falsos coletivos daqueles contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano de saúde conforme acesso em fev/14, disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobre-planos-coletivos>

tipos de assistência, tanto a evolução nominal quanto a do indicador participação do tipo de plano em relação ao total de beneficiários (Tabela 5.1) têm limitações analíticas, uma vez que é relevante a participação dos planos não informados no início do período, em que é superior a 1/3 do total, com trajetória declinante atingindo níveis inferiores a 10% a partir da segunda metade da década, o que reflete a melhoria da qualidade dos dados. Ressalte-se que a categoria de planos não informados somente tem ocorrência nos planos anteriores à Lei 9.656/98, os denominados os planos antigos, não havendo essa dificuldade no caso dos planos novos.

**Tabela 5.1: Participação de beneficiários segundo os tipos de contratação, por tipo de cobertura assistencial - 2000 a 2012.**

Época	Médicos				Exclusivamente Odontológicos			
	Coletivo (C)	Individual (I)	Não Informado	(I)/ [(I)+(C)]	Coletivo (C)	Individual (I)	Não Informado	(I)/ [(I)+(C)]
dez/00	36%	18%	46%	33%	51%	13%	36%	21%
dez/01	43%	21%	36%	32%	54%	14%	32%	21%
dez/02	51%	23%	26%	31%	60%	15%	25%	20%
dez/03	61%	24%	15%	29%	70%	15%	15%	18%
dez/04	67%	25%	9%	27%	75%	15%	9%	17%
dez/05	69%	25%	6%	26%	80%	15%	5%	15%
dez/06	71%	24%	5%	25%	83%	14%	3%	15%
dez/07	72%	23%	5%	24%	84%	13%	3%	14%
dez/08	74%	22%	5%	23%	84%	13%	2%	14%
dez/09	75%	21%	4%	22%	83%	15%	2%	16%
dez/10	76%	21%	3%	22%	82%	16%	1%	16%
dez/11	77%	21%	3%	21%	82%	17%	1%	17%
dez/12	78%	20%	2%	21%	82%	17%	1%	17%

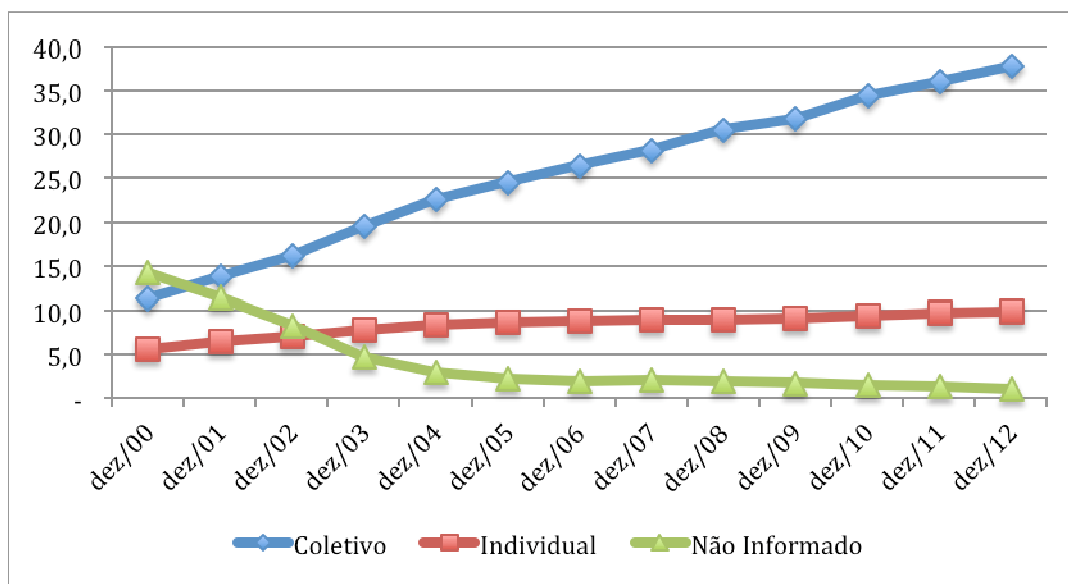
Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

Nos planos médicos, enquanto no início dos anos 2000 os coletivos representavam pouco mais do dobro dos individuais<sup>254</sup>, apresentaram crescimento continuado dessa proporção, superando o triplo dos individuais ao final dessa primeira década e continuando nessa trajetória de aumento, alcançando, no início da

<sup>254</sup>A proporção de planos individuais no período anterior ao marco regulatório não é conhecida com precisão, havendo diversas estimativas em torno de 1/5 e 1/3 do total. Segundo Cechin (2008, p.90): i) em 1996, Almeida (1998) apontou uma participação de 19,1%, da mesma ordem de grandeza que o número divulgado pela Abramge para seus filiados em 1997 (20%); ii) A Abramge informava uma proporção de 25% para 1999 e 22% para os três anos seguintes; iii) a PNAD de 1998 indicava uma proporção bem maior, de 29,8%, que é mais consistente com aquele registrado pela ANS para 2000, de 31,9%.

década de 2010, mais de 3,5 vezes, superando 35 milhões de beneficiários enquanto os individuais ficaram um pouco inferiores a 10 milhões, como mostrado no Gráfico 5.2. Considerado somente o período a partir de 2004, quando os planos não informados passaram a representar menos de 10% do total (e ao mesmo tempo menos de 3 milhões de beneficiários), o crescimento dos planos coletivos foi de uma taxa anual de mais de 6%, bastante superior aos dos planos individuais que tiveram um crescimento anual próximo de 2%.

**Gráfico 5.2: Beneficiários de planos médicos (em milhões) por tipo de contratação - 2000 a 2012.**



Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

Ao analisar os dados segundo época de contratação segundo a Lei 9.656/98, conforme Tabela 5.2, observa-se que os planos novos ampliam sua participação de 30% para 85% dos beneficiários dos planos médicos, entretanto, o restante dos beneficiários são de planos antigos, que se reduziram de 21,8 milhões em 2000 para 7,1 milhões de beneficiários, sendo 1,5 milhões nos planos individuais. Quando observados somente os planos médicos novos, objeto da regulação da Lei 9.656, os dados apontam um crescimento nominal para os planos coletivos e individuais, sendo mais significativo para os planos coletivos, que passam de uma proporção de pouco mais de 2 vezes os planos individuais para quase 4 vezes o seu quantitativo, ou seja, representam aproximadamente 80% desse segmento. Além disso, a taxa

anual de crescimento dos planos coletivos foi de 14,5%, enquanto a dos individuais foi de 9,3%.

**Tabela 5.2: Beneficiários de planos médicos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012**

Época	Novo - Coletivo	Novo - Individual	Antigo - Coletivo	Antigo - Individual	Antigo - Não informado	Total
dez/00	6,5	2,9	4,8	2,8	14,2	31,2
dez/01	8,5	3,7	5,3	2,8	11,4	31,7
dez/02	10,1	4,2	6,0	2,9	8,3	31,5
dez/03	12,4	4,8	7,2	3,0	4,7	32,1
dez/04	15,1	5,5	7,5	2,9	2,9	33,8
dez/05	17,3	6,1	7,2	2,7	2,2	35,4
dez/06	19,4	6,5	7,0	2,4	1,9	37,2
dez/07	21,8	6,9	6,4	2,2	2,1	39,3
dez/08	24,6	7,0	6,0	1,9	1,9	41,4
dez/09	26,3	7,3	5,5	1,8	1,7	42,6
dez/10	29,1	7,8	5,3	1,7	1,5	45,4
dez/11	31,1	8,1	4,9	1,5	1,3	47,0
dez/12	33,2	8,4	4,6	1,5	1,0	48,6
Varição	410%	190%	-4%	-47%	-93%	56%
Taxa anual	14,5%	9,3%	-0,4%	-5,2%	-19,7%	3,8%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

Tendo evidenciado que os planos médicos individuais não estão em trajetória de desaparecimento, mas sim com um crescimento inferior aos coletivos, cabe analisar as categorias de coletivos, mostradas na Tabela 5.3. Dentre os planos médicos coletivos, é relevante notar a distinção entre as suas duas categorias, com predominância da empresarial, que teve crescimento nominal continuado no período, passando de uma participação de cerca de 2/3 no início dos anos 2000 para um patamar superior a 4/5 no início da década de 2010, tendo como consequência a redução da participação dos coletivos por adesão. Quando observados somente os planos médicos novos, também predominam os coletivos empresariais, de forma similar com crescimento nominal continuado em todo o período (cerca de 16% ao ano) e também aumento da sua participação, resultando na diminuição da participação dos coletivos por adesão, que apresentaram a particularidade de crescimento nominal até 2009, quando atingiram cerca de 7 milhões de beneficiários, seguido de queda nesse quantitativo a partir de então. Não nos parece coincidência o fato de que a inversão da trajetória dos coletivos por adesão tenha ocorrido em 2009, justamente o ano que a ANS estabeleceu requisito



específico para a contratação dessa modalidade<sup>255</sup>, frente aos problemas derivados dos planos falsos coletivos.

**Tabela 5.3: Beneficiários de planos médicos coletivos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012**

Competência	Coletivo Empresarial - Novo	Coletivo por adesão - Novo	Coletivo Empresarial - Antigo	Coletivo por adesão - Antigo	Coletivo não identificado - Antigo	Total
dez/00	4,9	1,3	2,7	2,1	14,1	25,0
dez/01	6,3	1,7	3,0	2,3	11,3	24,6
dez/02	7,8	2,0	3,5	2,5	8,3	24,1
dez/03	9,6	2,6	4,1	3,0	4,7	24,0
dez/04	11,8	3,1	4,2	3,3	2,9	25,3
dez/05	13,5	3,7	4,3	2,9	2,2	26,6
dez/06	15,2	4,1	4,3	2,8	1,9	28,3
dez/07	17,4	4,3	3,9	2,5	2,1	30,2
dez/08	19,8	4,8	3,6	2,4	1,9	32,5
dez/09	21,3	5,0	3,3	2,2	1,6	33,4
dez/10	24,0	4,8	3,2	2,1	1,4	35,5
dez/11	26,0	4,7	3,0	1,9	1,1	36,7
dez/12	28,2	4,7	2,7	1,8	0,7	38,1
Variação	480%	269%	-1%	-13%	-95%	52%
Taxa anual	15,8%	11,5%	-0,1%	-1,1%	-22,2%	3,6%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet, do SIB/ANS/MS - 09/2013.

De todo modo, os coletivos por adesão novos apresentaram, considerado todo o período, uma taxa de variação anual em todo o período correspondente a 11,5%, superior aquela anteriormente mencionada dos individuais novos. Ademais, registre-se que em 2013 há indícios de que ainda persistem problemas relacionados aos falsos coletivos, inclusive com a simulação de grupos para venda de planos coletivos<sup>256</sup>.

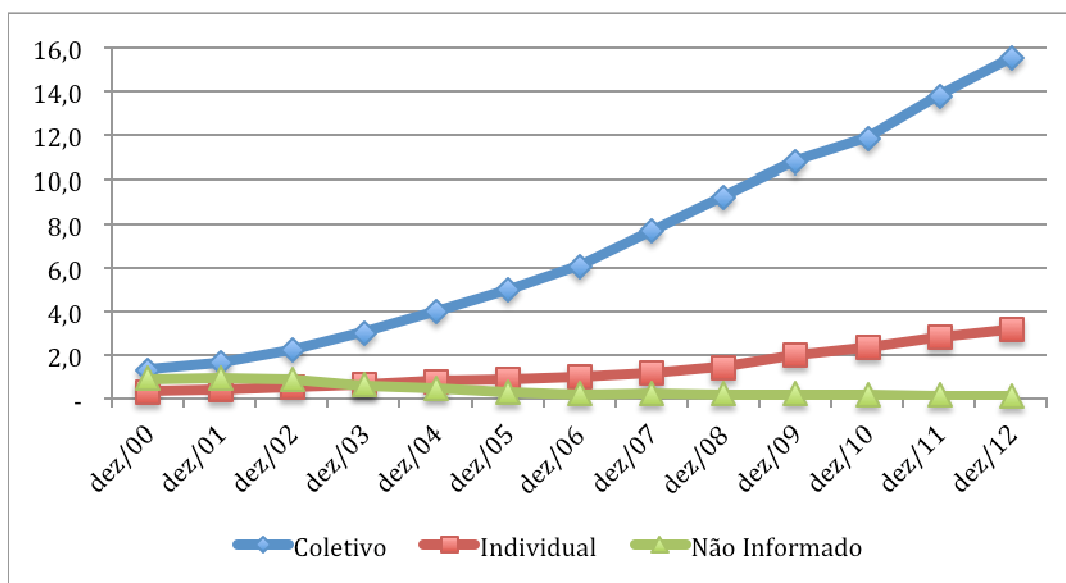
Nos planos exclusivamente odontológicos, o tipo de contratação coletivo já representava mais do triplo dos individuais no início da década de 2000, tendo crescido essa proporção, com alguma oscilação, mas se estabilizando, no início da década de 2010, em torno de cinco vezes o quantitativo dos individuais, alcançando

<sup>255</sup> Por meio da RN 195/2009, foi estabelecida a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo.

<sup>256</sup> Conforme o Presidente da Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor, Murilo Morais (O Globo, 2013)

em 2012 mais de 15 milhões de beneficiários, enquanto os individuais se situaram com pouco mais de 3,2 milhões, como mostrado no Gráfico 5.3. Considerado somente o período a partir de 2004, quando os planos não informados passaram a representar menos de 10% do total (e ao mesmo tempo menos de 0,6 milhões de beneficiários), o crescimento anual dos planos coletivos foi de 18,5%, inferior, mas praticamente similar, ao dos planos individuais, que foi de 18,7%.

**Gráfico 5.3: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões) por tipo de contratação - 2000 a 2012**



Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

Ao analisar os dados segundo época de contratação segundo a Lei 9.656/98, conforme Tabela 5.4, observa-se que os planos novos ampliam sua participação de 51% para 97% dos beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos, entretanto, o restante dos beneficiários são de planos antigos, que se reduziram de 1,3 milhões em 2000 para 0,5 milhões de beneficiários. Quando observados somente os planos exclusivamente odontológicos novos, objeto da regulação da Lei 9.656, os dados apontam um crescimento nominal para os planos coletivos e individuais, sendo mais significativo para os planos coletivos, que passam de uma proporção de 3,5 vezes os planos individuais para cerca de 5 vezes o seu quantitativo, ou seja, representam aproximadamente 83% desse segmento. Além disso, a taxa anual de crescimento dos planos coletivos foi de 25%, enquanto a dos individuais foi de 22%. Considerando somente os planos novos no período a partir do final de 2004, o crescimento dos planos coletivos foi de 20,5% ao ano;

praticamente similar, mas ligeiramente inferior ao dos individuais, que foi de 20,6% ao ano. Interessante notar que esse crescimento dos planos novos individuais coincide, em grande medida, com a flexibilização, a partir de maio de 2005, pela ANS, da regra de reajuste desses contratos, em que passou a ser aplicado o índice de preços acertado entre as partes em contrato.

**Tabela 5.4: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012**

Época	Novo - Coletivo	Novo - Individual	Antigo - Coletivo	Antigo - Individual	Antigo - Não informado	Total
dez/00	1,03	0,29	0,29	0,05	0,94	2,60
dez/01	1,32	0,38	0,32	0,05	0,99	3,06
dez/02	1,86	0,49	0,36	0,06	0,91	3,68
dez/03	2,58	0,57	0,44	0,08	0,66	4,33
dez/04	3,41	0,71	0,59	0,10	0,50	5,31
dez/05	4,29	0,81	0,69	0,09	0,31	6,20
dez/06	5,38	0,94	0,69	0,09	0,25	7,35
dez/07	6,97	1,15	0,70	0,06	0,28	9,16
dez/08	8,68	1,41	0,54	0,04	0,25	10,92
dez/09	10,38	1,99	0,43	0,03	0,25	13,08
dez/10	11,57	2,32	0,31	0,02	0,21	14,42
dez/11	13,40	2,82	0,38	0,02	0,19	16,81
dez/12	15,12	3,16	0,38	0,02	0,11	18,80
Variação	1.364%	971%	34%	-57%	-88%	622%
Taxa anual	25,1%	21,8%	2,5%	-6,8%	-16,2%	17,9%
Variação*	344%	347%	-35%	-81%	-77%	254%
Taxa anual*	20,5%	20,6%	-5,3%	-18,5%	-17,0%	17,1%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d). Nota: Variáveis com \* correspondem ao período a partir de 2004.

Tendo evidenciado que os planos exclusivamente odontológicos individuais não estão em trajetória de desaparecimento, mas sim com um crescimento próximo dos coletivos, cabe analisar as categorias de coletivos, mostradas na Tabela 5.5. Dentre os planos médicos coletivos, é relevante notar a distinção entre as suas duas categorias, com predominância da empresarial, que teve crescimento nominal continuado no período, passando de uma participação de cerca de 60% no início dos anos 2000 para níveis acima de 80% no início da década de 2010, simultaneamente à redução da participação dos coletivos por adesão. Quando observados somente os planos médicos novos, também predominam os coletivos empresariais, de forma similar com crescimento nominal continuado em todo o período (cerca de 29% ao ano) e também aumento da sua participação, resultando

na diminuição da participação dos coletivos por adesão, que apresentaram a particularidade de crescimento nominal até 2009, quando atingiram cerca de 2,5 milhões de beneficiários, seguido de queda nesse quantitativo a partir de então. Mais uma vez, fica evidenciada a inversão da trajetória dos coletivos por adesão em 2009, ano que a ANS estabeleceu requisito específico para a contratação dessa modalidade.

**Tabela 5.5: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos coletivos (em milhões) por tipo de contratação e época de contratação - 2000 a 2012**

Competência	Coletivo Empresarial - Novo	Coletivo por adesão - Novo	Coletivo Empresarial - Antigo	Coletivo por adesão - Antigo	Coletivo não identificado - Antigo	Total
dez/00	0,6	0,3	0,1	0,1	0,9	2,2
dez/01	0,8	0,4	0,2	0,2	1,0	2,5
dez/02	1,2	0,5	0,2	0,2	0,9	3,0
dez/03	1,7	0,8	0,2	0,2	0,7	3,5
dez/04	2,1	1,1	0,3	0,3	0,5	4,3
dez/05	2,7	1,4	0,4	0,3	0,3	5,1
dez/06	3,4	1,7	0,4	0,3	0,2	6,1
dez/07	4,5	2,2	0,4	0,3	0,3	7,7
dez/08	6,2	2,4	0,3	0,2	0,3	9,3
dez/09	7,8	2,5	0,3	0,1	0,2	11,0
dez/10	9,2	2,1	0,2	0,1	0,2	11,9
dez/11	11,1	2,1	0,3	0,1	0,2	13,8
dez/12	12,9	1,9	0,3	0,1	0,1	15,3
Variação	1.984%	458%	112%	-33%	-88%	599%
Taxa anual	28,8%	15,4%	6,5%	-3,3%	-16,2%	17,6%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet, do SIB/ANS/MS - 09/2013.

De todo modo, os planos coletivos por adesão novos apresentaram, considerado todo o período, uma taxa de variação anual em todo o período correspondente a 15,4%, que nesse caso surpreende por ser inferior àquela mencionada dos individuais novos, fato que possivelmente está associado ao crescimento mais intenso dos planos individuais no período após a flexibilização da política de reajuste pela ANS.

### 5.2.2. Operadoras

A Lei n. 9.656/1998 estabeleceu a obrigatoriedade do registro das operadoras, que em grande proporção (mais de 3 mil operadoras) foi realizado no período até 2000, quando não havia previsão de exigências para as operadoras já constituídas. A partir de 2000, a ANS passou a exigir das operadoras condições para efetuar o registro (constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais)<sup>257</sup>, havendo declínio no quantitativo de novos registros, mas com continuidade da sua realização, que acumulou quase 600 novos registros a partir de 2001, como mostrado na Tabela 5.6.

**Tabela 5.6: Evolução do registro de operadoras na ANS – 1999 a 2012**

Ano	Registros novos (1)	Registros cancelados (1)	Operadoras em atividade	Operadoras com beneficiários
			Total	Total
Até dez/99	2.825	186	2.639	1.838
dez/00	235	151	2.723	1.966
dez/01	143	157	2.709	1.969
dez/02	17	319	2.407	1.862
dez/03	35	169	2.273	1.814
dez/04	32	129	2.176	1.751
dez/05	30	117	2.089	1.657
dez/06	52	76	2.065	1.610
dez/07	62	199	1.928	1.576
dez/08	31	198	1.761	1.521
dez/09	34	101	1.694	1.476
dez/10	65	142	1.617	1.408
dez/11	56	74	1.599	1.367
dez/12	37	100	1.536	1.322

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

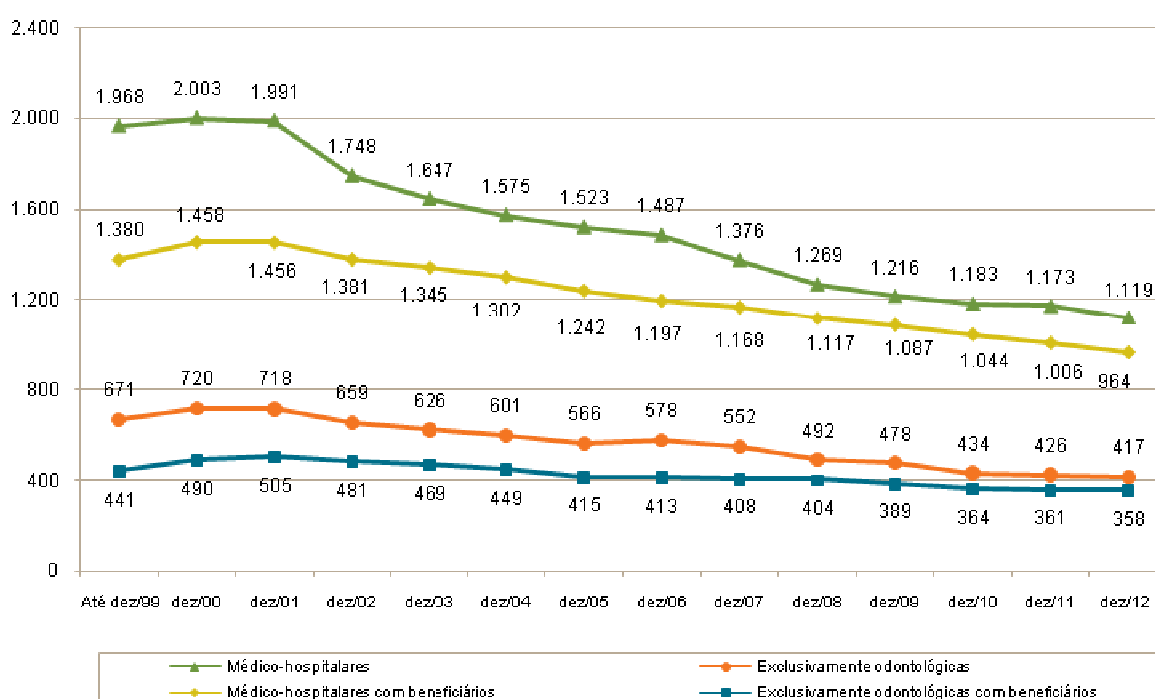
Houve o cancelamento de registro de mais de 2.100 operadoras, tendo ocorrido de forma relevante em todo o período, fazendo com que o número de operadoras (em atividade e com beneficiários) seja, a partir do início da década de 2000, decrescente, chegando ao total de cerca de 1.500 operadoras em atividade em 2012. Com isso, aumentou a proporção das operadoras em atividade que

<sup>257</sup> Conforme analisado por Santos et al (2008, p.1465-1469), que aponta que as regras de garantias financeiras foram estabelecidas pela RDC 77, modificada pela RN14, que regula sobre a constituição de reservas das operadoras, indicando que as mesmas deverão ser progressivas ao longo dos anos.

possuem beneficiários, que passou de 70% para cerca de 85%, ainda havendo em 2012 mais de 200 operadoras em atividade mas sem beneficiários.

As operadoras exclusivamente odontológicas, que apresentam regulação menos intensa, apresentaram queda no seu quantitativo de forma menos intensa que as operadoras médico-hospitalares, como mostrado no Gráfico 5.4<sup>258</sup>. De outra forma, a proporção das operadoras em atividade que possuem beneficiários apresentou, para os dois tipos de operadoras, comportamento similar ao do total.

**Gráfico 5.4: Operadoras em atividade– 1999a 2012**



Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS (2013d).

A análise dessa evolução em termos das modalidades de operadoras não foi identificada nas publicações da ANS, será tratada utilizando a legenda informada na Tabela 5.7. As operadoras exclusivamente odontológicas, relativamente às médico-hospitalares, além de apresentarem redução menos acentuada do seu quantitativo em atividade (conforme Tabela 5.8 e Tabela 5.9), também tiveram maior percentual de rotatividade em termos de registros novos e cancelados considerado o período a

<sup>258</sup>E conforme cálculos realizados que indicam que a queda no quantitativo de operadoras médicas foi de 43%, enquanto foi de 38% nas exclusivamente odontológicas, que também tiveram queda percentual menor no caso da quantidade de operadoras com beneficiários.

partir de 2000 quando se consolida a regulamentação das exigências para registro (Tabela 5.10).

**Tabela 5.7: Legenda para modalidades de operadoras**

Sigla	Denominação
ADM	Administradora
ADB	Administradora de Benefícios
AG	Autogestão
CM	Cooperativa Médica
FI	Filantropia
MG	Medicina de Grupo
SEG	Seguradora
SES	Seguradora Especializada em Saúde
Op. Méd.	Total das Operadoras Médico-hospitalares
CO	Cooperativa Odontológica
OG	Odontologia de Grupo
Op. Od.	Total das Operadoras Exclusivamente Odontológicas

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 5.8: Operadoras em atividade, por modalidade de Operadora – 1999 a 2012**

Modalidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ADM	18	24	33	33	13	9	11	11	12	9	9	0	0	0
ADB	1	1	2	2	3	3	5	6	7	9	13	51	78	94
AG	428	439	415	347	324	312	300	298	270	255	246	239	231	214
CM	384	385	382	374	370	370	367	358	349	345	343	335	331	325
FI	136	136	138	125	119	112	111	109	105	103	98	95	93	88
MG	933	971	980	854	804	755	717	693	619	535	494	450	427	385
SEG	64	43	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SES	4	4	12	13	14	14	12	12	13	13	13	13	13	13
<b>Op.Méd.</b>	1968	2003	1991	1748	1647	1575	1523	1487	1375	1269	1216	1183	1173	1119
CO	191	196	190	179	173	166	158	154	153	143	136	127	125	118
OG	480	524	528	480	453	435	408	424	399	349	342	307	301	299
<b>Op.Od.</b>	671	720	718	659	626	601	566	578	552	492	478	434	426	417
<b>Total</b>	2639	2723	2709	2407	2273	2176	2089	2065	1927	1761	1694	1617	1599	1536

Fonte: Elaboração própria, com base em CADOP/ANS.

Dentre as operadoras médico-hospitalares, houve manutenção da predominância quantitativa das Medicinas de Grupo (MG), mas com diminuição continuada da sua participação, que era de mais de 1/3, passando a ¼, que correspondeu a 385 empresas em 2012. As MG foram a modalidade que apresentou a maior quantidade de registros novos (mais de 240) e cancelados (mais de 790). Outras modalidades também são representativas em termos quantitativos, principalmente: i) as Cooperativas Médicas (CM) que aumentaram sua participação

em 7 p.p., alcançando cerca de  $\frac{1}{4}$  em 2012, principalmente em função do seu baixo percentual de registros cancelados; e ii) as Autogestões (AG) que se mantiveram em torno de 15% em todo o período, a despeito de sua rotatividade similar a do segmento médico-hospitalar como um todo, com percentual de registros cancelados superior ao dos novos.

**Tabela 5.9: Distribuição percentual das Operadoras em atividade, segundo modalidade das Operadoras, 2000 a 2012.**

Modalidade	Distribuição (%) das operadoras em atividade segundo ano registro na ANS						
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
ADM	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%
ADB	0%	0%	0%	0%	1%	3%	6%
AG	16%	14%	14%	14%	14%	15%	14%
CM	14%	16%	17%	17%	20%	21%	21%
FI	5%	5%	5%	5%	6%	6%	6%
MG	36%	35%	35%	34%	30%	28%	25%
SEG	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SES	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
<b>Op.Méd.</b>	74%	73%	72%	72%	72%	73%	73%
CO	7%	7%	8%	7%	8%	8%	8%
OG	19%	20%	20%	21%	20%	19%	19%
<b>Op.Od.</b>	26%	27%	28%	28%	28%	27%	27%
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em CADOP/ANS. Nota: apresentados somente os anos pares, para efeitos de facilitar a visualização da série de dados.

Destaque-se ainda que algumas modalidades de operadoras médico-hospitalares deixaram de existir (administradoras e seguradoras), dando lugar, conforme a regulamentação, às administradoras de benefícios e às seguradoras especializadas em saúde. Destaca-se o crescimento das administradoras de benefícios, que alcançaram em 2012 quantitativo de 94 empresas, mais de 7 vezes superior ao das administradoras inicialmente definidas pelo marco regulatório, bem como o fato de ser a única modalidade de operadora que não teve qualquer registro cancelado. No caso das seguradoras não ocorreu o mesmo, as seguradoras especializadas em saúde apresentaram cancelamento de registro, bem como quantitativo de empresas em atividade (13 desde 2007 a 2012) bastante inferior (menos de  $\frac{1}{4}$ ) ao das seguradoras inicialmente definidas pelo marco regulatório, que somente haviam constituído registro em 1998. Desconsiderando essas quatro modalidades, a que apresentou maior percentual de rotatividade (em termos de registros novos e cancelados conforme Tabela 5.10) foram as Medicinas de Grupo.



Dentre as operadoras exclusivamente odontológicas, permaneceu a predominância quantitativa das Odontologias de Grupo (OG), com mais do que o dobro de operadoras do que as Cooperativas Odontologias (CO), que chegaram ao início da década de 2010 com pouco mais de 100 operadoras. As OG, relativamente às CO, apresentaram redução proporcionalmente próxima, por outro lado, tiveram mais elevado percentual de rotatividade (em termos de registros novos e cancelados conforme Tabela 5.10).

**Tabela 5.10: Quantidade de registros novos e cancelados, por modalidades de operadora - 2000 a 2012**

Modalidade	Quantidade acumulada de registros		% em relação a operadoras em atividade em 1999	
	Novos	Cancelados	Novos	Cancelados
ADM	26	44	144%	244%
ADB	93	0	9300%	0%
AG	107	321	25%	75%
CM	8	67	2%	17%
FI	9	57	7%	42%
MG	247	795	26%	85%
SEG	0	64	0%	100%
SES	12	3	300%	75%
<b>Op.Méd.</b>	502	1351	26%	69%
CO	21	94	11%	49%
OG	305	486	64%	101%
<b>Op.Od.</b>	326	580	49%	86%
<b>Total</b>	828	1931	31%	73%

Fonte: Elaboração própria, com base em CADOP/ANS.

Ultrapassado o panorama inicial das Operadoras, apresentaremos a distribuição de beneficiários segundo modalidades de operadoras.

O perfil da carteira de beneficiários das operadoras médico-hospitalares teve alterações no período analisado. Enquanto para as Operadoras Exclusivamente Odontológicas somente é permitida a comercialização de planos exclusivamente odontológicos, no caso das Operadoras médicas é permitida a operação de planos médicos e também daqueles exclusivamente odontológicos. Conforme mostrado na Tabela 5.11, houve ampliação da oferta de planos exclusivamente odontológicos pelas Operadoras Médicas, que no início dos anos 2000 atendiam a cerca de 1/8 desse mercado, passando a mais de ¼ em 2012.

**Tabela 5.11: Beneficiários de planos médicos e exclusivamente odontológicos, segundo tipo de operadora - 2000 e 2012**

Ano	Tipo de Operadora	Milhões de beneficiários			Percentual		
		Plano Médico	Plano Odontol.	Total	Plano Médico	Plano Odontol.	Total
2000	Médico	31,0	0,3	31,3	92%	1%	93%
	Excl. Odontológica	-	2,3	2,3	-	7%	7%
	Total	31,0	2,6	33,6	92%	8%	100%
2001	Médico	31,4	0,4	31,8	91%	1%	92%
	Excl. Odontológica	0,0	2,7	2,7	0%	8%	8%
	Total	31,4	3,1	34,5	91%	9%	100%
2012	Médico	47,9	3,7	51,6	72%	5%	77%
	Excl. Odontológica	-	15,3	15,3	-	23%	23%
	Total	47,9	18,9	66,8	72%	28%	100%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS/MS - 09/2013), consulta em 03/03/14.

Para todas as modalidades das operadoras médico-hospitalares, houve crescimento dos planos exclusivamente odontológicos, resultando na redução do indicador do percentual de beneficiários de planos médico-hospitalares na carteira, como mostrado na Tabela 5.12. O aumento dos planos exclusivamente odontológicos no mix da carteira foi mais expressivo para as Medicinas de Grupo, que passaram a contar com mais de 10% desse tipo de plano na carteira, seguida pelas Filantropias e pelas Seguradoras, ambas com mais de 5%, tendo essa participação se mantido praticamente nula no caso das Autogestões e das Cooperativas Médicas.

**Tabela 5.12: Percentual de beneficiários de planos médicos na carteira das operadoras médicas, por modalidade de operadora - 2000 a 2012**

Competência	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/00	99%	100%	100%	99%	97%	99%
dez/01	99%	100%	100%	99%	96%	99%
dez/02	99%	100%	100%	99%	95%	99%
dez/03	100%	100%	100%	98%	94%	98%
dez/04	99%	99%	100%	97%	94%	98%
dez/05	99%	99%	99%	96%	93%	97%
dez/06	99%	99%	99%	96%	93%	97%
dez/07	99%	99%	99%	95%	89%	96%
dez/08	99%	99%	96%	93%	86%	95%
dez/09	99%	99%	96%	91%	86%	94%
dez/10	99%	99%	92%	91%	95%	95%
dez/11	99%	98%	92%	89%	93%	94%
dez/12	99%	98%	92%	86%	93%	93%
Variação	0%	-2%	-8%	-13%	-4%	-6%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013). Nota: Não foram reproduzidas aqui informações positivas, mas inferiores a 0,02%, nos anos de 2000 a 2004, para as modalidades administradora e administradora de benefícios.

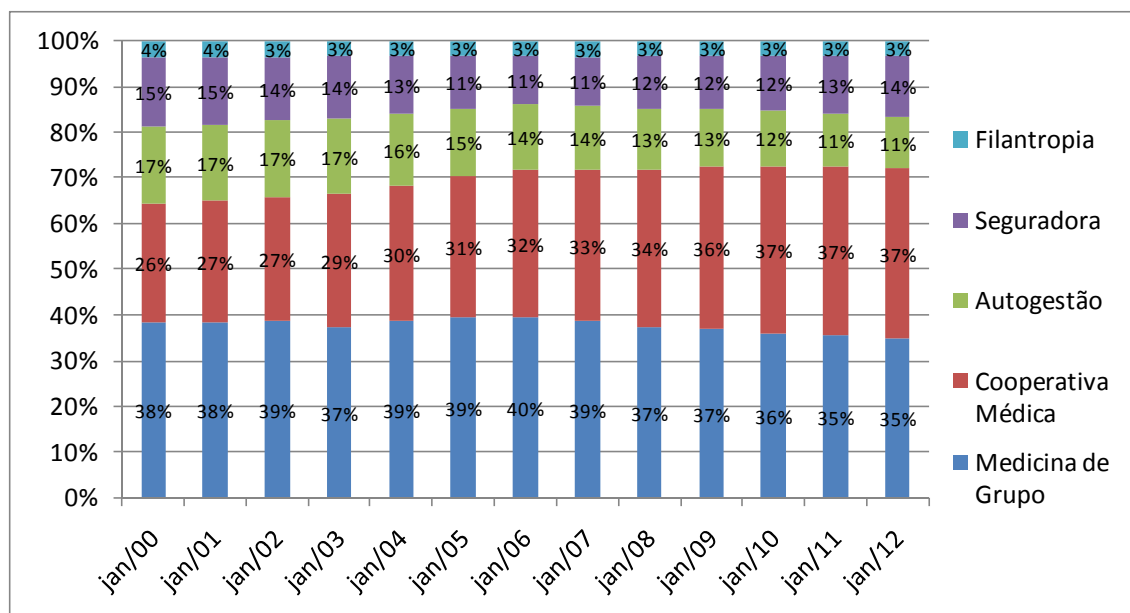
Nos planos médicos, como mostrado na Tabela 5.13 e no Gráfico 5.5, a modalidade com maior crescimento de beneficiários foram as Cooperativas Médicas, que, em função disso, se tornaram a categoria mais representativa, com pouco mais de 35%, ultrapassando as Medicinas de Grupo que caíram para patamar próximo a essa participação. As autogestões, que eram a terceira modalidade mais representativa, tiveram crescimento praticamente nulo, ocasionando na redução da sua participação relativa para 11% e na perda da terceira posição para as seguradoras, agora com 14% de participação. Por último, as filantrópicas tiveram crescimento reduzido, se mantendo como a modalidade menos representativa.

**Tabela 5.13: Beneficiários de planos médicos (em milhões), por modalidade de operadoras – 2000 a 2012**

Competência	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica	Autogestão	Seguradora	Filantropia	Total
dez/00	11,9	8,0	5,3	4,6	1,1	31,0
dez/01	12,1	8,4	5,2	4,6	1,1	31,4
dez/02	12,2	8,6	5,3	4,4	1,1	31,5
dez/03	12,0	9,3	5,3	4,4	1,0	32,1
dez/04	13,1	10,0	5,4	4,3	1,1	33,8
dez/05	14,0	11,0	5,3	4,0	1,1	35,4
dez/06	14,7	12,1	5,3	4,0	1,2	37,2
dez/07	15,2	13,1	5,4	4,3	1,3	39,3
dez/08	15,5	14,3	5,5	4,8	1,3	41,4
dez/09	15,7	15,1	5,4	4,9	1,3	42,6
dez/10	16,2	16,4	5,6	5,3	1,4	45,0
dez/11	16,4	17,2	5,3	5,9	1,5	46,3
dez/12	16,7	17,8	5,4	6,5	1,4	47,9
Variação	41%	123%	2%	40%	30%	55%
Variação anual	3%	7%	0%	3%	2%	4%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013). Nota: Não foram reproduzidas aqui informações positivas, mas inferiores a 0,02%, nos anos de 2000 a 2004, para as modalidades administradora e administradora de benefícios.

**Gráfico 5.5: Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares segundo modalidades de operadoras– 2000a 2012**



Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013).

Nos planos exclusivamente odontológicos, como mostrado na Tabela 5.14 e no Gráfico 5.6, há ampla predominância das operadoras exclusivamente

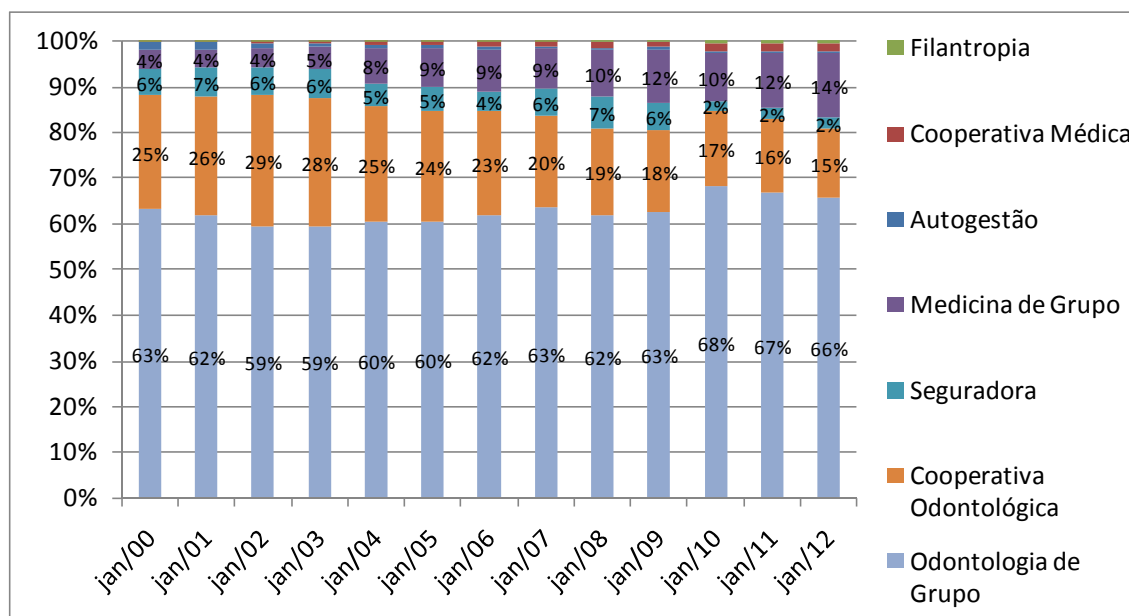
odontológicas, embora essas tenham reduzido sua participação conjunta (de 88% para 81%) em função do crescimento de operadoras médico-hospitalares nesse segmento. Dentre as modalidades de operadoras, houve manutenção da predominância das Odontologias de Grupo, que ampliaram sua participação, em 3 p.p., para 2/3 do total de beneficiários exclusivamente odontológicos, passando de uma proporção de mais do que o dobro para mais do que o quádruplo da segunda modalidade, a das Cooperativas Odontológicas, que tiveram crescimento inferior ao do mercado e perderam 10 p.p. de participação, agora em 15%. Muito próxima dessa participação está a nova terceira modalidade mais importante, a das Medicinas de Grupo, que tiveram um crescimento bastante expressivo, aumentando sua participação (em 10 p.p.) e ultrapassando as seguradoras, agora com 2%. As outras modalidades apresentaram participação inferior a 3% em todo o período.

**Tabela 5.14: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (em milhões), por modalidade de operadoras – 2000 a 2012**

Competência	Odont. de Grupo	Coop. Odont.	Seguradora	Medicina de Grupo	Auto-gestão	Coop. Médica	Filantropia*	Total
dez/00	1,65	0,64	0,15	0,11	0,04	0,01	0,00	2,60
dez/01	1,89	0,79	0,20	0,12	0,04	0,02	0,00	3,06
dez/02	2,19	1,05	0,22	0,16	0,03	0,03	0,00	3,68
dez/03	2,57	1,21	0,27	0,22	0,02	0,04	0,00	4,33
dez/04	3,20	1,35	0,26	0,42	0,03	0,05	0,01	5,31
dez/05	3,74	1,51	0,32	0,53	0,03	0,07	0,01	6,20
dez/06	4,53	1,68	0,32	0,68	0,04	0,09	0,01	7,35
dez/07	5,80	1,86	0,54	0,80	0,04	0,10	0,01	9,16
dez/08	6,84	2,09	0,75	1,12	0,06	0,13	0,05	11,04
dez/09	8,29	2,34	0,82	1,54	0,06	0,15	0,05	13,25
dez/10	9,85	2,40	0,30	1,52	0,06	0,23	0,12	14,48
dez/11	11,28	2,73	0,42	1,99	0,06	0,29	0,13	16,90
dez/12	12,44	2,83	0,47	2,66	0,06	0,35	0,13	18,94
Variação	655%	343%	201%	2387%	53%	2866%	30256%	628%
Variação anual	18%	13%	10%	31%	4%	33%	61%	18%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013). Nota: Não foram reproduzidas aqui informações positivas, mas inferiores a 0,05%, nos anos de 2000 e 2001, para a modalidade administradora. \* Em 2000, o dado da filantropia corresponde a 0,0004.

**Gráfico 5.6: Distribuição dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segundo modalidade de operadoras – 2000 a 2012**



Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013).

Para os planos médicos, em função de sua maior complexidade regulatória, será analisada a distribuição dos beneficiários por modalidades de operadoras, segundo tipo de contratação do plano e época de contratação, para o ano mais antigo e mais recente com disponibilidade, respectivamente 2000 e 2012.

A ampliação da participação dos planos sob a vigência do marco regulatório (novos) é evidenciada para todas as modalidades, conforme Tabela 5.15, com maior intensidade para as líderes do mercado (Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo), com mais de 90% de planos novos, do que para as outras modalidades, destacando-se as Autogestões em que a participação dos planos antigos ainda é maioria (52%).

**Tabela 5.15: Distribuição dos beneficiários de planos médicos segundo época de contratação, por modalidade de operadora – 2000 e 2012**

Ano	Época de contratação	Coop. Médica	Medicina de Grupo	Seguradora	Auto-gestão	Filantropia	Total
2000	Antigo	69%	70%	73%	69%	72%	70%
	Novo	31%	30%	27%	31%	28%	30%
2012	Antigo	9%	7%	13%	52%	17%	14%
	Novo	91%	93%	87%	48%	83%	86%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013).

A distribuição de beneficiários dos planos médicos segundo tipo de contratação é mostrada na Tabela 5.16, possibilitando uma análise vertical. Para todas as modalidades, foi ampliada a predominância já existente anteriormente dos planos coletivos relativamente aos planos individuais, exceto no caso das filantropias em que essa predominância somente é evidenciada no período mais recente.

Os dados de 2001 apresentam algumas limitações analíticas, que não ocorrem em 2012, relacionadas ao alto percentual de planos não identificados e ao fato de ser período próximo à implantação da regulação. As Autogestões, pela sua própria natureza, apresentam percentual praticamente nulo de planos individuais, enquanto as Seguradoras reduziram a participação desse tipo de plano para menos de 10% do todo, possivelmente como uma estratégia de negócio. De outra forma, os planos individuais ainda representam participação representativa em algumas modalidades, com mais de 1/3 no caso das filantropias e cerca de 1/4 no caso das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo. Dentre os planos coletivos, se acentuou a predominância dos coletivos empresariais, com menor distância para os coletivos por adesão no caso das Autogestões, que praticamente mantiveram sua participação dos coletivos por adesão próxima a 30%, e no caso das Cooperativas Médicas e Filantrópicas, em que os coletivos por adesão tiveram aumento de mais de 4 p.p., alcançando em 2012 participação de cerca de 15%.

**Tabela 5.16: Distribuição de beneficiários de planos médicos segundo tipo de contratação, por modalidade de operadora – 2000 e 2012**

Ano	Tipo de contratação	Coop. Médica	Medicina de Grupo	Seguradora	Auto-gestão	Filantropia	Total
2000	Individual	23%	20%	21%	1%	33%	18%
	Coletivo Empresarial	22%	17%	30%	43%	9%	24%
	Coletivos por adesão	11%	7%	2%	28%	9%	11%
	Não informado	43%	54%	47%	28%	47%	46%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2012	Individual	25%	27%	7%	0%	34%	20%
	Coletivo Empresarial	59%	63%	86%	68%	48%	64%
	Coletivos por adesão	16%	8%	8%	29%	15%	14%
	Não informado	1%	2%	0%	3%	4%	1%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013). Nota: Não foram reproduzidas aqui informações positivas, mas inferiores a 0,01%, no ano de 2000, para a modalidade administradora e administradora de benefício. Também não são reproduzidas as informações do tipo de contratação coletivo não informado, que representa menos de 1% do total nos dois anos em tela.

Ao analisar os planos médicos segundo época de contratação, como mostrado na Tabela 5.17, observa-se que de forma geral os planos novos reproduzem as tendências do agregado dos planos médicos (Tabela 5.16), uma vez que os planos novos se tornaram a ampla maioria dos planos médicos, excetuando-se o caso das Autogestões. Destaque-se a estratégia de negócio das Seguradoras, de redução da atuação com os planos individuais, em especial os planos individuais novos, que passaram a representar menos de 2% da sua carteira total, participação inferior a dos seus planos individuais antigos, que ainda representam mais de 5%.

Do mesmo modo que no quadro geral, os planos individuais novos possuem participação representativa em algumas modalidades, com mais de 1/3 da carteira de planos novos, no caso das filantropias, e de cerca de ¼, no caso das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo. Entretanto, destaque-se que no caso dos planos novos a participação dos coletivos por adesão, possivelmente refletindo estratégias de negócio frente à regulação, passou a ser, em 2012, bastante mais destacada para as Cooperativas Médicas, representando 14% de sua carteira total, sendo a segunda modalidade com maior destaque nesse indicador as Filantropias



com 10%, ainda que com a particularidade de manter em atividade os coletivos por adesão antigos representando 5% de sua carteira total.

**Tabela 5.17: Distribuição dos beneficiários de planos médicos segundo época e tipo de contratação, por modalidade de operadora – 2000 e 2012**

Ano	Época	Tipo de contratação	Coop. Médica	Medicina de Grupo	Seguradora	Auto-gestão	Filantropia	Total
2001	Antigo	Individual	11%	8%	15%	1%	17%	9%
		Coletivo Empresarial	9%	5%	10%	17%	2%	9%
		Coletivos por adesão	6%	2%	1%	23%	7%	7%
		Não informado	43%	54%	47%	28%	47%	46%
	Novo	Individual	13%	12%	6%	0%	17%	9%
		Coletivo Empresarial	13%	12%	20%	26%	7%	16%
		Coletivos por adesão	5%	5%	1%	4%	2%	4%
		Coletivo não identificado	0%	2%	0%	1%	2%	1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2012	Antigo	Individual	3%	3%	6%	0%	6%	3%
		Coletivo Empresarial	3%	1%	7%	26%	2%	6%
		Coletivos por adesão	2%	1%	0%	23%	5%	4%
		Não informado	1%	2%	0%	3%	4%	1%
	Novo	Individual	21%	24%	1%	0%	28%	17%
		Coletivo Empresarial	56%	61%	78%	42%	46%	59%
		Coletivos por adesão	14%	7%	8%	6%	10%	10%
		Coletivo não identificado	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	

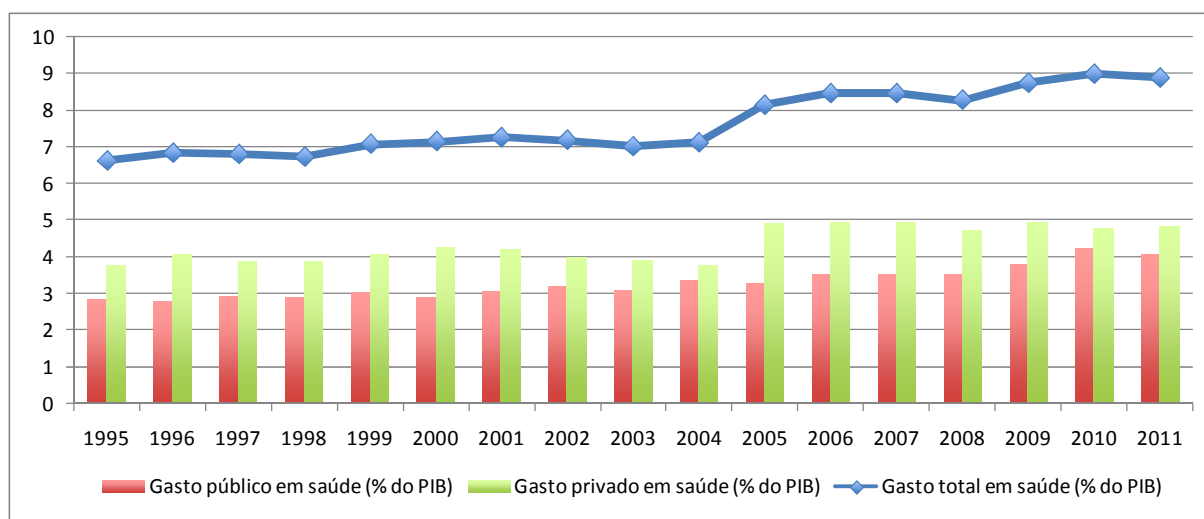
Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013). Nota: Não foram reproduzidas aqui informações positivas, mas inferiores a 0,01%, no ano de 2000, para a modalidade administradora e administradora de benefício.

Apresentadas as principais mudanças do perfil do mercado em termos de beneficiários, planos e operadoras, a análise irá prosseguir na próxima seção com foco na arrecadação de recursos, e, na seção seguinte voltada para a destinação dos recursos arrecadados.

### 5.3. Arrecadação de recursos

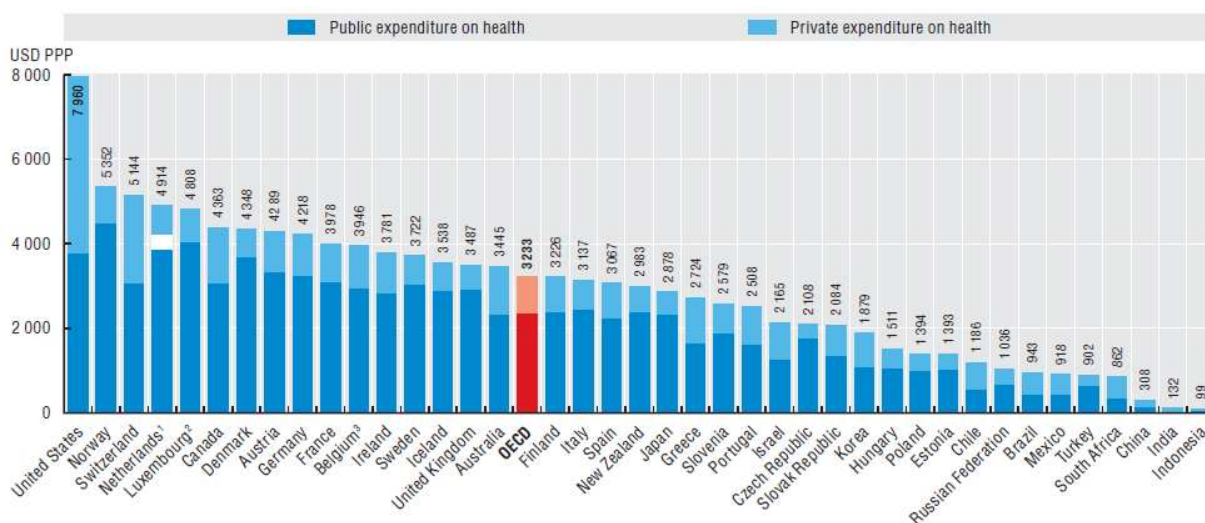
Em termos de arrecadação de recursos para gastos em saúde, os planos de saúde são relevantes no Brasil, tendo se ampliado sua importância no período pós-regulação. No país, a despeito do sistema público de saúde (SUS) ser de acesso universal, os dados a partir de meados da década de 1990 mostram continuada predominância dos gastos privados em saúde relativamente aos públicos, como mostram os dados mais recentes da OMS (Gráfico 5.7). Além disso, os dados da OECD (Gráfico 5.8) do final da década de 2000 indicam que o Brasil possui gasto per capita em saúde, do mesmo modo que o indicador de gasto público, inferior a maior parte dos países da OECD. Caso o Brasil vá seguir a tendência dos países da OECD, esse cenário aponta uma tendência de aumento dos gastos em saúde no país. Nesse sentido, importante notar que a composição atual dos gastos de saúde no Brasil, com maior proporção de gastos privados, está mais próxima da praticada nos EUA, do que daquela de países com sistemas de saúde universais, como Reino Unido e Espanha.

**Gráfico 5.7: Gastos em saúde, público e privado, no Brasil (% do PIB) – 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria, com base em WHO (2014)

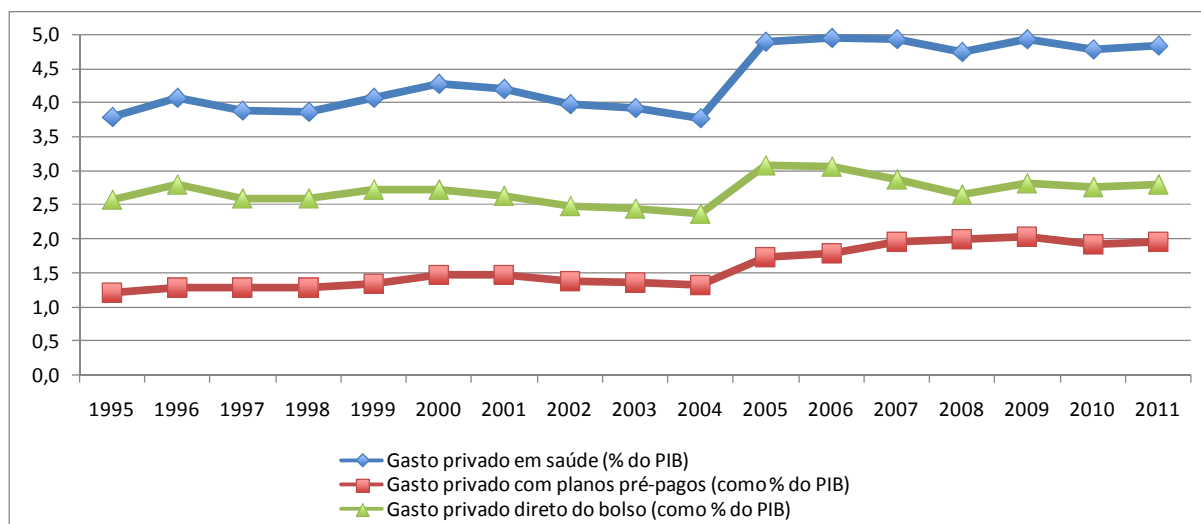
**Gráfico 5.8: Gastos em saúde per capita, público e privado, em países selecionados - 2009.**



Fonte: OECD (2011). Dados de OECD Health data 2011 e WHO Global Health Expenditure Database. Notas da publicação: 1) Na Holanda não foi possível distinguir claramente entre público e privado; 2) Caso em que o gasto em saúde é para a população coberta e não para a população residente; 3) Caso em que o gasto total exclui investimentos.

Dos gastos privados em saúde no Brasil, como mostra o Gráfico 5.9, há predominância dos gastos diretos do bolso. Por outro lado, os planos de saúde também apresentam uma importância significativa, e crescente, tendo aumentado de um nível pouco superior a 1% do PIB em meados da década de 1990 para um patamar de 2% do PIB no final da década de 2000. Assim, a participação dos planos de saúde nos gastos privados aumentou de cerca de 33% para mais de 40%. Com isso, houve redução da participação dos gastos diretos do bolso, entretanto, não o suficiente para conter o seu crescimento nominal, uma vez que na maior parte dos anos se mantiveram crescendo proporcionalmente ao PIB. Cabe mencionar que, dada a essencialidade de grande parte dos tratamentos de saúde, os gastos diretos do bolso são tratados como problemáticos uma vez que podem se tornar gastos catastróficos para a renda das famílias.

**Gráfico 5.9: Gastos privados em saúde, com planos pré-pagos e diretos do bolso, no Brasil (% do PIB) – 1995 a 2011.**



Fonte: Elaboração própria, com base em WHO (2014).

Os gastos privados com planos pré-pagos são somente uma parte da arrecadação de recursos das operadoras. Em termos de contraprestações, a ANS prevê planos com as seguintes categorias de formação dos preços: pré-estabelecidos, pós-estabelecidos (nos planos médicos, somente são permitidos nos contratos coletivos em que não for caracterizado o repasse integral e individualizado dos custos aos beneficiários)<sup>259</sup> e mistos (apenas em planos odontológicos)<sup>260</sup>. Em relação a essas categorias, não foi identificada nas diversas estatísticas das publicações da ANS informação desagregada. A base de dados com as informações contábeis das operadoras para o ano de 2012 possui identificação dessas categorias, somente no 6º dígito da codificação. Entretanto, parte relevante do valor das receitas de contraprestações é não identificada quanto à categoria de formação de preços, embora os registros com identificação evidenciem a predominância da

<sup>259</sup>Conforme Súmula Normativa n.9/2005 da ANS, seguindo RN n.85/2004, Anexo II, item 11, alterada pela RN n.100/2005. No caso do preço pós-estabelecido, o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, e pode ser utilizado de duas formas: i) rateio, quando a operadora ou pessoas jurídica contratante dividem o valor entre todos os beneficiários dos planos, independentemente da utilização da cobertura; ou ii) custo operacional, quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

<sup>260</sup>Conforme RN n.59/2003.

categoria preços preestabelecidos, que representam a maior parte do valor<sup>261</sup>. Considerando isso, os resultados dos planos de saúde serão analisados indistintamente em relação à categoria de formação dos preços.

Esta seção será apresentada em duas partes:

- i) Categorias de receitas e modalidades de operadoras,
- ii) Mensalidades e copagamentos dos beneficiários.

### 5.3.1. Categorias de receitas e modalidades de operadoras

Passamos a averiguar a importância das contraprestações mensais e das outras formas de receitas das operadoras. A análise irá considerar também as modalidades de operadoras conforme a legenda apresentada na Tabela 5.18.

**Tabela 5.18: Legenda das modalidades de operadoras**

Sigla	Denominação
ADM	Administradoras
AG	Autogestão
CM	Cooperativa Médica
FI	Filantropia
MG	Medicina de Grupo
SEG	Seguradora
Op. Méd.	Total das Operadoras Médico-hospitalares
CO	Cooperativa Odontológica
OG	Odontologia de Grupo
Op. Od.	Total das Operadoras Exclusivamente Odontológicas

Fonte: Elaboração própria.

#### a) Contraprestações Efetivas

De forma geral, os dados de arrecadação de recursos pelas operadoras que são divulgados pela ANS são as contraprestações efetivas, que, no período de 2001

<sup>261</sup> Considerando as contraprestações ou prêmios emitidos, em 2012, os planos de assistência médica representam mais de 95% desse valor. Para o conjunto dos planos de assistência médica, mais de 1/5 desse valor emitido não possuía identificação quanto ao tipo de preço, mais de 2/3 eram preestabelecidos e menos de 10% era de pós-estabelecido. Registre-se que os dados contábeis disponibilizados pelas ANS não possibilitam a distinção entre categorias de formação de preço nos seguintes períodos; i) de 2001 a 2006 é apresentado um DRE simplificado, no geral detalhado até 2 ou 3 dígitos; ii) em 2007 e 2008 somente são apresentados dados até o 5º dígito da classificação contábil.

a 2012<sup>262</sup>, tiveram um crescimento de cerca de 14% ao ano. Taxa de crescimento próxima foi apresentada pelas Operadoras Médicas, enquanto aquelas exclusivamente odontológicas apresentaram crescimento mais elevado (superior em 4 p.p. ao ano), como mostrado na Tabela 5.19. Em todo o período, a participação entre os dois tipos de assistência se manteve estável, com expressiva predominância das operadoras médico-hospitalares, representando 98% do todo.

**Tabela 5.19: Receitas de contraprestações efetivas de planos de saúde (R\$ bi), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012.**

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Taxa anual	Taxa anual <sup>3</sup>
AG <sup>1</sup>	0,4	0,5	0,5	0,6	0,9	1,0	6,4	7,0	7,7	8,5	9,4	10,6	34%	10%
CM	8,5	9,6	10,8	12,3	14,1	16,5	18,3	21,4	23,2	26,4	30,1	34,0	13%	13%
FI	1,1	1,3	0,9	0,9	1,1	1,2	1,9	2,2	1,6	1,8	2,0	2,1	6%	2%
MG	6,6	8,1	9,4	10,7	12,6	14,2	15,9	17,8	19,6	22,1	24,5	27,7	14%	12%
SEG	5,4	6,2	6,7	7,5	7,9	8,7	8,6	11,1	12,4	14,1	16,7	18,7	12%	17%
Op.Méd. <sup>2</sup>	21,6	25,2	27,7	31,4	35,6	40,7	44,7	52,5	56,8	64,4	73,2	82,5	13%	13%
Op.Méd.	22,0	25,7	28,2	32,0	36,5	41,7	51,1	59,5	64,5	72,9	82,6	93,1	14%	13%
CO	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	14%	10%
OG	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	0,8	0,9	1,2	1,6	1,8	20%	18%
Op. Od.	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,2	1,3	1,7	2,0	2,3	18%	16%
Total	22,4	26,1	28,7	32,6	37,3	42,6	52,2	60,7	65,8	74,6	84,7	95,4	14%	13%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de ANS-Tabnet (DIOPS/ANS/MS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006), consultados em 04/02/2014. Nota: (1) As operadoras da modalidade Autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras. (2) Total desconsiderando as Autogestões. (3) Taxa de variação anual de 2007 a 2012.

Antes da Lei 9.656/1998, há indicações (Cechin, 2008, p.96) de que as quatro principais modalidades de operadoras (Medicinas de Grupo, Seguradoras, Cooperativas Médicas e Autogestões) respondiam por uma participação próxima, em torno de  $\frac{1}{4}$ , do mercado em termos de receita. A evolução recente da participação de mercado (*Market share*) entre as modalidades de operadoras é mostrada na Tabela 5.20. As autogestões apresentam limitações nos dados em função de particularidades regulatórias, sendo progressivamente, mas não totalmente, obrigadas a apresentar as informações de receitas à ANS, como

<sup>262</sup>Os dados de receitas de contraprestações estão disponíveis em publicações da ANS somente a partir de 2003. Para a apresentação de informações a partir de 2001, primeiro ano com informações contábeis das operadoras apresentadas à ANS, foi realizada consulta no sistema ANS Tabnet.

explicado na nota da tabela 5.19. Desconsiderando as autogestões, a modalidade que teve crescimento mais destacado foram as odontologias de grupo, com 20% ao ano. As outras modalidades tiveram crescimento próximo ao do mercado como um todo, excetuando-se com maior distinção as filantrópicas, com crescimento de 6% ao ano, ocasionando a redução da sua parcela de mercado para cerca de 2%, menos da metade do que era no início dos anos 2000, e, de forma menos distinta, as seguradoras, que cresceram cerca de 12% ao ano e reduziram seu *market share* em cerca de 4 p.p.

**Tabela 5.20: Participação de mercado em termos das receitas de contraprestações efetivas, por modalidades de operadoras**

Ano *	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
AG**	1,8%	1,8%	2,4%	12,3%	11,7%	11,4%	11,1%	11,1%
CM	37,9%	37,4%	37,7%	35,0%	35,3%	35,4%	35,5%	35,6%
FI	5,0%	3,1%	2,9%	3,7%	2,4%	2,4%	2,3%	2,2%
MG	29,6%	32,7%	33,7%	30,4%	29,8%	29,6%	28,9%	29,1%
SEG	24,1%	23,3%	21,2%	16,5%	18,8%	18,9%	19,7%	19,6%
Op. Méd.	98,4%	98,3%	98,0%	97,9%	98,0%	97,7%	97,6%	97,6%
CO	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
OG	1,0%	1,1%	1,3%	1,5%	1,4%	1,7%	1,8%	1,8%
Op. Od.	1,6%	1,7%	2,0%	2,1%	2,0%	2,3%	2,4%	2,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de ANS-Tabnet (DIOPS/ANS/MS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006), consultados em 04/02/2014. Nota: \* Informações apresentadas somente para anos selecionados para viabilizar a visualização da tabela. \*\* As operadoras da modalidade Autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras.

Considerando o quantitativo de beneficiários por modalidade de operadora (Tabela 5.21), foi estimado o valor do tíquete médio das operadoras, que corresponde ao indicador das receitas de contraprestações efetivas sobre a quantidade de beneficiários (Tabela 5.22). Essa medida de receita unitária indica valores progressivamente mais altos para as operadoras médicas, passando de cerca de 5 vezes o valor médio da mensalidade das operadoras exclusivamente odontológicas para a razão de mais 10 vezes esse valor em 2012, com tíquete médio de R\$ 1,8 mil ao ano para as operadoras médicas e R\$ 0,15 mil ao ano para as operadoras exclusivamente odontológicas. No caso das Operadoras Médicas,

desconsideradas as Autogestões, com limitações nos dados, a taxa de crescimento anual foi de cerca de 7%, próxima à taxa de inflação da economia brasileira no mesmo período <sup>263</sup>.

**Tabela 5.21: Quantidade de beneficiários (em milhões), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012.**

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AG*	5,3	5,3	5,3	5,4	5,3	5,3	5,5	5,6	5,5	5,6	5,3	5,5
CM	8,4	8,6	9,3	10,1	11,1	12,1	13,2	14,4	15,3	16,7	17,5	18,2
FI	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6
MG	12,2	12,3	12,2	13,5	14,5	15,4	16,0	16,6	17,3	17,7	18,4	19,4
SEG	4,8	4,6	4,7	4,5	4,4	4,3	4,8	5,6	5,7	5,6	6,3	7,0
Op. Méd.	31,8	31,9	32,6	34,6	36,4	38,4	40,8	43,6	45,2	47,2	49,2	51,6
CO	0,8	1,1	1,2	1,4	1,5	1,7	1,9	2,1	2,3	2,4	2,7	2,8
OG	1,9	2,2	2,6	3,2	3,7	4,5	5,8	6,8	8,3	9,9	11,3	12,4
Op. Od.	2,7	3,2	3,8	4,6	5,3	6,2	7,7	8,9	10,6	12,3	14,0	15,3
Total	34,5	35,2	36,4	39,1	41,6	44,6	48,5	52,5	55,8	59,5	63,2	66,8

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013).

**Tabela 5.22: Receita de contraprestações efetivas por beneficiário de planos de saúde (R\$ mil ao ano), por modalidades de operadoras – 2001 a 2012.**

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. ano	Var. ano <sup>3</sup>
AG <sup>1</sup>	0,08	0,09	0,10	0,12	0,17	0,19	1,18	1,27	1,40	1,52	1,76	1,95	34,1%	10,5%
CM	1,01	1,11	1,15	1,22	1,27	1,36	1,38	1,48	1,52	1,59	1,71	1,87	5,7%	6,2%
FI	1,01	1,21	0,87	0,82	0,95	1,02	1,44	1,59	1,12	1,15	1,23	1,35	2,7%	-1,2%
MG	0,54	0,66	0,77	0,79	0,86	0,92	0,99	1,07	1,13	1,24	1,33	1,43	9,2%	7,6%
SEG	1,12	1,35	1,43	1,66	1,81	2,04	1,79	1,99	2,16	2,50	2,64	2,68	8,3%	8,4%
Op.Méd. <sup>2</sup>	0,82	0,95	1,02	1,07	1,15	1,23	1,26	1,38	1,43	1,55	1,67	1,79	7,4%	7,2%
Op.Méd.	0,69	0,80	0,87	0,93	1,00	1,09	1,25	1,37	1,43	1,54	1,68	1,81	9,1%	7,6%
CO	0,16	0,14	0,15	0,16	0,16	0,17	0,17	0,17	0,17	0,18	0,18	0,19	1,4%	1,5%
OG	0,12	0,12	0,12	0,12	0,13	0,14	0,13	0,12	0,11	0,13	0,14	0,14	1,5%	1,6%
Op.Od.	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,15	0,14	0,13	0,13	0,14	0,15	0,15	1,1%	1,2%
Total	0,65	0,74	0,79	0,83	0,89	0,96	1,08	1,16	1,18	1,25	1,34	1,43	7,4%	5,8%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de ANS-Tabnet (DIOPS/ANS/MS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006), consultados em 04/02/2014. Nota: (1) As operadoras da modalidade Autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras. (2) Total desconsiderando as Autogestões. (3) Taxa de variação anual de 2007 a 2012.

<sup>263</sup> A taxa de inflação, medida pela taxa de crescimento anual do número índice, de 2001 a 2012, foi de 6,4% para o IPCA/IBGE e de 8,1% para o IGP-M/FGV.



No caso das operadoras médicas, destacam-se em todo o período as Seguradoras, com mensalidades superiores às outras modalidades, crescendo de pouco mais de R\$ 1,1 mil para mais de R\$ 2,6 mil. Por outro lado, as Filantrópicas apresentaram tanto valor absoluto quanto taxa de crescimento bastante inferior a das outras modalidades, o que pode ser atribuído a particularidades dessas operadoras, incluindo o fato de que possuem atuação relevante no interior do país, bem como que foram a modalidade com maior crescimento da participação dos planos exclusivamente odontológicos, reconhecidamente mais baratos.

Por sua vez, as Medicinas de Grupo apresentaram taxa de crescimento do tíquete médio bastante superior ao das Cooperativas Médicas, ainda que seu indicador não tenha ultrapassado o das Cooperativas. De qualquer modo, esse movimento pode ter associação com a mudança da liderança em termos de *Market share* de beneficiários de planos médicos das Medicinas de Grupo para as Cooperativas Odontológicas, enquanto essa última modalidade se manteve em todo o período na liderança em termos de receita de contraprestações.

Ademais, as Autogestões apresentam dados com limitações, sendo expressivamente mais baixos do que as outras modalidades, em especial até 2006, uma vez que até esse ano as Autogestões não tinham obrigação de prestar as informações de receitas, obrigação implementada parcialmente a partir de 2007. Com isso, o indicador tende a ser subestimado, frente a um numerador que representa parte da modalidade e um denominador que apresentou abrangência da modalidade como um todo e significativa estabilidade<sup>264</sup>.

No caso das operadoras exclusivamente odontológicas, as Cooperativas Odontológicas se mantiveram em patamar de maiores mensalidades médias, com oscilações, mas em geral superiores em mais de 20%, do que as Odontologias de Grupo. As duas modalidades tiveram um crescimento próximo desse valor, de cerca de 1,5% ao ano.

Os dados disponibilizados pela ANS não possibilitam identificar os valores de receitas e despesas segundo tipo de plano (por exemplo modalidade assistencial ou tipo de contratação). Muito embora essas categorias estejam presentes de forma discriminada no Plano de Contas da ANS, a agência não disponibiliza os

---

<sup>264</sup>De forma distinta dos dados financeiros, nas informações de beneficiários não foi identificada, nas publicações da ANS e nas Notas Técnicas do ANS Tabet, qualquer limitação da abrangência dessas informações.

demonstrativos contábeis suficientemente desagregados de forma que seja possível identificar a segregação dos valores por tipo de plano.

Como a informação da receita unitária das operadoras exclusivamente odontológicas necessariamente coincide com a receita unitária de seus planos exclusivamente odontológicos, podemos estimar a participação desses planos em relação às contraprestações efetivas do mercado. Para tanto, adotamos a hipótese de que o valor da contraprestação efetiva por beneficiário desses planos seria o mesmo nas operadoras médicas. Desse modo, estimamos a distribuição das contraprestações efetivas conforme Tabela 5.23, que mostra que uma parcela pouco significativa das receitas das operadoras médicas corresponde a planos exclusivamente odontológicos, embora essa parcela tenha aumentado em cerca de 10 vezes.

**Tabela 5.23: Estimativa das receitas de contraprestações efetivas (R\$ bi), por tipo de operadora e tipo de plano de saúde – 2001 e 2012.**

Ano	Tipo de Operadora	R\$ bi			Percentual		
		Plano Médico	Plano Odont.	Total	Plano Médico	Plano Odont.	Total
2001	Médico s/AG <sup>1,2</sup>	21,58	0,04	21,63	-	-	-
	Médico <sup>1</sup>	21,98	0,05	22,04	98,2%	0,2%	98,4%
	Excl. Odontológica	-	0,36	0,36	0,0%	1,6%	1,6%
	Total	21,98	0,41	22,39	98,2%	1,8%	100,0%
2012	Médico s/AG <sup>1,2</sup>	81,97	0,54	82,51	-	-	-
	Médico <sup>1</sup>	92,57	0,55	93,12	97,0%	0,6%	97,6%
	Excl. Odontológica	-	2,29	2,29	0,0%	2,4%	2,4%
	Total	92,57	2,85	95,42	97,0%	3,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013, DIOPS/ANS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006). Nota: (1) No caso das operadoras médicas, foi realizada estimativa de quanto representam as contraprestações de planos exclusivamente odontológicos, com base na quantidade de beneficiários e do padrão de receitas das operadoras exclusivamente odontológicas. (2) Médico s/AG se refere ao conjunto das Operadoras Médicas, excetuando-se as Autogestões, cujos valores, nesse caso, foram excluídos das mencionadas estimativas.

Com base nessa estimativa do valor correspondente aos planos exclusivamente odontológicos comercializados pelas operadoras médicas, é possível calcular um valor mais preciso da contraprestação média por beneficiário dos planos médicos, que deve ser maior do que o calculado na Tabela 5.22, uma vez desconsiderados beneficiários e valores dos planos exclusivamente odontológicos, reconhecidamente mais baratos. Um outro ajuste realizado na estimativa foi o cálculo do indicador para as Operadoras Médicas excetuando-se as Autogestões, que apresentam limitações nas informações das receitas. O resultado

desse cálculo segue o esperado, como mostrado na Tabela 5.24. O tíquete médio estimado dos planos médicos cresceu de uma razão, em 2001, de mais 6 vezes o dos planos exclusivamente odontológicos para mais de 12 vezes. O valor do tíquete médio estimado para os planos médicos, em 2012, foi de R\$ 1,93 mil ao ano. O crescimento anual dos planos médicos desconsideradas as Autogestões foi de 8%, enquanto para os planos exclusivamente odontológicos foi de 1%, sendo no primeiro caso próxima e no segundo caso bastante inferior à inflação brasileira no período.

**Tabela 5.24: Estimativa das receitas de contraprestações efetivas por beneficiário (R\$ mil), por tipo de plano de saúde – 2001 e 2012.**

Ano	Plano Médico <sup>1</sup> (A)	Plano Médico s/AG <sup>2</sup> (B)	Plano Odontológico (C)	(B) / (C)
2001	0,70	0,82	0,13	6,2
2012	1,93	1,93	0,15	12,8
Variação anual	9,7%	8,0%	1,1%	7%

Fonte: Elaboração própria, com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013, DIOPS/ANS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006). Nota: (1) No caso dos planos médicos, foi realizada estimativa subtraindo os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos e o valor correspondente estimado de contraprestações efetivas. (2) O mesmo foi feito no caso dos planos médicos sem as Autogestões, caso em que também foram excluídos os valores das Autogestões.

A informação das contraprestações efetivas também é tipicamente utilizada, pela ANS e na literatura acadêmica, para o cálculo de indicadores de desempenho econômico financeiro. É pertinente notar, quanto a sua utilização para outros fins, que essa medida não se refere ao gasto realizado pelos contratantes. De outra forma, as contraprestações efetivas são definidas como a soma das contraprestações líquidas (ou prêmios retidos líquidos), considerados os efeitos das variações das provisões técnicas e das receitas com administração de planos e descontados os tributos diretos de operações com planos (ANS, 2013d).

De qualquer modo, os resultados das duas medidas de contraprestações têm sido bastante próximos, como mostram estimativas que realizamos com as demonstrações contábeis das Operadoras, que indicam que o valor das contraprestações efetivas (prêmios ganhos) representou mais de 95% do valor das contraprestações líquidas (prêmios retidos) em 2001 e 2012, e, além disso,

representou em 2012 um percentual em pequena medida superior ao que representava em 2001<sup>265</sup>.

Para além das contraprestações líquidas, dentre os outros três componentes das contraprestações efetivas, somente a conta variações com as provisões técnicas possuem informação específica disponibilizada no período inicial da regulação, que mostram, como esperado, pequena representatividade desse valor relativamente às contraprestações efetivas. As variações com as provisões técnicas, em 2012, representaram um valor negativo de 1,3% das contraprestações efetivas, enquanto em 2001 representavam um valor negativo pequeníssimo relativamente as contraprestações efetivas, representando cerca de 0,2%. Ainda que representando pouco no fluxo, o acumulado desses recursos ao longo do tempo significou um importante aumento no estoque de provisões técnicas, contabilizado no passivo, que totalizou, em 2012, 15% das contraprestações efetivas, mais que o dobro do 7% que o indicador resultava em 2001. Esse aumento de estoque reflete as medidas de regulação prudencial adotadas pelas ANS, no sentido de uma maior reserva de recursos pelas operadoras visando um mercado com empresas mais sólidas e com maior grau de segurança de cumprimento dos contratos para os beneficiários e os prestadores de serviços. De qualquer forma, permanece o desafio da regulação para a regularização de todas as empresas do mercado frente às regras prudenciais, uma vez que os dados da ANS (2013c) indicam que, ao final de 2012, 15% das operadoras possuíam valores de provisões técnicas insuficientes em relação aos parâmetros estabelecidos pelas ANS. Ao valor das provisões contabilizado no passivo deve haver correspondentes ativos garantidores, requisito que apresenta desafio ainda maior para sua implementação, uma vez que, também ao final de 2012, 45% das Operadoras possuíam valores de ativos garantidores insuficientes em relação às regras estabelecidos pela ANS.

Visto que a conta de variações de provisões técnicas representa parcela pequena das contraprestações efetivas, foi verificado que também foi pequena, em 2012, a representatividade dos outros dois componentes das contraprestações efetivas, quais sejam, as receitas com administração de planos e os tributos diretos. Esses dois itens representam, a partir das contraprestações líquidas, um acréscimo

---

<sup>265</sup> Considerado o somatório de cada uma das contas para todas as operadoras, em 2012 essa razão totalizou mais de 99% e em 2001, no caso das operadoras exceto as seguradoras, mais de 98%, e para as seguradoras mais de 97%.

no caso das receitas com administração de planos (que em 2012 representaram 1,1,% das contraprestações efetivas) e um desconto no caso dos tributos diretos (que em 2012 representaram -1,5% das contraprestações efetivas).

### b) Outras categorias de receitas

Para a identificação da importância de outras categorias de receitas, foi utilizada a base de dados das demonstrações contábeis das operadoras. Para tanto, foi necessária a análise do plano de contas da ANS para o respectivo ano, sendo identificadas quatro principais categorias de receitas das operadoras, conforme Tabela 5.25. Foi necessária a compatibilização das informações das Seguradoras que são disponibilizadas em formato distinto das outras operadoras no período até 2006. No mesmo período, as informações são apresentadas de forma bastante agregada, não constando a informação das receitas totais e das despesas totais, sendo assim, utilizaremos as contraprestações efetivas como denominador das indicadores que serão apresentados inicialmente.

**Tabela 5.25: Categorias de receitas das operadoras**

Categoria de receita	Seguradoras	Plano de contas da ANS	
	2001	2001	2012
Contraprestações Efetivas de Assistência à Saúde	Prêmios ganhos	31	31
Outras Receitas Operacionais	N.d.	33 <sup>(a)</sup>	33
Receitas Financeiras	Resultado financeiro	34	34
Receitas Patrimoniais e Outras	N.d.	35 <sup>(a)</sup> + 36 <sup>(a)</sup>	35 <sup>(b)</sup>

Fonte: Elaboração própria. Nota: (a) Em 2001, as contas 33, 35 e 36 somente foram disponibilizadas de forma líquida<sup>266</sup>, ou seja, descontadas das respectivas despesas, sendo apresentadas na forma de resultado. (b) A conta 36 (receitas não operacionais) não faz mais parte do plano de contas, desse modo, incluímos os valores dessa conta, quando existentes, na linha denominada receitas patrimoniais e outras<sup>267</sup>.

<sup>266</sup> Ou seja, respectivamente: outras receitas operacionais descontadas das outras despesas operacionais; receitas patrimoniais descontadas das despesas patrimoniais e receitas não operacionais descontadas das despesas não operacionais.

<sup>267</sup> As receitas não operacionais, foram definidas no Anexo II da RDC 38/2000, contendo as seguintes subcontas: lucro na alienação de bens do ativo permanente, e outras. No plano de contas estabelecido pela RN 290/2000, observa-se que a conta 35 – Receitas Patrimoniais incorpora essas duas subcontas, além de receitas com imóveis de renda e ajustes de investimentos em controladas e coligadas.

As operadoras possuem similaridades em seu funcionamento com o mercado segurador em geral, e, desse modo, possuem características de instituições de intermediação financeira, uma vez que arrecadam recursos que devem ser devidamente aplicados para a geração de rendimentos, de forma que sejam suficientes para sua destinação no futuro. Os dados contábeis das operadoras indicam que as suas receitas financeiras eram pouco expressivas no início dos anos 2000, tendo se tornado bastante mais relevantes ao final do período analisado. Em 2001, no caso das operadoras exceto as seguradoras, as receitas financeiras representaram cerca de 1,5% das contraprestações efetivas e resultado financeiro negativo em cerca de 0,5%, enquanto para as seguradoras, em que não está disponível a informação de receitas financeiras, o resultado financeiro representou 3,6% de suas mensalidades, indicando uma maior importância das receitas financeiras nesse segmento<sup>268</sup>. Em 2012, os dados para o mercado como um todo indicam que as receitas financeiras representaram mais de 6% das mensalidades, enquanto o resultado financeiro foi de mais de 4%<sup>269</sup>.

Por outro lado, diversas operadoras também são proprietárias de prestadores serviços de saúde, de modo que suas receitas e despesas são influenciadas pelo funcionamento dessas unidades, inclusive havendo situações em que os serviços são prestados para outras operadoras ou até mesmo para o SUS. Os dados contábeis das operadoras de 2001 não possibilitam a informação do valor de outras receitas operacionais, que são aquelas distintas das contraprestações efetivas, apresentando somente, para as operadoras exceto as seguradoras, a informação do resultado das outras receitas e despesas operacionais, que representou saldo líquido positivo de cerca de 1,6% das contraprestações efetivas<sup>270</sup>. Em 2012, o resultado de outras receitas e despesas operacionais para o mercado como um todo representou cerca de 0,5% das contraprestações efetivas, enquanto as outras

---

<sup>268</sup>A soma das receitas financeiras de todas as operadoras, exceto as seguradoras, foi de cerca de R\$ 0,2 bi, enquanto o resultado financeiro foi negativo em cerca de R\$ 0,1 bi. Para as Seguradoras, o resultado financeiro daquelas Seguradoras com informações disponibilizadas pelas ANS representou 3,6% dos seus prêmios ganhos.

<sup>269</sup>Em 2012, a soma das receitas financeiras de todas as operadoras foi de cerca de R\$ 5,9 bi, enquanto o resultado financeiro foi de R\$ 4,1 bi.

<sup>270</sup>Em 2001, a soma do resultado de outras receitas e despesas operacionais, das operadoras exceto as seguradoras, totalizou cerca de R\$ 0,3 bi.

receitas operacionais apresentaram a expressiva participação de cerca de 15% frente ao mesmo denominador<sup>271</sup>.

Além disso, o plano de contas da ANS prevê informações de outras receitas não operacionais e patrimoniais. O valor dessas receitas não está disponível para o período até 2006, em que consta somente, para as operadoras exceto as seguradoras, o resultado das receitas e despesas não operacionais e patrimoniais, que representou cerca de 0,1% das contraprestações efetivas<sup>272</sup>. Em 2012, o resultado não operacional e patrimonial representou cerca de 1% das contraprestações efetivas, enquanto as receitas não operacionais e patrimoniais representaram cerca de 1,5% frente ao mesmo denominador<sup>273</sup>.

Os dados apresentados de 2001, ainda que com as limitações expostas, mostram um resultado financeiro, operacional, não operacional e patrimonial que totaliza pouco mais de 3% das contraprestações efetivas, corroborando a expressividade dessas contraprestações como fonte de arrecadação de recursos das operadoras, ainda que não seja possível estimar precisamente o percentual que representam da receita total.

Para 2012, com a disponibilidade do valor da receita total e das categorias de receita apresentadas na Tabela 5.25, foi possível calcular a participação das categorias de receita frente à receita total, como mostrado na Tabela 5.26. Predominam as contraprestações efetivas, com mais de 80% de participação, e, além disso, se destacam as outras receitas operacionais, com 12%, e as receitas financeiras, com 5%.

**Tabela 5.26: Categorias de receitas das operadoras (R\$ bi) - 2012**

Categoria de receita	R\$ bi	Participação
Contraprestações Efetivas	96,3	82%
Outras Operacionais	14,1	12%
Financeiras	5,9	5%
Patrimoniais e Outras	1,4	1%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos demonstrativos contábeis das operadoras disponibilizados pela ANS. Nota: Os valores apresentados de contraprestações efetivas não sofreram desconto dos tributos diretos (no valor de - R\$ 1,3 bi).

<sup>271</sup> Em 2012, a soma do resultado de outras receitas e despesas operacionais foi de R\$ 0,6 bi, enquanto as outras receitas operacionais totalizaram R\$ 14,1 bi.

<sup>272</sup> Em 2001, a soma do resultado não operacional e patrimonial das operadoras exceto as seguradoras totalizou cerca de R\$ 0,02 bi.

<sup>273</sup> Em 2012, a soma do resultado de receitas e despesas patrimoniais, que incluem aquelas não operacionais e outras, foi de R\$1,0 bi, enquanto as outras receitas operacionais totalizaram R\$ 1,4 bi.

A participação das categorias de receitas segundo as modalidades de operadoras é mostrada na Tabela 5.27. As operadoras médicas e as exclusivamente odontológicas apresentam a mesma ordenação de representatividade das categorias de receitas, com predominância das contraprestações efetivas, com destaque para o fato de que sua participação é mais expressiva nas operadoras exclusivamente odontológicas, alcançando mais de 90%.

**Tabela 5.27: Participação das categorias de receitas, por modalidade de Operadora - 2012**

Modalidade	Contraprestações Efetivas	Outras Operacionais	Financeiras	Patrimoniais e Outras
ADM	91%	2%	6%	2%
AG	83%	6%	11%	0%
CM	78%	19%	3%	1%
FI	35%	62%	2%	2%
MG	93%	4%	2%	1%
SEG	84%	0%	12%	3%
Op. Méd.	82%	12%	5%	1%
CO	88%	10%	2%	0%
OG	95%	2%	2%	0%
Op. Od.	93%	4%	2%	0%
Total	82%	12%	5%	1%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos demonstrativos contábeis das operadoras disponibilizados pela ANS. Nota: Os valores apresentados de contraprestações efetivas não sofreram desconto dos tributos diretos (no valor de - R\$ 1,3 bi).

As modalidades com maior participação das contraprestações efetivas, superior a 90%, são as Odontologias e Medicinas de Grupo bem como as administradoras<sup>274</sup>. Um pouco menor é o indicador para as Cooperativas, tanto as médicas quanto odontológicas, que por outro lado apresentam relevância maior ou

<sup>274</sup> As administradoras não aparecem nas informações anteriores de beneficiários e de contraprestações efetivas, cuja fonte foi o ANS Tabnet. Quanto aos beneficiários, a ANS somente apresenta as informações de vínculo final com as operadoras que de fato prestam serviço, de fato representando a decomposição completa do quantitativo total, mas, de qualquer forma, poderia ser disponibilizada em separado a informação do número de vínculos contratuais das administradoras, que atuam como intermediárias, possibilitando a análise do seu campo de atuação. Quanto às contraprestações efetivas, os dados anteriores não discriminam as Administradoras, mas esse fato não prejudica a análise, uma vez que possuem pequena participação de mercado, inferior a 0,8% em 2012, conforme Demonstrações Contábeis que indicam R\$ 0,7 bi de receitas de contraprestações efetivas, frente ao total de R\$ 96,3 bi. O valor das contraprestações efetivas para as administradoras é advindo em sua quase totalidade das receitas de administrações com planos, havendo ainda valores de tributos como de praxe, mas também registros isolados, possivelmente de incorreção na classificação, de valores de contraprestações líquidas (duas operadoras totalizando valor inferior a R\$ 0,09 milhões) e variação das provisões técnicas (uma operadora com menos de R\$ 0,2 milhões).



igual que 10% para suas outras receitas operacionais. Por sua vez, as Filantrópicas são a modalidade com menor participação das contraprestações efetivas, com as outras receitas operacionais representando mais de 60% das suas receitas, fato associado a um perfil de atuação mais dependente das receitas da sua rede própria de prestadores de serviços, em geral existente há mais tempo que as próprias operadoras. Ademais, cabe destacar que as autogestões e seguradoras apresentam participação intermediária das contraprestações efetivas, pouco superior a 80%, tendo como particularidade uma relevante participação, superior a 10%, das receitas financeiras.

### **5.3.2. Mensalidades e copagamentos dos beneficiários**

Esta seção irá aprofundar a análise das receitas que representam a essência do funcionamento dos planos de saúde, que são as mensalidades e os copagamentos arrecadados junto aos beneficiários.

Como explicado no Capítulo 4, sobre o marco regulatório, nos planos posteriores à Lei 9.656/98, as Operadoras são livres para estabelecer seus preços de venda, desde que respeitadas algumas regras, enquanto para os reajustes é necessária autorização da ANS no caso dos planos individuais.

A metodologia aplicada pela ANS para obter o índice de reajuste máximo a ser aplicado nos planos médicos contratados por pessoas físicas tem sido a mesma desde 2001<sup>275</sup>, calculada<sup>276</sup> com base na média dos percentuais de reajuste do mercado coletivo, considerado como parâmetro (benchmark) por sua maior dinâmica concorrencial. Em 2010, a ANS criou um Grupo Técnico, com ampla participação do setor, para estudo de um novo modelo de reajuste. O objetivo foi delinear uma fórmula capaz de medir a variação de custos, levando-se em conta a necessidade de contemplar a heterogeneidade do mercado e, principalmente, aumentar a eficiência do setor, podendo estar associado à qualidade dos serviços oferecidos ao consumidor. Uma das opções debatidas foi a regionalização do

---

<sup>275</sup>A exceção foi somente o primeiro reajuste autorizado pela ANS, em 2000, em que foi estabelecido um índice único de 5,42%, calculado considerando 25% do IPCA-Brasil e 75% do grupo IPCA-SP, excluído o item de Cuidados Pessoais e acrescido do impacto do COFINS e alguns resíduos.

<sup>276</sup>Após um tratamento estatístico e a partir de um porte mínimo de beneficiários (em 2012 foi de 30 beneficiários).

índice. No entanto, não houve alteração no modelo, considerando, entre outras coisas, a necessidade de aprimoramento dos estudos e que a regionalização acarretaria elevada diferença entre regiões, onerando especialmente as de menor poder aquisitivo (ANS, 2011).

Há no Brasil diversos estudos empíricos que colocam em questão o índice de reajuste da ANS ao compará-los com índices de preços, como Saintive e Chacur (2006), Ocké-Reis e Cardoso (2006), Teixeira (2006) e Idec (2006). Noutra perspectiva, com base na teoria de números-índice e na metodologia utilizada pelo IBGE para a evolução dos custos da construção civil (SINAPI) mostrada no Quadro 5.7, Leal e Matos (2008b) mostram que, na verdade, os índices de reajuste da ANS são índices de valor, e não índices de preço *stricto sensu*, uma vez que consideram efeitos de: i) aumento de preços; ii) variação da frequência de utilização; iii) introdução de novas tecnologias. Paralelamente, as variações decorrentes da mudança de faixa etária dos beneficiários seguem dinâmica própria.

**Quadro 5.7: Especificação dos índices de preços, de quantidades e de valor**

Índice	Laspeyres	Paasche
Preços	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}$
Quantidade	$\frac{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}$
Valor	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	

Fonte: Elaboração própria, com base em IBGE (2007).

De fato, reajustes de planos de saúde com regime de financiamento mutualista, como é o caso no Brasil, tem natureza conceitual de variação de valor, posto que consideram variações de preços e de quantidades. No caso brasileiro, a evolução das mensalidades de planos de saúde reflete não somente o índice de reajuste definido pela ANS, mas também variações por mudança de faixa etária, cujos impactos efetivos nas mensalidades não são divulgados pela ANS. Considerando o período até 2007, Leal e Matos (2008b) mostram que, como

esperado, as variações de mensalidade dos planos individuais (reajuste acrescido da variação por faixa etária) foram no geral superiores aos principais índices de preços e relativamente próximos da variação do PIB nominal, a principal referência de índice de valor da economia.

A presente investigação estimou a variação por faixa etária<sup>277</sup>. A Tabela 5.28 mostra que a variação consolidada de indicadores relacionados ao índice da ANS (que como explicado não se trata de um índice de preço) e da variação de mensalidades dos planos individuais (cuja medição deve considerar o índice da ANS acrescido da variação de faixa etária).

Destaca-se que a variação geral do índice de ANS, em torno de 8% a.a., tem sido próxima aos principais índices de preço da economia, sendo superior a do IPCA e inferior a do IGP-M. Quanto à variação de mensalidades dos planos individuais, de cerca de 10,8% a.a., tem sido, como esperado, superior ao IPCA e IGP-M, e, além disso, inferior à variação do PIB nominal.

**Tabela 5.28: Variação anual de indicadores gerais e dos reajustes de planos de saúde individuais – 2000 a 2012**

Índice (%)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. anual
IPCA	6%	8%	13%	9%	8%	6%	3%	4%	6%	4%	6%	7%	6%	6,5%
IGP-M	10%	10%	25%	9%	12%	1%	4%	8%	10%	-2%	11%	5%	8%	8,4%
PIB Real (1)	4%	1%	3%	1%	6%	3%	4%	6%	5%	0%	8%	3%	1%	3,4%
PIB Nominal (2)	11%	10%	13%	15%	14%	11%	10%	12%	14%	7%	16%	10%	6%	11,5%
Índice ANS (3)	5%	9%	8%	9%	12%	12%	9%	6%	5%	7%	7%	8%	8%	8,0%
Planos individuais (4)	8%	12%	11%	12%	15%	15%	12%	9%	8%	10%	9%	10%	11%	10,8%

Fonte: Elaboração própria, com base em IPEAdata e ANS.

Nota: (1) Fonte: IPEAdata, PIB - var. real anual (IBGE/SCN 2000 Anual); (2) Elaborado com base em IPEAdata: PIB - R\$ (IBGE/SCN 2000 Anual); (3) Índice da ANS para reajuste dos planos individuais, cujo período de aplicação é, em regra geral, a partir do mês de maio do ano de referência até abril do ano subsequente; (4) Elaborado com base na ANS: nas regras de faixa etária da RN 63/2003 e informações de Beneficiários para o mês de junho de cada ano.

A variação de mensalidades dos planos médicos individuais contratados após a vigência do marco regulatório, como visto, de cerca de 10,8% a.a., é

<sup>277</sup> Com base na metodologia utilizada por Leal e Matos (2008a). Para tanto, considera-se que todos os planos individuais aplicam suas variações de faixa etária no limite estabelecido pela ANS (RN 63/2003). Foi utilizada a distribuição de beneficiários dos planos individuais segundo os intervalos de faixa etária de reajuste, com a hipótese de distribuição proporcional por cada ano compreendido neste intervalo. Desse modo, foi estimado o número de beneficiários das idades limítrofes em cada uma das faixas etárias, e daí aplicado o reajuste ao qual estaria submetida. Por fim, foi calculado o impacto médio anual desses reajustes sobre os beneficiários de planos individuais.

superior àquela mostrada na Tabela 5.24, referente à receita unitária dos planos médicos, que incluem não somente os planos individuais, mas também os planos coletivos, os planos antigos e também as variações em função de novas aquisições de planos<sup>278</sup>. Relativamente aos planos individuais novos, nos planos coletivos é esperada taxa de variação anual próxima, uma vez que são a referência para o cálculo do índice para a ANS. Por sua vez, nos planos antigos, não sujeitos ao marco regulatório e às atualizações do Rol de Procedimentos da ANS, é possível que as taxas de variação sejam inferiores. Além disso, no caso dos preços de venda dos novos contratos, não foi possível evidenciar com os dados divulgados pela ANS, constituindo uma possível agenda de pesquisa para o futuro.

Analisadas as receitas de mensalidades, passamos para uma segunda dimensão de arrecadação de recursos, que é a cobrança de copagamentos dos beneficiários.

Alguns dos mecanismos de regulação financeira (coobrigações), pelas operadoras, da utilização dos beneficiários, como franquia e co-participação, foram permitidos pelo marco regulatório, devendo respeitar algumas normas, previstas na Resolução CONSU n. 8/1998: i) não podem implicar desvirtuamento da livre escolha do beneficiário; ii) é vedada cobrança que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou fator restritivo severo ao acesso do serviço; e iii) proibido, no caso de internação, fator moderador na forma de percentual por evento, à exceção das definições específicas em saúde mental<sup>279</sup>. Além disso, as normas de reajuste da ANS definiram que, no caso dos planos contratados por pessoas físicas, os valores relativos às franquias e co-participações não podem

---

<sup>278</sup> Uma outra abordagem é a dos componentes dos custos, caracterizados como variações de preços e de quantidades, como ressaltado por Leal e Matos (2009). O índice de preços representa o aumento dos custos unitários, e pode ser determinado principalmente pela inflação dos insumos e pela incorporação tecnológica. O índice de quantidade, por sua vez, representa o incremento de utilização pelos beneficiários, que pode ter relação com algumas categorias de fatores, tais quais: i) sociais, como a popularização dos serviços e a generalização dos procedimentos (num contexto de ampliação dos cuidados para a saúde); ii) demográficos, como aumento da participação dos idosos – que tendem a uma utilização mais intensa – na população; e iii) perfil epidemiológico.

<sup>279</sup> Conforme Resolução CONSU n.8/1998. Franquia é o valor até o qual a operadora não tem responsabilidade pela cobertura, seja no caso de reembolso ou de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Co-participação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora, referente à realização do pagamento.

sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária mensal<sup>280</sup>.

A própria ANS manifestou a identificação de problemas nesses mecanismos de fator moderador em termos de práticas abusivas das operadoras, com o estabelecimento de fatores que são severamente restritivos do acesso aos procedimentos ou que se aproximam de seu financiamento integral. Essa problemática foi relatada na Exposição de Motivos da proposta de norma específica sobre os fatores moderadores, por meio de Consulta Pública no último trimestre de 2006. Entretanto, sob o argumento da necessidade de aprofundar os estudos, a ANS decidiu não publicar norma sobre o assunto<sup>281</sup>, permanecendo os problemas mencionados. Mais recentemente, foi divulgado, na página da ANS (2013b), que as coobrigações dos beneficiários são um mecanismo de diferenciação entre os planos de saúde, bem como de seus preços, que devem ser observados pelos beneficiários, como exposto:

“se a pessoa tem ótimas condições de saúde e só usa o plano eventualmente, o fator moderador pode ser uma opção mais econômica. Por outro lado, se a pessoa é mais idosa ou se tem alguma doença crônica, como diabetes ou hipertensão, ou algum problema de saúde que exija fazer um tratamento constante, é provável que o custo da mensalidade acrescido dos atendimentos realizados no mês seja mais alto e por isso, nesses casos, o mais adequado é optar pela mensalidade sem o fator moderador.” (ANS, 2013b)

Interessante notar que o Manual da Unimed Brasil de orientação para as operadoras dessa modalidade, na seção sobre registro de produtos, alerta que, a despeito da “definição – informal – na GGEOP de que o limite máximo de coparticipação dos usuários é de 30%” (Unimed do Brasil, 2011, p.58), não há norma escrita a respeito, devendo ser observado tão somente o disposto na Resolução CONSU n.8/1998, conforme mencionamos anteriormente. Mais que isso, esse manual da Unimed do Brasil destaca a orientação de que a referência do

---

<sup>280</sup> Para mais detalhes, ver a primeira norma relacionada, a RDC n.66/2001, bem como a mais recente, a RN n.171/2008, em vigência. No caso dos planos exclusivamente odontológicos do tipo de contratação individual, se aplica regra análoga, estando o reajuste dos fatores de moderação limitados ao reajuste aplicado sobre as contraprestações, conforme a RN n.172/2008.

<sup>281</sup> Conforme Consulta Pública 24 de 2006 da ANS, a proposta era o estabelecimento de limites máximos para os fatores moderadores, de 20% ou 30% do valor do procedimento, excetuando-se o caso de internação em que o limite seria de 10% do custo médio nos últimos quatro trimestres (com base em informações do SIP da operadora) e o caso de internação psiquiátrica em que o limite proposto foi de 30% de coparticipação. Foi proposto também o limite de uma contraprestação mensal para a participação financeira mensal do beneficiário em internações psiquiátricas, sendo o mesmo limite estabelecido para o restante dos procedimentos. Consulta disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/content/article/52-consultas-publicas/52-consulta-publica-24-criterios-para-aplicacao-dos-mecanismos-financeiros-de-regulacao>

percentual de coparticipação não é necessária constar nos dispositivos contratuais. Essa orientação, se praticada pelas operadoras, pode ocasionar falta de informação ou outros riscos para o consumidor.

Esses recursos oriundos de coobrigações (co-pagamentos) dos beneficiários é contabilizado pelas operadoras não como uma receita, mas como uma despesa com sinal invertido, ou seja, uma recuperação ou ressarcimento dentro da conta de despesa de Eventos Indenizáveis Líquidos<sup>282</sup>. Com base nos Demonstrativos Contábeis das Operadoras, para o ano de 2012, diferentemente dos anos iniciais da regulação, foi possível identificar, que o valor de coparticipação em eventos representou pelo menos R\$ 1,9 bi, cerca de 2% das contraprestações efetivas. Entretanto, é provável que o co-pagamento de beneficiários efetivamente realizado seja superior a esse valor, em função das franquias pagas diretamente aos prestadores de serviços e também da problemática de identificação da conta de registro pelas operadoras<sup>283</sup>.

---

<sup>282</sup> Segundo a ANS, as recuperações são entendidas como atos realizados antes da efetivação do pagamento e os ressarcimentos como os atos realizados após a efetivação do pagamento.

<sup>283</sup> Essas incorreções nos registros contábeis podem ser motivadas pela própria orientação constante na página eletrônica da ANS, bem como pelo fato de não haver conta específica de franquias. Segundo Manual de perguntas e respostas do plano de contas da ANS (2002, p.8), item 41, as coobrigações dos beneficiários nos eventos devem ser registradas na conta 4121 (Recuperação de eventos) ou 41311 (Coobrigações dos beneficiários), não sendo possível distinguir claramente no primeiro caso (conta 412) da classificação de valores de recuperação por motivo de glosa. Esse manual continua sendo referência de informação na página da ANS, entretanto, houve mudança nas contas para classificação de co-pagamentos dos beneficiários. Analisando o plano de contas de 2012, foram identificadas, dentro da mesma categoria 412 na qual também são classificadas as glosas, contas específicas para registro de valores de coobrigações dos beneficiários: 4125 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros de assistência médico-hospitalar; 4126 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros de assistência odontológica; 4127 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros em corresponsabilidade de assistência médico-hospitalar; 4128 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros em corresponsabilidade de assistência odontológica. Em 2012, as contas 4121 a 4124, referentes a glosa, totalizaram mais de 6,2 bi, cerca de 6,5% das contraprestações. Ferreira (2013), ao analisar a contabilização de glosas pelas operadoras, identificou que não há distinções relevantes entre rede própria e credenciada, diferentemente do esperado, bem como elevado percentual das glosas em relação as despesas totais, como no caso das Seguradoras com 19% em 2012. Além disso, esse autor identificou diversas inconsistências, inclusive glosas superiores a própria despesa, no caso do valor faturado de consultas médicas (Ferreira, 2013, p.163).

#### 5.4. Destinação dos recursos arrecadados

A destinação dos recursos arrecadados será analisada na perspectiva das receitas, despesas e dos resultados econômicos. Para a decomposição da destinação dos recursos arrecadados serão levantadas informações ex-ante e ex-post à contratação dos planos de saúde<sup>284</sup>. As informações ex-ante (ou a priori) se referem à lógica e as estimativas para a precificação dos produtos pelas empresas, enquanto as informações ex-post (ou a posteriori) se referem aos resultados alcançados por meio dos preços definidos, normalmente identificados por meio da contabilidade das empresas.

Iniciamos com a perspectiva ex-ante, atinente à precificação. Para a lógica de definição dos preços dos produtos, é pertinente o conceito de carregamento, que se refere às despesas não assistenciais que são adicionadas na composição dos preços de vendas. A ANS definiu parâmetros para a precificação dos planos de saúde, bem como a obrigação das Operadoras enviarem essas informações por meio da NTRP à ANS.

Na revisão da literatura foi identificada uma única publicação da ANS que trata da decomposição dos preços, com resultados somente para o ano de 2012, conforme apresentado na Tabela 5.4.1 e na Tabela 5.4.2. Esses resultados indicam que o tipo de plano com maior carregamento total<sup>285</sup> é o individual. Indicam também que, dentre os tipos de carregamentos, o mais expressivo, para todos os tipos de planos, é o das despesas administrativas, seguido pela margem de lucro.

**Tabela 5.4.1: Média dos carregamentos das NTRPs com e sem outliers**

Outliers	Quantidade	Total	Lucro	Administrativo	Comercial
Sem	112.609	31,37%	6,91%	14,05%	4,56%
Com	120.340	33,21%	11,18%	14,34%	5,67%

Fonte: ANS (2012a), com dados da NTRP de janeiro de 2013.

<sup>284</sup>Para uma referência sobre análise de decomposição dos recursos arrecadados pelas empresas na perspectiva ex-ante e ex-post, aplicado a outro setor de intermediação financeira, o bancário, ver Leal (2006 e 2007)

<sup>285</sup>O valor total dos carregamentos foi calculado subtraindo-se do “Valor Comercial da Mensalidade” (coluna T da NTRP), a “Despesas Assistencial Liquida por Exposto com margem de segurança estatística por exposto” (Coluna K), a “Despesa de Prestação de Outros Serviços por Beneficiário” (coluna P) e o “ajuste” (coluna S). A Despesa Assistencial Liquida por exposto se refere à despesa assistencial após as deduções de recuperação de coparticipação, seguro, resseguro e co-seguro.

**Tabela 5.4.2: Média dos carregamentos das NTRPs sem outliers, por tipo de contratação**

Contratação	Total	Lucro	Administrativo	Comercial
Individual ou familiar	32,74%	7,83%	14,27%	4,49%
Coletivo por adesão	31,15%	6,63%	14,10%	4,98%
Coletivo empresarial	28,98%	5,42%	13,55%	4,10%

Fonte: ANS (2012a), com dados da NTRP de janeiro de 2013.

A escassez de informações sobre a composição dos preços, seja nas publicações da ANS ou de outros atores, não é sem motivo, pois trata de informações complexas e estratégicas para as Operadoras. Frise-se que as informações divulgadas pela ANS, da NTRP, são um somente um referencial para a precificação, sobre o qual as operadoras têm flexibilidade de 30%, para cima ou para baixo, para a definição de seus preços efetivos de venda.

Dessa observação derivam duas questões. A primeira se refere ao grau de distanciamento dos preços efetivamente praticados pelas operadoras em relação aos indicadores divulgados pela ANS. Cabe reconhecer aqui que este é um objeto de complexa fiscalização, uma vez são mais de mil Operadoras, movimentando um total de mais de 19.000 planos de assistência médica novos, ou seja, com contratação após a entrada em vigor do marco regulatório (ANS, 2013d). Ocorre, ainda, que a ANS não divulga as informações da NTRP individualizadas, ou seja, por plano e por operadora, não sendo possível aos consumidores ou aos pesquisadores fazer essa verificação.

A segunda se refere ao grau de correspondência da decomposição dos resultados econômicos efetivamente realizados pelas operadoras, ou seja, os indicadores *ex-post*, relativamente à decomposição dos indicadores *ex-ante* mencionados. Trata da identificação se os valores realizados apresentam distribuição próxima àqueles valores que foram definidos pelas Operadoras como parâmetros para a precificação. Essa questão poderá ser subsidiada com elementos que iremos tratar na análise dos indicadores *ex-post*.



Seguimos então para a análise das informações ex-post, que apresentam disponibilidade mais ampla e variada. O conteúdo será apresentado nas seguintes subseções:

- i) Categorias de despesas, e
- ii) Destinação dos recursos e rentabilidade.

#### **5.4.1. Categorias de despesas**

Passamos a averiguar a importância das despesas assistenciais e das outras formas de despesas das operadoras. A análise irá considerar também as modalidades de operadoras conforme a mesma legenda apresentada na seção anterior, na Tabela 5.18.

##### **a) Despesas Assistenciais**

As despesas assistenciais são definidas pela ANS como a soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde. Como mostrado na Tabela 5.4.3, as despesas assistenciais apresentaram no período em tela<sup>286</sup> crescimento de cerca de 15% ao ano, tendo sido mais intenso (em 2 p.p. ao ano) nas operadoras exclusivamente odontológicas do que nas operadoras médicas, fato que pode ser atribuído ao maior crescimento desse tipo de operadora nas dimensões de beneficiários e de contraprestações. Apesar da diferença na taxa de crescimento, como as operadoras médicas apresentavam expressiva predominância de participação nas despesas assistenciais, essa participação se manteve em patamares superiores a 98%.

Há uma tendência de que a ampliação do Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS ocasione aumento das despesas assistenciais. Segundo a ANS, historicamente o rol não causa um impacto muito elevado nos reajustes, tendo sido o impacto resultante da última revisão do Rol, implementada em 2012, de 0,77%<sup>287</sup>. Entretanto, também pode ocorrer impacto de aumento nos preços de venda, que

---

<sup>286</sup>Os dados de receitas de contraprestações estão disponíveis em publicações da ANS somente a partir de 2003. Para a apresentação de informações a partir de 2001, primeiro ano com informações contábeis das operadoras apresentadas à ANS, foi realizada consulta no sistema ANS Tabnet.

<sup>287</sup>De acordo com o Gerente Geral de Estruturas e Operações de Produtos da ANS, em entrevista ao jornal O Liberal, constante do clipping da ANS: <http://www.clipnaweb.com.br/ans/consulta/materia.asp?mat=8325&cliente=ans&>

não foi possível dimensionar a partir das informações disponibilizadas pelas ANS. Como se trata de um assunto relevante, complexo e com poucas informações disponíveis, trata-se de uma importante agenda para pesquisa futuras.

**Tabela 5.4.3: Despesas Assistenciais por modalidades de operadoras (R\$ bi) – 2001 a 2012.**

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. a.a.
AG*	0,4	0,4	0,4	0,6	0,8	0,9	5,6	6,5	7,2	7,6	8,6	9,9	35%
CM	7,1	7,9	9,0	10,2	11,5	13,3	14,6	17,4	19,1	21,3	24,6	28,1	13%
FI	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8	1,0	1,0	1,2	1,3	1,4	1,6	1,8	9%
MG	4,9	6,1	7,1	8,0	9,5	10,8	12,2	13,8	15,5	17,4	19,4	22,5	15%
SEG	4,5	5,1	5,8	6,6	7,1	7,3	7,7	9,0	10,4	11,5	13,9	16,8	13%
<b>Op. Méd.</b>	<b>17,5</b>	<b>20,4</b>	<b>23,0</b>	<b>26,0</b>	<b>29,7</b>	<b>33,3</b>	<b>41,2</b>	<b>47,8</b>	<b>53,5</b>	<b>59,2</b>	<b>68,1</b>	<b>79,1</b>	<b>15%</b>
CO	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	13%
OG	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8	20%
<b>Op. Od.</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>17,7</b>	<b>20,6</b>	<b>23,2</b>	<b>26,4</b>	<b>30,1</b>	<b>33,7</b>	<b>41,7</b>	<b>48,4</b>	<b>54,2</b>	<b>59,9</b>	<b>69,1</b>	<b>80,2</b>	<b>15%</b>

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de ANS-Tabnet (DIOPS/ANS/MS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006), consultados em 04/02/2014. \* As Autogestões passaram a informar suas despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras.

Desconsideradas as Autogestões<sup>288</sup>, a modalidade de operadora que teve maior crescimento das despesas assistenciais, foram as Odontologias de Grupo, enquanto a modalidade que teve menor crescimento foram as Filantrópicas. Esses resultados, no geral, são bastante próximos à evolução das receitas de contraprestações efetivas, havendo algumas diferenças que podem ser evidenciadas na evolução do indicador da sinistralidade, que é a razão entre despesas assistencial e as contraprestações efetivas, mostrado na Tabela 5.4.4.

<sup>288</sup> As autogestões apresentam limitações nos dados em função de particularidades regulatórias, sendo progressivamente, mas não totalmente, obrigadas a apresentar as informações de receitas à ANS, como explicado na nota da tabela 5.4.2. Alternativamente ao indicador da taxa de variação anual para as Operadoras Médicas, foi calculado o mesmo indicador desconsiderando as Autogestões, sendo encontrado resultado de 14%, bastante próximo ao anterior.

**Tabela 5.4.4: Sinistralidade por modalidades de operadoras – 2001 a 2012.**

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. a.a.
AG*	88%	89%	85%	91%	88%	83%	88%	92%	94%	89%	92%	94%	1%
CM	84%	83%	83%	83%	82%	81%	80%	81%	82%	81%	82%	83%	0%
FI	63%	61%	73%	79%	76%	77%	54%	53%	82%	79%	81%	82%	3%
MG	74%	75%	76%	75%	76%	76%	77%	78%	79%	79%	79%	81%	1%
SEG	83%	82%	86%	87%	90%	84%	90%	81%	84%	81%	83%	90%	1%
<b>Op. Méd.</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>80%</b>	<b>81%</b>	<b>80%</b>	<b>83%</b>	<b>81%</b>	<b>82%</b>	<b>85%</b>	<b>1%</b>
CO	72%	71%	70%	67%	67%	65%	65%	65%	64%	62%	64%	65%	-1%
OG	45%	46%	45%	42%	41%	40%	41%	40%	42%	40%	44%	44%	0%
<b>Op. Od.</b>	<b>55%</b>	<b>55%</b>	<b>54%</b>	<b>51%</b>	<b>50%</b>	<b>47%</b>	<b>48%</b>	<b>48%</b>	<b>48%</b>	<b>46%</b>	<b>49%</b>	<b>49%</b>	<b>-1%</b>
<b>Total</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>79%</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>82%</b>	<b>80%</b>	<b>82%</b>	<b>84%</b>	<b>1%</b>

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de ANS-Tabnet (DIOPS/ANS/MS - 09/12/2013 e FIP - 12/2006), consultados em 04/02/2014. \* As Autogestões passaram a informar suas informações financeiras, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010, bem como das Autogestões por RH (Recursos Humanos) que não são obrigadas a enviar informações financeiras.

As operadoras exclusivamente odontológicas, com níveis de sinistralidade em torno de 50%, bastante inferiores aos daqueles das operadoras médicas, apresentaram pequena redução dessa taxa. Esses resultados podem ser associados a uma menor complexidade de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos, bem como ao expressivo crescimento de beneficiários desse segmento, propiciando a diluição do risco e, em especial, como neste caso o crescimento foi mais expressivo no caso dos planos coletivos empresariais, podem proporcionar a redução da proporção de usuários que contratam com o propósito de utilizar o mais brevemente a cobertura, ou seja, mitigar o problema da seleção adversa. Destaque-se ainda que, enquanto as Odontologias de Grupo apresentaram sinistralidade bastante reduzida e estável, próxima a 45%, as Cooperativas Odontológicas diminuíram um pouco sua disparidade frente à modalidade anterior, por meio da redução da taxa de sinistralidade em 7 p.p., para 65%, principalmente em função de um crescimento da despesa assistencial inferior ao das Odontologias de Grupo.

As operadoras médicas apresentaram crescimento da sinistralidade, com alguma oscilação, em torno de 80% e um aumento mais intenso em 2012 atingindo 85%. A disparidade entre as modalidades era bastante significativa em 2001 (variando de 63% a 88%) tendo diminuído no período recente (variando de 81% a 90%). Todas as modalidades mostraram aumento na sinistralidade, exceto as

cooperativas médicas, com uma pequena redução (1 p.p.), se situando com uma taxa um pouco menor (2 p.p.) do que a média das operadoras médicas, diferentemente de 2001 quando possuía taxa um pouco maior (5 p.p.), sendo uma das mais elevadas.

O resultado das Cooperativas Médicas se deu principalmente em função de uma taxa de crescimento das despesas assistenciais inferior ao das outras modalidades, uma vez que sua taxa de crescimento de contraprestações efetivas foi inferior a da média do segmento médico. Ressalte-se esse resultado, ainda mais que nesse período as Cooperativas Médicas mantiveram a liderança entre as operadoras em termos de volume de contraprestações efetivas, bem como se tornaram as líderes em termos de beneficiários, por meio de um crescimento expressivo desse quantitativo. Qual seria a estratégia para as Cooperativas apresentarem crescimento de forma sustentável em termos de gestão dos sinistros? Uma hipótese que não se deve descartar é o perfil da carteira, com crescimento mais acentuado nos planos coletivos, e, mais que isso, particularmente, se tornou de forma destacada a modalidade com maior participação na carteira de planos novos coletivos por adesão. Uma outra hipótese seria o crescimento na oferta dos planos exclusivamente odontológicos, mas, nesse caso, as Cooperativas Médicas não tiveram tanto destaque, embora tenham aumentado sua participação em termos de beneficiários, mas não de forma tão intensa quanto as Filantrópicas, tampouco obtendo um *market share* mais expressivo quanto as Medicinas de Grupo.

A modalidade das Medicinas de Grupo se situa em 2012 na liderança de beneficiários em geral e bastante próxima da liderança em termos de contraprestações e de beneficiários de planos médicos, também tendo apresentado crescimento no período em tela, embora com perda de participação relativa em termos de beneficiários de planos médicos e também, em pequena medida, em termos de contraprestações efetivas. Quanto à sinistralidade, apresentaram crescimento de 7 p.p., atingindo 81% de sinistralidade, que é a menor entre as modalidades. A taxa de crescimento das suas contraprestações e das despesas assistenciais foi próxima entre si, em torno de 15% a.a., nível em que se situaram as respectivas médias do mercado médico. Também cabe indagar qual seria a estratégia para as Medicinas de Grupo se situarem com a menor taxa de sinistralidade. O perfil da sua carteira permite apontar hipóteses explicativas, uma vez que predominam os planos coletivos, mas de forma distinta das Cooperativas,

com participação menos importante dos coletivos por adesão e mais destacada dos empresariais, dos quais se espera um melhor perfil de risco. Além disso, registre-se a estratégia de crescimento no mercado de planos exclusivamente odontológicos, se tornando a maior operadora médica nesse segmento, atingindo mais de 12% de *market share* em termos de beneficiários, que, dados os níveis inferiores de sinistralidade desse segmento, podem vir a influenciar positivamente a sinistralidade geral, a despeito dos valores movimentados nesse mercado serem bastante inferiores ao do mercado dos planos médicos<sup>289</sup>.

A modalidade que mostrou maior aumento (19 p.p.) de sinistralidade foram as Filantrópicas, atingindo 82% em 2012, entretanto apresentaram significativa oscilação que remete a cuidado na análise e no grau de confiança na qualidade dos dados contábeis prestados por essas operadoras, em especial no início dos anos 2000, em que sua sinistralidade (63%) era destacada como a menor, muito inferior à média do mercado (79%) e também da modalidade seguinte (74%). A despeito disso, em 2012, as Filantrópicas se situaram em um patamar de sinistralidade inferior ao da média das operadoras médicas (85%), e em pequena medida acima das Medicinas de Grupo. As Filantrópicas apresentam algumas particularidades institucionais relacionadas à sua trajetória histórica beneficente e em grande proporção ligadas as Santas Casas, sendo, depois das Autogestões, a modalidade com maior participação de planos antigos na carteira. Seu crescimento se deu de forma mais expressiva nos planos coletivos empresariais e por adesão, embora ainda permaneçam como a modalidade com maior participação de planos novos individuais na carteira.

A modalidade com maior nível de sinistralidade é a das Autogestões, que tiveram crescimento de 6 p.p., atingindo 94% em 2012. As Autogestões apresentam limitações nas suas informações econômico-financeiras<sup>290</sup>, e, além disso, as contraprestações das Autogestões apresentam particularidades em função da

---

<sup>289</sup>Nas Medicinas de Grupo a quantidade de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos em 2012 foi de 2,66 milhões, mais de 1/7 do seu quantitativo total de beneficiários. Multiplicando pelo tíquete médio desses planos em 2012 (R\$ 0,15 mil ao ano) resulta o valor de contraprestações efetivas de R\$ 399 mil. Embora o valor seja pequeno, a sinistralidade desses planos é de cerca de 50%, muito menor do que a dos planos médicos em geral e a sinistralidade média da modalidade Medicina de Grupo.

<sup>290</sup>As Autogestões passaram a informar suas informações financeiras, obrigatoriamente, somente a partir de 2007, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010, bem como das Autogestões por RH (Recursos Humanos) que não estão sujeitas a essa obrigação.

existência de recursos patrocinados, sendo assim, fica limitada a utilidade analítica da sua sinistralidade. De qualquer forma, vale pontuar que a carteira das Autogestões é exclusivamente de planos coletivos, sendo, além disso, a modalidade com maior proporção, na carteira, de beneficiários de planos antigos, cabendo o destaque da elevada participação dos planos coletivos por adesão antigos, próxima a  $\frac{1}{4}$  da carteira.

A segunda maior modalidade em termos de taxa de sinistralidade é a das Seguradoras, que tiveram uma significativa oscilação no período, retornando em 2011 ao mesmo nível de sinistralidade de 2001, mas com um surpreendente pico de 7 p.p. de 2011 para 2012, alcançando 90% em 2012. As Seguradoras apresentaram um crescimento das contraprestações efetivas continuado e estável, inclusive em 2012, em torno de 12% a.a., embora em pequena medida inferior ao do mercado de planos médicos. Quanto às despesas assistenciais, também tiveram crescimento continuado (em torno de 13% a.a.) e em pequena medida inferior ao do mercado, entretanto, o que chama atenção é um expressivo aumento do seu valor em 2012, de mais de 20% em relação ao ano anterior.

#### **b) Outras categorias de despesas**

Para a identificação da importância de outras categorias de despesas, foi utilizada a base de dados das demonstrações contábeis das operadoras. Para tanto, foi necessária a análise do plano de contas da ANS para o respectivo ano, sendo identificadas seis principais categorias de despesas das operadoras, conforme Tabela 5.4.5. Foi necessária a compatibilização das informações das Seguradoras que são disponibilizadas em formato distinto das outras operadoras no período até 2006. No mesmo período, as informações são apresentadas de forma bastante agregada, não constando a informação das receitas totais e das despesas totais, sendo assim, utilizaremos as contraprestações efetivas como denominador, assim como feito para a sinistralidade, dos indicadores que serão apresentados inicialmente.

As despesas comerciais e administrativas compõem, juntamente com as despesas assistenciais (eventos indenizáveis líquidos) o numerador da razão da soma dessas três despesas sobre as contraprestações efetivas, que se trata do tradicional indicador denominado Combinado. Com base nos valores disponíveis das demonstrações contábeis, foi calculado o valor das outras despesas, sendo

conjugadas essas informações com o valor das contraprestações efetivas e o da sinistralidade apresentados anteriormente. As outras categorias de despesas apresentam limitações de disponibilidade de 2001 a 2006<sup>291</sup>.

**Tabela 5.4.5: Categorias de despesas das Operadoras**

Nome da Conta	Seguradoras	Plano de Contas da ANS	
	2001	2001	2012
Eventos Indenizáveis Líquidos	Sinistro Retido	41	41
Despesas de Comercialização	Desp. Comerciais	43	43
Outras Despesas Operacionais	N.d.	44 <sup>(a)</sup>	44 + 32 <sup>(c)</sup>
Despesas Financeiras	- Resultado financeiro	45	45
Despesas Administrativas	Desp. Administrativas	46	46
Despesas Patrimoniais e Outras	N.d.	47 <sup>(a)</sup> + 48 <sup>(a)</sup>	47 <sup>(b)</sup>

Fonte: Elaboração própria. Nota: (a) Em 2001, as contas 44, 47 e 48 constam no plano de contas, entretanto não foram disponibilizadas informações para essas contas, sendo considerado como não disponível quando isso ocorrer<sup>292</sup>; (b) A conta 48 (despesas não operacionais) não faz mais parte do plano de contas, desse modo, incluímos os valores dessa conta, quando existentes, na linha denominada despesas patrimoniais e outras<sup>293</sup>; (c) A conta 32 (Tributos diretos de operações de assistência à saúde), será aqui considerada como outras despesas operacionais, para manter a coerência com a série histórica<sup>294</sup>.

Como mostrado na Tabela 5.4.6, os dados contábeis de 2001 indicam despesas administrativas bastante representativas, representando mais de 10% das contraprestações efetivas, e despesas comerciais pouco expressivas, no percentual de 2%. Com isso, o índice combinado estimado para 2001 totalizou 94%. Os resultados de 2012 indicam pesos superiores dessas três contas de despesas, totalizando um índice combinado superior a 100%, possível mediante outras fontes

<sup>291</sup>Foram identificados, agregando os dados das operadoras em geral, incluindo as seguradoras, os seguintes valores por categoria de despesa em 2001: i) Comerciais: R\$ 0,44 bi; ii) Administrativas: R\$ 2,89 bi. As despesas financeiras somente estão disponíveis para as operadoras exceto as seguradoras e apresentaram valor bastante pequeno, de R\$ 0,26 bi, que representa cerca de 1% das contraprestações efetivas. As outras categorias de despesas não estão disponíveis, sendo somente no caso das operadoras exceto as seguradoras disponibilizado o resultado das receitas e despesas de outras atividades operacionais, patrimoniais e não operacionais. Embora não esteja nas contas de despesa, mas sim dentro da conta de receita de contraprestações, cabe mencionar o valor contabilizado como variação das provisões técnicas, que totalizou R\$ 0,03 bi negativos, que em módulo é menor do que 0,2% das contraprestações efetivas.

<sup>292</sup>Nesse caso específico, somente foram disponibilizadas informações para os resultados dessas atividades, consideradas receitas e despesas específicas, ou seja: resultado de outras receitas e despesas operacionais, resultado patrimonial, resultado não operacional.

<sup>293</sup>As despesas não operacionais, foram definidas no Anexo II da RDC 38/2000, contendo as seguintes subcontas: prejuízo na alienação de bens do ativo permanente, perda na reavaliação de imóveis e outras. No plano de contas estabelecido pela RN 290/2000, observa-se que a conta 35 – Receitas Patrimoniais incorpora a subconta prejuízo na alienação de bens, além de outros.

<sup>294</sup>Essa conta 32 foi criada a partir de 2007 (RN 147/2007), conforme apresentação da DIOPE (ANS, 2007), alterando a posição desses impostos (ISS, PIS, COFINS), que inicialmente constavam em uma conta tradicional da despesa (outras despesas operacionais, itens 4411 e 4412).

de arrecadação de recursos. O resultado financeiro das operadoras, que em 2001 era praticamente nulo, em 2012 tem relativa importância e passa a representar cerca de 4% das contraprestações<sup>295</sup>. Com o valor do resultado financeiro, é possível calcular o Índice Combinado Ampliado, que tem no numerador a soma das três mencionadas despesas e no denominador a soma das contraprestações efetivas com o resultado financeiro.

**Tabela 5.4.6: Indicadores de despesas sobre contraprestações efetivas, índice combinado e índice combinado ampliado – 2001 e 2012.**

Ano	Sinistralidade		Desp. Comerciais		Desp. Administrativas		Índice Combinado		I. Combinado Ampliado	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Total	79%	84%	2%	3%	13%	15%	94%	102%	94%	97%

Para 2012, com a disponibilidade do valor da despesa total e das categorias de despesa apresentadas na Tabela 5.4.5, foi possível calcular a participação das categorias de despesas, como mostrado na Tabela 5.4.7 adiante. No geral, correspondendo também ao perfil das operadoras médicas que representam maiores valores movimentados, predomina o valor dos sinistros, com mais de 70% das despesas totais, sendo seguido à distância pelas despesas administrativas e pelas outras despesas operacionais, ambas em torno de 12%.

### **c) Categorias de despesas segundo modalidades de Operadoras**

Ao analisar a distribuição das categorias de despesas (Tabela 5.4.7), as duas modalidades de operadoras exclusivamente odontológicas apresentam predominância do valor dos sinistros em menor intensidade, sendo cerca da metade das despesas totais, seguido pelas despesas administrativas com pouco menos de 1/3 das despesas totais. A diferença aparece na terceira categoria de despesa mais representativa, com valor em torno de 10%, que é a despesa comercial no caso das Odontologias de Grupo e as outras despesas operacionais no caso das Cooperativas Odontológicas, possivelmente relacionado com as atividades da rede própria de prestadores de serviço das cooperativas.

<sup>295</sup> Em 2001, a despeito da distinção do resultado financeiro Segundo grupos de operadoras, o resultado global foi negativo em 0,04 bi, mas praticamente nulo (-0,2%) em relação ao valor das contraprestações. Em 2012, o resultado financeiro do Mercado foi de R\$ 4,12 bi, representando cerca de 4% do valor das contraprestações.



Por sua vez, para as operadoras médicas, predomina o valor dos sinistros, exceto no caso das Administradoras e Filantrópicas. Nas Administradoras, predominam as despesas administrativas e outras despesas operacionais, sendo o valor dos sinistros bastante reduzido, uma vez que se trata de uma empresa intermediária para a contratação do plano de saúde junto a uma operadora que irá fazer de fato a gestão da assistência à saúde do beneficiário. No caso das Filantrópicas, predominam as outras despesas operacionais, seguidas pelas despesas administrativas, resultado possivelmente associado à importância das atividades da rede própria de prestadores de serviços de saúde dessa modalidade. Esse resultado significativo para as outras despesas operacionais e administrativas também ocorre, em menor medida, para as Cooperativas Médicas, embora nesse caso a despesa predominante, com cerca de 2/3 de participação, seja o valor dos sinistros.

Por outro lado, as modalidades com maior participação do valor dos sinistros, em patamar superior a 80%, são, nessa ordem, as Seguradoras e as Autogestões, que possuem algumas particularidades. As Seguradoras são a modalidade que possui maior participação das despesas comerciais, situadas acima de 6%, além de despesas administrativas com representatividade próxima, o que significa ser a menor participação entre as modalidades. As Autogestões, por sua vez, são a modalidade com a menor participação das despesas comerciais, inferiores a 1%.

**Tabela 5.4.7: Participação das categorias de despesas, segundo modalidades de Operadoras– 2012.**

Modalidade	Sinistros	Comerciais	Outras Operacionais	Financeiras	Administrativas	Patrimoniais e Outras	Total
ADM	6,5%	0,5%	32,0%	9,2%	45,8%	6,0%	100%
AG	80,3%	0,0%	6,7%	1,1%	11,6%	0,2%	100%
CM	65,7%	1,7%	19,4%	2,1%	10,9%	0,2%	100%
FI	28,8%	0,4%	40,5%	2,6%	27,5%	0,1%	100%
MG	76,5%	3,4%	4,3%	1,0%	14,2%	0,6%	100%
SEG	84,2%	6,1%	2,3%	0,9%	6,4%	0,1%	100%
Op. Méd.	71,2%	2,7%	12,2%	1,6%	12,1%	0,3%	100%
CO	58,1%	3,2%	8,8%	1,9%	28,0%	0,0%	100%
OG	49,6%	10,8%	5,4%	3,8%	30,1%	0,2%	100%
Op. Od.	52,0%	8,7%	6,4%	3,3%	29,5%	0,1%	100%
Total	70,8%	2,8%	12,0%	1,6%	12,4%	0,3%	100%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos demonstrativos contábeis das operadoras disponibilizados pela ANS.

#### **d) Ressarcimento ao SUS**

Além das categorias de despesas com destaque na contabilidade das Operadoras, para fins da análise das implicações da regulação, é pertinente tratar das despesas com ressarcimento ao SUS. Apesar da ampliação da cobertura dos planos de saúde advinda com a regulação, segundo Bahia e Scheffer (2008, p.541), determinados procedimentos assistenciais, como os de saúde mental e alguns de alto custo, têm sua realização primordialmente nos serviços públicos<sup>296</sup>.

Isso ocorre em um contexto em que a ANS vem enfrentando algumas dificuldades para a cobrança do ressarcimento. A primeira dificuldade advém da operacionalização da cobrança que depende de cruzamento de informações. Em função disso, a ANS definiu, em 2008, que esse processo deverá ser realizado por meio eletrônico, entretanto, ao final de 2012 havia pendências de sistemas para essa implantação (ANS, 2013i, p.156)<sup>297</sup>. Identificados os atendimentos do SUS com cobertura contratual das operadoras, a ANS notifica as operadoras a respeito dos valores a serem ressarcidos<sup>298</sup>. A segunda dificuldade ocorre em função da oposição das operadoras a essa cobrança, por meio de recursos no âmbito administrativo ou judicial. No campo judicial, houve a tentativa, das operadoras, de suspensão desse dispositivo legal por inconstitucionalidade, entretanto, essa liminar não foi concedida pelo pleno do STF<sup>299</sup>.

O processo de ressarcimento foi objeto de auditoria do TCU, em 2008, que identificou que a ANS somente considerava o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais quando realizados em internações hospitalares. O TCU (2012) aponta que os valores passíveis de ressarcimento dos atendimentos ambulatoriais de alta

---

<sup>296</sup> Marinho e Ocke-Reis (2011) também apresentam informações de atendimentos pelo SUS sem ressarcimentos dos planos de saúde, bem como analisam as implicações para o SUS de diversos subsídios governamentais ao setor privado na saúde.

<sup>297</sup> A identificação, dentre os indivíduos atendidos no SUS, daqueles que constam como beneficiários na ANS, mas requer também a análise se o procedimento realizado no SUS tinha cobertura prevista pela operadora. Essa cobertura é verificada, no caso de plano antigo, conforme previsão do contrato, e, no caso de plano novo, conforme a modalidade assistencial e o rol de procedimentos da ANS.

<sup>298</sup> Conforme ANS, acesso em jan/2014, em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus>. Em específico, os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, e tampouco superiores aos praticados pelas operadoras. Inicialmente eram previstos em tabela de procedimentos da ANS (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP), mas, a partir de 2008 passou a ser cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo IVR (Índice de valoração ao ressarcimento).

<sup>299</sup> Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1.931, ajuizada pela Confederação Nacional da Saúde (CNS), que congrega interesse de prestadores privados e de operadoras.

complexidade (as chamadas APAC) representavam mais de quatro vezes do que era então efetivamente ressarcido por meio das cobranças das AIH, já considerando o significativo percentual de impugnações consideradas procedentes<sup>300</sup>. Em função disso, o TCU estabeleceu a determinação para a ANS, a partir de 2009, passar a processar também o batimento das APAC e apresentar um cronograma para proceder ao batimento das APAC desde o início do processamento do ressarcimento pela ANS, a partir da vigência da Lei 9.656/98.

Em 2011, o Ministro da Saúde anunciou<sup>301</sup> que a ANS irá passar a cobrar o ressarcimento das APAC, que incluem quimioterapia (tratamento de câncer), procedimentos da saúde mental e atendimento em Hospital Dia. Entretanto, ao final de 2012 não havia sido concluído o projeto de implantação do ressarcimento das APAC pela ANS (ANS, 2013i, p.84, 274).

Em outubro de 2012, o TCU (2012) se posicionou em relação ao acompanhamento da questão, reiterando a determinação de processamento das APAC. De qualquer forma, o TCU identificou que suas determinações, que envolveram outras medidas, incrementaram os valores de ressarcimento obtidos em 2011, que alcançaram R\$ 82,8 milhões. De fato esse valor representa um significativo aumento, uma vez que, segundo informações da ANS, o total de ressarcimento de 2000 a 2010 havia sido de cerca de R\$ 125 milhões. Em 2012, o valor de ressarcimento, segundo a ANS, se situou em patamar próximo, mas um pouco inferior ao ano anterior, alcançando R\$ 71,4 milhões, valor que corresponde a um percentual muito reduzido, inferior a 0,1%, das contraprestações efetivas desse ano. De qualquer forma, isso não diminui a importância dessa agenda regulatória, uma vez que, para além da arrecadação de recursos para a administração pública, constitui um mecanismo de indução para as reguladoras constituam capacidade de atendimento na sua rede ou remunerem adequadamente os serviços do SUS.

---

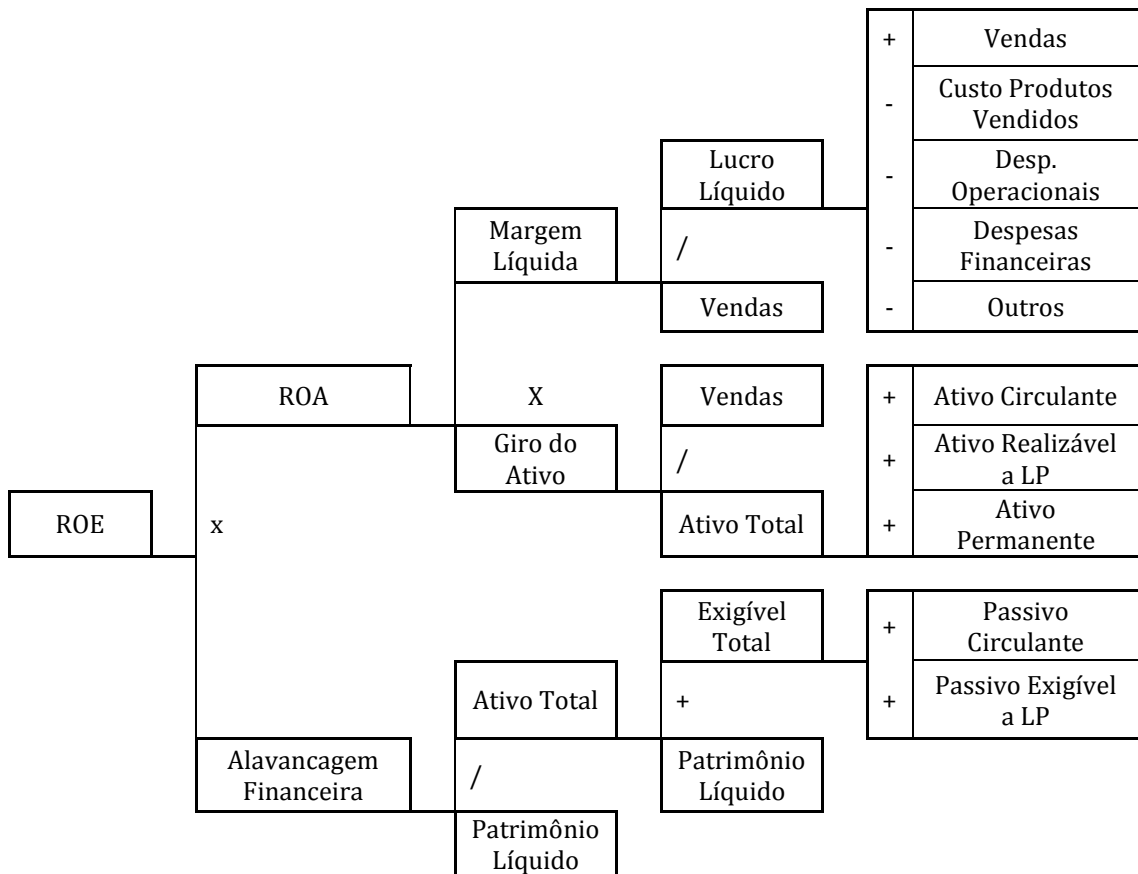
<sup>300</sup>Segundo TCU (2012): a) De 2003 a 2007, os valores despendidos no SUS para autorizações de procedimentos de alto custo (APAC) foram superiores aos valores das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) em mais de R\$ 10 bilhões. b) Aplicando-se o percentual passível de cobrança das APAC encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS (de aproximadamente 6%), ter-se-ia um potencial de ressarcimento ao SUS, nos exercícios de 2003 a 2007, da ordem de 2,6 bilhões, se consideradas a média e alta complexidade, e de R\$ 1,3 bilhão, se considerada apenas a alta complexidade.

<sup>301</sup> Conforme noticiado, acesso em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/planos-de-saude-terao-que-ressarcir-sus-por-atendimento-de-alto-custo>

**5.4.2. Destinação dos recursos e rentabilidade**

Para averiguar a destinação dos recursos arrecadados, será utilizado o marco teórico-metodológico das Finanças Corporativas e da Contabilidade. Para tanto, será elaborado um modelo adaptado para o caso das Operadoras no Brasil, com base no Sistema DuPont. O Sistema DuPont, mostrado na Figura 5.4.1, decorre da possibilidade de decomposição da rentabilidade, em sucessivas fórmulas de desdobramento, possibilitando identificar o grau de importância desses componentes (Gitman, 2005).

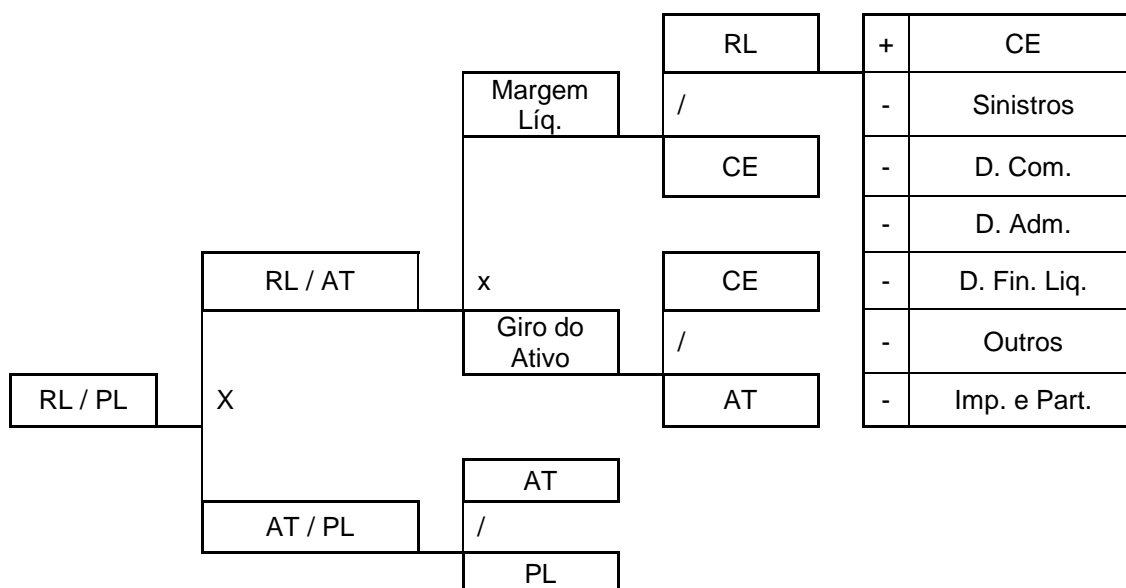
**Figura 5.4.1: Decomposição da rentabilidade segundo o Sistema DuPont**



Fonte: Adaptado de Gitman (2005, p.126).

Aplicando esses conceitos ao plano de contas do mercado de planos de saúde, elaborou-se o modelo apresentado na Figura 5.4.2.

**Figura 5.4.2: Decomposição da rentabilidade segundo modelo adaptado às Operadoras de planos de saúde no Brasil**



Fonte: Elaboração Própria, com base no Sistema DuPont e no Plano de Contas Padrão da ANS.

As siglas mencionadas se referem às contas contábeis identificadas no Quadro 5.4.1, especificadas conforme contas do Plano de Contas Padrão da ANS, considerando sua mudança nos períodos mencionados e as particularidades das Seguradoras no período inicial da regulação.

**Quadro 5.4.1: Identificação das contas contábeis selecionadas do Plano de Contas da ANS**

Sigla	Identificação	Seguradoras	Código no Plano de Contas da ANS	
			2001	2001
AT	Ativo Total	Idem	1	1
PL	Patrimônio Líquido	Idem	25	25
CE	Contraprestações Efetivas	Prêmios ganhos	31	31
Sinistros	Eventos Indenizáveis Líquidos	Sinistro retido	41	41
D.Com.	Despesas Comerciais	Idem	43	43
D.Adm.	Despesas Administrativas	Idem	46	46
D.Fin.Liq.	Despesa Financeira líquida das receitas financeiras	- Resultado financeiro	45-34	45-34
Outros Líq.	- Resultado Patrimonial e de Outras Receitas e Despesas.*	N.d.	-33-35-36 +44+47+48	-33-35 +44+32+47
ImpPart.	Impostos e Participações sobre o Resultado	**	611+612 +618	61
RL	Resultado Líquido do exercício	***	3-4-61	3-4-61

Nota: \* Trata-se do elemento simétrico porque a lógica do modelo é a inclusão de despesas a descontar da receita de vendas. \*\* Estimado por meio da aplicação do peso percentual característico da Medicinas de Grupo para essa conta, relativamente ao valor das contraprestações efetivas. \*\*\*

Estimado de forma análoga ao das outras operadoras, por meio da subtração das receitas pelas despesas e pelos impostos e participações.

Uma outra utilidade do Sistema DuPont é a utilização de suas fórmulas que constituem identidades para as contas contábeis, para o estudo do desdobramento da margem sobre as vendas. A partir do modelo elaborado para o setor suplementar, é possível analisar a destinação dos recursos arrecadados entre diversos componentes, por meio de uma reformulação da fórmula da identidade do resultado líquido, como exposto.

$$RL = CE - \text{Sinistros} - D.Com. - D.Adm. - D.Fin.Liq. - \text{Outros} - \text{Imp.Part.} \quad (5.1)$$

$$CE = \text{Sinistros} + D.Com. + D.Adm. + D.Fin.Liq. + \text{Outros} + \text{Imp.Part.} + RL \quad (5.2)$$

Dividindo todos os componentes pelas contraprestações efetivas (CE), chegamos a uma fórmula de decomposição percentual, em que o último componente é a própria margem líquida (RL sobre CE).

$$\frac{CE}{CE} = \frac{\text{Sinistros}}{CE} + \frac{D.Com.}{CE} + \frac{D.Adm.}{CE} + \frac{D.Fin.Liq.}{CE} + \frac{\text{Outros}}{CE} + \frac{\text{Imp.Part.}}{CE} + \frac{RL}{CE} \quad (5.3)$$

Assim, alcançamos uma fórmula de decomposição em que são utilizados indicadores tradicionais e já utilizados em algumas publicações da ANS, como a taxa de sinistralidade (Sinistros/ CE), de despesas comerciais (D.Com./ CE) e administrativas (D.Adm./ CE), além de outros componentes para alcançar a totalidade da destinação dos recursos.

Para o cálculo desses indicadores foram utilizadas as bases de dados para o primeiro período disponível, 2001<sup>302</sup>, agrupando os dados das seguradoras com aqueles das outras operadoras, e também para o período mais recente disponível, 2012, em que os dados estão disponíveis no mesmo formato para todas as modalidades de operadoras. Foi realizado também tratamento da base de dados para inclusão da identificação da modalidade da operadoras e exclusão de registros

<sup>302</sup>Logo no primeiro ano, 2001, identificamos que as informações da base de dados das operadoras foram aprimoradas, relativamente a alguns dos problemas relatados por Sampaio (2008), em função do esforço regulatório de melhoria das informações, estando atualmente mais condizentes com as informações de consultas individuais por operadora na página eletrônica da ANS.

para evitar inconsistências<sup>303</sup>, bem como a seleção dos registros contábeis a serem utilizados<sup>304</sup>. Desse modo, resultou amostra de 1.441 Operadoras em 2001 e de 1.097 Operadoras em 2002, representando, respectivamente, 76% e 95% das Operadoras com informações apresentadas à ANS.

A análise utilizará, sob inspiração da literatura especializada<sup>305</sup>, dois tipos de indicadores: agregados ou não-agregados.

Os indicadores agregados são calculados considerando o mercado como um todo como se fosse uma empresa, ou seja considerando os dados agregados de cada conta contábil do mercado. Nesse caso as operadoras com maiores valores representam maior influência no cômputo do indicador geral, com alguma similaridade com uma média ponderada por porte.

Os indicadores não-agregados são uma alternativa para, diferentemente da medida anterior, refletir o comportamento das empresas, por meio do cálculo de medidas de tendência central não ponderadas dos indicadores por operadora, cada uma com o mesmo peso. O indicador não agregado mais comum é a média não-ponderada, entretanto, como esse indicador se mostrou, como prevê a teoria, muito afetado por valores extremos (outliers), será utilizada principalmente a mediana, a fim de evitar distorções oriundas dos outliers e refletir um padrão de empresa intermediária representativo de cada grupo analisado<sup>306</sup>.

Seguimos então para os resultados encontrados, em duas etapas:

- Destinação dos recursos arrecadados
- Rentabilidade e sua decomposição

---

<sup>303</sup>O tratamento da base de dados, com base na literatura especializada, envolveu: i) nos dados de 2001 a 2006 os registros monetários constam sem identificação das casas decimais, desse modo, é necessário realizar a divisão por 100 para resultar nos valores corretos; ii) exclusão da operadora, no ano em que ocorrer: a) for valor entre zero e um em pelo menos uma das contas: 1 (Ativo), 3 (Receitas) e 31 (Contraprestações efetivas), objetivando excluir as operadoras que não possuem atividades operacionais ou aquelas que preencheram valor ínfimo que não possui significado econômico, bem como para que as contas utilizadas como denominador não gerem inconsistências, uma vez que não podem ser iguais a zero; b) valores com sinais opostos a natureza da conta (ex.: receitas de contraprestações negativas ou despesas de sinistros positiva).

<sup>304</sup>Por exemplo, na base de dados de 2012, são disponibilizadas informações, segundo cada operadora, para 4.101 contas (ou subcontas) contábeis.

<sup>305</sup>Há uma publicação da ANS (2013c) que faz distinção entre esses dois tipos de indicadores e apresenta um reduzido conjunto de resultados para com indicadores agregados e de mediana para o período recente. Além disso, a literatura especializada sobre a decomposição das margens do setor bancário (Reis Jr, Paula e Leal, 2011 e 2013); tem exemplos com análise na perspectiva agregada e comportamental.

<sup>306</sup>Marion (2002, p.159) argumenta que, para a comparação de empresa, a medida mais adotada é a mediana, que evita distorções oriundas dos outliers, preferida por publicações como a do Serasa, Melhores e Maiores e Balanço Anual. Ao analisar os dados contábeis disponibilizados pela ANS, Kudlawicz (2013) utiliza a medida de mediana.

### **a) Destinação dos recursos arrecadados**

Como explicado, o modelo utilizado para analisar a destinação dos recursos arrecadados selecionou alguns componentes relevantes da despesa, sendo cada um deles dividido pelo valor das contraprestações efetivas. Mais que isso, no intuito de uma abrangência mais ampla das atividades das empresas, são apresentadas na forma líquida, ou seja, subtraídas das respectivas receitas, as despesas financeiras e as despesas com outras atividades operacionais ou não operacionais. No caso desses indicadores, um resultado negativo significa que a despesa foi inferior à receita, significando que esse componente possibilitou ingresso de recursos.

Uma ressalva que deve ser feita é que os dados analisados neste item são oriundos de uma amostra de operadoras após a exclusão de empresas que têm registro mas não operam planos de saúde (ou seja, aquelas sem receitas de contraprestações) ou com informações de consistência duvidosa, portanto, os valores nominais podem apresentar diferença em relação aos anteriormente mencionados que refletiam todas as operadoras do mercado. Por esse motivo, informamos os valores nominais em poucas situações, mas com o pertinente intuito de dimensionar o volume dos valores analisados.

As três primeiras categorias de despesa foram analisadas na seção anterior para o mercado como um todo. Na mesma direção, as estimativas de totais agora em tela (Tabela 5.4.8) indicam que 2012, relativamente a 2001, apresentou crescimento da sinistralidade (mais de 7 p.p.) e das despesas comerciais (cerca de 0,5 p.p.). Entretanto, ao contrário dos dados gerais que mostraram anteriormente aumento das despesas administrativas, a Tabela 5.4.8 mostra redução da importância dessa categoria de despesa (em cerca de 4 p.p.), que pode ser atribuído à exclusão da amostra das empresas que não operam planos de saúde, e portanto, não acrescentam valores ao numerador (as contraprestações), entretanto, podem acrescentar valores ao numerador em função de despesas administrativas para sua implantação ou funcionamento comercial. Desse modo, o presente resultado aponta que, para as operadoras já em plena atividade com planos de saúde houve redução da importância das despesas administrativas, que pode ser indicativo, no geral, do esforço das empresas para aumento da eficiência.



As outras quatro categorias de destinação de recursos permitem evidenciar significativas mudanças no funcionamento das operadoras para além da gestão do seguro em si, o plano de saúde. O indicador das despesas financeiras líquidas, negativo, mostra resultado financeiro positivo, com aumento relevante (cerca de 4 p.p.) no período analisado. O mesmo ocorreu com as outras despesas líquidas, que também ampliaram, mas de forma menos significativa (em torno de 1,5 p.p) sua contribuição não como elemento de despesa, mas como elemento de arrecadação de recursos. Ademais, houve aumento no indicador Imp.Part (impostos e participações nos resultados), bem como pequena redução no de margem líquida.

As operadoras médicas, em função de sua maior movimentação de valores, tem seu comportamento bastante similar ao dos indicadores do mercado total. Por sua vez, as operadoras exclusivamente odontológicas apresentam diferenças marcantes em alguns indicadores, com destaque para um significativo aumento da margem líquida (mais de 5 p.p.), que passou a se situar em cerca de 9% em 2012, mais que o triplo do segmento médico. Isso ocorre em função principalmente do segmento odontológico possuir nível de sinistralidade bastante inferior e apresentando queda (cerca de 5 p.p.) ao invés de aumento.

**Tabela 5.4.8: Indicadores agregados da destinação das receitas de contraprestações efetivas, segundo tipo de Operadora – 2001 e 2012**

Tipo de Operadora	Ano	Sinistros	D. Com.	D. Adm.	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
<b>Total</b>	2001	75,0%	2,8%	18,2%	-0,4%	-1,3%	0,4%	3,9%
	2012	82,5%	3,3%	14,3%	-4,3%	-3,0%	1,1%	3,1%
<b>Médica</b>	2001	75,4%	2,8%	18,0%	-0,4%	-1,4%	0,4%	3,9%
	2012	83,4%	3,1%	14,0%	-4,4%	-3,0%	1,0%	3,0%
<b>Excl. Odontol.</b>	2001	52,7%	3,5%	30,4%	0,1%	5,7%	1,5%	3,7%
	2012	47,2%	7,9%	26,6%	0,9%	-2,2%	3,6%	9,1%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. Nota: A soma dos componentes pode não totalizar 100% na horizontal, em função de inconsistências nas informações prestadas nas operadoras.

Esse dados gerais são bastante pertinentes, de qualquer forma, cabe indagar sua representatividade sobre as operadoras típicas do mercado, bem como sobre sua heterogeneidade. Para subsidiar a análise, a mediana das operadoras, para os mesmos indicadores, é mostrada na Tabela 5.4.9, Tabela 5.4.10 e Tabela 5.4.11.

Em relação à direção de aumento ou redução, observamos alguns movimentos distintos em relação aos dados agregados, destacando-se, para as operadoras médicas (Tabela 5.4.10), o aumento na margem líquida na mediana.

Isso pode estar relacionado à situação financeira problemática de uma proporção muito grande de operadoras no período do início da regulação, uma vez que mediana de 2001 é negativa e muito inferior à média. Ao longo do tempo, diminuiu o número de operadoras ativas no mercado, associado à saída de operadoras em situação problemática, fazendo com que o setor tenha chegado em 2012 com a mediana da margem líquida de cerca de 2%, próxima da média, mas ainda inferior.

Por sua vez, a sinistralidade das operadoras médicas mostrou aumento em todas as medidas centrais. Entretanto, cabe notar que o nível da mediana foi inferior, em torno de 5 p.p., ao daquele registrado pela média. Em 2001, a distribuição mostra um 3º quartil com sinistralidade muito baixa, possivelmente relacionado ao volume de operadoras com indicador reduzido, em função de fatores como quantitativo de planos antigos, beneficiários em período de carência e práticas de restrição da utilização da cobertura. Em 2012, houve aumento da sinistralidade do 3º quartil, entretanto, permanece uma heterogeneidade expressiva de quase 20 p.p.

**Tabela 5.4.9: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras – 2001 e 2012.**

Ano	Medida	Sinistros	D.Co m.	D.Adm.	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
2001	1º quartil	81,9%	3,6%	53,1%	1,6%	7,0%	1,3%	10,7%
	Mediana	61,8%	0,7%	23,2%	0,0%	0,2%	0,0%	1,7%
	3º quartil	7,8%	0,0%	11,2%	-0,5%	-1,7%	0,0%	-2,1%
2012	1º quartil	83,3%	1,8%	43,3%	1,0%	0,3%	0,8%	6,5%
	Mediana	73,2%	0,5%	23,0%	-0,5%	-3,0%	0,0%	2,0%
	3º quartil	53,3%	0,0%	14,5%	-1,9%	-10,1%	0,0%	-1,3%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. Nota: Em se tratando de medidas de distribuição da base de dados, não há valor previsto para a soma dos componentes na horizontal.

**Tabela 5.4.10: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras Médicas – 2001 e 2012.**

Ano	Medida	Sinistros	D.Com.	D.Adm.	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
2001	1º quartil	84,4%	3,2%	45,8%	1,4%	6,0%	0,8%	8,9%
	Mediana	69,9%	0,7%	18,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
	3º quartil	10,7%	0,0%	10,6%	-0,8%	-3,2%	0,0%	-1,2%
2012	1º quartil	85,7%	1,4%	29,3%	0,6%	0,6%	0,7%	6,0%
	Mediana	78,2%	0,5%	18,5%	-0,8%	-2,4%	0,0%	1,9%
	3º quartil	67,8%	0,0%	12,8%	-2,2%	-10,6%	0,0%	-1,5%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. Nota: Em se tratando de medidas de distribuição da base de dados, não há valor previsto para a soma dos componentes na horizontal.

**Tabela 5.4.11: Distribuição dos indicadores agregados da destinação das contraprestações efetivas das Operadoras Exclusivamente Odontológicas – 2001 e 2012.**

Ano	Medida	Sinistros	D.Com.	D.Adm	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
2001	1º quartil	66,1%	5,2%	69,6%	2,3%	9,0%	4,9%	18,4%
	Mediana	27,0%	0,5%	35,9%	0,1%	2,8%	0,1%	2,8%
	3º quartil	0,0%	0,0%	18,2%	-0,1%	0,0%	0,0%	-5,2%
2012	1º quartil	59,0%	5,1%	58,3%	2,3%	-1,0%	1,8%	8,8%
	Mediana	42,7%	1,0%	42,9%	0,3%	-4,4%	0,0%	2,5%
	3º quartil	27,7%	0,0%	31,9%	-0,9%	-8,8%	0,0%	0,0%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. Nota: Em se tratando de medidas de distribuição da base de dados, não há valor previsto para a soma dos componentes na horizontal.

Sobre o grau de heterogeneidade dos indicadores, as operadoras, no geral e as do mercado médico, houve diminuição<sup>307</sup>, exceto no caso dos indicadores de despesa financeira líquida e de outras despesas líquidas. Relevante notar que o aumento da heterogeneidade ocorreu em dois indicadores que não são o cerne da atividade de planos de saúde, mas sim de atividades correlatas que aumentaram sua importância no quadro geral. No caso da despesa financeira líquida das Operadoras Médicas, a mudança de nível da mediana para -0,8% em 2012 evidencia a tendência geral de resultados financeiros positivos, entretanto, chama atenção que ¼ das operadoras possuem resultado financeiro negativo em valor superior a 0,6% das contraprestações. De qualquer modo esse indicador representa melhoria em relação a 2001. Por sua vez, o indicador de outras despesas líquidas, com mudança de nível da mediana para -3% em 2012, evidencia a tendência geral de resultados positivos para outras atividades, mostrada também nos seus resultados para o 1º e 3º quartil.

No caso das operadoras exclusivamente odontológicas (Tabela 5.4.11), o único componente que não reduziu a heterogeneidade entre as empresas foi a despesa financeira líquida, cuja mediana se manteve próxima de zero. A ampliação do resultado financeiro positivo, ou seja, com despesa financeira líquida negativa, é mostrada pelo indicador do 3º quartil.

O aumento da heterogeneidade dos indicadores que não são o cerne da finalidade das operadoras, como é o caso do resultado financeiro e do resultado das outras atividades, pode refletir as particularidades institucionais das operadoras, uma vez que algumas modalidades possuem tradição, e outras nem tanto, em

<sup>307</sup>Tal diminuição foi verificada, por exemplo, por meio da diminuição do intervalo interquartil.

atividades como a gestão de rede própria de prestadores de serviços de saúde e a operação de aplicações financeiras ou endividamento.

Assim, passamos à análise das modalidades de operadoras.

Em termos de representatividade dos componentes, os indicadores agregados (Tabela 5.4.12) mostram, como esperado, que as modalidades de operadoras destinam a parte mais representativa de seus recursos arrecadados para os sinistros, seguidos pelas despesas administrativas, com exceção das administradoras que, como esperado, possuem padrão de funcionamento distinto.

**Tabela 5.4.12: Indicadores agregados da destinação das receitas de contraprestações efetivas, por modalidades de operadoras – 2001 e 2012.**

Modalidade	Ano	Sinistros	D.Com.	D.Adm	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
ADM	2001	3%	8%	22%	-1%	35%	17%	12%
	2012	6%	0%	39%	1%	13%	8%	10%
AG	2001	90%	0%	25%	-3%	-9%	0%	-5%
	2012	94%	0%	14%	-12%	0%	0%	4%
CM	2001	74%	2%	14%	0%	-1%	0%	10%
	2012	81%	2%	13%	-1%	-1%	1%	1%
FI	2001	57%	2%	54%	3%	-24%	0%	4%
	2012	82%	1%	79%	2%	-66%	0%	2%
MG	2001	77%	4%	19%	0%	2%	1%	-4%
	2012	80%	4%	15%	-1%	-2%	0%	1%
SEG	2001	83%	5%	10%	-4%	0%	1%	5%
	2012	90%	6%	7%	-13%	-2%	3%	8%
CO	2001	64%	3%	24%	-1%	1%	0%	7%
	2012	63%	3%	31%	0%	-4%	0%	2%
OG	2001	43%	4%	35%	1%	9%	3%	1%
	2012	42%	9%	25%	1%	-2%	5%	11%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. Nota: A soma dos componentes pode não totalizar 100% na horizontal, em função de inconsistências nas informações prestadas nas operadoras.

Dado o volume de dados, para sua análise foram elaboradas duas tabelas com informações auxiliares. Para visualizar as modalidades de operadoras com maior diferença em relação ao seu tipo de operadora, a Tabela 5.4.13 apresenta a diferença (em p.p.) da medida da modalidade em relação ao valor da medida agregada do seu tipo de operadora (médica ou exclusivamente odontológica), naquele ano. Para visualizar as modalidades de operadoras que tiveram maior

variação dos componentes no tempo, a Tabela 5.4.14 mostra a diferença (em p.p.) do valor de 2012 para o valor de 2001 da própria modalidade de operadora.

As Administradoras apresentam destinação dos recursos arrecadados muito distinta das outras operadoras, destacando-se a sinistralidade bastante reduzida, que faz com que a participação da maior parte dos outros componentes seja superior relativamente ao mercado, cabendo destacar a sua margem líquida de 2 dígitos no período analisado. Essa modalidade apresenta mudanças relevantes no tempo, principalmente a redução da importância das outras despesas e o aumento das despesas administrativas. Em menor grau, as Autogestões também apresentam distinção relevante em relação às outras operadoras médicas, destacando a sinistralidade mais elevada, superior a 90%. A mudança com maior destaque foi a redução da importância das despesas administrativas.

As Cooperativas Médicas, uma das líderes do mercado, apresentam decomposição bastante próxima do agregado das operadoras médicas, destacando-se de forma significativa somente a importância da margem líquida, que era 10% em 2001, com grande redução para 1% em 2012, inferior ao agregado do segmento em 2 p.p. Esse resultado em 2012 está associado não somente ao aumento da sinistralidade acompanhando a tendência geral, mas também ao seu resultado financeiro, que, embora tenha sido positivo, foi muito pequeno, de cerca de 1%, nível inferior em 4 p.p. ao indicador agregado das Operadoras Médicas.

As Medicinas de Grupo também apresentam decomposição bastante próxima do agregado das operadoras médicas, uma vez que são uma das líderes do segmento em termos de movimentação de recursos. Destaca-se de forma significativa somente sua margem líquida que era negativa em 2001 e alcançou resultado positivo de cerca de 1% em 2012, mais próximo, mas ainda inferior ao agregado das operadoras médicas. A melhoria da margem líquida, se deu principalmente em função de redução das despesas administrativas e da reversão do valor das outras despesas líquidas, que passou a ser um componente a contribuir com acréscimo de recursos. Ademais, acrescenta-se o fato de que a sinistralidade teve aumento, mas inferior ao do segmento, situando em 2012 em um nível inferior em 4 p.p. ao agregado das operadoras médicas.

As Filantrópicas, em função da importância das suas atividades com unidades prestadoras de serviços de saúde<sup>308</sup>, apresentam particularidades que se tornaram mais intensas no tempo, com destaque para a relevância das despesas administrativas e para o resultado positivo e expressivo da conta de outras atividades. A arrecadação de recursos com outras atividades representou em 2012 cerca de 2/3 das contraprestações efetivas, valor inferior somente ao das despesas administrativas (que se subtraídas das outras despesas líquidas representam cerca de 13%, próximo ao comportamento do mercado) e da sinistralidade, que teve aumento relevante, alcançando em 2012 em nível próximo ao agregado das operadoras médicas.

Por sua vez, as Seguradoras apresentam sinistralidade superior a do segmento médico, praticamente compensada por uma eficiência das despesas administrativas na mesma proporção. Como grande parte das Seguradoras estão associadas a grandes instituições do mercado financeiro, possuem vantagens operacionais em termos de eficiência administrativa e nas suas operações financeiras. Em função disso, a principal mudança na distribuição dos recursos em 2012 foi o aumento da importância do resultado financeiro, positivo em mais de 10%, sendo o mais expressivo dentre as operadoras e mais que capaz de compensar o aumento de sinistralidade, gerando um aumento na margem líquida que alcançou cerca de 8%, a maior dentre as operadoras médicas excetuando-se as Administradoras que possuem funcionamento distinto.

Finalmente, as duas modalidades de Operadoras Exclusivamente Odontológicas apresentam diferenças entre si, que não se limitam ao maior market share das Odontologias de Grupo, com mais de 4 vezes o número de beneficiários e mais de 3 vezes o valor das mensalidades, relativamente às Cooperativas Odontológicas. A Sinistralidade é significativamente maior nas Cooperativas Odontológicas, que, em função disso e do aumento das despesas administrativas, passaram a apresentar margem líquida de 2% em 2012. Essa margem líquida foi bastante inferior a das Odontologias de Grupo, que atingiram 11% em 2012, a maior dentre todas as Operadoras de planos de saúde. Além do aumento da margem líquida, as principais mudanças para as Odontologias de Grupo, em 2012, foram a

---

<sup>308</sup> Para mais detalhes sobre a atuação das instituições filantrópicas da área da saúde, ver: Portela e Barbosa (2002); Leal e Morgado (2008).

redução das despesas administrativas e a reversão das outras despesas líquidas, que passaram a contribuir com a arrecadação de recursos.

**Tabela 5.4.13: Distância do indicador da modalidade de Operadora em relação ao indicador agregado do tipo de operadora (em p.p.) – 2001 e 2012.**

Modalidade	Ano	Sinistros	D.Com.	D.Adm	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
ADM	2001	-72	5	4	0	36	16	8
	2012	-78	-3	25	6	16	7	7
AG	2001	15	-2	7	-3	-8	0	-9
	2012	10	-3	0	-8	3	-1	1
CM	2001	-2	-1	-4	0	1	0	7
	2012	-2	-1	-1	4	2	0	-2
FI	2001	-19	-1	36	4	-23	0	0
	2012	-1	-2	65	6	-63	-1	-1
MG	2001	1	1	1	1	3	0	-8
	2012	-4	0	1	4	1	-1	-2
SEG	2001	8	2	-8	-3	1	0	1
	2012	6	3	-7	-9	1	2	5
CO	2001	12	0	-6	-2	-4	-1	3
	2012	16	-4	4	-1	-1	-3	-7
OG	2001	-9	0	5	1	4	1	-3
	2012	-5	1	-1	0	0	1	2

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. As células com fundo colorido representam a identificação daqueles registros que tiveram distância superior a 5 p.p.)

**Tabela 5.4.14: Distância do indicador da modalidade de operadora em 2012 relativamente à 2001 (em p.p.).**

Modalidade	Sinistros	D.Com.	D.Adm	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
ADM	3	-8	16	2	-22	-9	-2
AG	3	0	-12	-9	9	0	9
CM	8	0	-1	0	-1	0	-9
FI	26	-1	25	-2	-42	0	-2
MG	3	0	-5	-1	-4	0	5
SEG	6	2	-4	-10	-2	3	4
CO	-1	0	6	1	-5	0	-5
OG	-1	5	-10	0	-11	2	10

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. As células com fundo colorido representam a identificação daqueles registros que tiveram distância superior a 5 p.p.)

Esse dados gerais são bastante pertinentes, de qualquer forma, cabe indagar sua representatividade sobre as operadoras típicas do mercado, bem como sobre sua heterogeneidade. Para subsidiar a análise, a mediana dos indicadores para cada modalidade de operadora é mostrada na Tabela 5.4.15. Com foco para identificar se os dados das medianas apresentam alguma grande diferença em

relação aos dados agregados, foi elaborada a Tabela 5.4.16, com a diferença entre o indicador agregado e a mediana dos indicadores por modalidade de operadora.

**Tabela 5.4.15: Mediana dos indicadores das operadoras, por modalidades de operadoras– 2001 e 2012.**

Modalidade	Ano	Sinistros	D.Com.	D.Adm	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
ADM	2001	0%	0%	45%	0%	0%	3%	17%
	2012	0%	0%	60%	1%	-2%	2%	3%
AG	2001	85%	0%	15%	-2%	0%	0%	4%
	2012	87%	0%	15%	-3%	0%	0%	3%
CM	2001	80%	1%	16%	0%	0%	0%	2%
	2012	79%	1%	17%	-1%	-2%	0%	2%
FI	2001	71%	1%	42%	1%	-15%	0%	-3%
	2012	79%	0%	110%	3%	-103%	0%	-1%
MG	2001	56%	1%	26%	0%	+3%	0%	1%
	2012	75%	1%	19%	0%	-2%	0%	1%
SEG	2001	83%	4%	10%	-6%	0%	1%	10%
	2012	85%	7%	8%	-4%	0%	1%	4%
CO	2001	67%	1%	28%	0%	0%	0%	0%
	2012	60%	1%	36%	0%	-3%	0%	2%
OG	2001	15%	0%	41%	1%	5%	2%	6%
	2012	32%	1%	53%	1%	-5%	1%	5%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis.

Analisadas as diferenças das medianas em relação aos indicadores agregados, observou-se que essas diferenças apresentaram diminuição em 2012<sup>309</sup>. As Administradoras foram uma das modalidades com maiores diferenças, mas ao mesmo tempo uma das que mais reduziram essas diferenças em 2012, ano em que se destaca a mediana das despesas administrativas com 60%, mais de 20 p.p. superior que o indicador agregado, que pelo visto refletia maior eficiência nessa despesa do que a Administradora típica representa. As Filantrópicas também apresentam diferenças significativas, não somente em 2001, mas com pequena ampliação em 2012, ano em que se destacam, relativamente ao indicador agregado, tanto a mediana das despesas administrativas (maior em mais de 30 p.p.) quanto das outras despesas (menor em mais de 30 p.p.), sendo assim, as Filantrópicas

<sup>309</sup>Foi calculado o somatório dos módulos das diferenças apresentadas para cada ano, tendo como resultado 301 em 2001 e 270 em 2012.



medianas seriam mais intensivas ainda em rede própria do que os dados agregados indicavam.

Por sua vez, as Autogestões e as Seguradoras apresentaram, em 2012, diferença mais marcante no resultado financeiro, quase 10 p.p. inferior ao que os dados agregados indicavam, mostrando que apresentam resultado financeiro mais próximo do comportamento geral do mercado. O mesmo se pode dizer para os indicadores das Seguradoras, em 2012, de sinistralidade e de margem líquida, pois a empresa mediana teria ambos indicadores em menor medida (em cerca de 5 p.p.) do que o indicador agregado.

**Tabela 5.4.16: Diferença do indicador agregado para a mediana dos indicadores das Operadoras, por modalidade de operadora (em p.p.) – 2001 e 2012**

Modalidade	Ano	Sinistros	D. Com.	D. Adm.	D.Fin. Liq.	Outros	Imp. Part.	Margem Líquida
ADM	2001	3	8	-23	-1	35	14	-4
	2012	6	0	-21	1	14	5	7
AG	2001	6	0	10	-1	-9	0	-9
	2012	6	0	-2	-9	0	0	1
CM	2001	-7	1	-2	0	0	0	9
	2012	2	1	-4	0	1	0	-1
FI	2001	-14	1	11	2	-10	0	7
	2012	4	1	-31	-1	36	0	3
MG	2001	21	3	-7	0	-1	0	-5
	2012	5	3	-4	0	0	0	0
SEG	2001	1	0	1	2	0	0	-5
	2012	5	0	-1	-9	-2	2	4
CO	2001	-3	2	-4	-1	1	0	7
	2012	4	2	-6	0	-1	0	0
OG	2001	29	4	-6	1	4	1	-5
	2012	11	9	-28	0	3	4	6

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis. As células com fundo colorido representam a identificação daqueles registros que tiveram distância superior a 5 p.p.)

Já as Medicinas de Grupo apresentaram, em 2012, redução expressiva das diferenças, cabendo mencionar nesse ano que a empresa típica teria, relativamente ao indicador agregado, em cerca de 5 p.p. para ambos, peso menor da sinistralidade, o que surpreende, e peso maior das despesas administrativas, o que pode estar associado a uma menor economia de escala em termos de eficiência administrativa para as empresas medianas. As Cooperativas Médicas, que lideram o setor em termos de valor das contraprestações efetivas, são a modalidade de

Operadora Médica com menores diferenças das medianas em relação aos indicadores agregados, e, além disso, apresentaram redução importante dessas diferenças em 2012, ano em que é distingue-se somente a diferença das despesas administrativas, que seriam para a cooperativa mediana 4 p.p. maior do que o indicador agregado mostrava. Esse fenômeno pode ser associado, do mesmo modo que mencionamos para as Medicinas de Grupo, a economias de escala em termos de eficiência administrativa.

Por fim, as duas modalidades de operadoras exclusivamente odontológicas, mais uma vez, mostram distinção entre si. Das Cooperativas Odontológicas podemos falar o mesmo que para as Cooperativas Médicas, que ambas apresentam pouca diferença na comparação das medianas com os indicadores agregados e redução nessa heterogeneidade em 2012, ano em que distinguem-se as despesas administrativas da cooperativa mediana em maior medida, em 4 p.p., do que o indicador agregado representava. Por sua vez, as Odontologias de Grupo não permitem uma simples comparação com as Medicinas de Grupo. As Odontologias de Grupo são destacadamente as líderes do segmento odontológico, bem como apresentam elevadas diferenças das medianas em relação aos indicadores agregados, inclusive em 2012, em que se pode destacar que a empresa mediana teria, relativamente ao indicador agregado, peso bastante (quase 30 p.p.) mais elevado para as despesas administrativas, mas menor, em cerca de 10 p.p., para as despesas comerciais e para a sinistralidade.

## **b) Rentabilidade e sua decomposição**

A análise da rentabilidade irá considerar as suas duas medidas tradicionais na literatura (Marion, 2002):

- A rentabilidade sobre o patrimônio líquido, com uso difundido do termo em inglês *Return on Equity* (ROE).
- A rentabilidade sobre o ativo total, com uso difundido do termo em inglês *Return on Assets* (ROA).

A rentabilidade sobre o ativo (ROA) trata da perspectiva da empresa. Quando medida na sua forma líquida, pode ser interpretada analiticamente por meio do seu desdobramento em dois componentes, análogos a preço e quantidade, respectivamente: a margem líquida e o giro do ativo. Isso é evidenciado no

mencionado sistema de Du Pont, como demonstrado por meio das formulas a seguir (Marion, 2002, p.170):

$$\text{ROA} = \text{Margem Líquida} \times \text{Giro do Ativo} \quad (5.11)$$

$$\frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo Total}} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Vendas}} \times \frac{\text{Vendas}}{\text{Ativo Total}} \quad (5.12)$$

A Rentabilidade sobre o Patrimônio Líquido (ROE) trata da perspectiva do investidor. Quando medida na sua forma líquida, pode ser desdobrada em componentes analíticos do seu resultado. O ROE pode ser desdobrado no ROA e no Grau de alavancagem, como demonstrado por meio das fórmulas a seguir (Gitman, 2002):

$$\text{ROE} = \text{ROA} \times \text{Alavancagem} \quad (5.13)$$

$$\frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Patrimônio Líq.}} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo Total}} \times \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Patrimônio Líq.}} \quad (5.14)$$

Com isso, como um desdobramento da mencionada decomposição do ROA em dois componentes, temos que o ROE pode ser dividido em três partes, representativas das seguintes dimensões (Gitman, 2005):

- i) eficiência operacional (margem líquida),
- ii) eficiência no uso dos ativos (giro do ativo total) e
- iii) uso da alavancagem (multiplicador de alavancagem financeira).

Passamos então aos resultados líquidos, denominados também simplesmente de lucro.

O resultado líquido das Operadoras como um todo apresentou, na mediana, taxa de crescimento anual de 31%, como mostrado na Tabela 5.4.17<sup>310</sup>. Esse crescimento é o mesmo das Operadoras Médicas, que representaram em 2012 mais de 90% do Resultado Líquido. A participação nesse Resultado Líquido das

---

<sup>310</sup>O resultado líquido das operadoras foi estimado como o resíduo das receitas descontadas das despesas e dos impostos e participações no resultado, conforme explicado no Quadro 5.4.6. A análise terá como base as medianas, que não são influenciadas por distorções de valores extremos (outliers), identificadas em 2001 em função de registros inconsistentes com valores extremos ou não preenchimento de campos.

Operadoras Exclusivamente Odontológicas se ampliou, uma vez que apresentaram crescimento anual de 34%, superior em 3 p.p. ao das Operadoras Médicas.

Quando analisadas as modalidades de operadoras, destacam-se as Seguradoras, com mediana de R\$ 16,7 milhões, extremamente superior à observada para as outras modalidades. Embora sejam poucas operadoras, possuem uma participação expressiva no agregado, uma vez que dados de 2012 indicam que as Seguradoras representaram mais da metade do resultado líquido das Operadoras como um todo. Com importância secundária, cada uma com cerca de 15% do valor do lucro do mercado em 2012, estão as Cooperativas Médicas e as Autogestões, sendo que a mediana das Cooperativas é de cerca de R\$ 0,7 milhões, mais que uma vez e meia o valor das Autogestões. Além disso, com participação intermediária, em torno de 7%, no valor dos lucros do setor em 2012, se encontram as Medicinas de Grupo e também as duas modalidades de Operadoras Exclusivamente Odontológicas.

**Tabela 5.4.17: Resultado líquido segundo modalidades de Operadoras – 2001 e 2012.**

Modalidade	Mediana (R\$ mil)			Participação no agregado (2012)
	2001	2012	Taxa anual %	
ADM	9	50	17%	2%
AG	46	373	21%	14%
CM	114	661	17%	15%
FI	-77	-7	-	2%
MG	3	106	40%	8%
SEG	8.403	16.664	6%	52%
Op. Méd.	16	328	31%	93%
CO	-1	22	-	0%
OG	2	31	26%	7%
Op. Od.	1	29	34%	7%
Mercado Total	7	146	31%	100%

Fonte: Elaboração própria, com base na base de dados dos Demonstrativos Contábeis.

Com base nos resultados líquidos estimados, foram calculados, para cada operadora, os indicadores de rentabilidade (ROE e seus componentes) conforme

explicado anteriormente, e, em seguida, a mediana para cada indicador segundo o conjunto de operadoras de cada modalidade<sup>311</sup>.

No geral, como mostrado na Tabela 5.4.18, a mediana do ROE de 2012 foi de 10,5%, mais de 8 vezes superior ao de 2001. Com o seu desdobramento em duas partes, observa-se que a alavancagem teve um crescimento pequeno, de cerca de 1/3, enquanto o ROA teve aumento mais expressivo, alcançando 3,3%, cerca de dez vezes o indicador de 2001. Do desdobramento da ROA em duas partes, observa-se que a margem líquida teve pequeno aumento, de cerca de 1/6, alcançando 2%, enquanto o Giro do Ativo aumentou expressivamente para 1,8, mais de 8 vezes o valor de 2001.

Os dados das Operadoras Médicas são bastantes próximos aos resultados gerais apresentados, ainda que com algumas pequenas diferenças nos valores, com ROE um pouco inferior, assim como ROA e Margem Líquida, respectivamente compensados por valores maiores dos seus multiplicadores, que são a Alavancagem e o Giro do Ativo.

**Tabela 5.4.18: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por tipo de Operadora – 2001 e 2012.**

Ano	Tipo de Operadora	ROE	Alavancagem	ROA	Giro do Ativo	Margem Líquida
2001	Excl. Odont.	1,2%	1,4	0,4%	0,22	2,8%
	Médica	1,0%	2,0	0,3%	0,22	1,5%
	Total	1,1%	1,8	0,3%	0,22	1,7%
2012	Excl. Odont.	13,0%	2,0	5,4%	2,35	2,5%
	Médica	9,9%	2,5	2,8%	1,64	1,9%
	Total	10,5%	2,3	3,3%	1,79	2,0%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos Demonstrativos Contábeis.

Os dados das Operadoras Exclusivamente Odontológicas, relativamente às Operadoras Médicas, indicam maior rentabilidade em termos de ROE e ROA, por outro lado sua alavancagem é menor, o que pode estar associado a um volume menor, em termos relativos, de provisões no passivo. Além disso, são maiores os dois componentes do ROA: a Margem Líquida e o Giro do Ativo. Os dados de 2012 mostram crescimento dos indicadores excetuando-se a margem líquida com pequena redução (cerca de 10%). A diferença mais marcante na sua trajetória, em relação às Operadoras Médicas, foi a redução da Margem Líquida, ao invés de

<sup>311</sup> Além disso, as estimativas com dados agregados de 2012 para o ROA, ROE e margem líquida mostraram consistência com as informações publicadas pelas ANS por modalidade, com a ressalva que a ANS (2013c) não divulgou os resultados das administradoras.

aumento, mas que foi mais que compensada pelo aumento expressivo (em cerca de 9 vezes) do Giro do Ativo, que reflete o aumento dos valores dos contratos sem a necessidade de aumento na mesma proporção no Ativo, ocasionando em aumento superior do ROA (em cerca de 11 vezes) para as Operadoras Exclusivamente Odontologias, que também tiveram maior aumento da Alavancagem (em pouco mais de 1/3), e por consequência de tudo isso maior aumento no ROE (em cerca de 8 vezes).

Ao analisar os dados segundo as modalidades de Operadoras Médicas (Tabela 5.4.19), destaca-se que, para todas as modalidades, houve crescimento do Giro do Ativo, diferentemente do outro componente da ROA, a Margem Líquida, que quando apresentou aumento, foi em menor proporção do que o Giro do Ativo. Essa maior importância para o Giro do Ativo pode indicar ganhos do setor associados em maior medida ao aumento do volume de contratos. Quanto à alavancagem, apresentou crescimento, esperado em função do aumento das provisões com a regulação, em todas as modalidades menos as Seguradoras, passíveis de efeitos menos significativos uma vez que já seguiam a regulação prudencial da SUSEP anteriormente. Com isso, houve aumento na rentabilidade (ROA e ROE) para todas as modalidades, exceto as Filantrópicas e as Seguradoras.

As Filantrópicas são a única modalidade com Margem Líquida negativa (-0,5%), cabendo destacar também o Giro do Ativo (0,5) que, a despeito de ter apresentado o maior crescimento (cerca de 1/6) entre todos os indicadores de todas as Operadoras Médicas, se manteve em nível bastante inferior ao das outras modalidades, possivelmente em função de relevante valor do ativo relacionado à sua rede própria hospitalar.

As Seguradoras se mantiveram em 2012, relativamente a 2001, nos mesmos níveis (em cerca de 1,7) de alavancagem e giro do ativo. Além disso, as Seguradoras apresentaram queda (em cerca de 2/3) da rentabilidade (ROE, ROA e também Margem Líquida), mas, ainda assim, se mantiveram com a maior Margem Líquida (4%) e ROA (5%) entre as Operadoras Médicas, entretanto, seu ROE (8,6%) deixou de ser o maior do mercado, possivelmente em função da sua alavancagem (1,7) não ter apresentado crescimento como aquele das modalidades que a ultrapassaram em termos de ROE, o que pode estar associado ao fato de já seguirem anteriormente a regulação prudencial da SUSEP.

Por sua vez, as Administradoras se destacaram, em 2012, com o maior ROE do segmento médico. Muito embora sua margem líquida tenha apresentado redução (cerca de 80%), o Giro do Ativo apresentou crescimento relevante (mais de 2 vezes), demonstrando capacidade de aumento das vendas em maior proporção que os ativos, ocasionando aumento do ROA (em cerca de 1 vez), o segundo maior do segmento médico. Para a elevação (em pouco mais de 2 vezes) do ROE, contribuiu também o aumento (cerca de 2/3, o maior aumento do segmento médico) da alavancagem, representando um crescimento mais intenso do ativo relativamente ao Patrimônio Líquido.

Depois das Administradoras, o maior ROE do segmento médico é das Cooperativas Médicas, que nesse período se tornaram as líderes do setor em termos de faturamento de mensalidades, e foram a única modalidade médica que apresentou crescimento em todos os cinco indicadores analisados, tendo sido mais intenso, dentre os componentes do ROE, o aumento do ROA e do Giro do Ativo. As Cooperativas apresentam, nos dois períodos, alavancagem destacadamente superior às outras modalidades, que pode estar associado à constituição de provisões, mas também ao perfil de endividamento dessas empresas.

Já as Medicinas de Grupo apresentaram pequena redução da Margem Líquida, mas seguiram a tendência geral de relevante aumento do Giro do Ativo, ocasionando aumento do ROA e, frente a um pequeno aumento da alavancagem, crescimento do ROE. Destaque-se que, em 2012, as Medicinas de Grupo passaram a apresentar o maior Giro do Ativo dentre as Operadoras Médicas, mas que, frente a reduzidas margens, fizeram com que o seu ROA seja inferior ao do mercado de planos de saúde. Assim, se destaca a capacidade dessa modalidade de ampliar os valores dos contratos em proporção superior aos ativos contabilizados, ou seja o Giro.

**Tabela 5.4.19: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por modalidades das Operadoras Médicas – 2001 e 2012.**

Ano	Modalidade	ROE	Alavancagem	ROA	Giro do Ativo	Margem Líquida
2001	ADM	6,8%	1,1	2,6%	0,21	16,8%
	AG	0,5%	1,2	0,5%	0,13	4,0%
	CM	1,3%	2,5	0,4%	0,29	1,7%
	FI	0,0%	1,7	-0,1%	0,03	-2,8%
	MG	1,2%	1,8	0,3%	0,19	1,4%
	SEG	34,0%	1,8	17,4%	1,61	9,9%
2012	ADM	22,4%	1,9	5,1%	0,93	3,3%
	AG	9,1%	1,5	3,9%	1,43	3,2%
	CM	12,7%	3,2	3,1%	1,68	2,1%
	FI	1,2%	1,8	-0,2%	0,48	-0,5%
	MG	8,2%	2,3	2,3%	2,26	1,1%
	SEG	8,6%	1,7	5,3%	1,75	4,0%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos Demonstrativos Contábeis.

Por sua vez, as Autogestões apresentaram variações de indicadores próximas aquelas das Medicinas de Grupo, mas com maior intensidade para o aumento do ROE. Como não se situam em níveis elevados a Alavancagem e o Giro do Ativo, o destaque é o componente Margem Líquida (3,2%) acima da medida do mercado de planos de saúde.

**Tabela 5.4.20: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por modalidades das Operadoras Odontológicas – 2001 e 2012.**

Ano	Modalidade	ROE	Alavancagem	ROA	Giro do Ativo	Margem Líquida
2001	CO	0,2%	1,6	0,0%	0,24	0,0%
	OG	2,5%	1,4	0,8%	0,19	6,1%
2012	CO	7,4%	2,3	3,7%	2,27	1,5%
	OG	25,6%	1,7	8,3%	2,56	4,8%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos Demonstrativos Contábeis.

Finalmente, ao analisar os dados das Operadoras Exclusivamente Odontológicas (Tabela 5.4.20), destaca-se que todos os indicadores apresentaram crescimento para as duas modalidades. Em termos das medianas, as Odontologias de Grupo, que lideram o segmento, apresentam, relativamente as Cooperativas Médicas, maior rentabilidade no ROE e ROA, bem como nos dois componentes do ROA, a Margem Líquida e o Giro do Ativo, que foi o componente que representou seu maior crescimento, assim como as Medicinas de Grupo. Por sua vez, as Cooperativas Médicas, assim como as Cooperativas Odontológicas, tem como destaque nos seus indicadores uma alavancagem elevada, que pode estar associado ao perfil de endividamento dessas modalidades.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória de expansão do mercado de planos de saúde no Brasil, no século XX, é marcada pela importância da influência das políticas públicas, com destaque para os incentivos governamentais que favoreceram o crescimento do setor, como, por exemplo, no âmbito da política dos serviços de saúde pública, do financiamento ao setor privado e dos benefícios tributários voltados aos planos de saúde.

Na virada do século XX para o século XXI, com a implantação do marco regulatório específico do setor de saúde suplementar e a criação de uma agência reguladora federal especializada para o setor, a ANS, houve mudanças significativas para o mercado de planos de saúde.

Visando reduzir os problemas enfrentados pelos usuários, destacam-se algumas medidas da regulação de produtos:

- i) limitação da diferenciação de produtos, com a definição da cobertura assistencial em nível superior ao anteriormente praticado, sendo definida sua atualização periódica por meio de Rol de Procedimento das ANS;
- ii) limitação da prática de seleção de risco pelas Operadoras, sendo padronizado o acesso aos consumidores e vedada a exclusão de doenças dos contratos; bem como, no caso dos planos individuais, vedada a rescisão unilateral do contrato pela Operadora;
- iii) limitação da discriminação de preços entre os tipos de consumidores, sendo estabelecidos limites de diferencial de preços segundo faixas etárias, o denominado pacto intergeracional, que é um tipo de subsídio cruzado dos mais jovens para os mais idosos; e
- iv) limitação do repasse de custos das Operadoras para os consumidores de contratos individuais, cujo reajuste depende de autorização prévia pela ANS.

Visando reduzir o risco de precariedade da situação econômica das Operadoras e da sua impossibilidade de honrar as obrigações assumidas nos contratos frente aos beneficiários, foram criados mecanismos de regulação prudencial, com semelhanças àqueles praticados no mercado de seguros, envolvendo exigências para o ingresso e funcionamento das empresas do setor, incluindo a constituição de garantias financeiras, por meio de recursos próprios mínimos e provisões técnicas que devem ter seu valor lastreado por ativos

garantidores. Ademais, visando evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras em detrimento da coletividade, foi estabelecida a obrigação de ressarcimento, pelas Operadoras, dos valores de procedimentos utilizados no SUS por usuários com cobertura desses procedimentos previstas em planos de saúde.

Nesse contexto, a análise dos resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil permite evidenciar mudanças relevantes no período após a implantação do marco regulatório específico do setor.

Uma primeira possível estratégia das Operadoras seria o aumento de preços. Observou-se, nos planos médicos, o crescimento do indicador de receita de contraprestações efetivas por beneficiário, com taxas próximas a da inflação, indicando uma relativa estabilidade em termos reais. Nesse conjunto, destacaram-se os planos individuais novos, objeto de regulação mais intensa pela ANS, com reajustes superiores à inflação e quase no patamar da taxa de crescimento do PIB nominal. No caso das Operadoras Exclusivamente Odontológicas, com menor complexidade de custos e regulatória, a taxa de crescimento das contraprestações efetivas por beneficiário foi bastante inferior à inflação.

No geral, as mensalidades arrecadadas representam praticamente o valor das contraprestações efetivas, sendo as primeiras ligeiramente superiores em função do acréscimo de pequenos valores destinados às provisões técnicas, aos tributos diretos e às receitas com administração de planos. Dentre esses, foi evidenciado o aumento, esperado frente à regulação prudencial, da importância da destinação de recursos para as provisões técnicas, atingindo cerca de 1,3% das contraprestações efetivas.

Nesse cenário, destaca-se como estratégia o alcance de outras fontes de arrecadação de recursos pelas Operadoras, com destaque para as receitas financeiras. Esse fenômeno ocorre em um contexto de aumento do fluxo de provisões técnicas e dos fundos de recursos das operadoras. A conta de resultado financeiro do agregado desse mercado deixou de ser negativa e passou a ser positiva representando mais de 4% das mensalidades. Além disso, quando observadas somente as Operadoras em atividade e desconsideradas aquelas com informações inconsistentes, houve aumento da importância, representando mais de 3% das mensalidades, do resultado de outras atividades, incluindo a prestação de serviços de saúde para outras Operadoras e para o SUS.

Uma segunda possível estratégia das Operadoras seria a redução do custo operacional. Observou-se, nas Operadoras Médicas, crescimento da sinistralidade, enquanto as Operadoras Exclusivamente Odontológicas tiveram pequena queda nesse indicador, possivelmente associada com o expressivo crescimento de beneficiários desse segmento, em especial nos planos coletivos empresariais, com menor risco de seleção adversa. Por sua vez, no que se refere à nova despesa de ressarcimento ao SUS, frente às dificuldades da sua operacionalização pela ANS, representou valor muito reduzido, inferior a 0,1% das contraprestações efetivas em 2012.

Quanto às despesas comerciais e administrativas, houve, no geral, aumento da sua importância relativamente às contraprestações efetivas, não corroborando a hipótese de aumento da eficiência do mercado. Entretanto, quando observadas somente as Operadoras em atividade e desconsideradas aquelas com informações inconsistentes, foi observada redução (em 4 p.p.) na importância das despesas administrativas relativamente às contraprestações efetivas.

Uma terceira possível estratégia das Operadoras seria a diminuição do risco da carteira. Apesar das limitações regulatórias para a discriminação de risco dos indivíduos, há possibilidades de seleção de risco da carteira por meio dos tipos de planos.

Em primeiro lugar, destaca-se o crescimento mais intenso dos planos odontológicos, que apresentam menor complexidade de custos e regulatória, relativamente aos planos médicos. Os planos odontológicos, que possuíam, no início do século XXI, participação pouco expressiva, inferior a 10%, ultrapassaram 25% do quantitativo total de beneficiários de planos de saúde em 2012.

Em segundo lugar, destaca-se, relativamente aos planos individuais que são regulados de forma mais intensa, o crescimento superior dos beneficiários dos planos coletivos, nos dois segmentos de assistência, médica ou odontológica. Quando considerados somente os planos médicos novos, os planos coletivos ampliaram sua participação de cerca de 66% para 80% do mercado. Particularmente os planos médicos novos do tipo de contratação coletivo por adesão apresentaram crescimento superior ao tipo de contratação individual, mas inferior aos coletivos empresariais, com a particularidade de que a trajetória dos coletivos por adesão, de crescimento nominal, foi invertida para queda a partir de 2009, ano em que a ANS estabeleceu requisitos específicos para sua contratação, visando resolver o

problema dos falsos planos coletivos, aqueles que não representam, de fato, o interesse de seus beneficiários.

Quando observados somente os planos odontológicos novos, o tipo de contratação coletivo ampliou sua participação de 78% para 83% do mercado, com crescimento superior ao tipo de contratação individual. Entretanto, considerado o período a partir do final de 2004, os planos coletivos tiveram crescimento inferior ao dos planos individuais, cabendo registrar que no primeiro semestre de 2005 a ANS flexibilizou a regra de reajuste para os planos individuais, enquanto os planos coletivos sempre foram dispensados desse tipo de regulação. Quanto aos planos odontológicos novos do tipo de contratação coletivo por adesão, considerado todo o período de análise, apresentaram crescimento inferior ao dos coletivos empresariais e dos individuais e, além disso, sua trajetória de crescimento nominal foi interrompida a partir 2009, ano em que a ANS estabeleceu requisitos específicos para esse tipo de contratação, configurando nesse caso tendência similar à observada no segmento de assistência médica.

Frente às mencionadas estratégias, foi analisada a rentabilidade do mercado.

A rentabilidade sobre o patrimônio líquido (ROE) em 2012 superou em mais de oito vezes aquela do início do século XXI, considerada a mediana das Operadoras em funcionamento e com informações consistentes. Esse crescimento se deu principalmente em função do aumento da mediana do indicador rentabilidade sobre o ativo (a ROA - que em 2012 superou em mais de nove vezes a medida de 2001), uma vez que seu outro componente, a alavancagem do ativo, teve pequena variação (de cerca de 1/3), na direção esperada de ampliação, dada a elevação das provisões frente às exigências regulatórias. Por sua vez, o crescimento da ROA se deu principalmente em função do aumento do seu componente de volume (o Giro do Ativo - que em 2012 superou em mais de sete vezes a medida em 2001), uma vez que o componente da margem líquida teve pequeno aumento (de cerca de 1/6).

As Operadoras Médicas possuem resultados bastante próximos ao quadro geral, conforme esperado, uma vez que esse tipo de operadora representa a maior parte dos valores financeiros. Por sua vez, as Operadoras Exclusivamente Odontológicas, apresentam maior rentabilidade em termos de ROA e ROE, e também em termos da margem líquida, embora esse último indicador seja o único a apresentar queda relativamente a 2001, mais que compensada pelo aumento no

volume de contratos (dado que o Giro do Ativo em 2012 superou em mais de nove vezes a medida de 2001).

Outra perspectiva da presente investigação evidenciou particularidades nos resultados, em termos das medianas dos indicadores por empresa, entre as modalidades de Operadoras.

Em termos de quantidade de operadoras, destacam-se as Medicinas de Grupo, a modalidade com maior participação, representando  $\frac{1}{4}$  de um total de cerca de 1,5 mil Operadoras em 2012, e com maior redução nessa participação, em função da saída de mais de 500 empresas nessa modalidade. As Administradoras de Benefícios, por sua vez, apresentam um relevante crescimento na quantidade de empresas no início da década de 2010, resultando em mais de 90 empresas em 2012.

As Cooperativas Médicas se mantiveram na liderança geral em termos de faturamento e, além disso, assumiram a liderança em termos de beneficiários de planos médicos. Em 2012, apresentaram o maior ROE dentre as modalidades de Operadoras Médicas, desconsideradas as Administradoras, bem como alavancagem do ativo destacadamente superior, que pode estar relacionada ao seu perfil de endividamento. O ROE teve aumento considerável frente a 2001, assim como a trajetória da ROA, que se deu principalmente em função da expansão do volume de contratos (Giro do Ativo), uma vez que foi pequeno o aumento da margem líquida. Ademais, essa modalidade teve seu crescimento, em termos de quantitativo de beneficiários, mais intenso nos segmentos menos regulados de assistência médica, os planos coletivos, em especial os coletivos por adesão.

As Medicinas de Grupo se mantiveram como a maior modalidade em termos de quantitativo total de beneficiários, pois, embora tenham perdido a liderança nesse quantitativo no segmento médico, tiveram aumento expressivo de beneficiários no segmento odontológico, marcado por uma menor intensidade da regulação. Possivelmente em função dessa composição da carteira, possuem a menor taxa de sinistralidade do segmento médico, desconsideradas as Administradoras. No período analisado, houve aumento da sinistralidade, que não foi totalmente compensado pelo crescimento positivo do resultado financeiro e das outras atividades, ocasionando em pequena redução da margem líquida. Por outro lado, apresentaram aumento no volume de contratos (Giro do Ativo), ocasionando crescimento do ROA e, frente a um pequeno aumento da alavancagem do ativo,

obtendo elevação no ROE. Em 2012, possuíam o maior Giro do Ativo, entretanto, frente a reduzidas margens, atingiram rentabilidade (ROA) inferiores ao mercado.

As Seguradoras, que são poucas empresas, bastante sólidas, possuem a maior margem líquida entre as modalidades de Operadoras Médicas, com destaque para sua maior eficiência nos resultados financeiros e nas despesas administrativas, a despeito de sua sinistralidade se situar em um nível superior ao do mercado. No período, a margem líquida e o ROA apresentaram queda, de qualquer modo o ROA continuou a ser o mais elevado entre as modalidades de Operadoras Médicas, diferentemente do seu ROE que deixou de ser o maior desse segmento, muito em função da estabilidade da alavancagem do ativo, que não apresentou crescimento como as outras modalidades, resultado possivelmente associado ao fato de que as Seguradoras já eram submetidas anteriormente a regras de provisões pela SUSEP.

As Filantrópicas são a única modalidade com margem líquida negativa, se destacando em função das elevadíssimas despesas administrativas, que são quase totalmente compensadas pelo resultado positivo de outras atividades. Outra particularidade é o resultado financeiro negativo, refletindo o perfil de endividamento dessas instituições. Além disso, possuem Giro do Ativo bastante reduzido, possivelmente relacionado a um relevante valor no Ativo relativo à sua rede própria. Desse modo, é a modalidade com menor rentabilidade, em termos de ROA e ROE.

As Administradoras apresentaram, em 2012, o maior ROE do segmento médico, em função de um ROA elevado e de uma alavancagem do ativo intermediária, mas superior a das Seguradoras. Além disso, possuem margem líquida ligeiramente superior a do mercado. Por sua vez, as Autogestões possuem mediana da margem líquida superior ao mercado, sendo caracterizadas por uma sinistralidade superior à do mercado e, como esperado, por despesas de comercialização pouco relevantes.

As duas modalidades de Operadoras Exclusivamente Odontológicas possuem relevantes diferenças. As Odontologias de Grupo, que lideram o segmento, apresentam, relativamente às Cooperativas Odontológicas, maior mediana da rentabilidade (ROE e ROA), bem como dos dois componentes da ROA (a margem líquida e o giro do ativo), sendo, por outro lado, inferior a sua mediana da alavancagem do Ativo.

A presente pesquisa foi concebida com um escopo delimitado, sendo possível identificar possibilidades de pesquisas futuras.

Os dados disponíveis não possibilitaram a análise das receitas, despesas e resultados econômicos segundo tipo de contratação individual ou coletivo, que possuem importante distinção em termos de regulação. Além disso, como indicado na literatura, é pertinente o estudo da variabilidade segundo o porte das Operadoras, medido tradicionalmente pela ANS em termos do quantitativo de beneficiários, mas que pode oportunamente ser analisado em termos de volume de faturamento. Outra perspectiva de análise pertinente para desvendar as desafiadoras questões enfrentadas pela regulação seria o estudo individual de Operadoras emblemáticas, já realizado na literatura para algumas empresas, de qualquer forma, dada a variedade de instituições no setor, trata-se ainda de um campo vasto de oportunidades inovadoras de pesquisa.

Em relação ao objeto dos resultados econômicos, é somente um dos temas pertinentes na análise econômica do setor, dentre os quais também é pertinente o estudo do padrão de financiamento e da estrutura de endividamento das Operadoras, bem como da sua liquidez e situação financeira. Além disso, também oferece questões relevantes o estudo das estratégias de venda de novos produtos pelas operadoras, em termos de diferenciação dos planos de saúde, principalmente por meio da rede credenciada, e em termos dos preços nas tabelas de venda.

Quanto ao objeto da regulação, a pesquisa possibilitou identificar desafios regulatórios, temática relevante para o aprofundamento em futuras pesquisas. A regulação prudencial, a despeito dos avanços realizados, requer atenção, dado o quantitativo de empresas que não atendem integralmente os parâmetros da regulação para as provisões técnicas e, principalmente, os ativos garantidores. A implantação, pela ANS, do ressarcimento das Operadoras ao SUS ainda se situa num nível incipiente e, como aponta o TCU, requer avanços.

Por sua vez, o propósito anunciado na implantação da ANS de uma regulação preocupada com os segmentos mais expostos a problemas não se mostrou suficiente para solucionar questões como, por exemplo, a oferta de falsos planos coletivos. Além disso, a prática de co-pagamentos dos usuários deve ser objeto de maior atenção da regulação, a fim de mitigar o risco de gastos catastróficos pelas famílias, dada a essencialidade da saúde. Ademais, os planos de saúde antigos, aqueles não abarcados pela regulação, ainda representam 15% do mercado dos planos médicos, com 7,1 milhões de beneficiários, sendo 1,5 milhões nos planos individuais.

Por fim, destacamos a importância do debate, mais abrangente, das políticas públicas relacionadas ao setor da saúde suplementar, tais como a da defesa da concorrência e a do financiamento dos investimentos. Nesse âmbito, destaca-se a política de benefícios tributários, historicamente relevante para a trajetória do setor, e marcada atualmente por deduções fiscais para gastos com planos de saúde para pessoas físicas e pessoas jurídicas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, LA e Ferreira, MAM (2010). *Gestão Tributária*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES / UAB.

Aguiar, Bruna S. (2009). *Análise da estrutura e do desempenho do setor de saúde suplementar a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências Econômicas, da UERJ.

Alberti, V. (coord.); Leopoldi, M.A.; Motta, MS; Sarmiento, CE; Costa, RCR. (1998). *Entre a solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil*. 2a Ed. rev. e atualizada, 2001. Rio de Janeiro: Ed. FGV.

Alberti, V.; Leopoldi, M. A. & Marques, T. (1997). *História da atividade de seguros no Brasil*. *Cadernos de Seguro*. Rio de Janeiro, Funenseg (84), 1997. Disponível em: [http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=Cader\\_Segur&PagFis=2661&Pesq=a\\_Maria\\_Antonieta\\_P.\\_Leopoldi](http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=Cader_Segur&PagFis=2661&Pesq=a_Maria_Antonieta_P._Leopoldi) . Acesso em dez.2013.

Albuquerque, Ceres et al. *A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro*. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1421-1430. ISSN 1413-8123.

Almeida, C. (1998). *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. IPEA. Texto para discussão n. 599.

Alves, Sandro L. (2009). *Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação*. Trabalho vencedor do Prêmio SEAE de Regulação Econômica em 2009.

Andrade, Eli Iola Gurgel; e Dias Filho, Pedro Paulo de Salles (2009). *Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde*. Cap. 9. In: Lobato, Lenaura V.C.; e Fleury, Sonia (org.). *Seguridade Social, Cidadania e Saude*. CEBES.

Andreazzi, M.F.Siliansky. *Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro na década de 90*. 2002. Tese de doutorado do IMS/UERJ. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tese\\_maria\\_de\\_fatima\\_siliansky\\_de\\_a\\_ndreazzi.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tese_maria_de_fatima_siliansky_de_a_ndreazzi.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Andreazzi, M.F.Siliansky; Andreazzi, Marco A.R.; Pinheiro, Marcia C.C.M.; Sicsu, Bernardo (2004). *Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação*. In: Montone, J; Castro, A.J.W.(Org.). *Regulação e Saúde* n. 3. 1 ed.: ANS, 2004, v. 1, p. 121-146. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg\\_saudevol3t1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg_saudevol3t1.pdf) . Acesso em dez.2013.

Andreazzi, M.F.Siliansky; Kornis, G.E. (2003). Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros privados de saúde no Brasil: consensos e dissensos. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-229.

Andreazzi, M.F.Siliansky; Kornis, George (2003). Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. Rio de Janeiro: Physis: Revista Saúde Coletiva, 13(1) p.157-191.

Andreazzi, M.F.Siliansky; Kornis, George (2008). Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1409-1420. ISSN 1413-8123.

ANS (2001). Impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Apresentação de Januario Montone. Série ANS - 1. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Serie\\_ans\\_vol\\_1.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_1.pdf) . Acesso em: fev.2014.

ANS (2002). Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Regulação e saúde - 1. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf) . Acesso em dez.2013.

ANS (2002b). Perguntas e respostas sobre plano de contas. 28/11/2002. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/perfil\\_operadoras/informacoescadastraisoperadora/planosdecontas/planosdecontas\\_baixar\\_arquivos/perguntasfrequentes.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/perfil_operadoras/informacoescadastraisoperadora/planosdecontas/planosdecontas_baixar_arquivos/perguntasfrequentes.pdf) . Acesso em: fev.2014.

ANS (2003). Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar. Série ANS n.4. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Serie\\_ans\\_vol\\_4.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_4.pdf) . Acesso em: fev.2014.

ANS (2006f). Finanças Corporativas: uma visão da saúde suplementar. Apresentação. DIOPE - Julho/2006.

ANS (2007f). Aspectos técnicos das propostas de mudanças e aperfeiçoamento das normas vigentes. DIOPE, apresentação na Câmara Técnica de garantias financeiras.

ANS (2011). Agenda Regulatória - 2011 e 2012. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/agenda\\_regulatoria/tabela\\_eixos\\_impressao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/tabela_eixos_impressao.pdf) . Acesso em dez.2013.

ANS (2012a). Painel de precificação – Planos de Saúde – 2012. ANS.

ANS (2012b). Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar – 2012. Ano 8 (jul. 2013). Rio de Janeiro: ANS, 2013.

ANS (2012c). Página eletrônica da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude> . Acesso em: set.2012.

ANS (2012e). Anuário 2012 - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS.

ANS (2013). Autorização de funcionamento das operadoras. Orientações gerais. Outubro de 2013. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/guia\\_autorizacao\\_funcionamento.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_autorizacao_funcionamento.pdf) . Acesso em dez/2013.

ANS (2013). Página eletrônica da ANS, item Quem somos, seção Histórico. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: set. 2012; dez. 2013.

ANS (2013a). Agenda Regulatória 2013/2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/transparencia-institucional/2025-agenda-regulatoria2>>. Acesso em: fev. 2014.

ANS (2013b). Página eletrônica da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/470-planos-individuais-e-familiares>>. Acesso em: nov. 2013b.

ANS (2013c). Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. 4º trimestre de 2012. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

ANS (2013d). Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Março de 2013. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

ANS (2013e). Foco Saúde Suplementar. Março de 2013. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

ANS (2013g). Referências econômico-financeiras - Orientações sobre garantias financeiras e ativos garantidores. Regras 2013. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/garantias\\_financeiras/garantias\\_financeirasreferencias\\_economico\\_financeiras\\_ans\\_20140109.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/garantias_financeiras/garantias_financeirasreferencias_economico_financeiras_ans_20140109.pdf) . Acesso em: fev.2014.

ANS (2013i). Relatório de Gestão do Exercício de 2012. ANS. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorios\\_de\\_gestao/relatorio-gestao-2012.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorios_de_gestao/relatorio-gestao-2012.pdf) . Acesso em: fev.2014.

ANS (2013j). Página eletrônica da ANS. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-operadoras/index.php?option=com\\_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1239&historico=1313024](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-operadoras/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1239&historico=1313024) Acesso em: dez.2013.

ANS (2014). Nota Técnica - Beneficiários. ANS Tabnet - Informações em Saúde Suplementar. Acesso em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_beneficiario.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_beneficiario.htm) . Acesso em: fev.2014.

Akerlof, George A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 84, No. 3 (Aug., 1970), pp. 488-500.

Arrow, Keneth J. (1963); Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. Vol. 53, No. 5 (Dec., 1963), pp. 941-973

Assaf Neto, A. (2002). Estrutura e análise de balanços - um enfoque econômico-financeiro. São Paulo: Ed. Atlas. 7a ed.

Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT (2006). O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006, 11(4): 951-965.

Bahia, L. (2001). Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001, 6(2): 329-339.

Bahia, L. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência Saúde Coletiva*, 14(3), 753-762.

Bahia, L. (2010). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. Capítulo 7. In: *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson R. dos Santos e Paulo D.C. Amarante (Org.)*. Cebes, 2010.

Bahia, L.; Scheffer, M. (2008). Planos e seguros privados de saúde. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Ed. Fiocruz. p. 507-543.

Bahia, Ligia (1999). Seguros e planos de saúde uma saída à brasileira: estudo da organização da oferta a partir de noções das teorias de seguros. Rio de Janeiro. Tese de doutorado da ENSP/Fiocruz. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/abrangenciadar egulacao/AA10.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadar egulacao/AA10.pdf) . Acesso em dez.2013.

Bahia, Ligia (2001b). O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri, B. & Di Giovanni, G. (orgs). *Brasil. Radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, 2001, p.325-361.

Bahia, Ligia (2005). Origens e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In.: Bahia, L.; Antunes, L.; Cunha, T.C.; Martins, W.(orgs.) (2005). *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro, LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde.

Bahia, Ligia (2012). Interação Público-Privada na Saúde: implicações sobre o acesso aos serviços. Palestra no painel com o título mencionado. VI Jornada Nacional de Economia da Saúde, ABRES.

Bahia, Ligia; Antunes, Ludmila; Cunha, Thereza Cristina; Martins, William (orgs.) (2005). Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro, LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde.

Bahia, Ligia; Viana, Ana Luiza (2002). Introdução. In: Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Regulação e saúde, 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf) . Acesso em dez.2013.

Barr, N. (2004). Economics of the welfare state. New York: Oxford University Press.

Bastos, M.V. (1979). Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos. Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro: FGV, vol.13, n.4.

Baumol, William J. (1977). Economic Theory and Operations Analysis. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1977. 695 p.

Benjó, Isaac. Fundamentos da Economia da Regulação. Rio de Janeiro: Thex Editora, 1999. 149p.

Blaug, Mark (1998). "Where are we now in British health economics?" Health Economics, vol. 7, S63-78.

Borschiver, S.; Wongschowski, P.; Antunes. A classificação industrial e sua importância na análise setorial. Ciência da Informação, Brasília, v.33, n.1, p.9-21, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/viewArticle/42/43> . Acesso em dez.2013.

Braga, JCS e Silva, PLB (2001). "Introdução - A mercantilização possível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil". In: Negri, B. & Giovanni, G. (2001) - Brasil: Radiografia da Saúde. Instituto de Economia/UNICAMP. Campinas.

BRAGA, José Carlos de Souza ; PAULA, Sergio Góes de . Saúde e previdência - estudos de política social. São Paulo: Ed. CEBES/ HUCITEC, 1981.

Bussab, WO; Morettin, P.A (2006). Estatística Básica. Editora Saraiva.

CEBES. Carta do Rio de Janeiro: Em defesa da seguridade social. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. Setembro de 2008.

Cechin, Jose (org.) (2008). A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros. 2008.

CECHIN, Jose; BADIA, Bruno D. (2008). A historia e os desafios da saúde suplementar. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). Disponível em: [http://www.iess.org.br/html/Artigo1\\_Livro\\_10%20anos.pdf](http://www.iess.org.br/html/Artigo1_Livro_10%20anos.pdf) . Acesso em dez.2013.

CEF (2013). Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Prestação de Contas ordinária anual. Relatório de gestão do exercício de 2012. Caixa Econômica Federal. Disponível em: [http://downloads.caixa.gov.br/\\_arquivos/processos\\_contas\\_anuais/fas/PRESTACAO\\_DE\\_CONTAS\\_DO\\_FAS\\_2012.pdf](http://downloads.caixa.gov.br/_arquivos/processos_contas_anuais/fas/PRESTACAO_DE_CONTAS_DO_FAS_2012.pdf) . Acesso em dez.2013.

CEF (2013). Relatório de Gestão - 2008 - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Disponível em: [http://downloads.caixa.gov.br/\\_arquivos/caixa/processos\\_contas\\_anuais/RELAT\\_GEST\\_FAS\\_2008.PDF](http://downloads.caixa.gov.br/_arquivos/caixa/processos_contas_anuais/RELAT_GEST_FAS_2008.PDF) . Acesso em dez.2013.

CGU (2013). Relatório SFC/DEFAZ n. 201305756. Disponível em: [http://downloads.caixa.gov.br/\\_arquivos/processos\\_contas\\_anuais/fas/CGU\\_Relatorio\\_de\\_Auditoria\\_Anual\\_de\\_Contas.pdf](http://downloads.caixa.gov.br/_arquivos/processos_contas_anuais/fas/CGU_Relatorio_de_Auditoria_Anual_de_Contas.pdf) . Acesso em dez.2013.

Chang, Ha-Joon, 1997. "The Economics and Politics of Regulation". Cambridge Journal of Economics, Oxford University Press, vol. 21(6), pages 703-28, November.

CONASS (2007). Saúde Suplementar. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 11. Brasília. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/11\\_Saúde%20Suplementar.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/11_Saúde%20Suplementar.pdf) . Acesso em dez.2013.

CONCLA (2013). Comissão Nacional de Classificação. Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 2.0: Estrutura. Disponível em: [http://www.cnae.ibge.gov.br/estrutura.asp?TabelaBusca=CNAE\\_200@CNAE%202.0](http://www.cnae.ibge.gov.br/estrutura.asp?TabelaBusca=CNAE_200@CNAE%202.0). Acesso em nov.2013.

Cordeiro, Hésio A. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Cordeiro, Hésio A. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Costa, N.R.; Castro, A.J.W. (2003). Regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência a saúde no Brasil. In: ANS (2003). Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro\\_regulacao\\_e\\_saude3\\_t1.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude3_t1.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Costa, Nilson R. (2008). O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1453-1462.

Costa, Nilson R.; Silva, Pedro L.B.; Ribeiro, José Mendes. Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional. In:

Negri, B.; Giovanni, G. (org.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: UNICAMP, 2001, p.291-305.

Coutinho, L.; Belluzzo, L.G.(1998). Financeirização da riqueza, inflação de ativos e decisões de gasto em economias abertas. Campinas. Economia e Sociedade, 1(11), 137-150.

CREMESP e IDEC (2007). Planos de saúde: nove anos após a Lei 9.656/98. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). São Paulo, 2007.

Dain, Sulamis (2007). Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência e Saúde Coletiva 2007, vol.12: 1851-64.

Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (2013). Disponível em: <<http://economia.saude.bvs.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=1>>. Acesso em: nov. 2013.

Dias Filho, Pedro P.S. (2010). Encarando um mundo instável e incerto: experiências regulatórias face aos riscos relativos aos seguros-saúde. Dissertação de mestrado - IMS / UERJ. Acesso em 27/12/2013. Disponível em: [http://www.fgc.org.br/upload/Academico/Encarando\\_um\\_mundo\\_instavel\\_e\\_incerto.pdf](http://www.fgc.org.br/upload/Academico/Encarando_um_mundo_instavel_e_incerto.pdf)

Dias Filho, Pedro Paulo (2013). Saúde Suplementar: autorregulação no contexto da financeirização da assistência à saúde. Disponível em: [http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/064.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/064.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Fernandes, E.; Capobianco, H.M.P.; Ignácio, A.A.V.; Sampaio, L.M.D. (2003).“Mercado Operador da Saúde Suplementar”. Fórum de Saúde Suplementar da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br> . Acesso em: fev.2014.

Fernandes, E.; Pires, H.M.; Ignacio, A.A.V.; Sampaio, L.M.D. (2007).“An analysis of the supplementary health sector in Brazil”, Health Policy, vol. 81, pp. 242-257.

Ferreira, Denílson Q. G. (2013). Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento), IE, UFRJ. Disponível em : <http://www.iess.org.br/html/Premio2013/Denilson.pdf> . Acesso em: fev.2014.

Fonseca, Cristina M.O. (2007). Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro; Fiocruz.

FUNENSEG (2013). Tudo Sobre Seguros – Como a indústria de seguros, previdência complementar aberta e capitalização beneficia a economia. Disponível em: <http://www.tudosobresseguros.org.br/sws/design/upl/arquivos/ComoSegurosApoiamEconomia.pdf> . Acesso em dez.2013.

- Gadelha, C.A.G. (2005). Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde em Debate. Revista do CEBES*. Rio de Janeiro: v.29, n.71, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.cebex.org.br/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=182&acao=xibe&pID=20> . Acesso em dez.2013.
- Gadelha, C.A.G. (2006). “Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial”. *Revista de Saúde Pública*, n. 40 (n. especial), pp.11-23.
- Gadelha, C.A.G.; Costa, L.S.; Maldonado, J. (2012). O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública*. Acesso em 16/12/2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em nov.2013.
- Gadelha, CAG (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde, 2003. *Ciência Saúde Coletiva*. 2003;2:521-35.
- Gadelha, CAG (2008). Complexo Econômico-Industrial da Saúde: uma visão geral. Seminário sobre Complexo Econômico-Industrial da Saúde. BNDES / Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/seminario/complexo\\_ind\\_saude\\_carlogadelha.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/seminario/complexo_ind_saude_carlogadelha.pdf) Acesso em nov.2013.
- Gallo, E. et al (2005) – Saúde, Desenvolvimento e Globalização. *Saúde em Debate. Revista do CEBES*. Rio de Janeiro: v.29, n.71, set./dez. 2005.
- Gerschman, S. O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública*, v.37. n. 2, 2003.
- Giambiagi, F; Villela, A.;Castro, L.B.; Hermann, J. (2005). *Economia Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Giovanella, L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 979–1010.
- Giovanella, Ligia; Fleury, Sonia (1995). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. Eibenschutz, C. (ed.). *Política de saúde: o público e o privado*. Editora Fiocruz, 1995. 362 p.
- Gitman, Lawrence J. *Princípios de Administração Financeira*. 2002. 7a Ed. São Paulo.
- Guimarães, Andre L.S.; e Leal, Rodrigo Mendes (2008). Seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulação: comentários. Disponível em: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1271666](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1271666). Acesso em dez.2013.



Guimarães, André L.S., Nossa, Valcemiro. (2010). Working capital, profitability, liquidity and solvency of healthcare insurance companies. *BBR - Brazilian Business Review*. maio-agosto, 37-59.

Hochman, G. (1998). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil* (Vol. 113). Editora Hucitec.

Hochman, G. (2005). Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141. Editora UFPR

Hodgson, Geoffrey M. (2007). "*An Institutional and evolutionary perspective on Health Economics*". *Cambridge Journal of Economics*. October.

IBGE (2007). Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil – O índice: visão teórica. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/sinapi/indice.shtm> . Acesso em nov.2007.

IBGE (2010). Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998 : Brasil. PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios) - 1998. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf> . Acesso em fev.2014.

IDEC (2013). Saúde não é o que interessa - basta fazer as contas. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Disponível em: <http://www.idec.org.br/em-acao/revista/por-tras-dos-precos/materia/saude-no-e-o-que-interessa/pagina/488> . Acesso em fev.2014.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Estudo sobre os reajustes anuais de planos de saúde e a atuação da ANS na regulação dessa questão. São Paulo, 2006.

JEL (2013). *Journal of Economic Literature*. Disponível em: <<https://www.aeaweb.org/econlit/jelCodes.php?view=jel#Y>>. Acesso em: nov. 2013.

Kudlawicz, Claudineia (2013). Um estudo sobre o impacto no nível de rentabilidade das organizações operadoras de planos de saúde em função de seu perfil. Dissertação de Mestrado em Contabilidade, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da UFPR. Acesso em: <http://www.ppgcontabilidade.ufpr.br/sites/default/files/documentos/Dissertacoes/D072.pdf> . Acesso em: fev.2014.

Leal, Rodrigo Mendes (2006). Estrutura e determinantes do spread bancário no Brasil: Uma resenha comparativa da literatura empírica. Dissertação de mestrado em Ciências Econômicas, PPGCE/UERJ.

Leal, Rodrigo Mendes (2007). Estrutura e determinantes do spread bancário no Brasil após 1994: Uma análise da literatura empírica. In Paula, L. F. & Oreiro, J. L. (ed.), *Sistema Financeiro: Uma Análise do Setor Bancário Brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.

Leal, Rodrigo Mendes; Matos, João Boaventura Branco (2008a). Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. Res Pvblica, v. VI, p. 79-104, Jan/Jun, 2007b. Disponível em: <http://www.anesp.org.br/?q=node/1522> . Acesso em abr.2008.

Leal, Rodrigo Mendes; Matos, João Boaventura Branco (2008b). “Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação”. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Disponível em: [www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result\\_Premio.html](http://www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result_Premio.html) . Acesso em dez2013.

Leal, Rodrigo Mendes; Morgado, Ricardo (2008). Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do SUS - Uma avaliação do Programa de Apoio do BNDES: 1999-2007. Revista BNDES Setorial, v. 28, p. 1, 2008 (no prelo).

Leopoldi, Maria A.P. (1998). Os anos de incerteza: redemocratização, globalização financeira e desregularão do setor de seguros privados (1985-1993). XXII Encontro Anual da Anpocs. Caxambu, outubro de 1998.

Mansur, M.C.(2001). O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. Dissertação de mestrado da ENSP/FIOCRUZ. Acesso em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/capa.pdf> . Acesso em dez.2013.

Marinho, A.; Ocke-Reis, C. O. (2011). Porque o SUS perde com os subsídios na saúde. Valor Econômico, Rio de Janeiro, p. A14 - A14, 28 out. 2011.

Marion, JC (2002). Análise das Demonstrações Contábeis - Contabilidade Empresarial. 2a Ed. São Paulo: Ed. Atlas.

Marques, Rosa M. (1999). O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Santiago de Chile: CEPAL. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/4507/lcl1233p.pdf> . Acesso em dez.2013.

Martins, William de S. N. (2005). A Previdência Social e as empresas de planos de saúde no Brasil. In.: Bahia, L.; Antunes, L.; Cunha, T.C.; Martins, W.(orgs.) (2005). Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro, LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde.

Matos, J.B.B.; Rocha, L e Kornis, G. (2010). Uma Década de Regulação de Planos de Saúde no Brasil. Trabalho apresentado na Associação Brasileira de Economia de Saúde – ABRES.

Matos, Joao B.B. (2011). As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. Tese (Doutorado) - IMS/UERJ. Disponível em: [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes%5B%5D=1806&processar=Processar](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes%5B%5D=1806&processar=Processar) . Acesso em dez.2013.

Matos, João B.B.; Leal, Rodrigo M. (2009). Três ondas do papel do estado e da regulação dos planos de saúde. Anais do IV Seminário de Pesquisas do IMS - UERJ – 2009.

Matos, Joao B.B.; Leal, Rodrigo M.; Kornis, George. “*Public private mix of funding and health insurance regulation. Is it an indifference curve in Brazil?*” Trabalho apresentado na ECHE 2010.

Matos, Joao B.B.; Leal, Rodrigo M.; Kornis, George. A terceira onda da regulação dos planos de saúde no Brasil. Trabalho classificado para publicação na ABRASCO 2009.

Mello, Maria Tereza Leopardi (2002). Regulação econômica e defesa da concorrência. Cap. 21. In: Kupfer, D., Hasenclever, L. (orgs.). Economia Industrial. Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2002.

Menicucci, T.M.G.. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Mercadante, OA (coord.) (2002). Evolução das políticas e do sistema de saúde. Capítulo 3. In: Caminhos da saúde pública no Brasil. Org.: Finkelman, J. Ed. FIOCRUZ.

Ministério da Saúde (2012). Glossário temático: saúde suplementar – 2. ed. Brasília. 122 p. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/saudesup\\_glossario\\_site-1.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Ministério da Saúde (2013). Página eletrônica. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1395](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395)>. Acesso em: set. 2013.

Modigliani, Franco; Miller, M.H. (1958). “The cost of capital, Corporation finance and the theory of investment”. American Economic Review, vol. XLVIII, June 1958.

Newlands Junior, C. A. (2011). Sistema Financeiro e bancário: teoria e questões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Nussbaum, M. and Sen, A. (eds) 1993. The Quality of Life, Oxford, Clarendon Press. Apud Hodgson (2007).

O Globo (2013). Planos de saúde individuais: produto quase em extinção. Rio de Janeiro, 14/10/2013. Disponível em:  
<http://www.epharm.com.br/noticias/mostrar/7456> . Acesso em: fev.2014.

Ocké-Reis, C.O.. Os Desafios da ANS frente à Concentração dos Planos de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1041-1050, 2007.

Ocké-Reis, C.O.; Cardoso, S.S.. Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, 2001-2005. T.D. IPEA nº 1.232, 2006.

Ocké-Reis, Carlos O; Andreazzi, M.F.Sliansky; Silveira, Fernando G (2006). O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? Revista de economia contemporânea. IE/UFRJ. Rio de Janeiro, ISSN 1415-9848, Vol. 10, 1, p. 157-185.

OECD (2004). Proposal for taxonomy of health insurance. Paris, 2004. Organization for Economic Cooperation and Development (The OECD Health Project). Acesso em 4/12/2013. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31916207.pdf>

OECD (2004b). Private health insurance in OECD countries. Organization for Economic Cooperation and Development (The OECD Health Project). Paris, 2004a.

OECD (2011). Health at a glance 2011. Acesso em fev. 2014.

Oliveira, Gesner (2001). A articulação entre regulação, defesa da concorrência e proteção do consumidor nos setores de telecomunicações, energia elétrica e saneamento básico. EAESP/FGV, Relatório 54/2001. Acesso em: <http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/Rel%2054-2001.pdf> . Acesso em: fev.2014.

Oliveira, Jaime A.A.; Fleury Teixeira, Sonia M. (1985). Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro; Vozes/ABRASCO.

ONU (2013). United Nation Economic Statistics and Classifications Section: International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. Revision 4. Disponível em: <<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=27&Lg=1>> . Acesso em nov.2013.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2006). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Geraldo Biasoto Junior, Pedro Luís de Barros Silva, Sulamis Dain (orgs.). Brasília. 400 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 13). Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5573.pdf> . Acesso em dez/2013.

Paim, Jairnilson; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Bahia, Ligia; Macinko, James (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet - 21 May 2011 ( Vol. 377, Issue 9779, Pag. 1778-1797 ). Acesso em 28/12/2013. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract) . Acesso em dez.2013.

Pauly, Mark V. (1986). Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. Journal of Economic Literature. Vol. 24, No. 2 (Jun., 1986), pp. 629-675.

Pinto Jr., Helder Q.; Fiani, Ronaldo. Regulação econômica. In: Kupfer, D., Hasenclever, L. (orgs.) Economia Industrial. Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2002, p. 515- 514.

Pinto Júnior, H. Q.. “Estratégias de Financiamento”. In: David Kupfer e Lia Hasenclever (Org.). Economia Industrial: Fundamentos Teóricos e Práticos no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

Piola, Sergio F.; Vianna, Solon M. (org.) (2009). Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). CEPAL. Disponível em: <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf> . Acesso em dez.2013.

Portela, M.C. et al. Barbosa, P.R.(coord.). “Hospitais filantrópicos no Brasil”. BNDES Social, n. 5, 3 v., 2002.

Ragazzo, C.E.J. (2013). A regulação da concorrência. The Selected Works of carlosragazzo. Disponível em: [http://works.bepress.com/carlos\\_ragazzo/20](http://works.bepress.com/carlos_ragazzo/20) . Acesso em: fev.2014.

Receita Federal (2008). Gastos Tributários no Brasil - Seminário Internacional BID / FMI. Coordenação Geral de Previsão e Análise, Receita Federal, Ministério da Fazenda. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudoTributarios/Eventos/SeminarioInterBIDFMI/TextoQuadrosGASTOSTRIBUTARIOSNOBRASILSEMINARIO.pdf> . Acesso em: fev.2014.

Reis Júnior, Henrique OM; Paula, Luiz Fernando; Leal, Rodrigo Mendes (2011). Decomposição do Spread Bancário no Brasil: Uma análise segundo perfil de atuação do banco. Anais do XXXVIII Encontro Nacional de Economia. ANPEC. Disponível em: [www.anpec.org.br](http://www.anpec.org.br) . Acesso em: fev.2014.

Reis Júnior, Henrique OM; Paula, Luiz Fernando; Leal, Rodrigo Mendes (2013). Decomposição do Spread Bancário no Brasil: Uma Análise do Período Recente. Revista Economia, v.14, n.1A, jan/abr 2013. ANPEC.

Rodrigues, Paulo Henrique; Santos, Isabela Soares (2011). Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2011. 2a edição.

Saintive, M.B.; Chacur, R.S. A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados. Brasília: Seae/MF, Documento de trabalho, n. 33, 2006.

Salgado, L.H. (2009). Defesa da Concorrência no Brasil: aspectos institucionais, desempenho recente e perspectivas de reforma. IPEA: Texto para discussão n. 1386.

Salm, Claudio. Introdução. In.: Bahia, L.; Antunes, L.; Cunha, T.C.; Martins, W. (orgs.) (2005). Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro, LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde.

Sampaio, L.M.D. (2008). Análise e classificação das operadoras da saúde suplementar. 2008. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - UFRJ. Acesso em: [http://teses2.ufrj.br/Teses/COPPE\\_D/LeaMariaDantasSampaio.pdf](http://teses2.ufrj.br/Teses/COPPE_D/LeaMariaDantasSampaio.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Santos, Fausto P.; Malta, D. C.; Merhy, E.E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.5, Oct.2008.

Santos, Fausto Pereira (2006). A regulação pública da saúde no Brasil : o caso da saúde suplementar. Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título em doutor em saúde coletiva. Campinas, 2006. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000386630> . Acesso em dez.2013.

Santos, Isabela S.; Ugá Maria A.D.; Porto, Silvia M. (2008b). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008, 13(5): 1431-1440.

Santos, Isabela Soares (2009). O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado em Saúde Pública, ENSP, Fiocruz. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho\\_isabelasantosantos\\_mh\\_d.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantosantos_mh_d.pdf) Acesso em dez.2013.

SANTOS, Maria Angélica B.; GERSCHMAN, Silvia. Segmentations of health service supply in Brazil: institutional arrangements, creditors, payers and providers. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

Sen, A. Desenvolvimento como Liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Introdução, p. 17 a 26. Caps . 1 e 2, p. 27 a 74.

Serra e Gurgel, JB (2008). Evolução Histórica da Previdência Social. Brasília: FUNPREP, Fundação ANSPS (Associação Nacional dos Servidores da Previdência Social). 304p. Disponível em: [http://www.anasps.org.br/evolucao\\_historica\\_previdencia.pdf](http://www.anasps.org.br/evolucao_historica_previdencia.pdf) . Acesso em dez.2013.

Sicsú, Bernardo (2002). Seguro saúde no Brasil dos anos 90: uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória. Tese de doutorado do IMS/UERJ. Acesso em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/regulacaodomecado/TESE%20Bernardo%20Sicsú.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/regulacaodomecado/TESE%20Bernardo%20Sicsú.pdf) . Acesso em dez.2013.

Soares, Maria Aparecida (2006). Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – USP. Acesso em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-15122006-121519/pt-br.php> . Acesso em: fev.2014.

Stiglitz, Joseph E, 1974. "On the Irrelevance of Corporate Financial Policy," *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 64(6), pages 851-66, December.

Stiglitz, Joseph. *Economics of the Public Sector*, 3º ed., W.W. Norton & Company: New York, 2000.

SUSEP (2013). Glossário da SUSEP. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/glossario> . Acesso em dez.2013.

Tavares, M.C.; Fiori, J.L.(Org.). Apresentação. Poder e dinheiro: uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1998.

TCU (2012). Acórdão AC-2879-42/12-P. Plenário, de 24/10/2012. Processo n. 009.174.2012-5. Tribunal de Contas da União. Disponível em: [http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes\\_noticias?noticia=4494961](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=4494961) Acesso em: fev.2014.

Teixeira, Luciana da Silva. Reajustes de preços administrados no setor saúde. Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Fevereiro de 2006. Disponível em: [http://www2.camara.gov.br/internet/publicacoes/estnottec/tema10/2005\\_7377.pdf](http://www2.camara.gov.br/internet/publicacoes/estnottec/tema10/2005_7377.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Teixeira, Aloísio; Bahia, Lígia; Werneck Vianna, M.L. Teixeira (2002). “Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil”. In: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, ANS. Rio de Janeiro.

Unimed do Brasil (2011). Manual de Regulamentação dos planos de saúde (Aprovado durante o 20 Seminário Jurídico, Contábil, Atuarial e Financeiro). Atualizado em 3/junho/2001. Disponível em: <http://www1.unimed.com.br/portal/download/ju/20seminario/Manual%20Regulamentação.pdf> Acesso em: fev.2014.

USP (2014). O que é economia? Página eletrônica da FEA-USP. Disponível em: <<http://www.fea.usp.br/conteudo.php?i=202>>. Acesso em: fev. 2014.

Veloso, Germany G.; Malik, Ana Maria. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. RAE eletrônica, 9(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-56482010000100003&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482010000100003&lng=en&tlng=pt) . Acesso: fev.2014.

Viana, C.M. (1987). O INAMPS e o setor prestador de serviços médicos. In: Fiori, J. (coord.), Diagnostico de alguns obstáculos para uma ação planejada do INAMPS. Relatório de Pesquisa, IEI/UFRJ, mimeo.

Vianna, Cid Manso M. (2004). O impacto das ações da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS – no mercado operador. In: ANS (2004). Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Acesso em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro\\_regulacao\\_e\\_saude3\\_t1.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude3_t1.pdf) . Acesso em: fev.2014.

Vieira, Cristine; Costa, Nilson R. (2007). O modelo organizacional dos Planos de Saúde Odontológicos no Brasil. Encontro da ABRES, 2007. Acesso em: <http://143.54.230.147/abres/site/arquivos/ABREs/8%20encontro%202007/Mesa%2003%20-%20Cristiane%20Planos%20de%20Saude%20Odontolgicos.doc> . Acesso em: dez.2013.

Werneck Vianna, M.L. Teixeira (1998). A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ. 3a ed. 288p.

Werneck Vianna, M.L. Teixeira (2002). “Em torno do conceito de política social: notas introdutórias”. Dezembro de 2002. Disponível em: [http://www.unerj.br/ead/ead/20052/curso\\_sequencial/up\\_cidadania/arquivos/Em\\_torno\\_do\\_conceito\\_de\\_politica\\_social.pdf](http://www.unerj.br/ead/ead/20052/curso_sequencial/up_cidadania/arquivos/Em_torno_do_conceito_de_politica_social.pdf) . Acesso em dez.2013.

Werneck Vianna, M.L. Teixeira (2007). “Reforma do estado e política social: notas à margem do tema”. In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Capítulo 1.1. Organizadores: Maria I.S. Bravo...[et al.]. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. Disponível em: [http://fopspr.files.wordpress.com/2008/04/bravo\\_mispoldesaudenaatualconjuntura.pdf#page=7](http://fopspr.files.wordpress.com/2008/04/bravo_mispoldesaudenaatualconjuntura.pdf#page=7) . Acesso em dez.2013.

Werneck Vianna, M.L. Teixeira (2008). A Nova Política social no Brasil: Uma prática acima de qualquer suspeita teórica? Praia Vermelha: estudos de política e teoria social, vol. 18, nº 1 (2008). Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/praiavermelha/index.php/praiavermalha> . Acesso em dez.2013.

Werneck Vianna, MLT; Barroso, AF; Macaira, JP; Figueiredo, IM; Gorinstein, M; Martins, M. (2005). A Regulação do mercado de saúde suplementar no legislativo: proposições e propositores. Teses LEPS (Laboratório de Economia Política da Saúde) - UFRJ.

Werneck, Heitor Franco (2010). Os Seguros privados de saúde no Brasil: uma análise taxonômica a partir da OCDE. Texto para discussão n. 02. Abril de 2010. Rio de Janeiro: ANS.

WHO (2014). World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>>. Acesso em fev. 2014.