

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE
ORGANIZAÇÕES

JOÃO FERNANDO ROSSI MAZZONI

Uma investigação qualitativa sobre a
concentração de mercado na Saúde
Suplementar no Brasil

ORIENTADOR: PROF. DR.
JOÃO LUIZ PASSADOR

RIBEIRÃO PRETO
2022

Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Fábio Augusto Reis Gomes
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof. Dr. Jorge Henrique Caldeira de Oliveira
Chefe do Departamento de Administração

JOÃO FERNANDO ROSSI MAZZONI

Uma investigação qualitativa sobre a
concentração de mercado na Saúde
Suplementar no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Administração de Organizações da
Faculdade de Economia, Administração e
Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências. Versão Original.

ORIENTADOR: PROF. DR. JOÃO
LUIZ PASSADOR

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca

Faculdade De Economia, Administração E Contabilidade de Ribeirão Preto

Mazzoni, João Fernando Rossi

Uma investigação qualitativa sobre a concentração de mercado na saúde
suplementar no Brasil, 116 p.; 19 fig.

Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Estudos Organizacionais e Políticas
Públicas

Orientador: João Luiz Passador

1. Saúde Suplementar. 2. Regulação Econômica. 3. Operadoras de
planos de saúde.

MAZZONI, J. F. R. Uma investigação qualitativa sobre a concentração de mercado na saúde suplementar no Brasil. 2022. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Profa. Dra. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que mencionei nos agradecimentos e, principalmente, a todos aqueles que foram lesados, ao longo dos anos, por falhas no atendimento da saúde suplementar, em especial no período de trevas que vivemos nos anos de 2020 e 2021, com o surgimento e o agravamento da pandemia. Que este trabalho sirva para que se possa rever alguns pontos importantes acerca do modelo de regulação, que se estabeleçam planos com valores acessíveis, de fácil acesso e atendimento à população e, principalmente, que a competição econômica prevaleça no setor. Saúde é um direito, mas o serviço à saúde tem seu custo e, consequentemente, precisa ter seu preço. Que esse preço seja o mais livre possível, sem interferências externas artificiais, sem nenhum tipo de controle (preço mínimo ou preço máximo) e que reflitam as verdadeiras condições e demandas do mercado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela oportunidade de ter condições familiares e financeiras de estudar e chegar a uma defesa de Mestrado, algo que infelizmente não é comum no Brasil.

Ao suporte da minha família, que esteve comigo nos melhores e principalmente nos piores momentos.

A minha esposa, pelos puxões de orelha quando o desânimo batia, para que eu insistisse e perseverasse na missão.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Luiz Passador, pelas valiosas dicas e sugestões ao longo da caminhada.

À FEARP/USP, instituição que chamei de lar por quase nove anos e que com certeza sempre será minha segunda casa.

A todos aqueles que indiretamente ou mesmo sem querer me motivaram a querer ser melhor a cada dia.

A criatividade para se escrever não cai do céu, são necessários paciência, persistência e disciplina, características que vamos adquirindo ao longo do tempo, com a prática e a maturidade. Julgo ser apenas um iniciante neste mundo, mas desde já digo que aprendi muito na caminhada e me sinto preparado para aprender cada vez mais e pôr em prática esse aprendizado. Foi uma belíssima jornada, um capítulo grande e importante deste livro chamado “vida”.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 (Portaria N° 206, de 04/09/2018).

“Almost all the studies - perhaps all the studies - suggested that the results of regulation had been bad, that the prices were higher, that the product was worse adapted to the needs of consumers, than it otherwise would have been. I was not willing to accept the view that all regulation was bound to produce these results. Therefore, what was my explanation for the results we had? I argued that the most probable explanation was that the government now operates on such a massive scale that it had reached the stage of what economists call negative marginal returns. Anything additional it does, it messes up. But that doesn't mean that if we reduce the size of government considerably, we wouldn't find then that there were some activities it did well. Until we reduce the size of government, we won't know what they are.”

Ronald H. Coase

RESUMO

MAZZONI, J. F. R. **Uma investigação qualitativa sobre a concentração de mercado na saúde suplementar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 116 p., 2022.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a autarquia responsável pela regulação da saúde suplementar no Brasil, ditando normas e diretrizes, além de realizar o controle e a fiscalização dos serviços privados de saúde. Observou-se, analisando a série histórica disponível na base de dados da ANS que cobre o período a partir de 2000, no qual há a atuação efetiva da Agência, uma tendência de aumento no número agregado de pessoas cobertas por algum tipo de plano de saúde (individual, coletivo ou coletivo-empresarial), ao mesmo tempo em que se observou uma queda na quantidade de operadoras oferecendo esse serviço. De acordo com a literatura econômica, esse arranjo no setor de saúde suplementar mostra indícios de uma tendência à concentração de mercado no setor, ou seja, poucas operadoras atendendo grande parte da demanda total. Nesse contexto, o presente trabalho teve por objetivo analisar fatores que levaram o setor a adquirir essa tendência. Inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica a respeito de fundamentos econômicos da teoria da regulação e como ela se aplica nos mercados. Em seguida, foram analisadas mudanças na estrutura regulatória do setor, desde a criação da ANS, e as consequências dessas mudanças na contratação de serviços de saúde suplementar, inclusive as mudanças regulatórias ocorridas durante a pandemia do COVID-19. Para corroborar essas mudanças, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com cinco pessoas, entre elas atuantes no mercado de operadoras de planos de saúde, na Agência Nacional de Saúde Suplementar e no Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Foi constatado que a Agência, através de resoluções normativas e exigências regulatórias, tem dificultado a manutenção de empresas de pequeno porte no setor, fazendo com que apenas grupos consolidados com considerável margem de solvência consigam operar nesse setor.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Regulação econômica. Operadoras de planos de saúde.

ABSTRACT

MAZZONI, J. F. R. **A qualitative investigation on market concentration in supplementary health in Brazil.** Dissertation (Master's in Business Administration) – Faculty of Economics, Business Administration and Accounting, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 116 p., 2022.

The Healthcare National Agency (ANS) is the autarchy responsible for regulating healthcare plans in Brazil, dictating norms and guidelines, besides carrying out the control and inspection of private health services. By analyzing the historical series available in the ANS database covering the period since 2000, in which the Agency is effectively active, it was observed a tendency toward an increase in the aggregate number of people covered by some type of health plan (individual, group or corporate group), at the same time that a decrease was observed in the number of operators offering this service. According to the economic literature, this arrangement shows signs of a tendency toward market concentration in the sector, that is, a few operators meeting a large part of the total demand. The objective of the present work was to analyze factors that led the sector to acquire this tendency. Initially, a literature review was done on the economic foundations of regulation theory and how it applies to markets. Then, changes in the regulatory structure of the sector are analyzed, since the creation of the ANS, and the consequences of these changes on the contracting of private healthcare, including the regulatory changes that occurred during the COVID-19 pandemic. To corroborate these changes, semi-structured interviews were conducted with five people, among them active in the market of health insurance carriers, in the ANS, and in the Administrative Council for Economic Defense (CADE). It was found that the Agency, through normative resolutions and regulatory requirements, has hindered the maintenance of small companies in the sector, making it difficult for only consolidated groups with considerable solvency margin to operate in this sector.

Keywords: Private Healthcare. Economic regulation. Health insurance companies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Demanda individual e demanda de mercado em concorrência perfeita	33
Figura 2 – Equilíbrio no Monopólio	33
Figura 3 – Perda de eficiência e ônus do monopólio	34
Figura 4 – Monopólio Natural	35
Figura 5 – Integração Vertical para Rothbard	39
Figura 6 – Funcionamento do setor de saúde suplementar	45
Figura 7 – Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar	45
Figura 8 – Organograma de organização do setor de saúde suplementar brasileiro	49
Figura 9 – Beneficiários de planos de saúde por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano – Abril/2022	54
Figura 10 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação – Abril/2022	55
Figura 11 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos, por unidades da federação – Abril/2022	56
Figura 12 – Comparação entre SUS e Saúde Suplementar	56
Figura 13 – Assimetria de informação na saúde suplementar	61
Figura 14 – Eixos da Regulação	66
Figura 15 – Faixas de precificação dos planos de saúde	77
Figura 16 – Normas Ativas da ANS em 2022	80
Figura 17 – Normas revogadas da ANS até 2022	80
Figura 18 – Lista com as atualizações no Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde antes da última alteração	82
Figura 19 – Diferenças entre pesquisas quantitativas e qualitativas	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Beneficiários de planos privados de assistência à saúde – Março/2022	50
Gráfico 2 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano – Março/2022	50
Gráfico 3 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano – Março/2022	51
Gráfico 4 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano	51
Gráfico 5 – Evolução do registro de operadoras entre 1999 até fevereiro de 2021	52
Gráfico 6 – Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (2011-2021)	52
Gráfico 7 – Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras exclusivamente odontológicas (2011-2021)	53

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF	Constituição Federal de 1988
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
INC	Instrução Normativa Conjunta
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RE	Resolução Especial
RN	Resolução Normativa
RO	Resolução Operacional
SBDC	Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência
SDE	Secretaria de Direito Econômico
SEAE	Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda
SUS	Sistema Único de Saúde
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
2.3	Organização e Distribuição do Trabalho	17
3	REVISÃO TEÓRICA	20
3.1	História da Saúde no Brasil e Criação do SUS.....	20
3.2	A Constituição de 1988 e suas implicações	23
3.3	Teoria da Regulação: Uma revisão	25
3.4	Teoria Normativa da Regulação	27
3.5	Teoria Positiva da Regulação.....	28
3.6	Estruturas de mercado	29
3.6.1	Concorrência perfeita	31
3.6.2	Monopólio	33
3.6.3	Competição monopolística.....	34
3.6.4	Monopólio natural	35
3.6.5	Oligopólio	35
3.7	Poder de mercado, concentração e oligopolização	36
3.8	Integração Vertical.....	37
3.9	Mercado de Saúde	39
3.10	O conceito de <i>Welfare State</i>	42
3.11	Caracterização da saúde suplementar no Brasil.....	43
3.12	A Saúde Suplementar no Brasil em números	49
3.13	Saúde Suplementar como setor econômico	57

3.14	Informação Assimétrica na Saúde Suplementar.....	58
3.15	A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	62
3.16	Regulação na Saúde Suplementar Brasileira.....	64
3.17	Fases da regulação de acordo com Alves (2015)	66
3.18	Solvência como fator determinante	76
3.19	Produção Normativa da ANS em números	79
3.20	Ações regulatórias da ANS durante a pandemia.....	80
3.21	Regulação e o rol de procedimentos.....	82
4	METODOLOGIA	84
4.1	Métodos e Técnicas.....	84
4.2	Tipo de pesquisa	84
4.3	Escolha do método.....	84
4.4	Métodos Mistos.....	85
4.5	Pesquisa Quantitativa e Qualitativa	86
4.6	Etapas da Pesquisa	87
5	RESULTADO E DISCUSSÕES	89
5.1	Limitações da pesquisa.....	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – Primeira Entrevista	101
	APÊNDICE B – Segunda Entrevista.....	104
	APÊNDICE C – Terceira Entrevista.....	107
	APÊNDICE D – Quarta Entrevista.....	110
	APÊNDICE E – Quinta Entrevista	114

1 INTRODUÇÃO

Em 2020, o mundo foi assolado por um mal que representou um desafio para a humanidade. Com a pandemia da COVID-19, fez-se necessário dar atenção especial para estudos na área da saúde, especialmente estudos que envolvam a interação entre saúde pública e saúde privada. Gallegos *et al.* (2020) apontam para a necessidade de realizar estudos que envolvam o impacto dessa interação na vida cotidiana de maneira ampla. Fica claro que saúde vai além de se estar bem fisicamente. A pandemia impôs novos desafios à saúde mental da população, muito devido ao isolamento social e ausência de interação entre pessoas. Werneck *et al.* (2020) trazem as consequências do isolamento para um grupo de pessoas diagnosticadas com depressão e mostram como os sintomas de comportamento deletério foram intensificadas durante o período de isolamento social. Portanto, mostra-se necessário abordar o tema da saúde de maneira ampla, abrangendo a parte de gestão e aplicação dos fundamentos da medicina para melhora da qualidade de vida da população. O presente trabalho focará na parte de gestão, ou seja, a parte que não envolve procedimentos médicos, como exposto por Bonato (2011). Ocké-Reis (2007) pontua a necessidade de aumentar a produção de estudos que investiguem os efeitos sistêmicos da concentração sobre o mix público/privado no mercado de saúde suplementar no Brasil, e que conseqüentemente apontem caminhos para a ANS frente ao aumento da concentração e do poder de mercado das operadoras principais.

Dado o exposto anteriormente, a motivação para o presente trabalho encontra-se em procurar fatores que expliquem a tendência crescente, observada pela série de dados obtida no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, de que a população brasileira tem em média aumentado seu consumo de serviço privados de saúde, e investigar fatores que levaram a uma diminuição na quantidade de operadoras de planos de saúde. O período analisado foi a partir do ano 2000, e a escolha de tal período justifica-se pelo motivo de a ANS ter sido oficialmente estabelecida como agência reguladora pela Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000, portanto a existência de um mercado regulado passa a valer a partir da promulgação dessa lei. Na análise regulatória, exposta nas entrevistas conduzidas, foi dada ênfase no período a partir de 2015, por julgar ser um intervalo de tempo grande com mudanças substanciais tendo sido feitas antes desse ano.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Após observar os dados explicitados anteriormente, levantou-se o seguinte questionamento: Quais razões justificam o fato de que o mercado de saúde suplementar no Brasil, desde o ano 2000, apresentasse redução no número de ofertantes, sendo que houve aumento expressivo de demandantes do serviço no mesmo período? A partir desse questionamento, tem-se que o objetivo geral do presente trabalho é investigar fatores ocorridos nas regras regulatórias estabelecidas pela ANS que sirvam como explicação para essa tendência à concentração a nível nacional na saúde suplementar.

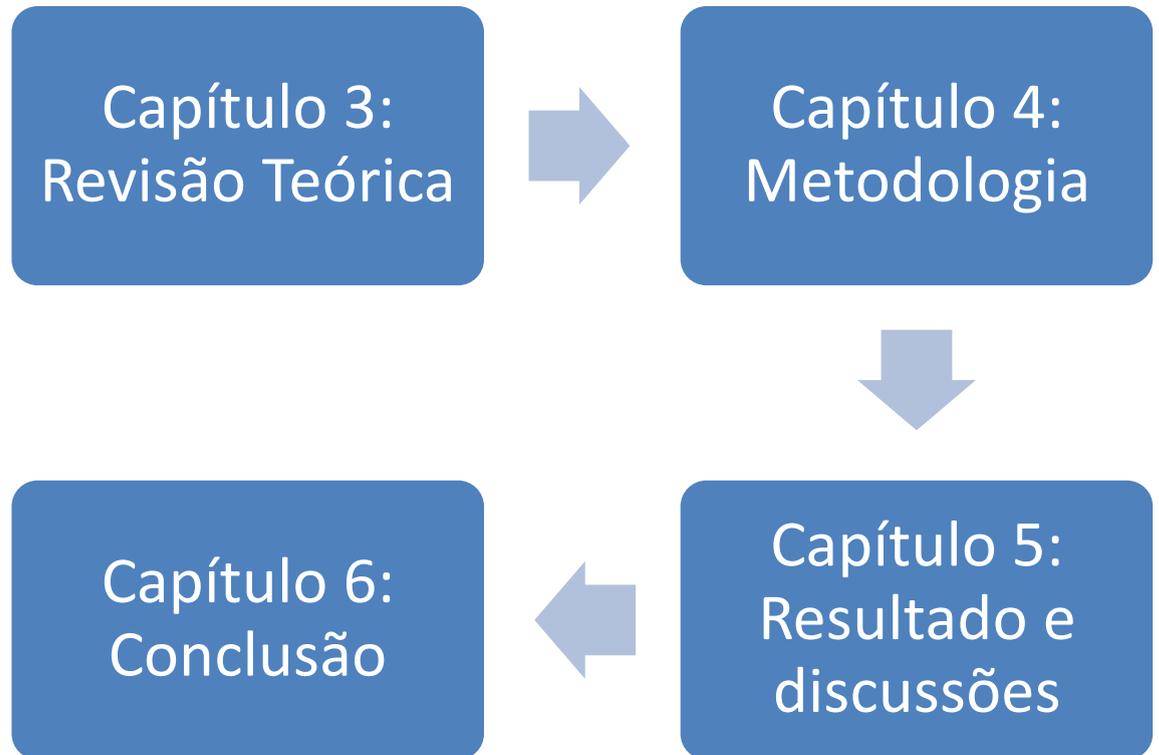
2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, pode-se listar:

- Revisitar a teoria da regulação e suas diferentes abordagens;
- Explicitar a estrutura regulatória que rege o serviço de saúde suplementar no Brasil, através da atuação da ANS;
- Utilizar o resultado da pesquisa como um referencial teórico para futuros trabalhos relacionados à área da saúde suplementar no Brasil.

2.3 Organização e Distribuição do Trabalho

A seguir encontra-se uma representação estruturada de como serão abordados os temas propostos neste trabalho.



O capítulo de revisão teórica passará pela origem da saúde enquanto serviço, desde o Século XX, passando pelas casas de assistências e Santas Casas de Misericórdia até o estabelecimento das operadoras de saúde suplementar. Será feita uma revisão de princípios microeconômicos e as principais teorias econômicas da regulação. Posteriormente, será feita uma análise da estrutura regulatória da saúde suplementar no Brasil, desde a origem da ANS até sua estrutura organizacional, passando pelas responsabilidades da agência, seu esquema de funcionamento enquanto uma operadora de seguros. Uma revisão da estrutura regulatória da agência foi feita para se analisar os potenciais problemas e trâmites burocráticos que dificultam as atividades das operadoras.

No capítulo de metodologia, foi explicitado o método escolhido, bem como foi feita a justificativa da escolha. Foram elaboradas perguntas para a condução das entrevistas semiestruturadas, e as respostas para essas perguntas de cada um dos cinco entrevistados encontra-se no fim do trabalho, na seção “anexos”.

No capítulo cinco é feita a análise das entrevistas e a discussão a respeito do tema escolhido a ser investigado, ou seja, entender qualitativamente os motivos que levam o mercado de saúde suplementar no Brasil a apresentar características de concentração. Neste capítulo também são exploradas as limitações do trabalho e os cuidados ao realizá-lo e ao interpretar

seus resultados.

No último capítulo, concluiu-se o trabalho com sugestões de estudos futuros e tentou-se prever um panorama para a saúde suplementar brasileira para os próximos anos.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 História da Saúde no Brasil e Criação do SUS

No passado, em especial ao longo do Século XIX e durante grande parte do Século XX, a saúde pública no Brasil dependeu de ações filantrópicas. Médicos e instituições como igrejas e associações religiosas atendiam necessidades médicas, e não havia uma atuação central por parte do Estado, apenas intervenções pontuais como vacinações e cuidados com o saneamento básico. Apenas no fim do Século XX passou-se a ter uma estrutura semelhante ao que se tem hoje no quesito saúde pública (PASCHOALOTTO *et al.*, 2018).

Ao final do Século XIX e início do Século XX, houve no Brasil um aumento na chegada de imigrantes, especialmente italianos, alemães e japoneses, muitos fugidos de seus países devido aos acontecimentos políticos como a Unificação Italiana (*Risorgimento*) em 1870 e a Unificação Alemã entre 1870 e 1871. Nesse período há a intensa exportação de café nos portos brasileiros, e conseqüentemente uma preocupação com o controle de doenças que pudessem afetar as exportações. É importante enfatizar que não havia um modelo sanitário estipulado no país, apenas medidas pontuais para determinados setores e parcelas da população. O Estado também atuava no cuidado de pessoas contaminadas por doenças como hanseníase e tuberculose.

Como pontua Carvalho (2013), essa foi a dinâmica até o início do Século XX. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, considerada um marco na história da previdência brasileira, a saúde dos trabalhadores atrelada ao sistema de previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início as caixas de pensão, posteriormente os institutos e, finalmente o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS. O acesso à previdência era controlado pelo Ministério da Previdência e pela Assistência Social. Quem não estava nessa categoria social poderia ter acesso aos serviços médicos prestados por entidades filantrópicas, como a Cruz Vermelha e as Santas Casas de Misericórdia (PASCHOALOTTO, 2016).

No início da década de 1930, a seguridade social brasileira ganhou destaque após a promulgação da Lei n. 4.682, que instituía o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP), atendendo inicialmente ferroviários, trabalhadores marítimos e estivadores, e tinha por objetivos garantir a previdência social das categorias e prestar serviços médicos. No início o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão era fragmentado e não possuía regulação específica. Foram posteriormente criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, (IAP), órgãos que representavam trabalhadores filiados de determinadas categorias profissionais. Os

IAPs recebiam contribuições dos empregados e empresas dos setores específicos, além de aportes do governo. Era comum que IAPs de determinadas classes laborais apresentassem condições melhores que outros, devido à diferença na capacidade de arrecadação por partes das classes. Na área da saúde, foi criado a partir do Decreto nº 46.348 de 30 de dezembro de 1949 o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), com destaque para o atendimento médico domiciliar, ainda inexistente no setor público, o qual era financiado a partir da divisão de recursos entre todos os IAPs (PASCHOALOTTO, 2016; FINKELMAN, 2002; FLEURY; OLIVEIRA, 1985; FLEURY; OUVENEY, 2012).

O arranjo das IAPs, que representavam uma fragmentação na assistência médica, gerou questionamentos a respeito de sua capacidade de atendimento desigual, e mostrou-se necessária a existência de um sistema unificado, centralizando o poder de alocação de recursos no Estado. Através do Decreto nº 48.959, em 1960, foi estipulada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), unificando a legislação referente aos IAPs, como tentativa de pôr em prática essa centralização de ações e aumentar a abrangência na cobertura populacional. Essa proposta apresentou problemas de déficit financeiro e dificuldades na distribuição de gastos para cada instituto, mas também mostrou avanços significativos, como uma maior equalização nos benefícios cedidos e uma contribuição para a manutenção financeira dos institutos. Em 1960 cria-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fundação ligada ao Ministério da Saúde que tinha como propósito levar serviços médicos e sanitários a diferentes localidades. Com isso, passou-se a ter um alcance maior por parte do Ministério da Saúde em regiões distantes dos centros urbanos. Em 1966 cria-se, a partir de uma mescla de responsabilidades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a função de corrigir os problemas de pulverização institucional existentes anteriormente e aumentar a centralização na alocação e distribuição de recursos (PASCHOALOTTO, 2016; FINKELMAN, 2002; FLEURY; OLIVEIRA, 1985).

Em 1968 elaborou-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) através do Ministério da Saúde, e era caracterizado pelo acesso universal por parte da população e enfatizava a responsabilidade do Ministério da Saúde em atuar na assistência médica e propiciava uma separação entre saúde e previdência social, tanto que na elaboração do Plano o Ministério da Previdência não teve papel atuante. O Plano não teve êxito, mas serviu como base para outros avanços posteriores. Em 1975, instituiu-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), sistema que centralizaria institucionalmente a coordenação da saúde pública no país, e serviria como referência para a criação futura do SUS. Nesse Sistema, houve a separação de funções entre o Ministério da Saúde, que ficou responsável pela coordenação e execução das atividades sanitárias voltadas

para a população, e o Ministério da Previdência Social, que ficou responsável pelo atendimento e cuidados que não envolviam saúde pública de forma coletiva, e sim benefícios e atenção ao público de maneira individual (PASCHOALOTTO, 2016; FINKELMAN, 2002; FLEURY; OLIVEIRA, 1985; FLEURY; OUVENEY, 2012).

Ao longo do final da década de 1970 e durante a década de 1980, acompanhando movimentos políticos internacionais, houve uma abertura política com o enfraquecimento do Regime Militar e devido à crise econômica que abalava o país, sobretudo a crise no balanço de pagamento oriundos do aumento da dívida externa e inflação crescente (GREMAUD; VASCONCELOS; TONETO JR., 2002). Com a mudança de trajetória política que o país tomou, aumentou-se o apelo por parte da população para questões sociais, entre elas a saúde. Pediu-se por melhorias na saúde pública, assim como cogitou-se criar um sistema de saúde totalmente financiado por recursos públicos e de abrangência nacional. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, foram delimitados os princípios e diretrizes a serem promulgados na carta constitucional de 1988. Agora, com a nova CF, a saúde passou a ser um direito do cidadão; o Estado passou a ser o provedor deste direito; criou-se o Sistema Único de Saúde com os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, e com os princípios organizacionais da participação da comunidade, resolubilidade, descentralização, regionalização e hierarquização (PASCHOALOTTO, 2016; FINKELMAN, 2002; FLEURY; OLIVEIRA, 1985). Portanto, com a implementação do SUS, mudou-se do modelo de saúde de caráter curativo e dividido por categorias para um modelo com maior atenção à prevenção e cuidados contínuos financiado com recursos públicos e de acesso universal à população.

Ainda na década de 1990, a Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/91 especificou quais eram as funções de cada ente federativo na operacionalização das atividades dos SUS. Foi designado que municípios são responsáveis pelo Plano Municipal de Saúde e execução dos serviços relacionados ao plano; os estados e Distrito Federal são responsáveis por apoiar as ações dos municípios de sua jurisdição, e coordenar as ações de apoio aos municípios em sua jurisdição; e a federação é responsável pela condução da Política Nacional de Saúde (PASCHOALOTTO, 2016). Tratando dessa política, Machado, Lima e Baptista (2017) apontam desafios para a saúde pública no Brasil. Entre os pontos abordados pelos autores, destaca-se a presença no Brasil de relações complexas e tênues entre agentes do Estado e agentes do mercado, podendo levar a benefícios irregulares para determinados grupos, prática que se conhece como “*Crony Capitalism*” ou “Capitalismo de Compadrio”. No setor de saúde suplementar, apontam os autores, houve aumento da participação de empresas do ramo no apoio

financeiro às campanhas eleitorais em 2016, fator que intensifica a existência de laços entre empresas privadas e parte do setor público – laços esses que podem ser ilícitos ou não. O tema de capitalismo de compadrio, ou capitalismo de laços, é explorado extensivamente na obra de Lazzarini (2011).

3.2 A Constituição de 1988 e suas implicações

A Constituição Federal de 1988, a sétima na história do Brasil, conhecida como “Constituição Cidadã” (PAIM, 2013), foi um marco importante após os 21 anos do regime militar brasileiro, ocorrido entre 1964 e 1985. Com a necessidade de se rever o papel do Estado, levaram-se em consideração medidas que tinham como objetivo a diminuição na desigualdade social brasileira, e que serviços tidos como necessidades vitais básicas para a sobrevivência fossem fornecidos pelo Estado de maneira gratuita e universal, sob as suas três esferas: municipal, estadual e federal. Como necessidades vitais básicas, pode-se elencar, de acordo com a constituição: moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social.

Os direitos sociais referem-se ao bem-estar coletivo de uma população, garantindo algum nível de subsistência, lazer e consumo. Baseadas nos modelos de *Welfare State* europeu, ou “Estado de Bem-Estar Social”, as políticas públicas ganham importância pois consideram que é dever do Estado agir em diferentes áreas da vida social na manutenção e promoção deste bem-estar. Ainda de acordo com Paim (2013), oriundas dos direitos sociais previstos na CF estão as políticas sociais. Elas se baseiam na atuação do Estado em setores nos quais, segundo o autor, os mecanismos do sistema capitalista falham em atingir a população de maneira satisfatória. Portanto, além de garantir níveis mínimos de qualidade de vida para a população, o Estado, através de suas diferentes manifestações, deveria intervir no que se conhece como “falhas de mercado”. O tópico de falhas de mercado será abordado em seções subsequentes, mas este conceito ganhou fama na segunda metade do Século XX e explicita que, dependendo das condições estruturais de um determinado mercado, as ações livres do sistema de preços sem nenhum tipo de intervenção gerarão alocações não-ótimas, levando a uma perda de eficiência alocativa. Portanto, seria necessária uma intervenção por parte do Estado para prover essas correções alocativas. Com essa necessidade de correção alocativa, estipulou-se a regulação, que seria a ação coordenada entre Estado e Mercado em determinados setores. Em geral, o setor privado atua sob as regras, ou regulações, estabelecidas pelo Estado. Recentemente, alguns trabalhos como o de Benish e Levi-Faur (2020) apontam para uma tendência de se regular a

economia em setores que são considerados importantes para uma sociedade, como transportes, infraestrutura e saúde, e que vêm apresentando, em diferentes localidades ao redor do mundo, tendências à privatização e concessão por parte da iniciativa privada.

Da Costa (2002) define a CF como estabelecadora de um novo modelo de política de saúde no Brasil. Nos artigos de 196 a 200 da carta magna, foram estabelecidas as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Neste sistema, ganham ênfase os princípios da descentralização e corresponsabilidade de financiamento, ou seja, as três esferas de governo (municípios, estados e governo federal) devem atuar conjuntamente no financiamento dos serviços públicos de saúde através dos diferentes tipos de impostos coletados por cada esfera, e cabendo aos municípios e estados a responsabilidade na prestação dos serviços de saúde. Como afirmam Júnior e Júnior (2006), as discussões na VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1986, reforçaram a ideia de que se deveria garantir acesso universal à saúde, ou seja, não se poderia restringir indivíduos ao acesso do serviço público de saúde, e reforçavam a municipalização como forma de se executar a descentralização, fato que auxiliaria na captação de recursos. Ainda sobre esta conferência, a qual foi determinante na consolidação do ideal teórico do SUS, pode-se notar, de acordo com o relatório final da conferência (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019):

- “Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”;
- “Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas, econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”.

Como consequência tanto da Conferência de 1986 quanto da constituinte de 1988, tem-se a normatização do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que organizou a distribuição de recursos dos entes públicos para as diferentes esferas de atuação do SUS e organizou também a participação da comunidade na gestão das atividades. Os princípios fundamentais do SUS são três: A descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, e esses princípios devem ser atendidos pelas três esferas de governo, ou seja, municipal, estadual e

federal.

Sato (2007, p. 50), por sua vez, contraria em parte a visão universalista da saúde.

Segundo o autor,

a atual fase dos sistemas de saúde caracteriza-se pela introdução de mecanismos de mercado na provisão dos serviços, pelas proposições de renúncia do Estado à responsabilidade por essas funções e pelo fortalecimento da participação da oferta e das despesas privadas em saúde, ainda que a CF afirme a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema, o que institui a dualidade público-privado dentro do sistema de saúde brasileiro. Com o crescimento do setor privado na assistência à saúde, com destaque especial ao setor de saúde suplementar, o Estado acabou por se afastar em parte da prestação dos serviços e passou a ganhar importância a regulamentação da atuação do setor privado. É justamente nesse contexto de regulamentação que nasceu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS tem como função fiscalizar e regulamentar os contratos entre os usuários e as operadoras de saúde.

Em resumo, é dever do Estado a promoção da saúde, mas existem a possibilidade e a viabilidade da prestação dos serviços pela iniciativa privada, através das operadoras de planos de saúde (OPS). Portanto, o Brasil se caracteriza por ter um regime híbrido na saúde, com a existência do SUS e permissão dada pela CF/88 para atuação de entes privados fornecendo serviços de saúde, sendo que ambos devem ser fiscalizados e regulamentados pelo Poder Público. Como pontuam Bahia e Viana (2002), o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados no lado da oferta. E constitui-se em um dos maiores mercados de serviços de saúde no mundo. Essa realidade forçou a separação do financiamento e da provisão desses serviços antes mesmo que esta recomendação fosse incluída nas reformas do sistema sanitário. Nesse grande mercado, profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos e laboratórios, vendem serviços de saúde tanto para o setor público, quanto para as operadoras de planos de saúde.

As próximas seções tratarão sobre a teoria da regulação. Será feita uma revisão a respeito dos principais escritos sobre o tema e como ele é abordado nas ciências sociais aplicadas, em especial na Economia e na Administração.

3.3 Teoria da Regulação: Uma revisão

Nesta seção será feita uma revisão sobre a regulação econômica e as chamadas falhas de mercado, situações em que a alocação via mercado não atinge plena eficiência econômica. Todo o arcabouço teórico econômico desenvolvido ao longo do trabalho terá como base a teoria neoclássica. Para mais informações sobre a teoria ou escola neoclássica ver Colander (2000) e Lawson (2013), e para uma análise da economia neoclássica enquanto programa de pesquisa ver Herscovici (2015).

A regulação econômica baseia-se na responsabilidade do Estado de coordenar as ações dos agentes em determinados mercados, estabelecer normas, padrões e ordenamento em mercados. Segundo Kupfer (2002), a utilização da regulação possui dois objetivos, que são a redução da intervenção direta do Estado na atividade econômica, e a diminuição na concentração de mercado, permitindo que mais empresas possam ofertar o mesmo bem ou serviço. De acordo com a teoria econômica neoclássica, como explicitado nos livros-texto de Varian (2006), Mas-Collel, Whinston e Green (2005), determinadas atividades não podem ser plenamente eficientes quando executadas livremente por agentes econômicos em um mercado sem intervenção.

Em geral, a regulação econômica, ou regulação de mercados, representa a capacidade de interferência direta do Estado na tomada de decisão dos agentes econômicos em um determinado setor. É uma maneira de o Estado organizar e direcionar as atividades econômicas e a forma como essas relações de mercado se darão entre empresas, clientes e o próprio Estado. A regulação pode ocorrer de diferentes maneiras, através de diferentes arranjos institucionais, e requer que os representantes do Estado possuam conhecimento técnico suficiente para não criar problemas ao tentar solucionar outros problemas. A política regulatória deve respeitar a distribuição de recursos entre agentes e deve minimizar distorções provenientes dessa distribuição de recursos. A regulação tenta minimizar também a força de grupos articulados que possuem poder político e poder de influência para conseguir capturar reguladores e fazê-los legislar em benefício desse pequeno grupo, privilegiando certos setores em detrimento de todos os outros.

Pode-se dividir o estudo da teoria da regulação essencialmente em teoria normativa e teoria positiva. O que difere as duas primeiras das demais é a premissa de que os agentes econômicos são racionais e agem de forma maximizadora, ou seja, diante de pleno conhecimento das informações disponíveis no mercado e conhecendo suas restrições orçamentárias, são capazes de maximizar sua utilidade, ou seja, seu bem-estar. Essa premissa exige que o mundo econômico do agente esteja em equilíbrio e tenda sempre ao equilíbrio. Esses são pressupostos fortes, e que compõem o núcleo duro do ferramental do programa de pesquisa da economia neoclássica. Mais detalhes a respeito dos pressupostos da economia neoclássica podem ser encontrados em Dequech (2007).

Importante dizer que a visão neoclássica é conhecida atualmente como *mainstream*, ou seja, domina o campo de pesquisas em Economia. De acordo com Angeli (2014), a corrente *mainstream* domina o prestígio acadêmico, sendo a visão econômica ensinada nos programas de pós-graduação e mais aceita nos periódicos de maior impacto de publicação, utilizam

modelos teóricos com comprovação empírica. Essa pressuposição, por sua vez, recebe críticas de diferentes correntes de pensamento, especialmente das correntes tidas como “heterodoxas”, as quais questionam ao menos um dos pressupostos básicos da economia ortodoxa (racionalidade, ênfase no equilíbrio e ausência de incerteza forte), como encontrado em Angeli (2014) apud Dequech (2007). Barbieri e Feijó (2013) pontuam que, atualmente, o paradigma dominante na economia é o “paradigma matemático-estatístico do equilíbrio maximizador”, ou seja, será considerado ciência apenas o pensamento articulado de maneira sistemática e formalizado matematicamente, partindo de pressupostos comuns e que poderá ser testado empiricamente. E com a regulação isso não é diferente.

3.4 Teoria Normativa da Regulação

Na teoria normativa da regulação, ocorre a intervenção direta do Estado no ambiente econômico, ou seja, o Estado atua levando em conta como o setor regulado “deveria ser”. Essa atuação normativa do Estado parte do pressuposto do conceito de eficiência de Pareto. Segundo o conceito cunhado por Vilfredo Pareto (1896), atinge-se o “ótimo de Pareto” quando, para melhorar a alocação de um agente seria necessário que a alocação de outro piorasse. Portanto, uma alocação é eficiente no sentido de Pareto quando não é possível melhorar a situação de um agente sem piorar a de outro. A Teoria Normativa parte do pressuposto que existe uma falha de mercado, e essa falha necessita da regulação por parte do estado ou de algum braço do Estado, como agências reguladoras. Pode-se explicitar ocorrências comuns das chamadas falhas de mercado: assimetria de informação, na qual as informações sobre um determinado bem ou serviço disponível para o ofertante e o demandante são distintas, e essa diferença resulta em alocações que podem beneficiar somente um dos lados. Também há externalidades, que são ações tomadas por agentes que afetam outros agentes sem que esses participem diretamente da tomada de ação, implicando em custos (benefícios) ou perdas (ganhos) de bem-estar para os indiretamente envolvidos. Externalidades são positivas quando beneficiam positivamente indivíduos não envolvidos na ação, e negativas quando prejudicam indivíduos não envolvidos na ação. Há a competição imperfeita, tópico que será explorado mais adiante no trabalho, e que menciona a formação de estruturas concorrenciais nos mercados que possibilitam a existência de monopólios, oligopólios e monopólios naturais. E a última falha de mercado comum é a existência de bens públicos, bens que, de acordo com a teoria neoclássica, caso sejam providos via mercado em um arranjo de competição perfeita gerarão uma alocação ineficiente devido às

suas características peculiares de não-rivalidade e não-excludência, ou seja, a utilização do bem por um indivíduo não impede que outro indivíduo utilize o mesmo bem simultaneamente, e não é possível impedir a utilização do bem por diversos indivíduos simultaneamente.

Ainda sobre o tópico de bens públicos, vale destacar que a formalização matemática para o provento deles por parte do Estado permitiu o desenvolvimento de um campo amplo de pensamento conhecido como Economia do Bem-Estar, também conhecida como *Welfare Economics*, oriunda do campo das Finanças Públicas. Mueller (1972) apresenta um trabalho que foi contemporâneo do desenvolvimento desse campo de pensamento com outros economistas ao redor do mundo e especialmente nos Estados Unidos, como Samuelson (1969), Musgrave (1969) e Buchanan (1968). A Economia do Bem-estar fundamenta e serve como base para o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State*, assunto que será tratado em seção subsequente.

Dixit (1996) afirma que a teoria normativa da regulação assume problemas alocativos em uma economia como se fossem problemas de controle de engenharia. Ou seja, através do ferramental matemático disponível, a função do regulador seria a de alocar recursos da melhor maneira possível, respeitando as restrições orçamentárias intertemporais. Como a política de *first-best* não seria possível devido à existência de uma falha de mercado, o regulador seria responsável por coordenar uma ação que propiciasse o *second-best*, e a função das políticas públicas seria a de minimizar as perdas oriundas das falhas de mercado.

3.5 Teoria Positiva da Regulação

Segundo Mueller (2013), a teoria positiva tem origem na teoria de escolha social, ou *Social Choice Theory*. De maneira similar à *Welfare Economics*, a teoria de escolha social envolve a análise e utilização de técnicas que envolve a agregação de escolhas e preferências individuais em um processo coletivo. Essas técnicas são aplicadas em processos de votação e demonstram a instabilidade de processos eleitorais, gerando consequências que vão na direção contrária ao que diz a teoria neoclássica, ou seja, é possível que preferências de votos de indivíduos racionais sejam agregados de tal maneira que o resultado dessa agregação gera resultados coletivos irracionais. O Teorema da Impossibilidade de Arrow, formulado por Kenneth Arrow, postula que nenhum sistema ordinal de votação com mais de três opções pode ser completo e transitivo e, ao mesmo tempo, ter domínio irrestrito, eficiência de Pareto, independência entre alternativas irrelevantes e ser não ditatorial. A explicação mais

aprofundada de cada uma das hipóteses desse teorema foge ao escopo deste trabalho e pode ser encontrada em Arrow (1950).

Dada essa contextualização, a teoria positiva da regulação, assumindo a existência de uma falha de mercado, estabelece que independentemente da medida tomada para corrigir essa falha, alguma perda de bem-estar será causada na sociedade. Portanto, os agentes atuarão de forma a minimizar a perda potencial que será causada a eles devido à atuação do regulador para corrigir a falha de mercado. A teoria também tem por objetivo organizar mercados com características específicas no número de empresas operando e a participação de mercado delas. Em situações de concorrência perfeita, não há barreiras de entrada no mercado, e haveria um número grande de empresas cada uma com participação pequena no mercado, de forma que os preços cobrados por essas empresas seriam exógenos, ou seja, elas não teriam poder de ditar preços. Já na concorrência imperfeita, há dois casos que merecem destaque. O monopólio, em que uma firma detém todo o poder de mercado, e pode ditar os preços que desejar, e o oligopólio, no qual poucas firmas detém grandes fatias do mercado, e em teoria não há barreiras substanciais de entrada impostas pelas detentoras destas fatias de mercado, mas algumas características específicas do mercado servem como barreiras naturais à entrada (economias de escala, de escopo de densidade). Em geral, mercados regulados apresentam características de oligopólio, como o mercado de aviação comercial. A regulação econômica representa um grande desafio para a Administração Pública, pois envolve a modernização do Estado e uma reformulação da sua atuação frente aos mercados (CONSIDERA; ALBUQUERQUE, 2001).

Ao longo do Século XX, diversos cientistas sociais debruçaram-se sobre o tópico da regulação. O trabalho seminal de Stigler (1979) é considerado referência para as ciências sociais aplicadas sobre como se dá a racionalidade por parte de um regulador perante um mercado específico.

3.6 Estruturas de mercado

Após a explanação sobre as diferentes percepções a respeito da Teoria da Regulação, passa-se agora para a análise das principais estruturas de mercado e suas características. Dependendo da estrutura de mercado vigente, as condições de equilíbrio serão dadas de maneiras distintas. Será explicitado a seguir que, conforme a estrutura de mercado é alterada, poderá haver diferentes pontos de equilíbrio para mesmas quantidades e preços, dada uma mesma estrutura de custos. Estes, por sua vez, na visão neoclássica podem ser divididos em fixos e variáveis. Os fixos não dependem da quantidade produzida, enquanto os custos variáveis

dependem. São também divididos em unitários, médios e marginais. Os unitários relacionam-se ao custo de se produzir uma unidade, o médio envolve o custo total dividido pelo total da produção, e o marginal envolve o acréscimo de custo ao se produzir uma unidade a mais de um bem ou serviço. Explicações extensivas sobre o assunto são encontradas em manuais de microeconomia como Pyndick & Rubinfeld (2008), Varian (2006) e Mas-Collel, Whinston e Green (1995), mas neste trabalho será usado de forma extensiva como referência a obra de Abreu (2011).

Antes de abordar as estruturas de mercado propriamente ditas, deve-se questionar: O que é o mercado? Ele pode ser tratado como um local físico, no qual são realizadas transações, ou pode ser idealizado como um processo, ou seja, não é um local, mas um arranjo em constante mudança?

Perguntas complexas que envolvem respostas complexas. Na visão de Kupfer (2002), pode-se trocar o nome de “mercado” por “indústria”. Portanto, quando se trata de “mercado de saúde suplementar”, um sinônimo direto seria a “indústria de saúde suplementar”. A partir dessa visão, o mercado reflete o conjunto de empresas que desejam ofertar e o conjunto de famílias, empresas, indivíduos e governo que desejam consumir. A indústria nesse sentido representa a delimitação de atuação entre os agentes anteriormente citados, e dentro desses limites ocorrem as trocas.

Pode-se também entender o mercado não como uma delimitação para atuação de agentes interessados em transacionar bens e serviços, mas como um processo, algo em constante evolução e que necessita da ausência de intervenção para funcionar adequadamente. O principal proponente da visão do mercado como processo é Ludwig Von Mises, como afirma Lachmann (1951) e Kirzner (1999). Lachmann em sua obra destrincha o principal livro de Mises, *Ação Humana*, e aponta a crítica de Mises frente ao que se conhece como Equilíbrio Geral e Equilíbrio Parcial. Abordando brevemente esse tópico, os formuladores da Teoria do Equilíbrio Geral, tendo como uma das origens o trabalho de Léon Walras, e considera que a análise da ação nos mercados pode ser entendida como uma relação dinâmica entre oferta e demanda simultaneamente, e que se $n-1$ mercados estão em equilíbrio, então o n ésimo mercado também estará em equilíbrio, dando origem ao que se conhece como “Lei de Walras”. A Teoria do Equilíbrio Parcial, formulada principalmente por Alfred Marshall, pressupõe que se pode estudar e conhecer a oferta e demanda de um determinado mercado de maneira independente, sem olhar para o todo de uma economia. Para aprofundamento na diferença entre as duas teorias, ver Hicks (1934), Jaffé (1976), Friedman (1955) e Hodgson (1993).

Mises, em sua crítica, aponta que ambas as visões de equilíbrio, geral e parcial,

pressupõem a capacidade de se conhecer qual é o ponto de equilíbrio de um mercado. Ou seja, para se alcançar uma condição de equilíbrio e eficiência paretiana, através de um processo alocativo de tentativa e erro a condição de equilíbrio será obtida. Porém, segundo Lachmann e Kirzner, Mises, no capítulo XV de sua *magnum opus* Ação Humana, determina que o mercado é um processo de descoberta contínuo, sujeito a interações e comportamentos subjetivos dos agentes, de forma que as preferências individuais estão sujeitas à mudança a todo momento. Portanto, pressupor uma condição de equilíbrio seria válida somente para um momento particular do tempo n , sendo que no período $n+1$ a condição de equilíbrio já não seria mais válida. Para uma economia ser verdadeiramente livre e funcionar atendendo às demandas dos consumidores, deve haver um sistema de preços livre, que sinalize de fato as escassez ou abundância de bens e serviços, permitindo que os preços funcionem como um regulador natural da economia, não sendo necessária a intervenção externa por parte do estado para buscar um “ponto de equilíbrio”. Ganha destaque nessa visão a importância da atividade empresarial e da competição como proposto por Kirzner (1997), pois são os empreendedores que atendem aos desejos dos consumidores e, pautados por um sistema de lucros e prejuízos e preços que refletem os verdadeiros interesses dos consumidores, atendem à demanda. Mises enfatiza a questão da “soberania do consumidor”, ou seja, só o consumidor sabe o que verdadeiramente quer, e através dessa demanda os produtores atenderão os desejos dos consumidores. Para um detalhe maior sobre mercado como processo, ver Boettke e Leeson (2003) e Iorio (2015).

3.6.1 Concorrência perfeita

O ponto de partida será o modelo da concorrência perfeita. Neste modelo, há um número grande de ofertantes no mercado, de forma que individualmente cada ofertante não é capaz de alterar o preço de mercado. Em suma, como propõem Abreu (2011) e Mazzoni (2019), as hipóteses do modelo de concorrência perfeita são:

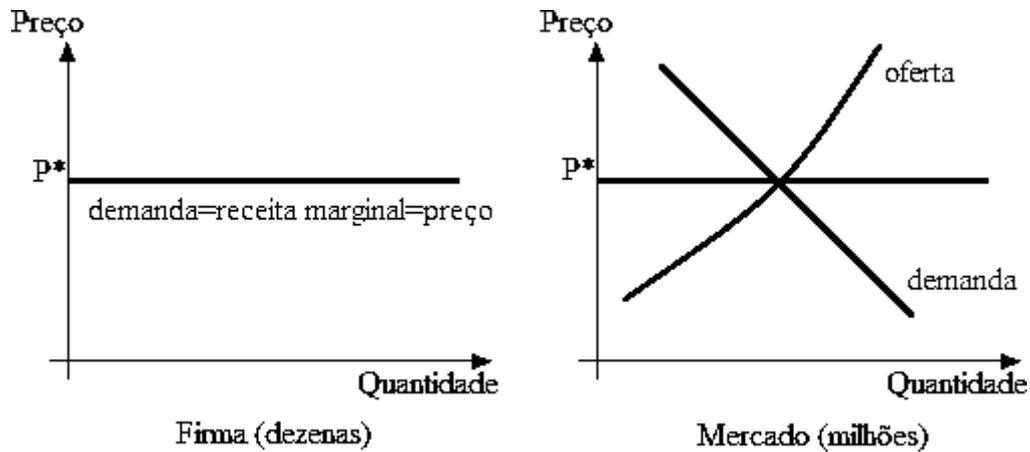
- Grande número de ofertantes e demandantes em um determinado mercado, de modo que o preço praticado nesse mercado não poderá ser afetado pela ação individual. Cada empresa fornece apenas uma pequena parcela da produção total, portanto, o preço é dado, externo ao controle individual de cada empresa. Diz-se que as empresas operantes são *price takers*, ou tomadoras do preço de mercado;
- Não há diferenciação dos produtos. No mercado de um determinado bem, assume-se que o bem comercializado por diferentes empresas é o mesmo. Os bens de diferentes empresas

são substitutos perfeitos;

- As informações estão disponíveis de forma completa para todos os agentes;
- Há mobilidade total de entrada e saída do mercado. Não há barreiras substanciais que impeçam a participação de uma nova firma no mercado.

Como mencionado por Abreu (2011) e Mazzoni (2019), no curto prazo, se houver empresas auferindo lucro econômico positivo, haverá a sinalização para outras empresas de que há a possibilidade de ganhos neste mercado. Dada a inexistência de barreiras, haverá a entrada de empresas até que a possibilidade de obtenção de lucro econômico por parte destas seja exaurida. Também pode haver empresas auferindo lucro econômico negativo, ou seja, prejuízo, no curto prazo. Haverá dessa forma uma sinalização que há problemas em sua estrutura de custos. Diz-se que se uma firma auferir prejuízo no curto prazo, seu custo variável médio está acima de seu preço e, se essa condição permanecer longo prazo, a firma será encerrada. No longo prazo, o lucro econômico obtido pelas empresas é zero, e não há perda de excedente econômico no mercado. Utilizando referencial gráfico, no modelo de concorrência perfeita a receita marginal é igual à curva de demanda individual das empresas, que por sua vez é igual ao preço. A curva de demanda de cada firma é perfeitamente elástica, pois as empresas não têm capacidade de alterar seus preços (hipótese de empresas *price takers*). A curva de demanda do mercado é negativamente inclinada, pois conforme há aumento do preço do bem, uma quantidade menor será demandada. Raciocínio análogo é válido para a curva de oferta; ela é positivamente inclinada, pois a um preço maior, uma quantidade maior do bem será ofertada. O equilíbrio ocorrerá na intersecção entre a oferta de mercado e a demanda de mercado.

Figura 1 – Demanda individual e demanda de mercado em concorrência perfeita

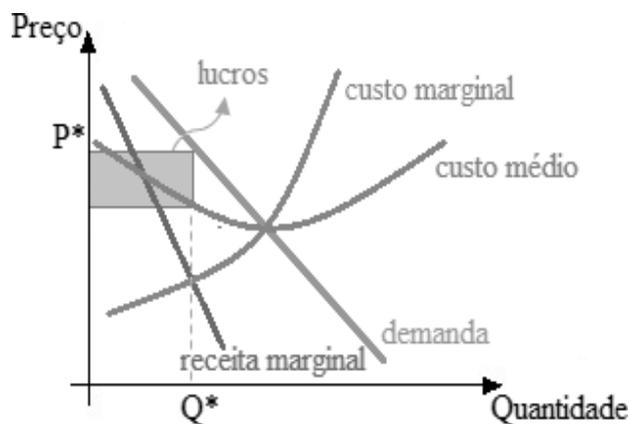


Fonte: Abreu (2011).

3.6.2 Monopólio

O monopólio ocorre quando existe apenas um ofertante. Monopólios em geral são oriundos da criação, natural ou artificial, de barreiras substanciais de entrada em um determinado mercado. O preço cobrado será maior do que em concorrência perfeita, e o monopolista obterá lucros positivos. A curva de demanda é a mesma da concorrência perfeita, e o equilíbrio ocorrerá no ponto em que a receita marginal se igualar ao custo marginal. Não há uma curva de oferta de mercado, pois o monopolista produz levando em consideração seu custo marginal e formato da curva de demanda (ABREU, 2011; MAZZONI, 2019).

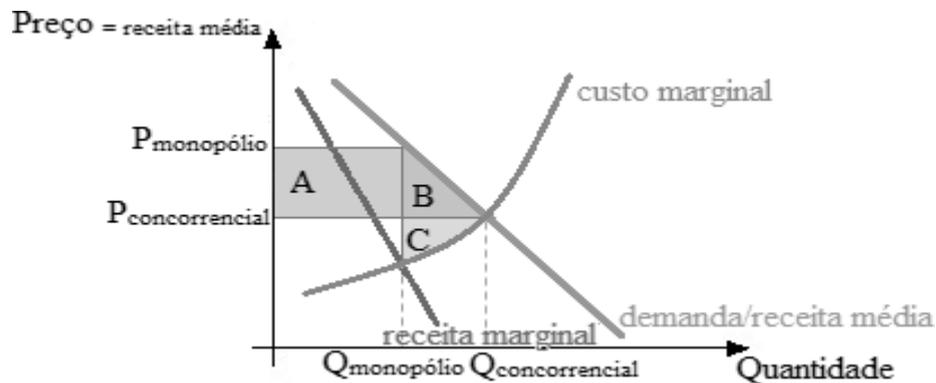
Figura 2 – Equilíbrio no Monopólio



Fonte: Abreu (2011).

A existência do monopólio gera uma perda de eficiência em comparação à concorrência perfeita, em termos paretianos. O preço praticado pelo monopolista será maior, a quantidade demandada pelos consumidores será menor e a perda de eficiência resultará em um ganho de excedente para o produtor (representado no gráfico por A) e uma perda de excedente para o consumidor (representado por B e C no gráfico). O ônus ou peso morto do monopólio será representado pela soma das áreas B e C (ABREU, 2011; MAZZONI, 2019).

Figura 3 – Perda de eficiência e ônus do monopólio



Fonte: Abreu (2011).

3.6.3 Competição monopolística

É um tipo específico de estrutura de mercado, que mistura aspectos da concorrência perfeita com monopólio. Neste caso, a característica principal é que há competição em um determinado mercado devido ao fato de cada empresa produzir um bem diferenciado. A diferenciação se dá através de características específicas do bem ou serviço transacionado. Essa proposição vai contra uma das hipóteses básicas da concorrência perfeita, que era a substituição perfeita entre os bens das diferentes empresas. Com isso, tem-se que os bens deixam de ser homogêneos. Devido à diferenciação, cada empresa passa a ser monopolista de seu próprio bem transacionado. Há livre entrada e saída neste mercado, com ausência de barreiras substanciais. As empresas escolhem o preço a ser cobrado pelo seu bem. Uma semelhança como modelo da concorrência perfeita é que no longo prazo o lucro econômico é zero, portanto não há excedente restante. O preço cobrado será superior ao preço praticado na concorrência perfeita, assim como a quantidade produzida será inferior em comparação ao primeiro modelo explicitado. Há poder de mercado pelas empresas, mas é pequeno, dado que o monopólio praticado pelos ofertantes se limita ao seu produto comercializado. Portanto, não há lucros extraordinários no longo prazo

(ABREU, 2011; MAZZONI, 2019).

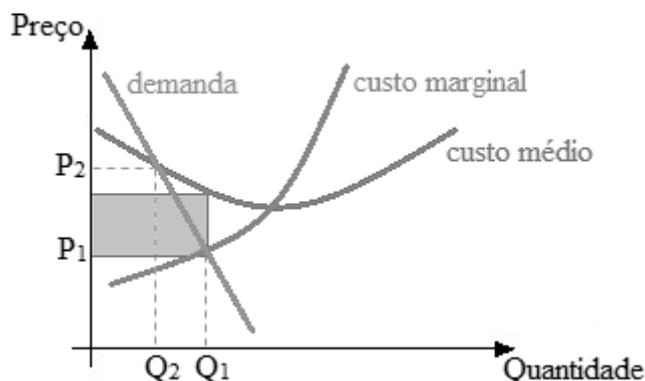
3.6.4 Monopólio natural

Representa um tipo específico de monopólio. Neste caso, o custo fixo de uma empresa é grande, o custo marginal é pequeno e o custo médio é decrescente, de forma que quanto maior a produção menor será seu custo. Nesse modelo, não é eficiente do ponto de vista econômico a existência de mais de um competidor em um determinado mercado, ou seja, o custo de uma única firma operando é inferior ao custo caso houvesse entrada de outras empresas.

Um aspecto convencional dessa estrutura de mercado é representar serviços de utilidade pública, mas não necessariamente fornecidos pelo setor público, como o serviço de esgoto de um município, serviços de transmissão de eletricidade e rodovias. No monopólio natural, a curva de custo médio encontra-se acima do ponto de intersecção entre a receita marginal e o custo marginal. Dessa forma, ao se estabelecer o equilíbrio na igualdade $CMG=RMG$, o monopolista incorreria em prejuízo. Para acabar com esse prejuízo, há duas possibilidades:

- Operar no ponto em que $CMG=RMG$, incorrer em prejuízo e receber um subsídio para neutralizar tal prejuízo;
- Operar no ponto em que $RMG=CME$ e produzir menos a um preço mais elevado (ABREU, 2011; MAZZONI, 2019).

Figura 4 – Monopólio Natural



Fonte: Abreu (2011).

3.6.5 Oligopólio

O oligopólio traz como características a existência de um número limitado de ofertantes,

produzindo bens que são substitutos próximos entre si. As empresas agirão de forma a ganhar mercado de suas concorrentes, mesmo sendo pequeno o número de competidores. A competição ocorre via quantidade ou via preço, podendo cada uma delas ser representada por diferentes modelos de oligopólio. Citando exemplos, há o Modelo de Stackelberg e Duopólio de Cournot. O equilíbrio no oligopólio depende da interação entre as empresas. Essa interação pode ser feita utilizando-se o ferramental da Teoria dos Jogos, tendo-se como um exemplo uma empresa líder agindo inicialmente, escolhendo sua quantidade a ser produzida, e a empresa seguidora tomando sua decisão de produção após a líder agir (ABREU, 2011; MAZZONI, 2019).

3.7 Poder de mercado, concentração e oligopolização

A concentração de mercado pode ser definida como uma ação que altera o nível de competição em um mercado, de forma que essa ação resulta em danos para o consumidor. As empresas atuantes nesse mercado deixam de ser tomadoras de preços, e dado seu tamanho de atuação, são capazes de alterar a dinâmica da formulação de preços no mercado, cobrando mais em relação a um mercado com livre entrada de empresas tomadoras de preço, ou seja, em um mercado sem barreiras de entrada. No longo prazo as empresas estabelecidas conseguem auferir lucro econômico positivo, e podem criar barreiras de entrada a novas concorrentes. Scherer e Ross (1990) afirmam que concentração de mercado pode também ser denominada como “poder de monopólio”, que é a capacidade das empresas estabelecidas em ajustar preços acima do seu nível de custos, obtendo lucros econômicos positivos no longo prazo. De acordo com Kupfer (2002), a existência da concentração implica em uma distribuição desigual em um mercado, fazendo com que poucas empresas detenham grande parte da demanda deste mercado.

Ao abordar o tema de concentração de mercados, faz-se necessário dar alguns passos atrás e entender de onde vem o apelo à defesa da concorrência. A Escola de Economia Industrial (ou Organização Industrial), tendo seu início nos anos de 1950 na Universidade de Harvard, pontuava que a estrutura da empresa, a qual englobava a quantidade de fornecedores, produtores e consumidores, o grau de diferenciação dos seus produtos, barreiras à entrada no mercado, estrutura de custos e integração vertical eram fatores que influenciavam a conduta da empresa no mercado. Na elaboração da política de preços da empresa, a pesquisa e desenvolvimento (P&D), sua estratégia de atuação e como os recursos seriam nela alocados seriam variáveis fundamentais que a empresa levaria em consideração na formulação de suas estratégias de precificação. Portanto, cada empresa teria uma estrutura de produção e variáveis de escolha particulares e individuais, de forma que uma eventual concentração de mercado faria com que

tais empresas incorressem em prejuízos. Esse arranjo constitui o enfoque da Economia Industrial conhecido como Estrutura-Condução-Desempenho, como mostrado por Matias-Pereira e Kruglianskas (2005) e Matias-Pereira (2006).

Até agora viu-se que a concentração de mercado em geral ocorre quando existem empresas consolidadas em um mercado e essas conseguem fixar preços mais elevados comparativamente a um arranjo similar ao de competição perfeita, no qual cada empresa seria detentora de uma parcela ínfima do mercado, portanto sem capacidade de, individualmente, determinar os preços a serem praticados.

Schumpeter (2017), em uma de suas obras mais importantes para a interdisciplinaridade entre Economia, Teoria das Organizações e Sociologia, pontua que a dinâmica concorrencial está centrada na capacidade de inovação das empresas. Através do processo competitivo de mercado, empresas conseguem se diferenciar umas das outras não somente através da fixação de preços distintos, mas também através da diferenciação de produtos, dando a cada empresa um enfoque inovador e desequilibrador, que levará a uma destruição criativa no seu mercado atual, alterando a ordem econômica previamente estabelecida e tornando cada empresa momentaneamente monopolista daquilo que ela produz e comercializa. Portanto, a partir da visão schumpeteriana, monopólio e competição deixam de ser conceitos antagônicos e passam a ser, por um período específico, conceitos conciliáveis simultaneamente. E para Possas, Fagundes e Pondé (1995), o enfoque para Schumpeter passa a ser a maneira como as empresas conseguem se tornar monopolistas daquilo que produzem.

3.8 Integração Vertical

Como será visto em seções subseqüentes, uma característica comum nas operadoras de planos de saúde é a verticalização, ou integração vertical. Williamson (1985) no capítulo 4 de sua obra principal sobre a Teoria dos Custos de Transação, aborda o tema da integração vertical. Inicialmente ele define o objetivo principal da integração vertical como sendo uma forma de empresas se organizarem a fim de minimizar os custos de transação, ou seja, minimizar o custo da utilização do sistema de preços e de sua organização interna. No início do capítulo ele aborda o que ele chama de “determinismo tecnológico” como sendo uma consequência natural da integração por parte das empresas a partir de avanços graduais nas tecnologias disponíveis. Mas ele faz um alerta sobre o verdadeiro e principal motivo para a integração vertical, que é a redução dos custos de transação:

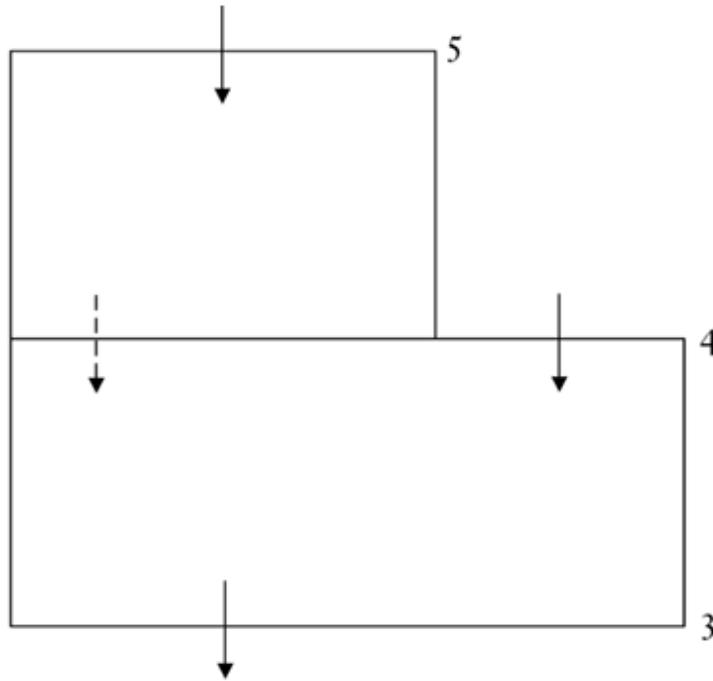
All of the above is plausible, which is to say that vertical integration appears to be the unproblematic result of a natural technological order. I submit, however, that intermediate product market transactions are much more numerous than the conventional wisdom would suggest. The marvels of the market to which Hayek suggested in 1945 apply equally today. I furthermore contend that decisions to integrate are rarely due to technological determinism but are more often explained by the fact that integration is the source of transaction cost economics. (WILLIAMSON, 1985, p. 87)

Williamson não define explicitamente, mas pode-se inferir a partir das primeiras páginas do capítulo que, caso haja uma única tecnologia disponível, a empresa detentora da tecnologia líder poderá assumir o papel de monopolista. Ele afirma que a tecnologia determina grande parte da organização econômica das empresas se e somente se há uma tecnologia disponível que é superior a todas as outras e se essa tecnologia determina a forma de organização da empresa (determinismo tecnológico). Na prática, a existência e unicidade de uma tecnologia superior a todas as outras é de difícil observação dado o estado avançado de desenvolvimento tecnológico que se obteve atualmente, em especial na área da saúde, pano de fundo deste trabalho. Por fim, Williamson define que uma tecnologia não é o ponto determinante para a organização econômica se formas alternativas e factíveis de contratação de outras tecnologias tão boas quanto a primeira estão disponíveis. Este problema passa a ser um problema de custos de transação, ou seja, se não é difícil obter novas tecnologias que propiciem o mesmo *output* da tecnologia líder, ou seja, se os custos de transação para a obtenção dessa tecnologia são baixos, então as empresas poderão escolher aquela tecnologia que melhor sirva aos seus propósitos:

To be sure, this is a highly simplified and stylized example. But the basic argument applies quite generally: Technology is not determinative of economic organization if alternative means of contracting can be described that can feasibly employ, in steady state respects at least, the same technology. I submit that several alternative modes commonly qualify, whence technology is more usefully regarded as a factor that delimits the set of feasible modes – the final choice thereafter turning on a transaction cost assessment. Distinguishing among transactions according to their attributes is essential for final mode selection purposes. (WILLIAMSON, 1985, p. 89)

Rothbard (2004) estabelece que uma empresa, ao crescer, vai adquirindo produtos de ordem superior, ou seja, insumos para os produtos finais. Para o economista americano, a integração vertical ocorre quando uma empresa produz não somente em um estágio de produção, mas em ao menos dois. Portanto, para Rothbard considera-se integração vertical quando uma empresa é responsável por ao menos uma etapa de produção de insumo utilizado no produto final. Esse processo alteraria a estrutura de produção, fazendo com que a empresa prolongasse o tempo até conseguir auferir o retorno de seus investimentos produtivos.

Figura 5 – Integração Vertical para Rothbard



Fonte: Rothbard (2004, p. 610).

Rothbard conclui que a integração vertical ajuda a mostrar que, sem a existência de um mercado externo livre, sem intervenção de preços e quantidades por parte do governo, não há a justificativa e a viabilidade para o estabelecimento da integração vertical por parte das empresas. Se não há a demanda, não há a valoração subjetiva para se saber qual caminho de produção deve ser seguido. Consequentemente, a empresa não terá o incentivo necessário para alongar sua estrutura de produção e adquirir etapas de produção de bens de ordem superior¹. O autor afirma:

In short, if there were no market for a product, and all of its exchanges were internal, there would be no way for a firm or for anyone else to determine a price for the good. A firm can estimate an implicit price when an external market exists; but when a market is absent, the good can have no price, whether implicit or explicit. Any figure could be only an arbitrary symbol. Not being able to calculate a price, the firm could not rationally allocate factors and resources from one stage to another. (ROTHBARD, 2004, p. 613)

3.9 Mercado de Saúde

O setor de saúde no Brasil é composto pelo Sistema Único de Saúde, representando o setor público, e o privado, dividido em duas categorias: O particular, no qual paga-se

¹ Para mais detalhes sobre ordem da produção de bens, ver o Capítulo 1, “The General Theory of the Good”, seções 1, 2 e 3 de Menger (2007).

diretamente ao profissional da saúde pelos serviços médico-hospitalares, e o suplementar, composto pelos planos médico-hospitalares e odontológicos, financiados pelas operadoras de planos de saúde.

O mercado de saúde possui especificidades que são de grande importância para seu entendimento. Arrow (1963) foi um dos pioneiros na caracterização econômica do mercado de saúde. Ele diferencia este mercado de outros pontuando as seguintes características particulares do setor de saúde, baseado em Pereira e Hussne (2010):

- I. Demanda de serviços de saúde: envolve o bem-estar das pessoas, e não possui constância ao longo do tempo, ou seja, espera-se que, em média, quanto mais idosas são as pessoas, maior a procura por atendimento médico. A demanda também envolve a produtividade, portanto para executar sua função profissional da maneira adequada, o indivíduo precisa estar saudável e apto às tarefas cotidianas, logo ele busca atendimento ou acompanhamento médico não para tratamento, mas para acompanhamento de sua saúde;
- II. Comportamento médico: é distinto de outros profissionais, uma vez que o produto de seu trabalho e a atividade produtiva são idênticos, ocasionando ao consumidor a impossibilidade de testar o produto antes de consumi-lo. Portanto, a confiança passa a ser um fator essencial na relação entre médico e paciente;
- III. Incerteza: o indivíduo não necessariamente possui conhecimento a respeito da qualidade dos serviços que contratou, dado que existe forte assimetria de informação entre a qualidade do serviço prestado pelo profissional da saúde e o paciente. Faz-se necessária a existência de métodos de avaliação que minimizem a subjetividade na percepção dos pacientes e torne a avaliação do profissional médico mais precisa;
- IV. Condições de oferta: a oferta de serviços médicos é limitada pela obtenção de licença para poder atuar no mercado, isto é, o profissional precisa ser certificado por uma instituição de ensino que o torne apto a desenvolver a atividade médica;
- V. Prática de preços: há uma prática usual de discriminação de preços pela renda, sendo a competição via preço pouco utilizada. Portanto, é interessante cobrar pelos serviços o valor mais próximo da disposição máxima a pagar de cada indivíduo (PEREIRA; HUSSNE, 2010).

Ainda sobre as características do mercado de saúde, é importante falar sobre como o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) caracteriza esse mercado. Tratando de diferentes

tipos de mercado, são destacados pontos que explicitam a imperfeição do mercado de saúde, e essas imperfeições justificam a regulação. Portanto, baseado no CONSU (BRASIL, 2011) e Ribas (2009), o mercado de saúde apresenta:

- Grande complexidade nos serviços de saúde, tanto em sua estrutura física – consultórios, ambulatórios, clínicas com suporte para pequenas intervenções cirúrgicas, consultórios com aparelhagem de exames especializados, hospitais especializados, gerais, com ou sem pronto-socorro – quanto nas suas teias de suprimentos e insumos;
- Com o aumento da fronteira tecnológica em saúde, a possibilidade de substituição de produtos homogêneos diminui consideravelmente. Exames complexos e de delicada execução são requeridos em quantidades cada vez maiores, e os profissionais se tornam cada vez mais dependentes dos procedimentos e materiais de alta tecnologia;
- A economia de escala encontrada da linha de produção de materiais e equipamentos não se desdobra no preço final da assistência, no mais das vezes. Portanto, eventuais reduções de custos encontradas na produção de insumos médicos não é repassada ao preço final desses insumos;
- Não há ajustes instantâneos ao longo da cadeia produtiva, assim como há pouca capacidade de adaptação dos serviços de saúde a situações de necessidade emergente, demandando do Estado, ou de empresas privadas, grande esforço de mobilização ou realocação de recursos financeiros. Sendo o Estado o “emprestador de última instância”, recai nele a responsabilidade pela solvência final do sistema em uma emergência;
- O mercado de saúde necessita de certificação pública, ou seja, cabe ao Estado garantir que um ofertante esteja apto para realizar sua atividade comercial;
- Os elevados gastos em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos podem configurar uma barreira de entrada;
- Ocorrência de externalidade difusa, quando a utilização de um produto ou serviço de saúde causa impacto na sociedade como um todo (RIBAS, 2009).

Observam-se fatores peculiares ao setor tanto pela oferta quanto pela demanda. Pelo lado da demanda, existe um aumento na preocupação com a medicina preventiva, ou seja, pessoas indo ao médico e conseqüentemente utilizando seus planos não para tratar doenças já existentes, mas para fazer um acompanhamento periódico e prevenir a ocorrência de problemas de saúde futuros. Pode-se encontrar um trabalho empírico sobre o assunto em Farias, Minghelli e Sorato (2020). Do lado da oferta, o surgimento e a incorporação de novas tecnologias não reduzem necessariamente os custos de produção. São equipamentos mais

sofisticados e intensivos em tecnologia, novos medicamentos e materiais que não substituem os antigos, mas juntam-se a eles, ampliando substancialmente os custos do setor. Como resultado da atuação conjunta entre demanda e oferta, os custos e os preços desse setor tendem a se elevar de forma mais intensa do que os demais preços da economia.

3.10 O conceito de *Welfare State*

Como foi mostrado no início do trabalho, a Constituição de 1988 trouxe consigo muito do que se conhece hoje como *Welfare State*, ou “Estado de Bem-Estar Social”. Nesta seção serão mostrados alguns dos fundamentos que caracterizam o arcabouço teórico por trás desse Estado de Bem-Estar Social.

O *Welfare State* define um conjunto de ações por parte do Estado em que ele se torna o promotor dessas ações em diferentes esferas da sociedade. Tem-se um Estado ativo na promoção e coordenação de atividades econômicas, regramento social e controle, direto ou indireto, sobre os agentes em determinados mercados. Ao longo do tempo, o Estado enquanto ente teve seu papel alterado, alternando entre períodos em que a função devida do Estado era apenas a de manutenção do regramento jurídico vigente e a garantia do cumprimento de contratos, até períodos em que o Estado passou a ser o provedor e o ponto de partida de toda atividade econômica.

Para Gomes (2006), o *Welfare State* pode ser compreendido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. Para Briggs (2006), o *Welfare State* é um Estado no qual se usa o poder organizado em um esforço para modificar o jogo das forças de mercado em no pelo menos três direções: garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente de sua remuneração ou de suas posses; reduzindo a exposição à insegurança, dando condições aos indivíduos e suas famílias de enfrentar certas contingências sociais; e assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, sejam oferecidos os mais altos padrões de um conjunto de serviços sociais, sendo eles educação, saúde, segurança e um nível mínimo de renda. Wilenski (1975) por sua vez diz que o *Welfare State* se caracteriza pela existência de um padrão mínimo de renda, alimentação, saúde, alojamento e instrução, assegurado a qualquer cidadão como um direito

político e não como caridade. O padrão mínimo de todas essas benesses seria garantido pelo Estado.

Essa última definição traz uma reflexão importante a respeito do conceito de *Welfare State*. Praticamente todos os países que colocaram em prática um modelo de Estado que se assemelhasse a um Estado de Bem-Estar Social organizaram suas estruturas institucionais de maneiras distintas. Países seguiram padrões de organização que variaram conforme a época, conforme a necessidade de maior controle sobre a economia local e conforme a economia doméstica se relacionaria com a economia de outros países e blocos econômicos. Portanto, a proposta do *Welfare State*, apesar de possuir um conjunto comum de princípios e seguir certo ordenamento legal e econômico, atende anteriormente às necessidades específicas de um país. O modelo de Estado de Bem-Estar Social pode variar entre um mais universal ou específico, amplo no fornecimento de determinado serviço ou atuar pontualmente em determinada área de uma economia, assim como podem variar as formas de financiamento do Estado – pode-se alterar a estrutura tributária de um país a fim de aumentar a capacidade de arrecadação pública ou, como ocorreu no Brasil pode haver uma mudança a nível constitucional, fazendo com que o novo texto traga em seu conteúdo preceitos do que se conhece como Estado de Bem-Estar Social.

Em geral podem-se definir, segundo Esping-Andersen (1990), três modelos de *Welfare State*: Modelo Liberal (Anglo-Saxão), Modelo Conservador (Continental) e Modelo Social-Democrata (Nórdico). As três características principais utilizadas para diferenciar esses três modelos são o grau de desmercantilização, o mix de provisão de bem-estar através de famílias, mercado e Estado, e a capacidade de modificação da estratificação social. O quanto a provisão do bem-estar é dependente do mercado indica o grau de mercantilização do regime. Já a desmercantilização refere-se à possibilidade de os indivíduos obterem um nível socialmente aceitável de vida independentemente da participação no mercado. Na proposta do autor, quanto maior o grau de desmercantilização, maior o grau de autonomia proporcionada pelas políticas de proteção. O mix de provisão relaciona quanto dos serviços de uma determinada área são oferecidos pelo Estado e quanto pode ser ofertado pela iniciativa privada, e a última característica diz respeito à possibilidade de mudança social em um país (BENEVIDES, 2011).

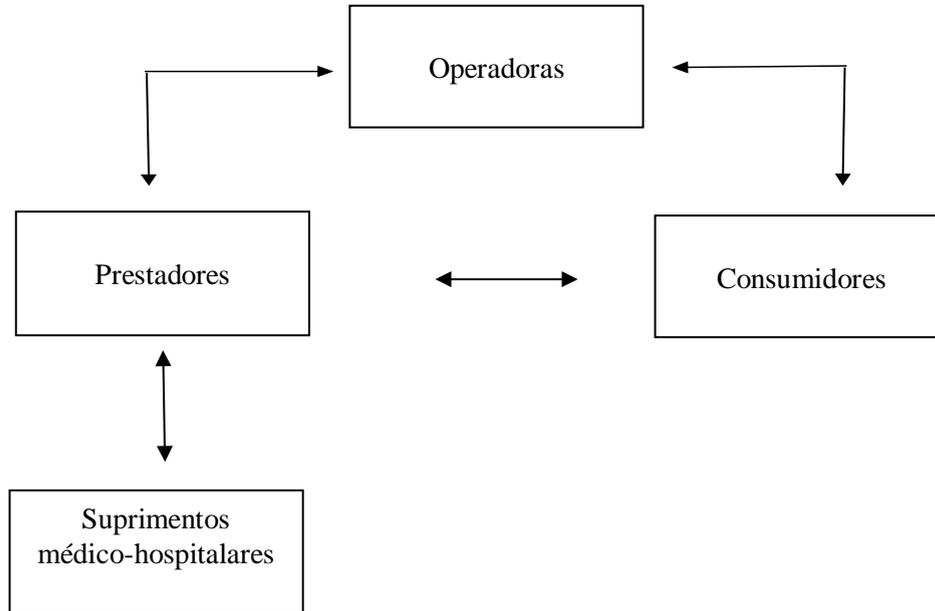
3.11 Caracterização da saúde suplementar no Brasil

O mercado de saúde suplementar caracteriza-se pelo fornecimento de serviços de saúde por empresas privadas. Os principais serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde

são os planos individuais, familiares e os planos empresariais (ou coletivos), que podem envolver tanto os serviços médicos convencionais quanto os planos odontológicos também (PEREIRA; HUSSNE, 2010). É importante mencionar que usuários de serviços de saúde suplementar não ficam proibidos de utilizar os serviços do Sistema Único de Saúde. Portanto, de acordo Barros e Beiruth (2016), faz-se de grande importância um sistema de saúde suplementar que seja financeiramente sustentável, pois uma eventual insolvência das operadoras sobrecarregaria o SUS.

Faz-se necessária uma distinção a respeito dos diferentes planos de saúde oferecidos. Os planos individuais/familiares são contratados junto à operadora, por intermédio de um corretor por ela autorizado, e o plano cobrirá o indivíduo ou a família. Já os planos coletivos podem ser divididos em duas categorias: os empresariais, que prestam assistência à saúde do funcionário contratado pela empresa, a qual adquire o serviço de saúde para os funcionários devido ao vínculo empregatício, e os planos coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, como órgãos de classe. Como mostrado por Pereira e Hussne (2010), do lado da oferta, o setor organiza-se essencialmente pelas relações contratuais entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços médico-hospitalares (hospitais e clínicas), além de serviços de resgate e emergência médica. Também estão envolvidos os laboratórios farmacêuticos e toda a cadeia de suprimentos de medicamentos e insumos médico-hospitalares, estando estes no início da cadeia. No lado da demanda, há os consumidores individuais, ou seja, pessoas físicas, e consumidores corporativos, ou seja, pessoas jurídicas.

Figura 6 – Funcionamento do setor de saúde suplementar



Fonte: adaptada de Pereira e Hussne (2010).

Figura 7 – Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar



Fonte: IESS ([s.d.]).

A partir da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e com a criação da ANS através da Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, as operadoras de planos de saúde foram legalmente regulamentadas. De acordo com Araújo (2004) Pereira e Hussne (2010), as operadoras de planos de saúde podem ser classificadas nas seguintes modalidades, de acordo com seu modelo de organização e gestão:

- Administradora: empresas que administram exclusivamente planos de saúde. Não possuem hospitais e não realizam atividades médicas, sendo custeadas pelas mensalidades pagas pelos contratantes, e não incorrem em riscos decorrentes da operação desses planos;
- Cooperativa Médica: sociedade de pessoas que operam planos privados de saúde e convênios médico-hospitalares. São organizações sem fins lucrativos com rede própria crescente;
- Cooperativa Odontológica: Semelhante à cooperativa médica, mas para serviços odontológicos apenas;
- Autogestão: organizações que operam serviços médicos ou empresas que, através de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo fornecimento do plano de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda, participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;
- Filantropia: organizações sem fins lucrativos que operam e possuem certificado de entidade filantrópica e declaração de utilidade pública;
- Medicina de Grupo: empresas ou organizações civis que operam planos ou convênios médico-hospitalares, e podem ser divididas em operadoras que não possuem rede própria, possuem rede própria e operadoras associadas à hospitais filantrópicos;
- Odontologia de Grupo: empresas ou organizações que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores (PEREIRAE HUSSNE, 2010).

A Resolução de Diretoria Colegiada n. 39, de 27 de outubro de 2000, de acordo com Araújo (2004), divide as operadoras de planos médico-hospitalares da seguinte forma:

- I) Segmento Primário Principal - SPP: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;
- II) Segmento Primário Principal / SUS SPP/SUS: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde – SUS;
- III) Segmento Primário Subsidiário - SPS: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;
- IV) Segmento Secundário Principal - SSP: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;
- V) Segmento Secundário Subsidiário - SSS: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;
- VI) Segmento Terciário - ST: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde (ARAÚJO, 2004).

Por sua vez, as operadoras que operam planos odontológicos podem ser divididas da seguinte forma, de acordo com Araújo (2004):

- I) Segmento Próprio - SP: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

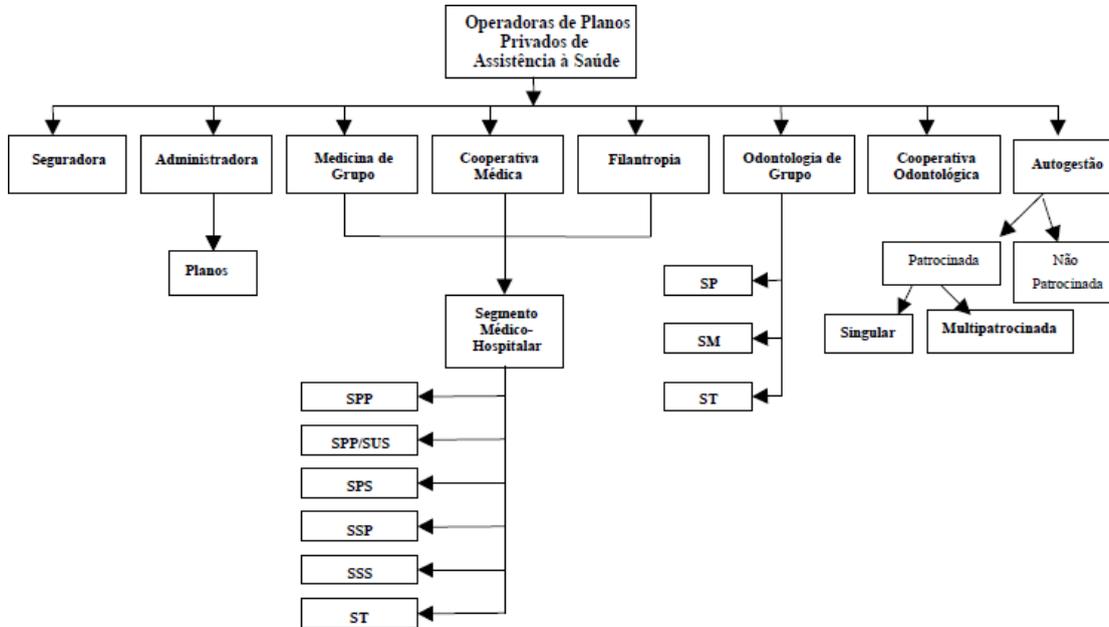
- II) Segmento Misto - SM: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou
- III) Segmento Terciário - ST: são as operadoras que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos (ARAÚJO, 2004).

Para facilitar a categorização de atuação dos planos, a Resolução de Diretoria Colegiada n. 77, de 17 de julho de 2001, divide a atuação dos planos em regiões, da seguinte maneira:

- Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;
- Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;
- Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;
- Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4;
- Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4 (ARAÚJO, 2004).

Em resumo, na figura abaixo tem-se um organograma de organização e funcionamento do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Figura 8 – Organograma de organização do setor de saúde suplementar brasileiro

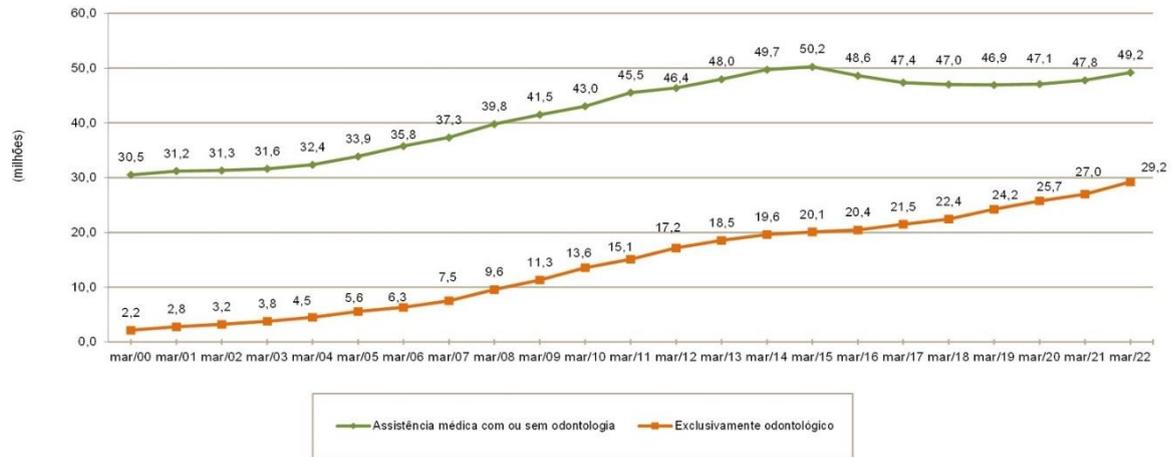


Fonte: Araújo (2004).

3.12 A Saúde Suplementar no Brasil em números

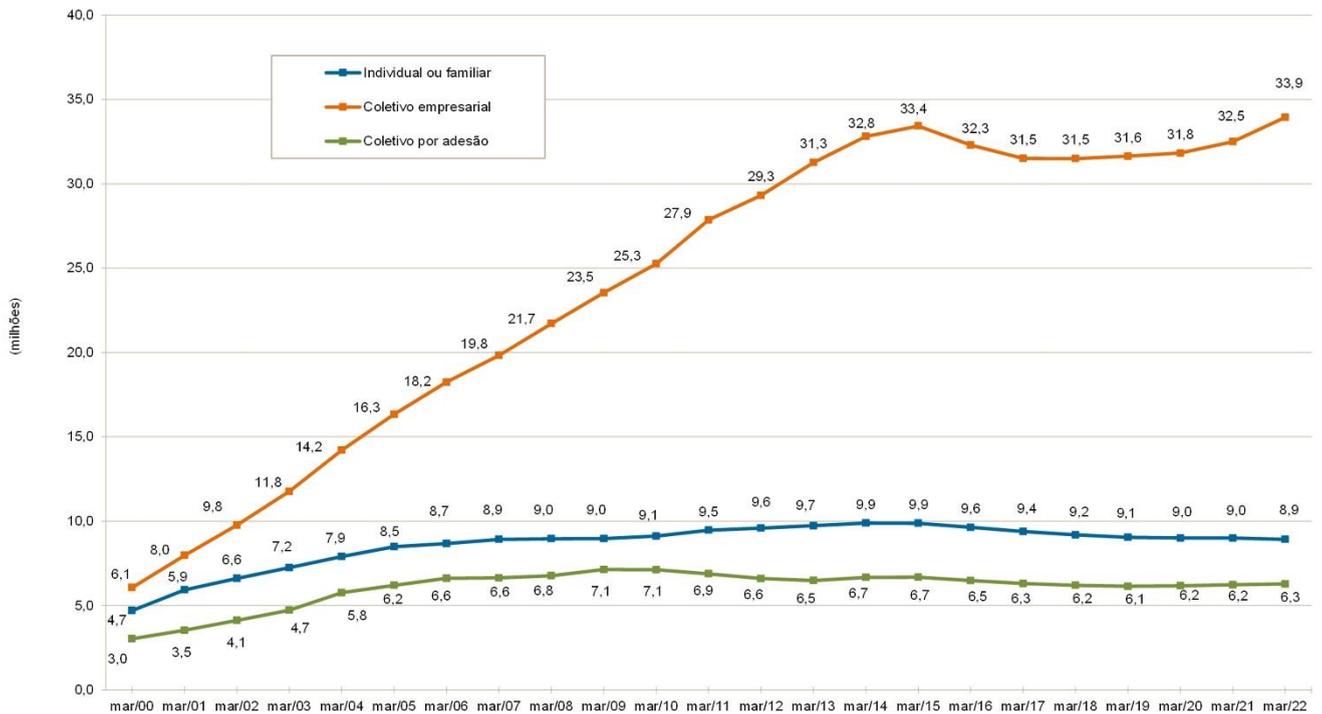
Os planos privados de saúde apresentaram crescimento expressivo no número de contratantes a partir dos anos 2000, como pode-se notar nos gráficos a seguir, obtidos na base de dados da ANS:

Gráfico 1 – Beneficiários de planos privados de assistência à saúde – Março/2022



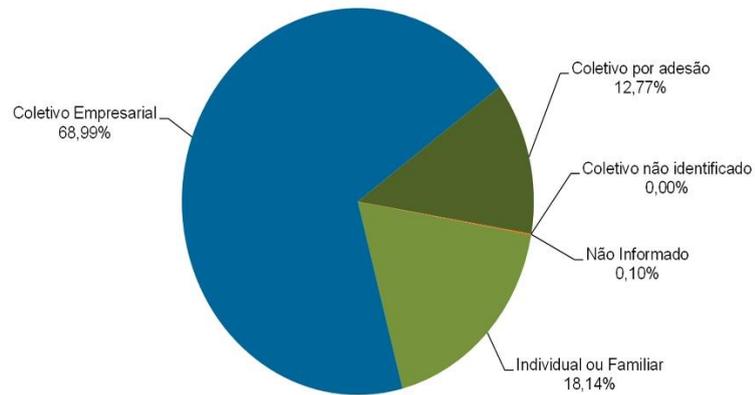
Fonte: ANS ([s.d.])a).

Gráfico 2 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano – Março/2022



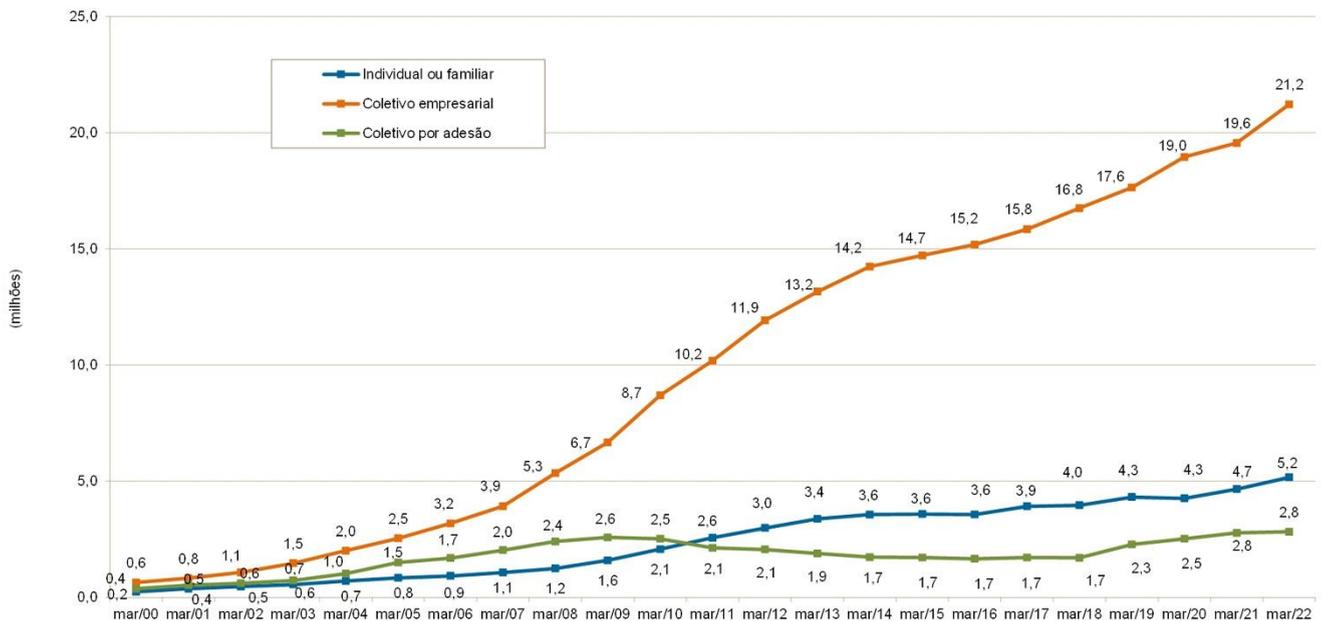
Fonte: ANS ([s.d.])a).

Gráfico 3 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano – Março/2022



Fonte: ANS ([s.d.])a).

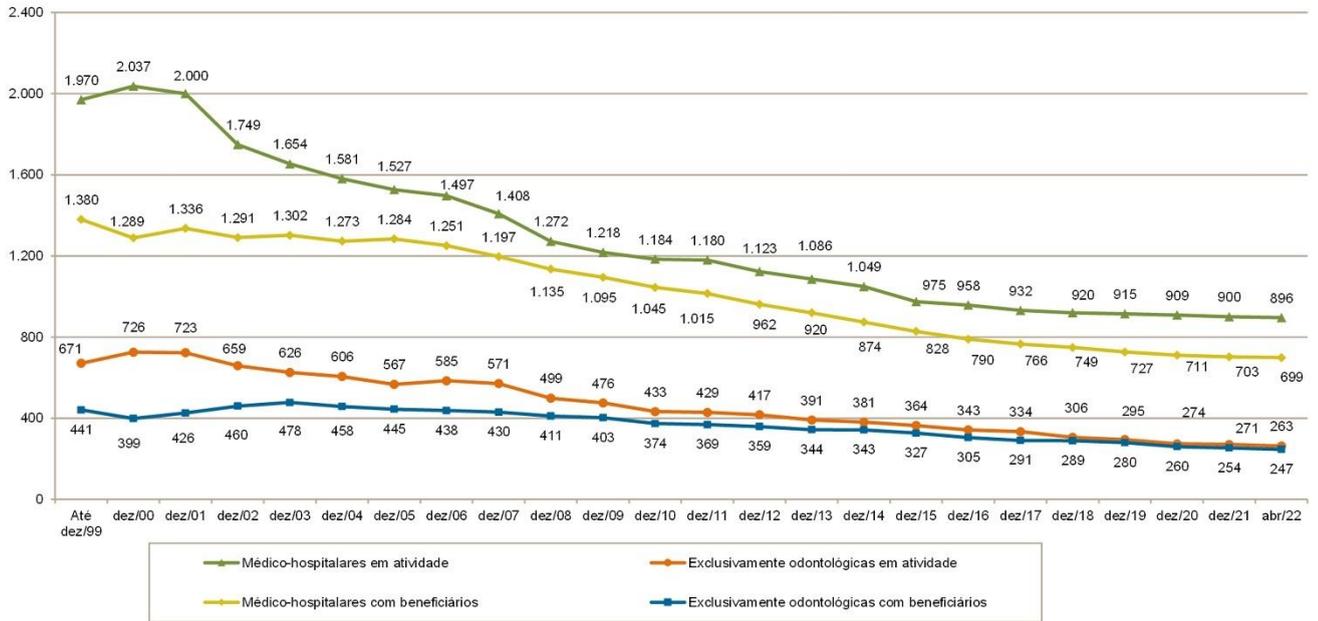
Gráfico 4 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS ([s.d.])a).

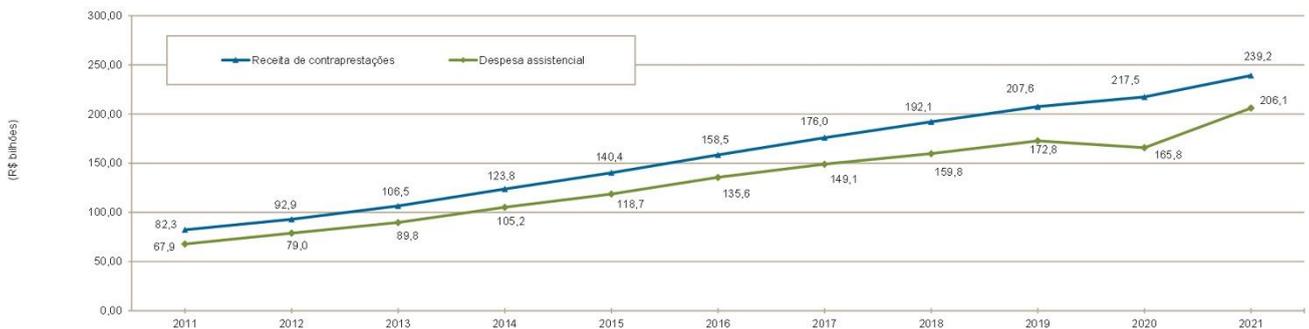
No gráfico a seguir, observa-se a quantidade total de operadoras distintas de planos saúde no período em questão. Há queda em todas as categorias:

Gráfico 5 – Evolução do registro de operadoras entre 1999 até fevereiro de 2021



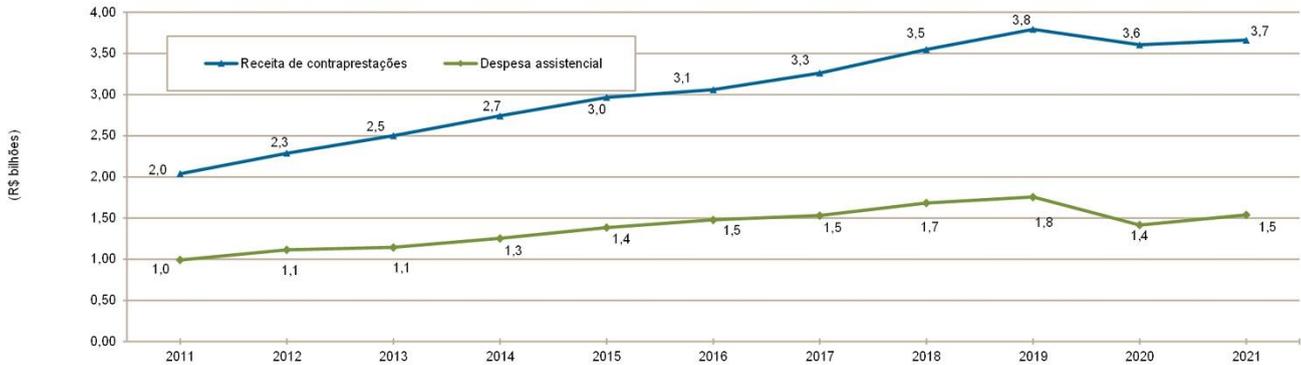
Fonte: ANS ([s.d.]).

Gráfico 6 – Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (2011-2021)



Fonte: ANS ([s.d.]).

Gráfico 7 – Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras exclusivamente odontológicas (2011-2021)



Fonte: ANS ([s.d.]a).

Observa-se um aumento praticamente constante na receita das operadoras, tanto médico-hospitalares quanto exclusivamente odontológicas, assim como um aumento nas despesas também, em proporção parecida. Há margem, no agregado, para que o setor continue auferindo lucro econômico positivo, permitindo que as operadoras remunerem o capital investido e arquem com as responsabilidades regulatórias de constituição de margem de solvência, como será visto em seção subsequente.

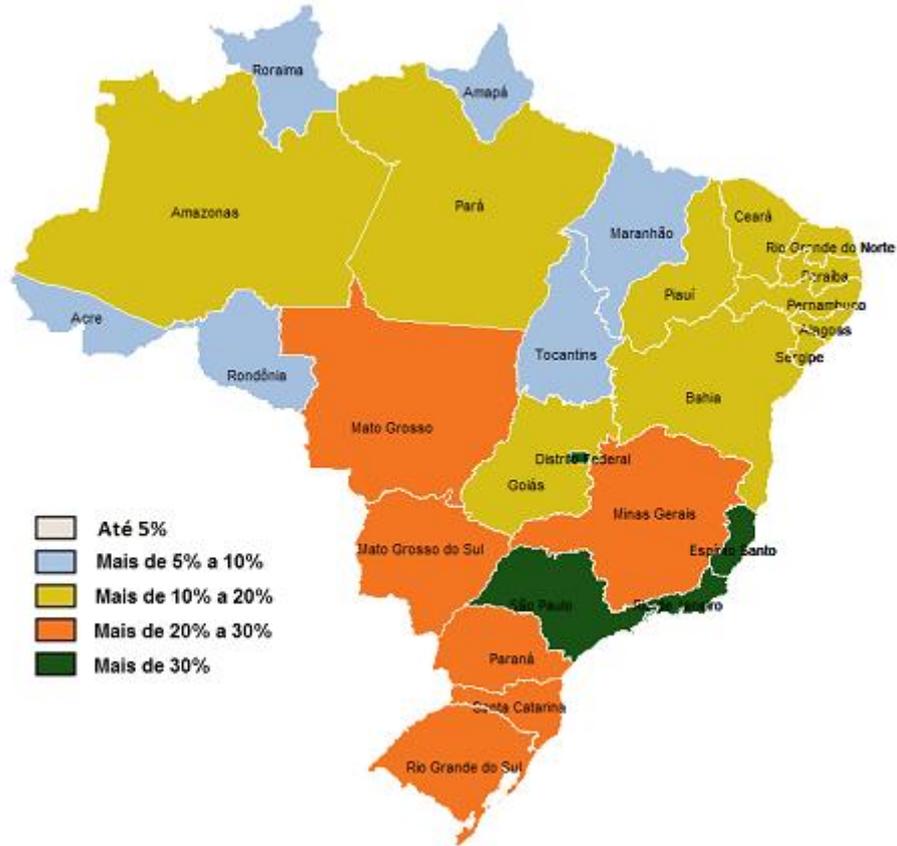
Figura 9 – Beneficiários de planos de saúde por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano – Abril/2022

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Planos		
	Novo	Antigo	Total
Assistência médica com ou sem odontologia	46.112.029	3.079.431	49.191.460
Individual ou Familiar	8.025.757	895.907	8.921.664
Coletivo Empresarial	32.811.241	1.126.665	33.937.906
Coletivo por adesão	5.274.419	1.006.379	6.280.798
Coletivo não identificado	401	0	401
Não Informado	211	50.480	50.691
Exclusivamente odontológicos	28.997.652	238.387	29.216.039
Individual ou Familiar	5.164.329	1.562	5.165.891
Coletivo Empresarial	21.015.163	207.361	21.222.524
Coletivo por adesão	2.796.466	25.105	2.821.571
Coletivo não identificado	1.637	0	1.637
Não Informado	57	4.359	4.416

Fonte: ANS ([s.d.]).

Vale uma consideração especial nesta tabela. Na coluna “Planos”, consideram-se “antigos”, segundo Salvatori e Ventura (2012) aqueles planos que foram contratados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, e “Novos” os planos contratados posteriormente à promulgação desta lei. Por se tratar de planos contratados há mais tempo, naturalmente há uma maior dificuldade na identificação de alguns desses planos, especialmente no caso dos coletivos.

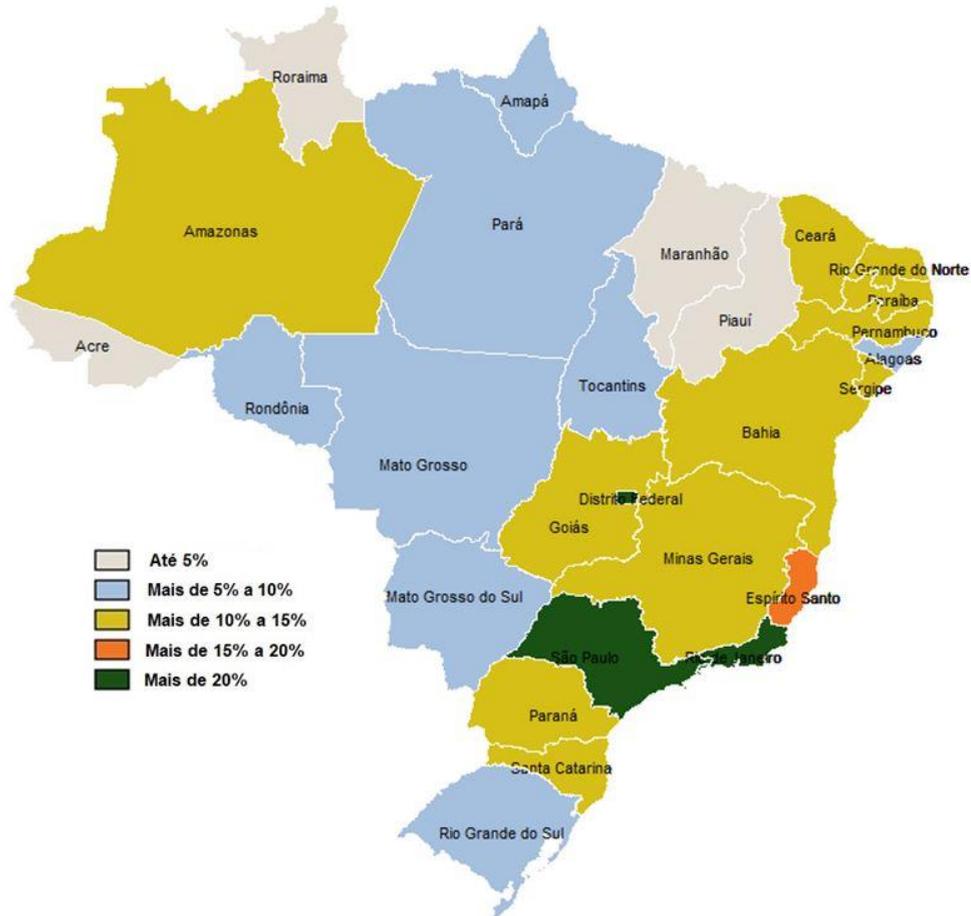
Figura 10 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação – Abril/2022



Fonte: ANS ([s.d.]).

A região Sudeste apresenta em média a maior cobertura da população pelos planos de saúde, seguida da região Sul. A Região Norte, por sua vez, apresenta em média a menor cobertura populacional de planos de saúde dentre as cinco regiões brasileiras.

Figura 11 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos, por unidades da federação – Abril/2022



Fonte: ANS ([s.d.]).

Figura 12 – Comparação entre SUS e Saúde Suplementar

Características	SUS	Saúde Suplementar
Cobertura	Universal, garantida pela lei nº 8080, de 1990	24,2% da população tem planos de assistência médico-hospitalar e outros 13,4% tem planos apenas odontológico
Serviços Cobertos	Serviços primários, ambulatorial especializado e hospitalar podem ser realizados por prestadores públicos e privados	Procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência variam de acordo com tipo de produto contratado (ambulatorial, hospitalar ou ambos), segundo a regulação da ANS

Fonte: IESS ([s.d.]).

3.13 Saúde Suplementar como setor econômico

Em seções anteriores neste trabalho, foram mostrados detalhes microeconômicos a respeito de características de alguns mercados. Agora, com base no arcabouço teórico explicitado, haverá a caracterização do setor dentro deste arcabouço, ou seja, haverá a preocupação em encaixar o setor de saúde suplementar em uma das estruturas de mercado anteriormente citadas.

Como mostrado por Pereira e Hussne (2010), do lado da oferta há muitas operadoras de planos de saúde, fato que revela a ausência de economias de escala suficientes para justificar a existência de monopólios naturais locais, regionais ou monopólio natural a nível nacional, dado que a exigência de capital fixo é baixa nesse setor se comparado com outros setores como a geração de energia elétrica, por exemplo. Um ponto a ser destacado é a existência de barreiras de entrada. Como visto anteriormente, um mercado é considerado monopolista ou oligopolista a depender, entre outros fatores, da existência de barreiras de entrada. Comparado com setores tradicionalmente monopolistas como extração de petróleo e entrega de malotes e correspondências, nos quais apenas uma empresa detém o direito legal de realizar as atividades (Petrobrás e Correios, respectivamente), no setor de saúde suplementar não existem tais barreiras. Portanto, em termos legais, não há empecilho para a introdução de um novo *player* no mercado local, regional ou nacional. Esse novo *player* precisa apenas atender aos requisitos regulatórios exigidos pela ANS. O problema de pesquisa proposto para o trabalho envolve a concentração de mercado no setor de saúde suplementar e, dada a explicação a respeito de barreiras de entrada e monopólios, pode-se afirmar que essa concentração não parte da criação de barreiras de entrada para novos operadores, visto que essas barreiras não se caracterizam como substanciais no setor.

Do mesmo modo, mesmo no caso de hospitais de primeira linha, que ofertam produtos e serviços muito diferenciados e inovadores e que, portanto, detêm algum poder de mercado na prestação desses serviços, não haveria extensão desse poder de mercado ao elo das operadoras. Existindo competição entre as operadoras e considerando a ausência de barreiras significativas à entrada de novos concorrentes, a capacidade para a imposição de preços de monopólio por uma ou mais empresas é bastante limitada. Desta forma, a regulação de preços dos produtos ofertados pelas operadoras, sobretudo nos segmentos e localidades onde há maior competição entre grande número de empresas, parece desnecessária, tendo em vista o elevado grau de contestabilidade desses mercados.

Pode haver, entretanto, condição próxima a de um monopólio natural quando se fala de prestação de serviços médicos e hospitalares, especialmente em cidades pequenas nas quais não

há diversidade na oferta. Porém, não existe empecilho legal para que um eventual competidor tente participar desse mercado. Pode haver economias de escala (a depender do número de pessoas atendidas, custos fixos e variáveis), mas a competição nesse caso não é proibida. Portanto, segundo o arcabouço teórico construído em seções anteriores, não é correto dizer que, mesmo em localidades com ausência de competição, os serviços médico-hospitalares lá presentes representam monopólios naturais.

3.14 Informação Assimétrica na Saúde Suplementar

De todas as falhas de mercado mencionadas neste trabalho, predomina no setor de saúde suplementar a assimetria de informação. Comum a mercados que envolvem seguros, a assimetria de informação envolve o conhecimento desigual de riscos entre os agentes envolvidos em uma transação econômica. Em seu artigo seminal “*The Market for lemons*”, Akerlof mostra como o problema da assimetria de informação ocorreria em um mercado de carros usados. O vendedor, de posse das informações a respeito de seu veículo, propõe um preço de venda superior ao preço que o comprador julga correto. O vendedor sabe de eventuais falhas e danos do veículo, mas omite propositalmente essas informações do comprador, de forma a obter um lucro maior com a transação visto que o comprador oferecia menos por um carro danificado, ou até mesmo nem efetuar a transação (AKERLOF, 1970). Destacam-se dois problemas oriundos da informação assimétrica, que são a seleção adversa e o risco moral.

A seleção adversa deriva da escolha incorreta por parte de um agente devido à ausência de informações completas a respeito de um bem ou serviço que foi transacionado. Dessa forma, estando o agente comprador sem saber a verdadeira condição do bem a ser adquirido ou do serviço a ser prestado, o agente vendedor leva vantagem nessa transação. A seleção adversa ocorre antes da transação, ou seja, é um problema que afeta a escolha do indivíduo comprador. No mercado de saúde suplementar, pode-se minimizar a ocorrência de seleção adversa no ato da contratação do plano através da aplicação de questionários por parte das operadoras, de forma que os interessados em adquirir o plano devem preencher o questionário respondendo a perguntas como a existência de doenças prévias, condições crônicas de saúde, cirurgias sofridas e dependência química. Porém, existe a possibilidade da mentira nos formulários, ou seja, sabendo que pagaria mais na apólice caso fosse sincero ao preencher o formulário, um indivíduo pode mentir nas respostas ou omitir condições pré-existentes, de forma a pagar uma apólice com um valor inferior ao valor que seria adequado à sua verdadeira necessidade. Como pontuado por Godoy *et al.* (2004), a identificação correta do segurado é essencial para a

existência deste mercado, pois o risco associado a cada indivíduo pode afetar o custo do plano de saúde. Uma forma que as operadoras encontraram para minimizar esse risco foi aumentar a diferenciação entre planos, dessa forma há mais opções de escolhas para quem quer ser segurado. Dessa maneira, diminui-se a possibilidade de um indivíduo escolher um plano que não seja adequado à sua verdadeira condição e, conseqüentemente, diminui-se a chance da ocorrência de seleção adversa.

O segundo problema, risco moral, refere-se à possibilidade de um agente mudar o seu comportamento após contratar um seguro. Um indivíduo que, após contratar um plano de saúde que possua cobertura completa por um valor fixo mensal tem o incentivo de ir ao médico e realizar exames mesmo sem necessidade, simplesmente por esses serviços estarem inclusos no valor da apólice. Dessa maneira, indivíduos com planos de cobertura total ignoram a existência de custos de utilização do serviço médico visto que ele é zero, e tendem a elevar o custo médio das operações por parte da operadora. O risco moral pode ser classificado como *ex ante* em situações anteriores à ocorrência de enfermidades, e *ex post* como sendo a utilização excessiva dos serviços do plano (MAIA, ANDRADE, CHEIN, 2019). A medida mais comum para evitar o risco moral é a utilização de modelos de coparticipação. O segurado paga um valor mensal e, para cada utilização de serviços cobertos pelo plano, o segurado também paga uma parcela do valor. Com esse mecanismo, a mensalidade em média é mais baixa e o segurado só terá um desembolso maior quando for necessário utilizar algum serviço. Dessa forma, a operadora evita uma utilização excessiva dos seus serviços por parte dos segurados. Segundo Cota e da Silva (2017), a definição dada pela ANS para coparticipação é “mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento”. Portanto, os incentivos para a superutilização do plano são reduzidos com o modelo de coparticipação, pois o custo para o segurado aumenta conforme aumenta sua utilização dos serviços do plano (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Um exemplo da necessidade de diferenciação de preço na cobrança das apólices por uma seguradora é o de um motorista cauteloso que, após contratar um seguro automotivo, muda seu comportamento e passa a dirigir de maneira imprudente e desregrada, sabendo que caso colida com o carro, o seguro automotivo será acionado e ele não precisará arcar com o dano. Caso uma seguradora decidisse cobrar o preço médio da apólice de cada seguro contratado, ela geraria incentivos para que pessoas que tomam mais risco contratassem o seguro e que pessoas que são avessas ao risco não contratassem o seguro, pois ao cobrar o valor médio das apólices,

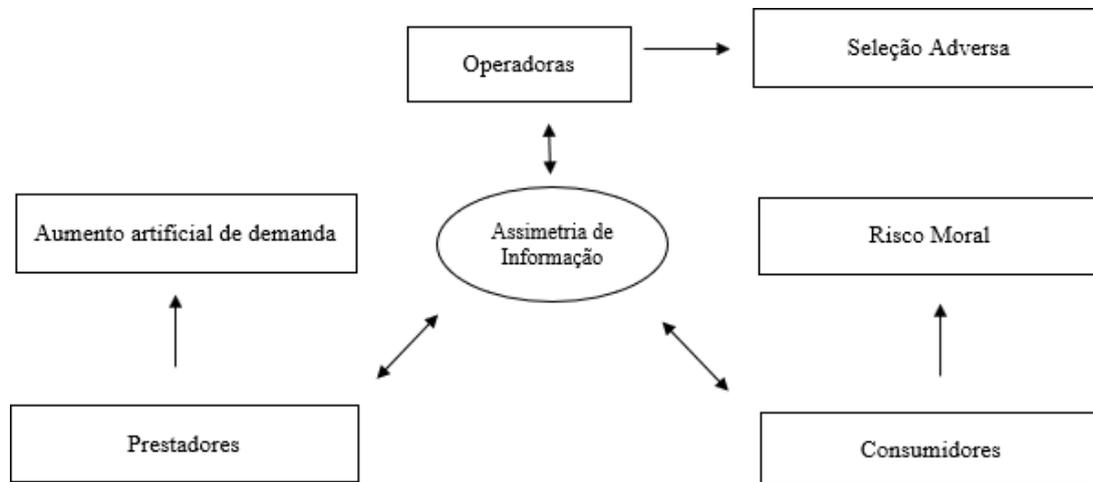
a seguradora atrairia pessoas que tomam mais risco e essas pagariam menos para adquirir o seguro, ao passo que pessoas mais cuidadosas deixariam de contratar o seguro pois estariam pagando o valor da média das apólices, e dado seu comportamento cauteloso, o valor esperado do um eventual dano sofrido seria menor do que o valor da apólice.

Para minimizar perdas com o problema de risco, as seguradoras trabalham com prêmio, que é um montante pago pelo segurado para que se efetive a apólice do seguro, e o preenchimento de um cadastro que leve em conta fatores prévios da contratação de seguro que podem alterar o valor a ser cobrado por uma seguradora. No caso de seguradoras de planos de saúde, é esperado que planos contratados por indivíduos com problemas de saúde crônicos existentes antes da contratação encareçam o valor das mensalidades, ao passo que um indivíduo saudável que deseje contratar um plano como garantia para enfermidades futuras desembolse menos por isso. A existência de informação assimétrica gera incentivos para que os agentes envolvidos nesse mercado ajam de maneira distinta caso houvesse informação completa, portanto, em termos paretianos, a presença de informação assimétrica pode proporcionar situações de ineficiência alocativa. No mercado de saúde como um todo, pode-se apresentar assimetria de informação na relação entre seguradora e segurado e na relação entre médico e paciente. O foco será dado na primeira relação, ou seja, entre seguradora e segurado.

Aplicando a teoria de informação assimétrica ao mercado de saúde suplementar, deve-se analisar como se dá o comportamento dos ofertantes, os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, e os demandantes, ou seja, os beneficiários dos planos. Observa-se que ambos possuem incentivos *ex ante* para agir de maneira a maximizar seus ganhos reconhecendo a situação de informação assimétrica, ou seja, existe uma situação de seleção adversa tanto no lado da oferta quanto no lado da demanda.

Prestadores de serviços médico-hospitalares podem incentivar os beneficiários dos planos a mudarem seu estilo de vida após a contratação do benefício, fazendo com que os clientes, cientes de que agora estão cobertos pelo seguro de saúde, tomem mais riscos e mudem seu comportamento. Apresenta-se para os beneficiários um problema de risco moral, ou seja, mudança de comportamento dados os incentivos após a contratação do plano de saúde. Também, ao contratar o plano, os beneficiários não possuem conhecimento pleno sobre a cobertura que seu plano possui. Existem diferentes tipos de planos e com diferentes coberturas, portanto existe o risco de, dada a informação assimétrica existente, alguém contratar um plano que não atende plenamente suas necessidades médicas. Observa-se nesse caso um problema de seleção adversa oriundo da informação incompleta por parte do contratante.

Figura 13 – Assimetria de informação na saúde suplementar



Fonte: adaptada de Godoi *et al.* (2004 *apud* PEREIRA; HUSSNE, 2010).

O mesmo exemplo dado pela seguradora de veículos pode ser aplicado para operadoras de planos de saúde. Existem pessoas mais propensas à utilização de planos de saúde por diferentes motivos, entre eles a própria condição médica, ou seja, a existência de doenças e enfermidades pré-existentes à contratação do plano. E existem pessoas que não possuem enfermidades pré-existentes, são saudáveis e contratam planos de saúde apenas para garantia frente a infortúnios e acidentes futuros. Se uma operadora cobrar o preço médio das apólices de cada segurado, as pessoas menos propensas a utilizarem o plano, ou seja, as pessoas saudáveis e sem condições médicas pré-existentes, teriam o incentivo a abdicar do plano, visto que o valor pago por eles seria superior ao valor esperado do custo de um eventual tratamento caso ocorresse a necessidade de utilização dos serviços médicos. Já quem utiliza o plano com mais frequência ou possui algum tipo de condição pré-existente que encarece a contratação do plano teria incentivo para contratar o serviço, pois o valor esperado do custo da utilização dos serviços médicos seria superior ao valor pago pela apólice. É importante mencionar que seguradores não se balizam pelo valor médio das apólices, justamente para evitar incentivos distorcidos como os mencionados anteriormente. Esse comportamento vale para seguradoras em geral, não somente operadoras de planos de saúde.

3.15 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Como encontrado em Pietrobon, Prado e Caetano (2008), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e com autonomia financeira, administrativa, patrimonial e decisória, sendo este último tópico especialmente importante, pois garante à autarquia a capacidade de tomar decisões baseadas em critérios técnicos, através de seus profissionais, portanto não pode ser sujeitada às decisões de caráter político-partidário. É responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. Possui, ainda, competência de polícia normativa e decisória exercida sobre 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 diferenciem de atividades exclusivamente econômico-financeiras (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). Sua organização diretiva está estruturada sob a forma de diretoria colegiada composta por quatro diretores e um diretor-presidente, com mandatos não-coincidentes e com duração de quatro anos cada. Esses cinco diretores no total são nomeados pelo Presidente da República e as nomeações passam pela aprovação do Senado Federal. Cabe aos cinco diretores deliberar, em última instância, sobre assuntos pertinentes à ANS e ao que rege a saúde suplementar no Brasil, sendo que as decisões deliberadas pela diretoria Colegiada não estão passíveis de recurso ou revisão no âmbito administrativo.

Ainda de acordo com Pietrobon, Prado e Caetano (2008), pode-se dividir a ANS em cinco áreas:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive intervenção e liquidação;
- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive reajuste de planos individuais e familiares;
- Diretoria de Fiscalização: responsável por todo o processo de fiscalização, aspectos econômico-financeiros, médicos assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com seus órgãos de defesa;

- Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo sistema de ressarcimento do SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor;
- Diretoria de Gestão: responsável pelo gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação (PIETROBON, PRADO E CAETANO, 2008).

A regulação exercida pela autarquia tem seis objetivos principais, que consolidam o marco regulatório na saúde suplementar (BRASIL, 2003). São eles:

- 1) Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- 2) Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- 3) Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
- 4) Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
- 5) Estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
- 6) Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2003).

A ANS define como mercado relevante o menor espaço econômico no qual seja factível a uma empresa, atuando de forma isolada, ou a um grupo de empresas, atuando de forma coordenada, exercer o poder de mercado (ANS, 2019 apud CADE, 2011). Possui duas dimensões, produto e geográfica. A primeira avalia bens e serviços considerados insubstituíveis pelo consumidor devido às características, preço e utilização. E a dimensão geográfica refere-se à área em que as empresas ofertam seus produtos ou que os consumidores buscam mercadorias, bens ou serviços. Nessa dimensão, um monopolista hipotético conseguirá impor elevações de preços significativas (ANS, 2019 apud CADE, 2016). A delimitação dos mercados relevantes permite ao regulador maior controle de ação e faz com que políticas de incentivo à concorrência sejam mais efetivas, bem como evita eventuais concentrações de mercado locais.

3.16 Regulação na Saúde Suplementar Brasileira

A revisão extensiva a respeito do histórico regulatório na saúde suplementar brasileira aqui presente teve como base os trabalhos de Pereira (2004) e Figueiredo (2002). De forma geral, o marco regulatório que dá início à tutela do governo brasileiro sobre a saúde suplementar tem início com a Lei nº 9.656/98, posteriormente alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24/08/2001. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, foi criada a partir da Lei nº 9.961 de 28/01/2000, durante o segundo mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso. A lei passou a servir como referencial para o funcionamento de empresas atuantes no setor e garantir aos beneficiários as garantias mútuas entre as partes envolvidas na assinatura de contratos de seguros de saúde, em um setor que até então não possuía um padrão de funcionamento, ficando a cargo da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – a responsabilidade financeira pelo seguro de assistência à saúde e das seguradoras. Como explicitam Santos, Malta e Merhy (2008), as normas que regulamentam o setor, chamadas de normas infralegais, foram inicialmente editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), formado por ministros, e posteriormente pela ANS. O CONSU é um órgão colegiado deliberativo, de natureza permanente, criado pela Lei nº.9656 de 03 de junho de 1998, e que tem por finalidade atuar na definição, regulamentação e controle das ações relacionadas com a prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico. Foram feitas no total 32 resoluções do CONSU e 30 portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde no período anterior à criação da Agência. Com a criação da ANS, foram editadas 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 150 Resoluções Normativas (RN), 10 Súmulas Normativas, 454 Resoluções Operacionais (RO), além de 54 Instruções Normativas e 21 Resoluções de Diretoria (RE) das diversas diretorias que compõem o organograma da ANS (SANTOS, MALTA E MERHY, 2008).

Segundo Vilarins *et al.* (2012), o debate mais intenso com relação ao conceito, às práticas e às finalidades da regulação, do controle, da avaliação e da auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS SUS 01/2001 ampliam a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservam à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde. A regulação no SUS ganha força após o Pacto de Gestão ocorrido em 2006, que tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que diz respeito aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e tornando mais claras as atribuições de cada uma, contribuindo, assim, para o

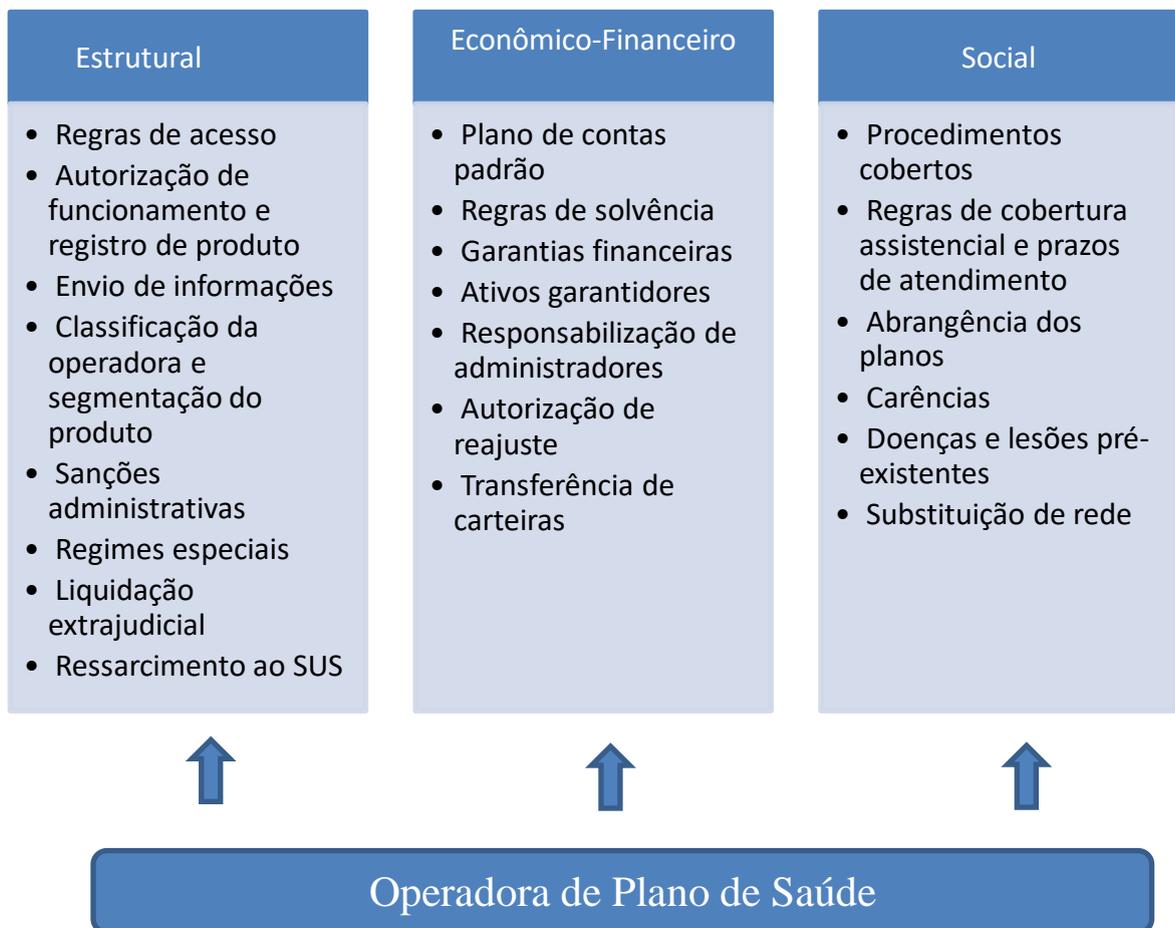
fortalecimento da gestão compartilhada. De forma geral, fica clara a ideia da descentralização na organização regulatória do SUS e a autonomia das esferas de governo em gerir suas ações públicas de saúde.

No início da década de 1990, após a eleição de Fernando Collor de Melo, houve um apelo para uma tendência de privatizações em determinadas áreas da economia brasileira. Essas privatizações, tendo como objetivo a venda de ativos sob a posse do Estado para a iniciativa privada, trouxeram a ideia de se criar órgãos públicos que teriam como responsabilidade a fiscalização e normatização dos serviços que passariam a ser realizados pela iniciativa privada. Essas ideias ganharam ainda mais força após as duas eleições seguidas de Fernando Henrique Cardoso, em 1994 e 1998. Ainda de acordo com Vilarins *et al.* (2012), em 1999, durante o segundo mandato de FHC, por meio da Lei nº 9.782/99, criou-se a primeira agência reguladora social no Brasil: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de atuar não em um setor específico da economia, mas em todos os setores relacionados a produtos e serviços que pudessem afetar a saúde da população brasileira. Uma das características singulares dessa autarquia é a sua competência tanto na regulação econômica do mercado (definição de preços e monitoramento do mercado) quanto na regulação sanitária, atuando na fiscalização de padrões de higiene, saúde pública e produção de medicamentos. Outra agência reguladora criada foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/00, com a finalidade de regulamentar os planos privados de saúde. Segundo Alves (2015) a regulação tinha como objetivos principais qualificar as operadoras, promover o aperfeiçoamento dos instrumentos legais aplicados às operadoras, garantir a integração do setor aos SUS através do ressarcimento dos gastos gerados por beneficiários do sistema público, definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída de operadoras evitar a cobrança de prêmios abusivos, ou seja, exercer algum controle de preços, fiscalizar o setor e as operadoras, garantir aos consumidores a qualidade dos produtos pelos quais eles estavam desembolsando quantias financeiras e abrir o setor ao capital estrangeiro.

Ocké-Reis (2007) traz uma discussão pertinente a respeito dos desafios que a ANS tem enfrentado no que diz respeito à concentração de mercado por parte das operadoras de planos de saúde. O mercado de planos de saúde apresenta características próprias acentuadas. A demanda é inelástica, a oferta orienta a demanda e a presença de externalidades não favorece o predomínio de mecanismos de mercado. Este mercado também é caracterizado pela sua sensibilidade à taxa de juros, à rigidez dos fatores de produção, à incorporação de tecnologia e ao câmbio, ou seja, a dependência tecnológica obriga a importação de insumos e equipamentos médicos, que por sua vez depende diretamente da relação entre a moeda doméstica e a moeda

estrangeira (o dólar, por convenção). Somadas aos custos de transação que penalizam o consumidor, essas peculiaridades configuram um traço marcante: os custos crescentes como caracteriza Baumol (1993), motivando frequentemente uma variação do nível de preços da saúde e dos planos maior do que a taxa média de inflação da economia. Esta configuração de mercado com características oligopolistas e as peculiaridades do setor saúde criam desafios para a ANS e de outras instituições que combatem a concentração de mercado, como o CADE, a SEAE e SDE.

Figura 14 – Eixos da Regulação



Fonte: Alves (2015, p. 85).

3.17 Fases da regulação de acordo com Alves (2015)

As resoluções normativas da ANS podem ser divididas da seguinte forma (ALVES, 2015, p.88):

- RN: Resolução Normativa – Instrumento destinado a disciplinar assuntos do interesse do setor, previstos na legislação;
- RDC: Resolução de Diretoria Colegiada. Foi substituído pela RN;
- CONSU: Conselho de Saúde Suplementar;
- IN: Instrução Normativa – Contém informações necessárias para elucidar uma norma, um comportamento ou providências de determinado tema;
- INC: Instrução Normativa Conjunta – Mesma função da IN, porém elaborada por diversas diretorias;
- RO: Resolução Operacional – Utilizada nas questões de decretações/encerramento/prorrogação de direções técnicas, fiscais, portabilidade e liquidação extrajudicial;
- RE: Resolução Especial – Mesma função das RN;
- Súmula: Busca esclarecer entendimentos da ANS acerca de determinada norma;
- Comunicado: Busca informar o mercado sobre prorrogações de prazos para o cumprimento do envio de informações à ANS.

Alves (2015) traz em seu livro uma importante contribuição acerca da história da regulação na saúde suplementar brasileira. De acordo com o autor, pode-se dividir a regulação na saúde suplementar em cinco grandes períodos. Abaixo estão os destaques principais de cada um desses períodos. A análise de cada um dos períodos teve como fonte a obra de Alves (2015, p. 88-107).

1ª Fase: de 1999 até 2003:

De acordo com Alves (2015), houve um total de 23 resoluções, entre as mais importantes:

- 1) Sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas à assistência de saúde suplementar;
- 2) Contrato de Gestão a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANS;
- 3) Condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica;
- 4) Critérios e parâmetros de variação das faixas etárias para efeito de cobrança diferenciada,
- 5) Mecanismos de regulação (franquia e coparticipação);
- 6) Rol de procedimentos e eventos em saúde;

- 7) Cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência;
- 8) Ressarcimento ao SUS e Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP.

De acordo com o autor,

os primeiros anos da regulação foram intensos, pois se seguiu um longo período de atividade sem regulamentação específica e de modelos jurídicos e de negócios absolutamente distintos. A Lei 9.656/98 e posteriormente a criação da ANS trouxeram inovações para os consumidores, principalmente com a homogeneização e ampliação da cobertura assistencial dos contratos de planos de saúde com a obrigação de oferecer cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a CID-10, além da proibição da limitação do número de consultas, exames e de prazo para internações. Adicionalmente, a legislação trouxe também como benefício o princípio da não discriminação dos consumidores, em função do seu estado de saúde. Os contratos foram classificados em três tipos: planos antigos, planos adaptados e planos novos. Os planos antigos são aqueles contratos firmados anteriormente à Lei 9.656/1998, antes, portanto, de 02/01/1999, quando a Lei entrou em vigor, e como são anteriores à legislação a cobertura é a que consta no contrato celebrado entre a operadora e o consumidor. Eis um tema que ainda produz Judicialização no setor quando consumidores de contratos antigos buscam direitos garantidos aos contratos novos. (ALVES, 2015, p.88-89).

O autor segue especificando a evolução da regulação nesta primeira etapa, sendo que logo em seguida foram criadas as regras de solvência do mercado de saúde suplementar:

A ANS, mediante a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras conduziu a câmara técnica que deu origem a RDC nº 77/01, que estabeleceu as primeiras regras de solvência no mercado de saúde suplementar. Vale lembrar que apenas as seguradoras deveriam observar essas regras enquanto as demais operadoras não precisavam observar regras de prudência financeira para a sobrevivência dos negócios e cumprimento dos contratos. Funcionou entre 2000 e 2001 a câmara técnica de reajuste de preços conduzida pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, com participação de todas as entidades representativas. O resultado da câmara foi o estabelecimento da regulação conhecida como de yardstick que utiliza a média ponderada das variações de preços dos planos coletivos para limitar o reajuste dos planos individuais. (ALVES, 2015, p. 89).

Em 2003 o Governo Federal cria um dos dispositivos legais mais relevantes para o mercado de saúde suplementar, que é o Estatuto do Idoso, através da Lei 10.741/03:

Entre as suas definições ficou estabelecido que são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que estes não podem sofrer discriminação nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Ainda, foi previsto o direito a acompanhante nos casos de internação. Com o advento da Lei, a ANS precisou rever as faixas de reajuste por idade. Até 2004 existiam sete faixas de reajustes, sendo a última aos 70 anos. Após 2004, a ANS redefiniu 10 faixas de reajustes sendo a última nos 59 anos e determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A RN 63/03 determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou por meio da

celebração de Termo de Compromisso com a Agência e neste caso, há necessidade de autorização prévia. (ALVES, 2015, p. 90-91).

Segunda Fase: De 2004 a 2010

Na segunda fase da regulação, mudanças são sentidas, especialmente nos custos que oneram os planos. Segundo Alves (2015),

entre 2004 a 2010 o reajuste acumulado da ANS foi 72,76%, contra 43,04% do IPCA. Neste ciclo houve duas atualizações do Rol de Procedimentos, sendo que a atualização de 2008 incluiu mais 100 novas coberturas, tais como consultas multiprofissionais, procedimentos contraceptivos, transplantes autólogos, entre outras. O reajuste a ser aplicado aos contratos firmados individualmente até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei 9.656 e cujas cláusulas de reajuste não prevejam índices claros e explícitos (IGPM, IPCA, ou outro índice previamente estabelecido e que esteja em vigor) foram objeto de Termos de Compromisso firmados entre a ANS e algumas operadoras. São exceções a essa regra as operadoras que assinaram Termo de Compromisso com a ANS para estabelecer a forma de apuração do percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptado à Lei 9.656. Nestes casos, os percentuais autorizados para o reajuste anual por variação de custos são diferenciados por operadora. Algumas operadoras assinaram Termo de Compromisso com ANS82 com o objetivo de ajustar os reajustes dos contratos anteriores à Lei 9.656. Estes reajustes seguem metodologia que utiliza o índice da variação do custo médico hospitalar – VCMH dos planos individuais firmados antes da Lei, e não adaptados, apurado pela operadora, sendo comparado com as demais operadoras da mesma classificação, segmento e porte. Ainda será autorizado pela ANS, como índice a ser aplicado na operadora, a VCMH da empresa que apresentar índices de frequência de utilização e custo unitário que comprovem, no julgamento da ANS, comportamento mais eficiente em relação à variação das despesas assistenciais apuradas pelo Sistema de Informação de Produtos – SIP. A VCMH a ser utilizada como parâmetro para o índice de reajuste deverá ser certificada por auditoria independente e pela ANS. Também foram publicadas as Resoluções Normativas RN 42/03, 54/03, 71/04 e IN 49/12 que estabeleceram requisitos mínimos para os contratos entre prestadores e operadoras, em especial a IN 49/12 que trouxe para a regulação da ANS as formas de reajustes, atuando ativamente na relação comercial entre as partes. (ALVES, 2015, p.90-92).

No ano de 2005 foi editada a RN 114 que lançava o TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar, com o objetivo de padronizar informações fornecidas pelos planos para o consumidor, bem como foi criado o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS, com o objetivo de promover o aprofundamento das informações obtidas pela TISS. Em 2013 houve grande alteração na TISS, e muitas dessas mudanças envolvem um gasto elevado por parte das operadoras na melhora dos seus sistemas de informação e na atualização dos dados relevantes.

Em 2006, uma nova RN, a 139, é estabelecida para melhorar o acesso e a qualidade das informações disponibilizadas pela ANS para com objetivo de trazer mais qualidade de informação para o consumidor, chamado de Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Esse programa tinha como objetivo desenvolver indicadores para avaliar as operadoras enquanto prestadoras de serviços médico-hospitalares. Em 2010, foi aberta a câmara técnica para reavaliar os indicadores e os pesos da pontuação de cada dimensão. A RN 94 foi a primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários. A Norma previu o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção de programas de promoção e prevenção.

Ganha destaque o primeiro rol de procedimentos estabelecido pela ANS. De acordo com Alves (2015):

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 e 2013, pelas Resoluções Normativas 82, 167, 211, 262 e 338, respectivamente. Ao longo das atualizações foram introduzidas novas coberturas como procedimentos por vídeo, quimioterápicos orais, procedimentos odontológicos, exames de genética, bem como ampliação do número de consultas para outros profissionais da saúde (fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicólogo). A ANS publicou ao final de 2009 diversas normas alterando as garantias financeiras do setor e o plano de contas padrão. Basicamente, as normas unificam as regras das seguradoras e operadoras, incorporam os pronunciamentos técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC e alteram a contabilização das contraprestações pelo seu rateio diário, com a consequente reversão da Provisão de Risco. A normatização da ANS objetivou, por um lado, unificar a regulação prudencial entre as seguradoras especializadas em saúde e as operadoras das demais modalidades e, por outro, adotar práticas mais atuais na regulação prudencial. (ALVES, 2015, p. 94-95).

Com isso as seguradoras tiveram suas regras de garantias financeiras congeladas nas regulações da SUSEP e na Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados nº 36 de 2000 pela RDC 65/2001, da ANS. As principais alterações foram, segundo Alves (2015):

- Mudança no momento do registro da receita. Esta, pelas regras antigas, era contabilizada integralmente no primeiro dia de cobertura de risco. Pela RN 206, a contabilização se faz da forma pró-rata dia. Tal mudança implica o fim da necessidade da provisão de risco, constituída mensalmente e lastreada por ativos garantidores, para garantir a parcela das contraprestações cuja vigência do risco não tenha findado;
- Reversão da Provisão de Risco. O fim da provisão de risco permite, para as operadoras que estavam suficientes com as regras de garantias financeiras vigentes, a liberação dos ativos garantidores que a lastreavam para a cobertura da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA em até 72/72 avos. Lembrando que em janeiro de 2010 completaram-se dois anos de um total de seis para a constituição completa da PEONA, portanto o prazo atual é de 36/72 avos da PEONA. O eventual excesso de ativos deve ser alocado na provisão para eventos a liquidar, também criada pela RN 209. O prazo para a constituição dos ativos garantidores da provisão para eventos a liquidar foi discutida em câmara técnica em 2010;
- Ainda no tema reversão da provisão de risco e liberação de ativos, a ANS editou norma (RN 208) onde estabelece que a eventual insuficiência de ativos garantidores da provisão de risco em 31/12/09 será considerada insuficiência de

ativos para PEONA e eventos a liquidar. Ou seja, diante da possibilidade de a norma soar como anistia para as empresas que não cumpriam as regras, a ANS adotou a postura continuar cobrando os ativos não alocados anteriormente;

- Fim da Provisão para Prêmios Não Ganhos (PPNG) das seguradoras especializadas em saúde com respectiva liberação de ativos das empresas que já lastrearam a totalidade dos Sinistros Ocorridos e Não Avisados (Incurred But Not Reported – IBNR) e o sinistro a liquidar;
- Ativos garantidores devem ter liquidez. Fim da imobilização dos ativos permitidos anteriormente pela RDC 77. Os imóveis que serviam como garantia de até 90% da provisão de risco, devem ser desvinculados junto aos cartórios competentes. Os ativos garantidores das seguradoras continuam sendo regulados pelo Conselho Monetário Nacional;
- Atualização do Capital Base para o início das operações – De R\$ 4,5 milhões para R\$ 5.001.789,60 (aumento de 11,1%), sendo que o fator K, que são os percentuais variáveis segundo a região de atuação e a modalidade, permaneceu inalterado. Importante observar que para as seguradoras, o capital mínimo é sempre de R\$ 5.001.789,60 independentemente da região de atuação;
- A RN 209 revogou a RDC 65 da ANS (da especialização e que convalidava as regras CNSP até 2000). Com esta revogação, todas as provisões que não foram regulamentadas pela ANS (PIP, por exemplo) deixam de ser obrigatórias. Na realidade, as provisões adicionais já realizadas pelas seguradoras passam para a rubrica “outras provisões técnicas”;
- Margem de Solvência: O cálculo leva em conta os últimos doze meses de receita e os últimos 36 meses de sinistros. Antes, para as seguradoras, era de 36 meses de receita e 60 de sinistros. Portanto, para as seguradoras que observaram aumento na sinistralidade no passado recente, a regra deve impor maior volume de margem de solvência. A norma também dá o prazo até o fim de 2010 para eventuais ajustes de capital necessários para adequação da margem de solvência;
- Incorporação do resultado financeiro no resultado operacional. Esta mudança nas demonstrações contábeis equipara as demonstrações utilizadas nos mercados securitários na medida em que se considera o resultado da operação como um todo como sendo a soma da gestão assistencial e da gestão dos recursos financeiros. (ALVES, 2015, p. 95-96).

Terceira Fase – de 2010 a 2012

As administradoras de benefícios ganham sua regulação própria em 2009 através da RN 196. Foi definido que as administradoras poderão contratar plano coletivo na condição de estipulante ou prestar serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde, podendo, inclusive, efetuar a cobrança ao beneficiário, além de atuarem somente na intermediação entre clientes e as operadoras de planos de saúde. Os planos coletivos por adesão também sofreram ajustes com a RN 195/06 que passou a exigir das operadoras a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.

A partir de 2010 ganham destaque os questionamentos sobre a forma de reajustar os preços dos planos. Como afirma o autor:

Em 2010, a ANS realizou uma câmara técnica com o objetivo de discutir a atual sistemática de reajustes dos planos individuais, com vistas à construção de um possível novo modelo para o setor. O modelo proposto deveria refletir com maior eficiência a variação dos custos na saúde suplementar, contemplando, ainda os esforços das operadoras de planos de assistência à saúde para melhoria da

produtividade/qualidade/eficiência em suas atividades. Também, foi avaliada a previsão de capturar eventuais variações geradas por eventos exógenos nos custos dos planos individuais e/ou familiares. Em outubro de 2010, a câmara técnica foi suspensa para a formação de um grupo técnico encarregado de realizar estudos da nova metodologia. Depois de vários estudos, à ANS chegou à conclusão de que é necessária a ampliação da série histórica dos dados das operadoras, para que seja possível reavaliar a evolução dos custos do setor. Com isso, a câmara técnica foi encerrada sem concluir o debate.

Em 2011, após notícias reverberadas sobre elevados reajustes aplicados em pequenas e médias empresas, a ANS instalou câmara técnica com o objetivo de discutir a introdução do Pool de Risco para apuração do reajuste anual de contratos coletivos com menos de 30 beneficiários. Após debates na câmara, foi aberta uma consulta pública sobre o tema, que resultou na RN 309/12. A resolução previu que a operadora é obrigada a formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. O agrupamento foi realizado em três subgrupos: planos sem direito a internação; internação sem obstetrícia e internação com obstetrícia. As operadoras tiveram um ano para aditar os atuais contratos as novas regras. Em 2010, a ANS abriu uma câmara técnica para regulamentar os artigos 30 e 31 da Lei 9.656 que tratam da possibilidade de permanência no plano de saúde nos casos de aposentadoria ou demissão sem justa causa. A necessidade de nova regulamentação era importante, em função dos questionamentos encaminhados à ANS sobre o tema que não encontraram resposta nos normativos em vigor. No final de 2011, a ANS regulamentou os artigos na RN 279/11. A resolução define algumas regras tais como, o direito de extensão do plano de saúde para planos contributivos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou anteriores a esta data, mas adaptados à Lei 9.656. A contribuição é definida como qualquer valor fixo pago pelo empregado, inclusive desconto em folha de pagamento, exceto coparticipação em eventos ou franquia e valores pagos relacionados aos dependentes/agregados; tempo de contribuição; a permanência dos dependentes em caso de morte do titular do plano. Entretanto, o principal ponto da regulamentação está na possibilidade de a operadora formatar um pool de risco apenas com os inativos. A criação deste grupo de risco específico para inativos traz maiores riscos à operação, na medida em que a precificação e o reajuste baseados no custo do risco dessa classe terá enorme dificuldade de prosperar, seja em função da restrição orçamentária, seja mediante a provável Judicialização do tema. Ainda em 2012, algumas entidades das operadoras tentaram judicialmente mostrar os impactos negativos da regulamentação. (ALVES, 2015, p. 96-97).

Essa mudança na precificação gerou problemas, e fez com que a ANS e a operadoras se reunissem novamente para resolver esses problemas. De acordo com o autor:

A ANS e representantes dos hospitais e das operadoras de planos de saúde assinaram, em 6/12/2012, acordo para adoção de novos modelos de remuneração dos atendimentos feitos aos clientes dos planos de saúde, buscando a utilização de boas práticas de gestão, tanto nos hospitais quanto nos planos de saúde. No atual modelo de remuneração dos hospitais, denominado “conta aberta por unidade de serviço” (fee-for-service), cada item utilizado na internação do paciente é detalhado na conta, após um processo de faturamento em que profissionais de saúde contratados pelo hospital analisam a internação. Nesse modelo, os planos de saúde também têm grandes equipes contratadas para rever as contas e discutir valores e quantidades cobrados. No novo modelo proposto o peso administrativo é menor, pois os itens frequentes em uma internação passam a ser cobrados de forma agrupada. O objetivo é fazer com que os hospitais passem a oferecer produtos completos aos planos de saúde. Para isso, os hospitais teriam que reformular os protocolos e diretrizes para realização de cada tipo de procedimento. Para o desenvolvimento da referida proposta, a ANS coordenou um grupo de trabalho composto por representantes dos hospitais e dos planos de saúde. O tema ainda aguarda equacionamento por parte dos agentes envolvidos. (ALVES, 2015, p.98).

A partir de 2009, de acordo com o autor:

uma série de transações envolvendo hospitais, laboratórios e farmácias alavancou a consolidação de grandes redes no Brasil e consolidou a verticalização do setor. No final de 2010 a ANS realizou pesquisa com as operadoras para identificar o tempo médio utilizado na liberação de procedimentos. A pesquisa não teve nenhum motivo especificado.

Após esta pesquisa a ANS regulamentou o prazo de atendimento dos serviços de saúde que deverão ser garantidos aos consumidores. O atendimento às consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento, contados da sua solicitação junto à operadora. As regras foram regulamentadas na RN 259/11. A norma também garantiu que o beneficiário tenha acesso a tudo o que contratou, determinando que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, mas não garante que a alternativa seja a de escolha do beneficiário. Está prevista, ainda, a garantia do transporte do consumidor caso não haja oferta de rede credenciada em seu município e nos municípios limítrofes. Onde não existirem prestadores para credenciamento, a operadora poderá oferecer a rede assistencial nos municípios vizinhos que pertençam a sua região de saúde. Em 2010 a ANS realizou câmara técnica para rever as regras de Portabilidade Especial para os casos de liquidação extrajudicial de operadoras, e a possibilidade de extensão da previsão contida na RN 186/09 para os beneficiários detentores de planos coletivos por adesão na origem, bem como ampliação do período para o exercício da portabilidade que era limitado ao mês de aniversário do contrato do beneficiário e o subsequente. Após três reuniões o tema foi objeto de consulta pública e regulamentado na RN 252/11. As novas regras deixaram a abrangência geográfica do plano como critério para a compatibilidade entre produtos, o período para o exercício da portabilidade passa para quatro meses, a partir do mês de aniversário do contrato e a permanência mínima no plano é reduzida para um ano a partir da segunda portabilidade. O direito à portabilidade foi estendido aos beneficiários de planos coletivos por adesão novos ou adaptados. Foi instituída a portabilidade especial para o beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial, caso a transferência compulsória de carteira tenha sido frustrada. (ALVES, 2015, p.98-100).

Quarta Fase: de 2012 a 2015

Em 2010 passa-se a existir uma preocupação maior com o tratamento das operadoras junto aos clientes, para resolver eventuais conflitos assistenciais. Segundo Alves (2015):

A ANS realizou uma consulta pública com o objetivo de criar um procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP. Na sua primeira formatação, regulamentada pela RN 226/10, a NIP tinha apenas a função de solucionar os conflitos assistenciais, por demandas de negativa de cobertura. No ano seguinte, com a regulamentação dos prazos de atendimento à ANS desencadeou um processo de monitoramento assistencial e acompanhamento das garantias de atendimento. A NIP foi considerada o insumo principal para estes novos processos. No final de 2011, a ANS divulgou, pela primeira vez, o número de reclamações recebidas pela NIP. Em 2012, ANS realizou três ciclos de monitoramento da garantia de atendimento e, pela primeira vez, suspenderam a comercialização de alguns planos de saúde de algumas operadoras. Esta ação teve grande repercussão na imprensa.

Com o resultado positivo, a ANS reviu o campo de atuação da NIP e ampliou o seu escopo na RN 343/13, alterando o nome para Notificação de Intermediação Preliminar – NIP e criando um desdobramento entre NIP assistenciais e não assistenciais. As operadoras, por sua vez, sempre se manifestaram sobre a fragilidade da metodologia da ANS utilizada para avaliar e suspender as operadoras. Os argumentos foram pertinentes ao que fez com que ANS instaurasse um Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento com o

objetivo de trocar informações entre a sociedade e a Agência em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento.

Após pressões dos prestadores de serviço de saúde, foi editada a Lei 13.003/14 que tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. A ANS instituiu câmara técnica e realizou audiência pública para tratar da regulamentação do tema. Entidades representativas das operadoras, profissionais de saúde, além do Ministério Público, Ministério da Fazenda e outros órgãos do governo federal, e também os órgãos de defesa do consumidor tiveram a oportunidade de participar ativamente com contribuições para a regulamentação. (ALVES, 2015, p. 100)

No início de 2015, a Agência regulamentou as obrigatoriedades da Lei 13.003/14 nas RN 363, 364 e 365. Essa regulamentação reforça a necessidade e obrigação dos contratos escritos e do detalhamento das responsabilidades e deveres de cada uma das partes do contrato, especialmente por parte das operadoras. De acordo com essa nova lei, a ANS passou a ter a atribuição de estabelecer um índice de reajuste em casos específicos, quando não houver consenso entre as operadoras e prestadores sobre os índices de correção aos serviços contratados. O índice escolhido pela ANS foi o IPCA, ou Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, que deve corrigir o contrato equivalendo ao acúmulo do valor nos últimos 12 meses anteriores à data de assinatura do contrato. (ALVES, 2015).

A questão da solvência das operadoras volta a ser destaque na quarta fase. Segundo Alves (2015):

A ANS instituiu grupo de trabalho em 2013 para estudar novos modelos de solvência e verificar a necessidade de se adequar o modelo brasileiro. Foram analisados o Modelo Americano de Solvência para Saúde, conhecido como Risk Based Capital – RBC. O modelo RBC é baseado em fatores, segmentados em diversos riscos, aplicados a valores determinados (prêmios, provisões etc). Os riscos são agregados a partir de uma matriz de correlação, porém bem simplificada, com correlações iguais a 1 ou zero. Cada estado define um modelo para determinar o nível de supervisão em função da deficiência encontrada. Também foram avaliados os desenvolvimentos mais recentes, tais como o ORSA (Own Risk Solvency assessment), ainda em estágio de implantação. Estudos estão sendo feitos para aprimorar o modelo, incluindo os riscos de catástrofe e operacional.

O Modelo Europeu de Solvência para Saúde, cuja base ainda é o modelo Solvência I, é parecido com o modelo atual da ANS. Os europeus buscam a convergência para o modelo de Solvência II, com vários testes já realizados. A demora na implantação do Solvência II fez com que vários países fizessem adaptações ao modelo Solvência I e a previsão de implantação é 2016/2017. Estão avaliando o Risco de Subscrição e para longo prazo, diversos cenários de stress foram realizados em relação aos seguintes subriscos, com a devida correlação entre eles: prêmio, provisão, cancelamento, mortalidade, longevidade, despesas, morbidade e catástrofe. Para o curto prazo, aplicação de fatores a Prêmios e Provisões e cenário de stress no cancelamento. Para os riscos de mercado, os cenários de stress consideram choques na taxa de juros, mercado de renda variável, imobiliário, concentração, risco cambial e etc. Adicionalmente, risco de crédito e risco operacional também entram na equação de solvência. (ALVES, 2015, p. 101)

Na revisão do Rol de Procedimentos ocorrida em 2013 com a Lei 12.880, as operadoras passaram a ser obrigadas a fornecer medicamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos

radioterápicos para tratamento de câncer, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes. Outra novidade foi a Lei 12.738/12 que obrigou as operadoras a fornecerem bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, cujo fornecimento foi regulamentado pela RN 325/13 da ANS (ALVES, 2015).

Quinta Fase: De 2015 em diante

Chegando à última fase classificada pelo autor em seu livro, o autor explicita:

No primeiro semestre de 2015, atendendo determinação do Tribunal de Contas e do Ministério Público, a ANS iniciou a cobrança do Ressarcimento ao SUS para os procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidades (APAC). Além das APAC, a ANS alterou a metodologia das cobranças dos juros sobre os valores que devem ser reembolsados. A partir da nova metodologia o cálculo será feito com base no valor da data de registro da notificação pela Agência. Todos os procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidades acima de R\$ 100,00 passam a ser cobrados. Até então, as operadoras ressarciam o SUS apenas nos casos de internações de beneficiários na rede pública de saúde.

O Laboratório de Inovação foi criado em março de 2015 com o objetivo de avaliar estudos e pesquisas sobre os temas relacionados ao desenvolvimento, sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, além de discutir políticas regulatórias. Inicialmente foram selecionados os seguintes temas:

- Nova metodologia do Ressarcimento ao SUS e início da cobrança de Autorização para Procedimento Ambulatorial – APAC. Em suma, a ANS criou sistema híbrido para envio do Aviso de Beneficiário Identificados (ABIs) para as Operadoras (Sistema Persus), e começou a cobrar juros desde o momento do aviso da impugnação pela operadora. Também deu início à cobrança das APAC.
- Introdução do Cartão Nacional de Saúde – CNS como instrumento efetivo no setor, principalmente no tocante à portabilidade individual de informações. A ANS, juntamente com DATASUS, permite a obtenção da informação em lote pela operadora. Trata-se de política de governo (Ministério da Saúde) na busca de uniformização de informações entre os sistemas público e privado e a utilização para prontuário eletrônico.
- Uso das informações do TISS como instrumento de transparência e redução da assimetria de informação – Inspirada no trabalho do think tank americano HCCI (Health Care Cost Institute) que divulga informações detalhadas de uma grande variedade de itens de custos das operadoras nos E.U.A e também disponibiliza sistema de consultas on line disponibilizado (guroo.com), a ANS prepara a disponibilização dessas ricas bases de dados oriundas da TISS.
- Ações para a qualidade na saúde suplementar – A ANS começa a divulgar bases de dados integradas com indicadores relacionados à qualidade como acreditação, IDSS, dentre outros, além de dados de reclamações e financeiros. O objetivo é dar ampla transparência para o consumidor. (ALVES, 2015, p.105-106).

Araújo e Silva (2018) observam um aumento da sinistralidade entre 2003 e 2014, o que aumenta a despesa das operadoras, e isso tende a levar ao prejuízo operadoras menos consolidadas. Os autores levantam alguns pontos que também são de investigação nesta dissertação, os quais são: É observada o aumento da demanda ao longo dos anos, e o setor apresenta características econômicas que seriam vantajosas para novos entrantes. Por que então se observa uma redução gradual na oferta? Essa redução levará a uma concentração de mercado

tão grande a ponto de tornar inviável a operação de até mesmo somente uma operadora, monopolista, devido ao aumento crescente de custos operacionais? Cordilha e Lavinias (2018) acabam dando uma resposta indireta para esta pergunta, ao analisar a transformação financeira de empresas do setor. As autoras concluem que no Brasil o mercado apresenta um grande potencial de expansão, que em conjunto com uma deterioração do serviço público de saúde, propicia ganhos potenciais a novos entrantes. Porém, esse aumento de capacidade de ganhos na saúde suplementar, segundo as autoras, vem às custas da piora do serviço público de saúde, fazendo com que os modelos que serviriam como complementares funcionem como rivais, à medida que a piora no serviço público de saúde e a demora no agendamento de consultas e cirurgias leve pessoas à contratação de planos de saúde, além do fato da grande parcela de planos contratados serem coletivos, ou seja, contratados pelos empregadores, com custo zero ao trabalhadores que passam a ser atendidos pelo serviço privado de saúde, como defendido por Malta *et al.* (2017).

3.18 Solvência como fator determinante

Para entender qual a importância da margem de solvência, antes é necessário entender a estrutura de cálculo da precificação dos planos. Em geral, a fórmula utilizada é:

$$\text{Preço (Prêmio) do plano} = \text{Custo do Risco} + \text{Margem de Carregamentos de Despesas} \\ + \text{Margem de Segurança Estatística} + \text{Margem de Lucro}$$

Naturalmente, para manter um negócio economicamente viável não se pode abrir mão de um valor mínimo de margem de lucro. No caso dos planos individuais, o custo do risco está baseado na média de utilizações de um indivíduo que ocupa a uma idade no intervalo etário determinado pela ANS. Assim como qualquer outro seguro, o operador de plano de saúde trabalha dentro de margens estatísticas, ou seja, não consegue prever de maneira precisa qual será a verdadeira utilização do serviço por parte dos clientes. Isso é especialmente importante no setor de saúde suplementar pois muitos dos custos não conseguem ser previamente antecipados, fazendo com que as operadoras incorressem em prejuízos permitindo a utilização de serviços que não constavam na previsão da operadora. Isso será mais bem explorado na seção seguinte que trata do rol taxativo.

A precificação dos planos respeita determinadas faixas, e é dividida em três momentos, sendo o primeiro anterior à Lei nº 9656/98, o segundo posterior à essa lei e o terceiro após o

Estatuto do Idoso, em 2004, sendo este o válido para a maioria dos planos em vigência atualmente. Neste modelo atual, a variação do preço entre a sétima até a décima não pode ser superior à variação de preço entre a primeira e a sétima faixas. Na classificação mais recente, nota-se uma divisão mais ampla entre as faixas, o que faz com que haja uma suavização no valor de acréscimo e decréscimo dos prêmios com a mudança de faixa.

De forma geral, tem-se:

Figura 15 – Faixas de precificação dos planos de saúde

		Antes da Lei 9.656/98	A partir da Lei 9.656/98	A partir do Estatuto do Idoso
		Até 1998	1999 a 2003	2004 em diante
Faixas	Não definidas		0 a 17	0 a 18
			18 a 29	19 a 23
			30 a 39	24 a 28
			40 a 49	29 a 33
			50 a 59	34 a 38
			60 a 69	39 a 43
			70 ou mais	44 a 48
				49 a 53
				54 a 58
				59 ou mais
	Fixado em contrato	Valor da última faixa ≤ 6 vezes o valor da primeira		
		variação da 7ª a 10ª ≤ variação da 1ª a 7ª		

Fonte: Alves (2022).²

A solvência das operadoras ganhou destaque nos procedimentos regulatórios ocorridos até o ano de 2015. Solvência, ou margem de solvência, representa a capacidade da operadora de honrar seus compromissos financeiros. Um ponto importante que envolve a solvência de operadoras é o fluxo de caixa, visto que por se tratar de uma atividade relacionada a um seguro, há o pagamento prévio por parte do cliente antes da utilização do serviço (em modelos de

² ALVES, S. L. Precificação de Planos de Saúde: Risco e Incerteza sobre o Rol de Procedimentos. **WebAdvocacy**, 2022. Disponível em: <https://webadvocacy.com.br/2022/07/04/precificacao-de-planos-de-saude-risco-e-incerteza-sobre-o-rol-de-procedimentos/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

coparticipação por exemplo, no qual há o pagamento de um valor fixo por mês mais um valor por procedimento realizado). Esse pagamento fixo pode causar a falsa impressão na operadora de uma solidez financeira relativa a um fluxo de caixa adiantado, mas não necessariamente significará que essa operadora possui condições de arcar com seus compromissos. Mesmo em períodos de crise, como foi testemunhado durante a pandemia, é necessário que as operadoras sejam capazes de se sustentarem financeiramente.

Fidelis *et al.* (2019) abordam de maneira aprofundada a regulação específica acerca da capacidade de solvência das operadoras. Os autores classificam a regulação em três momentos distintos. No primeiro, através da RDC nº77 de 2001, estabeleceu-se o cálculo da margem de solvência, que corresponde ao Patrimônio Líquido da operadora ajustado para efeitos econômicos, para cobrir os valores de 0,2% vezes a soma dos últimos 12 meses de 100% das contraprestações/prêmios da modalidade de preço preestabelecido e de 50% das contraprestações/prêmios na modalidade de preços pós-estabelecidos, ou 0,33 vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de 100% dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

No segundo momento, de acordo com Fidelis *et al.* (2019), segundo a Instrução Normativa 14 de 2007 e a Resolução Normativa 209 de 2009, as operadoras ficam livres para optar por utilizar o modelo baseado nos próprios riscos ou utilizar fórmulas com percentuais fixos. E o terceiro momento, através da Instrução Normativa 51 de 2015, foram regulamentados os critérios para a substituição da fórmula do cálculo de solvência, com a utilização do modelo próprio baseado nos riscos das operadoras, como já foi visto em seção anterior em Alves (2015).

Tratando novamente da pandemia, observou-se um aumento bastante grande da utilização dos serviços de saúde suplementar, especialmente internações e testes de COVID. Guerra, Salinas e Gomes (2020) explicitam que a legislação regulatória durante o início e o auge da pandemia sofreram alterações que fossem condizentes com a necessidade de uma atenção maior dos planos quanto às necessidades dos clientes, ou seja, disponibilizar mais serviços relativos à demanda de pacientes com sintomas e casos confirmados de COVID. Segundo os autores, a ANVISA foi de longe a agência reguladora que mais criou medidas no combate à pandemia, mais do que a própria ANS. Essa, por sua vez, ficou em terceiro lugar na criação de medidas de combate e cuidados no ano de 2020, ficando atrás de ANVISA e ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil).

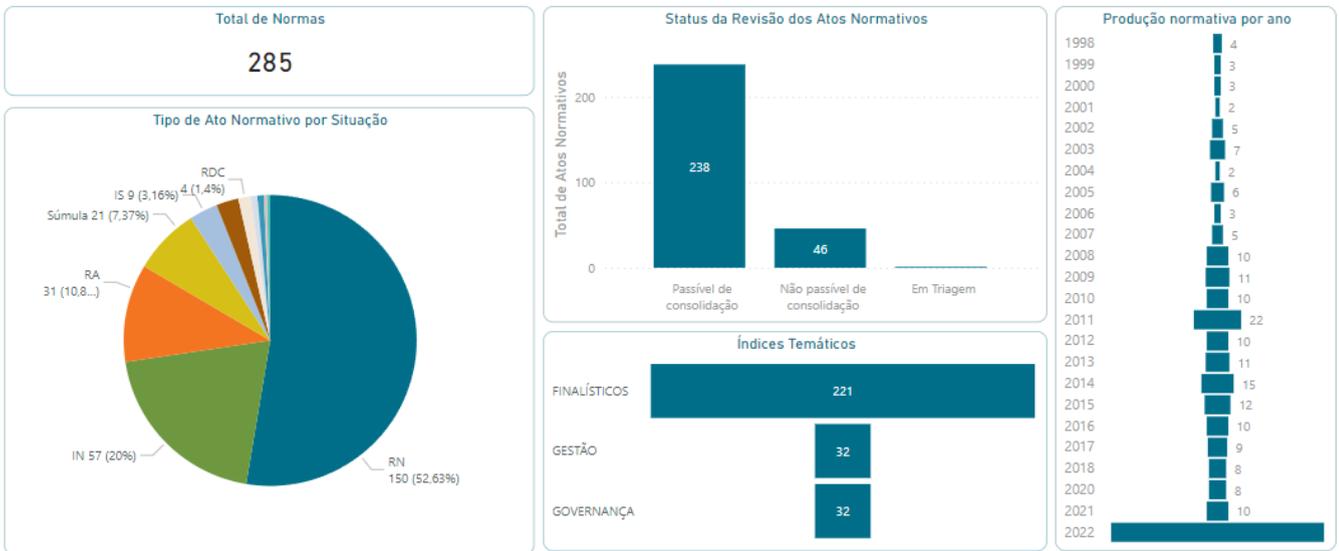
Possas (1996) aponta a definição de mercado relevante como oriunda da Lei nº 8884/94, que define mercado relevante como um produto ou grupo de produtos em uma área específica, na qual ele é produzido ou vendido, e uma firma hipotética maximizadora de lucros poderia

praticar um aumento no preço desse produto, supondo tudo mais constante. Aranovich e Leandro (2021) detectam a existência de mercados relevantes concentrados na saúde suplementar, e essa tendência se intensificou ao longo da pandemia, que fez com que apenas operadoras com margem de solvência substancial conseguissem arcar com o aumento da sinistralidade, ou seja, com um aumento na utilização dos serviços do plano pelos clientes. Os autores chegam à conclusão em seu trabalho que os mercados relevantes são altamente concentrados em 44% dos mercados relevantes de operadoras de planos coletivo-empresariais, em 75% dos planos coletivos por adesão e 91% dos planos individuais. Os autores observam também que, ao se analisar os principais grupos econômicos atuando no setor, a maioria deles representa grupos verticalizados em mais de um mercado relevante.

3.19 Produção Normativa da ANS em números

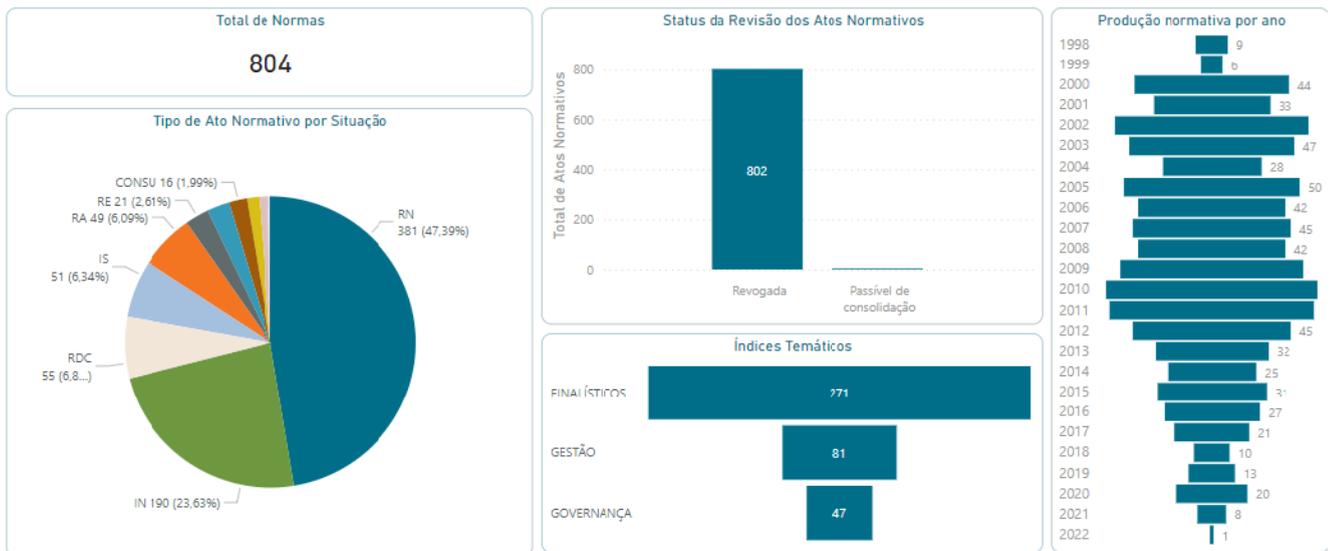
Abaixo está toda a produção normativa da ANS. Observa-se que foram estipuladas no total, até a presente data, 1089 normas, sendo 285 normas ativas e 804 revogadas. O termo “normas” representa todas as possíveis formas de produção normativa e regulatória, como explicitado na página 70 deste trabalho. Observa-se uma produção elevada no ano de 2022 e uma tendência de queda nas revogações normativas a partir de 2011. No mesmo ano de 2011 observa-se um número relativamente elevado de produção normativa, destoando dos 10 anos anteriores e representando um valor superior ao que seria produzido anualmente na sequência, sendo este o segundo maior ano de produção regulatória, ficando atrás somente do ano de 2022.

Figura 16 – Normas Ativas da ANS em 2022



Fonte: ANS ([s.d.])b).

Figura 17 – Normas revogadas da ANS até 2022



Fonte: ANS ([s.d.])b).

3.20 Ações regulatórias da ANS durante a pandemia

Inevitavelmente, a ANS foi instigada a agir durante a pandemia. Como foi constatado na seção anterior, ela foi a terceira agência reguladora que mais promulgou medidas regulatórias no ano de 2020. As normas ao longo do ano promulgadas pela agência tiveram como foco a

preservação dos contratos, a remarcação de cirurgias eletivas e o reagendamento e cancelamento de exames que não tinham como doença de origem a COVID. De acordo com Andrietta *et al.* (2021), a ANS demorou para se manifestar e se posicionou de maneira similar às operadoras, ou seja, deu preferência pela manutenção dos contratos já estabelecidos e pela garantia dos planos e procedimentos que constavam nos contratos. Ainda de acordo com Andrietta *et al.* (2021) a primeira regulação específica da ANS foi a RN 453 de 12 de março de 2020, que obrigava o plano a cobrir o teste RT-PCR apenas quando o paciente se enquadrasse na definição de “caso suspeito”, classificação por sua vez dada pelo Ministério da Saúde. Em 25 de março em reunião extraordinária foram prorrogados os prazos máximos de atendimento de consultas, exames, terapias e cirurgias não urgentes (eletivas). Em 31 de março foi regulamentada a telessaúde através de uma reunião da Diretoria Colegiada. Esse novo formato de atendimento permitiu que ocorressem consultas não-presenciais. Essa medida foi tomada em acordo com as operadoras e prestadoras de serviço, e foi acordado que a permissão para o funcionamento da telemedicina tivesse vigência enquanto a o estado de pandemia permanecesse. Também em 31 de março houve o congelamento da margem de solvência retroativo ao mês de março de 2020, e um adiamento para 2021 da demonstração de provisões para o pagamento de passivos das operadoras, permitindo que muitas operadoras pudessem utilizar esse adiamento para se alavancar financeiramente, aproveitando um cenário macroeconômico de redução de taxa de juros, ou seja, redução do custo de capital. Em 4 de abril, em reunião da Diretoria Colegiada, foi decidida a suspensão de ativos garantidores de provisão relativa ao pagamento dos serviços de saúde por parte das operadoras, e foi assinado um termo de compromisso exigindo que as operadoras mantivessem os planos previamente contratados, mesmo em caso de perda de emprego (no caso de planos coletivo-empresariais). Em 9 de junho houve a retomada do agendamento e realização de procedimentos eletivos, e em 26 de agosto há a mais importante e mais onerosa decisão para os planos, que é a proibição do reajuste entre agosto e dezembro dos planos que possuem reajustes anuais e proíbe o reajuste dos planos que são reajustados pela mudança na faixa etária. Em 2021, devido à queda nas despesas assistências durante a pandemia houve um reajuste negativo de 8,19%, nos planos individuais, ou seja, uma redução nessa magnitude. Esses reajustes, por sua vez, vieram de forma acumulada em 2022, com previsão de reajuste para o ano de 2022 dos planos individuais na faixa de 15,5%³.

³ PINCER, P. Presidente da Comissão de Defesa do Consumidor critica ANS por reajuste em planos de saúde. **Rádio Senado**, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/05/30/presidente-da-comissao-de-defesa-do-consumidor-critica-ans-por-reajuste-em-planos-de-saude>. Acesso em: 22 jun. 2022.

3.21 Regulação e o rol de procedimentos

O chamado Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde representa uma lista que engloba todos os procedimentos que devem obrigatoriamente ser cobertos pelos planos de saúde que foram contratados a partir de 1º de julho de 1999. Mesmo não estando explícitos no contrato assinado entre operadora e cliente, ou seja, entre ofertante e demandante, mas se estiver explícito no rol, ele necessariamente deve ser coberto pelo plano. O rol passa por constantes atualizações, todas elas decididas pela ANS predominantemente através de RNs e RDCs.

Figura 18 – Lista com as atualizações no Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde antes da última alteração

Normativo	Vigência
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 41/2001	14/01/2000 a 06/05/2001
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004
Resolução Normativa - RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007
Resolução Normativa - RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008
Resolução Normativa - RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa - RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014
Resolução Normativa - RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016
Resolução Normativa - RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018
Resolução Normativa - RN nº 428/2017	Desde 02/01/2018

Fonte: ANS ([s.d.]).

Recentemente, no dia 8 de junho de 2022, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ)⁴ referendou como taxativo o Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde. Na prática, ele

⁴ UNIMED BRASIL. Entenda o Rol Taxativo da ANS sobre a cobertura dos planos de saúde. **Unimed**, 2022. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/web/cuiaba/-/entenda-o-rol-taxativo-da-ans-sobre-a-cobertura-dos-planos-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 23 jun 2022.

faz com que somente os procedimentos que constem na lista desse rol sejam cobertos pelos planos, ou seja, evita, ou ao menos tenta evitar, interpretações diferentes do que consta na lista da ANS. É uma tentativa por parte das operadoras de minimizar assimetrias de informação entre o que de fato consta no rol e outras interpretações por parte dos clientes. Com isso, a ANS tenta reduzir a judicialização da saúde deixando explícitos os procedimentos que obrigatoriamente devem ser cobertos pelos planos. Essa mudança vale para todos os planos contratados a partir da vigência da Lei nº 9.656/1998, ou seja, todos os planos que são regulados pela ANS.⁵

São importantes algumas observações acerca dessa mudança recente no rol de procedimentos. Percebe-se um movimento regulatório da ANS que beneficia as operadoras, fazendo com que tratamentos experimentais, que não constam nos contratos e nem no rol de procedimentos, não tenham a obrigação de serem cobertos pelos planos. Alguns clientes, por sua vez, perderão a cobertura desses serviços. É digno de observação quais serão os próximos passos a serem tomados pela ANS e por uma eventual redução da judicialização na saúde suplementar.

⁵ ONCOGUIA. FAQ – O que significa Rol Taxativo? **Oncoguia**, 2022. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/faq-o-que-significa-rol-taxativo/15450/8/>. Acesso em: 23 jun 2022.

4 METODOLOGIA

4.1 Métodos e Técnicas

O método e técnicas utilizados buscam identificar como se deu o comportamento da saúde suplementar no Brasil durante o período em que o setor passou a ser regulado oficialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A investigação ocorrida neste trabalho buscou entender fatores e motivos que levam o setor a apresentar uma característica de mercado concentrado.

4.2 Tipo de pesquisa

Com relação aos objetivos da pesquisa, Selltiz *et al.* (2007) defenderam que no campo das ciências sociais, existem três classificações: Exploratório, Descritivo e Causal. O exploratório permite ao pesquisador uma maior intimidade com o objeto de estudo, e permite também um aperfeiçoamento do conteúdo da investigação. O descritivo permite ao pesquisador descrever e caracterizar um problema observado em uma determinada população, e nessa caracterização o pesquisador deve se ater a todos os detalhes que julgar relevantes para a compreensão do fenômeno. Compreendidos esses fatores, cabe ao pesquisador identificar variáveis relevantes para o objeto de estudo e relacionar essas variáveis utilizando métodos estatísticos e computacionais. E o causal busca identificar elementos e variáveis que possuem relação entre si e atuam conjuntamente na ocorrência de um fenômeno observado.

4.3 Escolha do método

As metodologias de pesquisa são maneiras pelas quais o pesquisador busca caminhos diferentes que o auxiliem na busca de resultados, ou seja, maneiras pelas quais se encontra a possibilidade de se aliar teoria com prática. O método de pesquisa é escolhido de acordo com o ferramental que se dispõe e do campo de estudo em que se baseia a investigação. O método serve como guia para a utilização de diferentes abordagens teóricas, levando em consideração a natureza da ciência que se investiga, suas características e possibilidades de exploração.

O rigor metodológico nas ciências sociais é um fator importante para a robustez dos trabalhos. O pesquisador deve se atentar com os procedimentos a serem tomados, analisar relações estatísticas respeitando a limitação inerente ao campo social de estudo, visto que existem limitações ao uso do ferramental estatístico para compreender plenamente o comportamento humano.

Friedman (1953), proponente do instrumentalismo oriundo da Universidade de Chicago, afirmava que “ciência é previsão”. Portanto, uma boa pesquisa e um resultado válido seria aquele que permitisse ao cientista obter alguma capacidade preditiva com sua pesquisa. Em seu livro de 1967, Raymond Aron lista alguns cuidados que o cientista social precisa tomar ao realizar análises quantitativas e que permita a ele a compreensão dos fenômenos sociais. Listando os fatores, temos (ARON, 2008):

- O cientista social não pode arbitrariamente selecionar quais variáveis são relevantes e quais não são relevantes, baseados em critérios estabelecidos pelo próprio cientista;
- O cientista social deve evitar o uso arbitrário de palavras e conceitos para definições de variáveis julgadas importantes na pesquisa em questão;
- O cientista social não deve generalizar fenômenos observados em sua pesquisa e assumir que, a partir do resultado obtido, pode inferir que o mesmo resultado será obtido para diferentes amostras utilizando o mesmo método;
- Não se deve escolher o que é importante e o que é supérfluo em pesquisas sociais;
- A pesquisa social deve ser aberta, portanto o cientista deve estar preparado para críticas e para discutir tanto os resultados quanto a condução da pesquisa. Deve-se evitar argumentos de autoridade e reduções argumentativas, além de se evitar ao máximo falácias lógicas na discussão.

4.4 Métodos Mistos

Como exposto por Santos et al. (2020), métodos mistos representam uma abordagem que utiliza a integração entre a pesquisa quantitativa e qualitativa no mesmo estudo, a fim de fornecer uma maior capacidade de explicação para um fenômeno observado. Com ela realiza-se o estudo, análise e características do mundo físico sem a opinião do pesquisador neste processo. A finalidade deste tipo teórico de pesquisa é observar, registrar e analisar os fenômenos observados. O método descritivo pode ser compreendido como uma análise de relações entre as variáveis utilizadas para uma consolidação dos efeitos oriundos dessas variáveis, e tentar achar uma relação de causa e efeito essas variáveis. É importante afirmar que métodos mistos tentam aproximar a abordagem quantitativa e qualitativa ao invés de segregar essas abordagens e torná-las concorrentes, especialmente em pesquisas na área de Administração, como mostrado por Azevedo *et al.* (2013).

4.5 Pesquisa Quantitativa e Qualitativa

Cooper e Schindler (2016) definem pesquisa qualitativa como sendo um arranjo de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever, decodificar e traduzir o significado, e não a frequência, de um determinado fenômeno observado. Durante a análise, o cientista utiliza material coletado através de pesquisas de campo, entrevistas e coletas de dados primários, analisa esse conjunto de informações e chega a uma conclusão. Essa forma de interpretação científica envolve certo grau de subjetivismo na interpretação das informações obtidas, e renuncia à tentativa de quantificação. Neste trabalho, não houve a preocupação e o interesse em se quantificar variáveis ou fenômenos, mas houve a preocupação em entender fenômenos a partir da ótica do pesquisador, da literatura e da percepção, também subjetiva, dos entrevistados. Por esse motivo, o trabalho em questão classifica-se como uma pesquisa qualitativa.

Figura 19 – Diferenças entre pesquisas quantitativas e qualitativas

	Pesquisa Qualitativa	Pesquisa Quantitativa
Foco da pesquisa	Entender e interpretar	Descrever, explicar e prever
Envolvimento do Pesquisador	Alto	Limitado
Propósito da pesquisa	Compreensão profunda, construção de teorias	Descrever ou prever, testar teorias
Design da Amostra	Não-probabilística	Probabilística
Tamanho da Amostra	Pequena	Grande

Fonte: adaptado de Cooper e Schindler (2016).

Um método que se assemelha ao que foi utilizado neste trabalho é a triangulação metodológica. Essa abordagem possui diferentes definições, mas as mais importantes e relevantes para este trabalho são as de Denzin e Lincoln (2005), que definem a triangulação como sendo uma combinação de métodos distintos para se analisar o mesmo fenômeno, de modo que se consolide a construção de uma realidade social. É permitido ao cientista aplicar diferentes arcabouços teóricos para um mesmo conjunto de dados e, após a interpretação desses dados, entender a realidade que se mostra através da combinação entre teoria e informações mensuráveis. Davidson (2005) pontua que, apesar de serem utilizados diferentes arcabouços

teóricos e diferentes métodos, os dados devem ser analisados em conjunto, e as conclusões devem ser baseadas nos dados como um todo. Flick (2013) traz uma definição relevante sobre triangulação metodológica. O autor afirma que o conceito significa assumir diferentes visões de mundo como ponto de partida, combinando diferentes tipos de dados sob uma abordagem teórica em comum, acrescido de uma fonte de dados ou de um cientista. Creswell e Plano Clark (2013) apud Zeppellini e Feuerschütte (2015) abordam a triangulação como um método que permite a utilização conjunta de diferentes metodologias, e comparam ela com a pesquisa quali-quantitativa, que também utiliza dois métodos conjuntamente. Abdalla et al. (2013) afirma que a triangulação metodológica surge como forma de amenizar o embate entre as correntes quantitativistas e qualitivistas, amenizando também o problema da credibilidade de pesquisa ao combinar diferentes estratégias de investigação e diferentes formas de se coletar dados e informações.

Neste trabalho julga-se que houve uma aproximação no formato da realização da pesquisa com a triangulação metodológica, pois a partir de diferentes arcabouços teóricos, diferentes teorias da regulação e perspectivas sobre a competição ⁶, houve a preocupação de entender e interpretar um mesmo fenômeno, a tendência à concentração de mercado no setor de saúde suplementar.

4.6 Etapas da Pesquisa

Para atingir o objetivo proposto, foi utilizada inicialmente uma revisão bibliográfica. A revisão bibliográfica envolve a procura e leitura da bibliografia já publicada referente ao temada pesquisa. Esta metodologia tem por objetivo permitir ao autor estar frente do que já foi produzido a respeito do assunto que pretende explorar (LAKATOS, E.; MARCONI M., 2008). Na revisão bibliográfica constam as seguintes etapas, de acordo com Gonçalves (2005): escolha do tema, levantamento bibliográfico, formulação do problema, elaboração do plano provisório do assunto, busca de fontes, estudo do material, catalogação, organização lógica do assunto e redação do texto.

Feita a revisão bibliográfica, a segunda etapa da pesquisa foi a elaboração de perguntas para a condução de entrevistas semiestruturadas. De acordo com a classificação de Cooper e Schindler (2016), foram realizadas “Entrevistas Individuais em Profundidade”. Foram realizadas cinco entrevistas de maneira virtual, utilizando as ferramentas *Google Meet* e *Microsoft Teams*, e essas entrevistas foram gravadas, com o consenso dos entrevistados. Os

⁶ ver tópicos 3.3, 3.4, 3.5, 3.6

participantes dessas entrevistas mantiveram seu nome em sigilo e foram escolhidos por serem pessoas que atuam de maneira próximas às operadoras de planos de saúde, à ANS e ao CADE.

As perguntas tiveram caráter amplo, e foram elaboradas com o intuito de ser obter a maior quantidade de informações sem que houvesse a divulgação de informações pessoais dos participantes, como o local de trabalho e a área de atuação. Na seção “Anexos” consta o roteiro original das perguntas formuladas e as respostas de cada um dos cinco entrevistados.

Todas as perguntas foram elaboradas com o intuito de se entender a atual estrutura regulatória na saúde suplementar brasileira. Como os entrevistados possuem diferentes formações acadêmicas, algumas das perguntas não tiveram respostas aprofundadas. Foi dada a liberdade aos entrevistados de responderem as perguntas que desejassem e da forma que desejassem. Durante as entrevistas, as perguntas foram realizadas em ordens distintas, pois alguns entrevistados, ao responder uma determinada pergunta, respondiam indiretamente uma outra pergunta.

A seguir estão listadas as perguntas que foram elaboradas:

1. Descreva o panorama regulatório geral da saúde suplementar no Brasil atualmente.
2. Analisando-se os dados de 1999 a 2020 na série histórica da ANS, observa-se o número de contratantes aumentando e o número de ofertantes diminuindo. Como podemos interpretar essa tendência?
3. Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?
4. Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?
5. Como se dá a verticalização por parte das operadoras? Quais as vantagens que elas possuem se responsabilizando por todo o processo de atendimento e gestão de custos?
6. Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?
7. De 2015 para cá, quais RNs merecem destaque, positivo e negativo, na sua opinião?
8. Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?
9. Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

5 RESULTADO E DISCUSSÕES

Nesta seção serão discutidos os resultados oriundos da revisão bibliográfica e das entrevistas.

O primeiro ponto a ser analisado é a atuação da ANS e do CADE. Foi observado nas entrevistas que as funções de ambas as instituições estão bem delimitadas. No quesito fusões e aquisições, o CADE tem cumprido seu papel e se preocupado com movimento que leve a um arranjo monopolista no setor, enquanto a ANS mantém sua preocupação nas exigências impostas às operadoras para a manutenção de seu funcionamento.

Como já foi mostrado no trabalho em seção anterior⁷, a produção normativa da ANS teve um aumento substancial em 2022, mas nos anos anteriores ela foi mais branda. Nota-se um panorama regulatório relativamente pequeno em termos quantitativos, o que não significa que a agência não esteja atuante.

Na parte estrutural dos planos, houve uma mudança regulatória grande nas exigências de margens mínimas e na capacidade de solvência das operadoras. Conseguem se manter no mercado aquelas operadoras que possuem capacidade de solvência, ou seja, capazes de honrarem seus compromissos (passivos). Uma das formas das operadoras conseguirem se capitalizar e obter uma estrutura financeira mais robusta é através da verticalização. Controlando a cadeia de produção e, conseqüentemente, a estrutura de custos da ponta final, aumenta-se a previsibilidade de gastos e despesas operacionais e obtém-se maior previsibilidade também na média da sinistralidade futura.

O aperto regulatório faz com que aumentem as exigências financeiras dos planos. Aquelas operadoras que sejam locais ou que tenham um menor número de vidas em sua carteira encontram dificuldades para manutenção das suas atividades por conta própria, sendo uma tendência dos últimos sete anos, ou seja, desde 2015, a aquisição dessas operadoras menores por grupos já consolidados. Dessa forma, poucos grupos conseguem controlar grandes redes de atendimento, criando uma espécie de oligopólio a nível nacional, com a ocorrência de competição a nível local. Nesse arranjo, a concentração se torna inevitável vista a necessidade de escala para o funcionamento das operadoras. Pode-se afirmar que, no modelo de exigências de capacidade de solvência que se tem hoje, a regulação por parte da ANS leva à concentração de mercado.

Os fatores econômicos também possuem importância na análise do setor. Como visto nas entrevistas, tanto o câmbio quanto a taxa de juros afetam as operadoras de maneira

⁷ Ver Figura 12, p. 56.

substancial. Como grande parte dos insumos utilizados pelas operadoras e por hospitais são importados, são cotados em moeda estrangeira, ou seja, em dólar. Com uma depreciação da moeda doméstica, o real, e um subsequente aumento no preço de cada dólar, torna-se mais oneroso para as operadoras a compra de equipamentos e insumos médicos. Por sua vez, um aumento na taxa de juros faz com que o custo do capital aumente, elevando o ônus financeiro para a tomada de empréstimo por parte das operadoras, especialmente aquelas que desejam se alavancar, ou seja, aumentar sua rentabilidade presente através de endividamento via tomada de recursos (empréstimos ou adiantamento de recebíveis).

A partir das entrevistas pode-se observar alguns problemas ocorrendo no setor. Há um teto de utilização dos planos, ou seja, analisando-se a série histórica, nota-se que o teto de cobertura atingido foi de 50,2 milhões de pessoas em março de 2015. Com uma população crescente e um aumento da expectativa média de vida, entende-se que as operadoras deveriam acompanhar essas tendências e manter uma média de novos contratantes de planos também crescente. Para isso, de acordo com os entrevistados, seria necessária uma revisão no cálculo das faixas de preços⁸, o que causaria uma redução destes. Naturalmente, para redução dos preços, é necessária uma redução dos custos por parte das operadoras, e dada uma estrutura regulatória cada vez mais exigente, o questionamento central é como as operadoras seriam capazes de realizar essa alteração.

Um outro questionamento envolve o tamanho das operadoras e sua capacidade de manutenção. Na crise de 2008, nos Estados Unidos, imaginou-se que o Banco Lehmann Brothers não faliria, pois ele era “grande demais para quebrar” e, caso isso ocorresse, o governo americano, através de seu braço regulatório, não permitiria isso. O mesmo questionamento se aplica à saúde suplementar brasileira. Considerando que um grupo que detenha uma porcentagem grande de vidas em sua carteira quebre, e considerando que o SUS não seria capaz de absorver esse número de vidas de uma só vez, como se comportaria a ANS frente a essa situação? Auxiliaria a operadora prestes a falir ou deixaria a “mão invisível” do mercado agir e permitir que o mercado se autorregulasse? Dada a tendência deste mercado, é importante que se tenham respostas para perguntas como essa, tanto para alinhamento de incentivos dos agentes que operam neste mercado quanto dos clientes que pagam por este serviço.

Por último, merece destaque a judicialização. Ela aumenta os custos de transação, na medida em que é necessária a introdução de uma terceira parte para a resolução de um conflito entre duas partes. Com o novo rol taxativo de procedimentos de 2022, espera-se que a agência

⁸ Ver Figura 15, p. 77.

reduza a necessidade e ocorrência de judicialização, conseqüentemente reduzindo custos para as operadoras e para os clientes. Uma sugestão que foi dada por um dos entrevistados seria a criação de rols intermediários de procedimentos, fazendo com que cada especialidade médica tivesse o seu próprio rol, aumentando a especificidade de procedimentos obrigatoriamente cobertos pelo plano e aqueles que não seriam necessariamente cobertos pelos planos, fazendo com que houvesse uma possível redução na judicialização. O ponto certo é que a judicialização é um processo demorado e oneroso para todas as partes envolvidas.

5.1 Limitações da pesquisa

A pesquisa analisou o setor de saúde suplementar brasileira. Não deve ser utilizada como referência para análise de setores de outros países, dada a característica singular do setor, bem como sua relação com o SUS, que por sua vez também é singular. Para uma análise internacional de setores de saúde, bem como o desembolso público por diferentes países para a manutenção de sistemas de saúde, ver Araujo *et al.* (2017) e Brandi e Silva (2019).

Tratando de termos metodológicos, Batista, Nascimento e Bertasi (2017) trazem as desvantagens de se conduzir uma pesquisa qualitativa, em especial entrevistas, por necessariamente terem de ser transcritas, o que pode fazer com que o pesquisador omita algumas das informações que foram ditas pelos entrevistados, reduzindo o conteúdo empírico da pesquisa.

A pesquisa aqui reproduzida não teve o caráter preditivo, ou seja, não se quis aqui dizer qual como será o futuro da saúde suplementar no Brasil, nem sequer houve essa pretensão. Fazem-se necessárias novas pesquisas utilizando diferentes metodologias para complementar o que já foi mostrado aqui, especialmente após a redução da intensidade da pandemia e volta completa das atividades econômicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2020 trouxe muitos desafios para a humanidade em todo o mundo. A saúde, setor de suma importância e diretamente impactada pela pandemia, faz-se necessária e com ela também se fazem necessários estudos que estejam relacionados com suas vertentes. Neste trabalho foi analisado o setor de saúde suplementar no Brasil e sua tendência à concentração. Através de uma revisão bibliográfica foram analisadas as características do setor, a estrutura regulatória da saúde suplementar no Brasil e os fundamentos econômicos que justificam a necessidade da regulação do Estado em um determinado, bem como os lados positivos e negativos desta regulação, sob a ótica econômica neoclássica. Foi constatado que a concentração em si não representa um problema, pois estão permanecendo no mercado as operadoras com maior robustez financeira, e as operadoras menores estão perdendo a capacidade de competir com os grupos grandes. Entre alguns questionamentos suscitados pelos resultados da discussão deste trabalho, têm-se que não se sabe como será o comportamento da ANS frente a uma eventual falência de um dos grupos grandes já estabelecidos. Outro questionamento levantado foi se a regulação, através da criação de barreiras de entrada no setor, especialmente na determinação de margens mínimas de solvência elevadas para as operadoras, beneficia ou atrapalha o consumidor. Ao mesmo tempo em que se têm operadoras mais robustas financeiramente, e com maior capacidade de honrar seus compromissos financeiros, têm-se um valor de prêmio pago pelos consumidores mais elevado do que em um mercado desregulado, ou com menos barreiras de entrada, de acordo com a teoria econômica. Faz-se necessário que haja estudos quantitativos relacionando essas variáveis.

Outra sugestão deixada aqui para uma futura agenda de pesquisa envolve a análise documental de cada uma das Resoluções Normativas e de Diretoria Colegiada da ANS e uma possível análise sobre como essas resoluções atrapalharam a entrada de novos competidores neste mercado. Setores regulados podem apresentar agentes tidos como “empreendedores políticos” nos termos de Holcombe (2002), e se aproveitar do desenho de mecanismos regulatórios que beneficiem poucos agentes em detrimento de vários outros, que arcarão com estes custos difusos.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M. M. *et al.* A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. *In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM CONTABILIDADE*, 4., 2013, Brasília. **Anais...** Brasília: EnEPQ, 2013. p. 13-31.
- ABREU, M. P. **Metodologia brasileira de análise de atos de concentração horizontal: a perspectiva da Escola Austríaca vs. o Mainstream.** Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.
- AEI. Looking for Results. **American Enterprise Institute.** Disponível em: <https://www.aei.org/articles/looking-for-results/>. Acesso em: 03 abr. 2020.
- AKERLOF, G. A. The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. **Quarterly Journal of Economics**, [s.l.], v. 88, n. 2, p. 488-500, 1970.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Longevidade**, [s.l.], n. 40, 2014.
- ALVES, S. L. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.
- ANDRIETTA, L. S. *et al.* Saúde Amanhã: Textos para Discussão 51. **Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão**, [s.l.], p.1-26, 2021.
- ANGELI, E. A agenda de pesquisa heterodoxa da mainline economics. **Economia e Sociedade**, [s.l.], v. 23, p. 731-756, 2014.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2018.** Rio de Janeiro: ANS, 2019.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atos Normativos da ANS – Busca de Legislação. **ANS**, [s.d.]b. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 14 jul. 2022.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do Setor: Links e arquivos relativos aos dados e indicadores do setor. **ANS**, [s.d.]a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 28 jun. 2022.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quem Somos. **ANS**, [s.d.]c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- ARANOVICH, T.; LEANDRO, T. Covid 19 e a nova concentração do mercado de planos de saúde. **Direito da Concorrência, Consumo e Comércio Internacional**, [s.l.], p. 171-193, 2021.
- ARAÚJO, A. A. S.; SILVA, J. R. S. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, p. 2763-2770, 2018.
- ARAÚJO, A. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

- ARAÚJO, G. B. F. *et al.* Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, [s.l.], v. 16, n. 2, 2017.
- ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- ARROW, K. J. A difficulty in the concept of social welfare. **Journal of Political Economy**, [s.l.], v. 58, n. 4, p. 328-346, 1950.
- ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **Uncertainty in Economics**. Academic Press, [s.l.], p. 345-375, 1978.
- AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília. **Anais...** Brasília: EnEPQ, 2013.
- AZEVEDO, P. F. *et al.* A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. **White Paper Insper**, [s.l.], n. 1, 2016.
- BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 9-18.
- BARBIERI, F.; FEIJÓ, R. L. C. **Metodologia do pensamento econômico: o modo de fazer ciência dos economistas**. São Paulo: Atlas, 2013.
- BARROS, J. L.; BEIRUTH, A. X. Aplicação de Modelos de Previsão de Insolvência nas Operadoras de Planos de Saúde do Brasil. **Revista de Auditoria Governança e Contabilidade**, [s.l.], v. 4, n. 15, p. 15-28, 2016.
- BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L. de; NASCIMENTO, A. B. A Entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017
- BAUMOL, W. J. Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. **Public Choice**, New York, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.
- BENEVIDES, C. V. **Um Estado de bem-estar social no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2011.
- BENISH, A; LEVI-FAUR, D. The Expansion of Regulation in Welfare Governance. **The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science**, [s.l.], v. 691, n. 1, p.17-29, 2020.
- BOETTKE, P.; LEESON, P. **The austrian school of economics: 1950-2000**. Blackwell companion to the history of economic thought. Oxford: Basil Blackwell Publishers, 2003.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.
- BRANDI, V. R.; SILVA, E. Q. Gastos com a saúde no Brasil: uma comparação com países de renda média. **Revista Economia Ensaios**, [s.l.], v. 34, p. 250-67, 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003. n. 4.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional da Saúde. **CNS**, 1986. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRIGGS, A. The Welfare State in historical perspective. **The Welfare State Reader**, [s.l.], v. 2, p. 16-29, 2006.
- BUCHANAN, J. M. **The demand and supply of public goods**. Chicago: Rand McNally, 1968.
- CADE. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. **Guia para análise econômica de atos de concentração horizontal**. Brasília: CADE, 2011.
- CADE. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. **Guia para análise econômica de atos de concentração horizontal**. Brasília: CADE, 2016.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, [s.l.], v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002.
- CECCIM, R. B. *et al.* Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, p. 1567-1578, 2008.
- COLANDER, D. The death of neoclassical economics. **Journal of the History of Economic Thought**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 127-143, 2000.
- CONSIDERA, C; ALBUQUERQUE, K. **The relationship between competition policy and regulation in the Brazilian economy**. 2001. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/claudioconsidera/wp-content/uploads/sites/9/2017/07/txt-sem-oxford2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12. ed. São Paulo: McGraw Hill Brasil, 2016.
- CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 7, p. 2147-2158, 2018.
- COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. **O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil**. [s.l.]: Documentos Técnicos De Apoio ao Fórum, 2004.
- COTA, I. S.; DA SILVA, F. L. Análise da evolução dos custos assistenciais das operadoras de plano de saúde considerando fator moderador. **REDECA**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 47-62, 2019.
- CRESSWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- DA COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], n. 18, 2002.

- DAVIDSON, E. J. **Evaluation methodology basics**. Thousand Oaks: Sage, 2005.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage Handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2005.
- DEQUECH, D. Neoclassical, mainstream, orthodox, and heterodox economics. **Journal of Post Keynesian Economics**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 279-302, 2007.
- DIXIT, A.K. **The Making of Economic Policy: A Transaction-Cost Politics Perspective**. Cambridge: MIT Press, 1996.
- ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.
- ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.
- FARIAS, J. M.; MINGHELLI, L. C. I; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 381-389, 2020.
- FIDELIS, T. O. *et al.* O marco da solvência na saúde suplementar. **Caderno de Estudos Interdisciplinares**, [s.l.], p. 56-66, 2018.
- FIGUEIREDO, L. F. O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. *In*: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar**: textos de apoio. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FLEURY, S.; OLIVEIRA, J. A. **(Im)Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Política e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.
- FRIEDMAN, M. Leon Walras and his economic system. **The American Economic Review**, [s.l.], p. 900-909, 1955.
- FRIEDMAN, M. **The methodology of positive Economics**. Chicago: University of Chicago Press, 1953. p. 3-43.
- GALLEGOS, M. *et al.* COVID-19 in Latin America: A bibliometric analysis of scientific publications in health. **Electronic Journal of General Medicine**, [s.l.], v.17, p.1-7, 2020.
- GODOY, M. R.; SILVA, E. N.; BALBINOTTO, G. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. **ResearchGate**, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313794409_Planos_de_Saude_e_a_Teoria_da_Informacao_Assimetrica. Acesso em: 20 dez. 2020.
- GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006.

- GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.
- GREMAUD, A. P.; VASCONCELOS, M. S.; TONETO JR., R. **Economia brasileira contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2002. v. 4.
- GUERRA, S.; SALINAS, N. S. C.; GOMES, L. T. As agências reguladoras em resposta à crise da COVID-19. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 54, p. 874-897, 2020.
- HERSCOVICI, A. A economia neoclássica: uma análise lakatosiana Da cheia do mainstream até sua implosão. **Brazilian Journal of Political Economy**, [s.l.], v. 35, n. 4, p. 780-798, 2015.
- HICKS, J. R. Léon walras. **Econometrica: Journal of the Econometric Society**, [s.l.], p. 338-348, 1934.
- HODGSON, G. M. The Mecca of Alfred Marshall. **The Economic Journal**, [s.l.], v. 103, n. 417, p. 406-415, 1993.
- HOLCOMBE, R. G. Political entrepreneurship and the democratic allocation of economic resources. **The Review of Austrian Economics**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 143-159, 2002.
- IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Entenda o Setor. **IESS**, [s.d.]. Disponível em: <https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- IORIO, U. J. Ação, Tempo e Conhecimento. **MISES: Interdisciplinary Journal of Philosophy, Law and Economics**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 317-326, 2015.
- JAFFÉ, W. M. Jevons and Walras de-homogenized. **Economic Inquiry**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 511-524, 1976.
- JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.
- KIRZNER, I. M. Mises and his understanding of the capitalist system. **Cato Journal**, [s.l.], v. 19, p. 215, 1999.
- KUPFER, D. **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- LACHMANN, L. M. The science of human action. **Econômica**, [s.l.], v. 18, n. 72, p. 412-427, 1951.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LAWSON, T. What is this 'school' called neoclassical economics?. **Cambridge Journal of Economics**, [s.l.], v. 37, n. 5, p. 947-983, 2013.
- LAZZARINI, S. G. **Capitalismo de laços: os donos do Brasil e suas conexões**. São Paulo: Elsevier, 2011.
- LEWIS, M. A.; MEDICI, A. C. Private payers of health care in Brazil: characteristics, costs and coverage. **Health Policy and Planning**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 362-375, 1995.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

MAIA, A. C.; ANDRADE, M. V.; CHEIN, F. Ex-ante moral hazard: empirical evidence for private health insurance in Brazil. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 29, n. 3, p. 987-1008, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 22, p. 179-190, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, p. 433-444, 2004.

MAS-COLELL, A.; WHINSTON, M. D.; GREEN, J. R. **Microeconomic theory**. New York: Oxford University Press, 1995. v. 1.

MATIAS-PEREIRA, J. Políticas de defesa da concorrência e de regulação econômica: as deficiências do sistema brasileiro de defesa da concorrência. **Revista de Administração Contemporânea**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 51-73, 2006.

MATIAS-PEREIRA, J.; KRUGLIANSKAS, I. Gestão de inovação: a lei de inovação tecnológica como ferramenta de apoio às políticas industrial e tecnológica do Brasil. **RAE Eletrônica**, [s.l.], v. 4, n. 2, 2005.

MEDICI, A. C. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensões, estrutura e funcionamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

MENGER, C. **Principles of Economics**. Alabama: Ludwig Von Mises Institute, 2004.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320, jun. 2017.

MUELLER, B. Regulação, informação e política: uma resenha da teoria política positiva da regulação. **Revista Brasileira de Economia de Empresas**, [s.l.], v. 1, n. 1, 2013.

MUELLER, C. C. A teoria dos bens públicos e a economia do bem-estar. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 95-112, 1972.

MUSGRAVE, R. A. **Provision for social goods**. London: Macmillan, 1969.

OCKÉ-REIS, C. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.124-147, 2000.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, p. 1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. **Rev. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, abr. 2006.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PARETO, V. **POLITIQUE, Cours D.'economie**. F. Lausanne: Rouge, Éditeur, Librairie de l'universite: 1896. v.97.

PASCHOALOTTO, M. A. C. **A regionalização do SUS:** proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

PASCHOALOTTO, M. A. C. *et al.* A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, p. 80-93, 2018.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil. **BVSM**, [s.d.]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/1_CPereira_MarcoRegulatorio.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

PEREIRA, E. A.; HUSSNE, R. D. Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 17-36, 2010.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, p. 767-783, 2008.

PINDYCK, R., RUBINFELD, D. **Microeconomia**. São Paulo: Prentice Hall, 2008.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, p. 85-98, 2004.

POSSAS, M. L. Os conceitos de mercado relevante e de poder de mercado no âmbito da defesa da concorrência. **Revista do IBRAC**, [s.l.], v. 3, n. 5, p. 10-35, 1996.

POSSAS, M. L.; FAGUNDES, J.; PONDÉ, J. **Política Antitruste:** um enfoque Schumpeteriano. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

RIBAS, B. K. C. **Processo Regulatório em Saúde Suplementar:** Dinâmica e Aperfeiçoamento da Regulação para a Produção da Saúde. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Estado do Paraná, Curitiba, 2004.

ROTHBARD, M. N. **Man, Economy, and State with Power and Market-Scholar's Edition**. Alabama: Ludwig von Mises Institute, 2004. p. 610-613.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos deregulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012.

SAMUELSON, P. A. Contrast between welfare conditions for joint supply and for public goods. **The Review of Economics and Statistics**, [s.l.], p. 26-30, 1969.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Mixed methods research in latin america: initiatives and opportunities for expansion. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 29, 2020.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 49-62, 2007.

SCHERER, F. M.; ROSS, D. **Industrial market structure and economic performance**. Chicago: Rand McNally, 1990.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. São Paulo: Unesp, 2017.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 2007.

VARIAN, H. R. **Microeconomia-princípios básicos**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2006.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 36, p. 640-647, 2012.

WERNECK, A. O. *et al.* Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, supl. 2, p. 4151-4156, 2020.

WILENSKY, H. L. **The Welfare State and Equality**. Berkeley: University of California Press, 1975.

WILLIAMSON, O. **The Economic Institutions of Capitalism**. Fernie: The Free Press, 1985.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 241-273, 2015.

APÊNDICE A – Primeira Entrevista

Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?

Eu acho que esse é um dos desafios da contemporaneidade no mundo jurídico brasileiro. Como nós acabamos garantindo muitos direitos sociais na Constituição, criando uma expectativa de direitos, e acabamos levando um pouco da própria interpretação das leis. Então essa ideia de direito civil-constitucional, ou essa ideia de decisões judiciais baseadas em princípio e normas de direito positivo e tal como a gente levou tudo para o campo da abstração do campo valorativo e criou uma expectativa de direitos, nós precedemos uma situação de muita insegurança jurídica. O grande problema, especialmente na regulação, é a expectativa de as pessoas, ao saberem que são detentoras do direito, aliadas à busca do judiciário, vão relativizando suas obrigações e correm para obter seus direitos junto à lei. O que era para ser certo acaba prejudicando empresas por embutirem essa incerteza no preço. O que era para ser algo bem-intencionado acaba prejudicando aquelas pessoas que deveriam ser ajudadas e vulnerabilizando as regras do jogo. Acho isso nefasto, pois os agentes econômicos ficam em dúvida acerca das regras do jogo e acabam precificando essa incerteza, tanto no formato de preço ou prêmio, no caso específico de seguros, quanto em outras situações, como contratos mais complexos, diferenciação de produtos e escolha de atuação em determinados mercados. Aquilo que era para ser algo bem-intencionado atrapalha o público-alvo. Judicialização gera mais judicialização.

Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?

Situações em que empresas decidem se fundir passam pelo CADE, atendendo requisitos legais e passando pela avaliação dos atos de concentração. O CADE fez um trabalho bastante consistente no setor de saúde suplementar. Não é o principal tema do CADE no momento. Um tema que vem chamando muito a atenção é a verticalização. Pode ser que um agente econômico, como uma operadora de plano de saúde, por exemplo, crie um hospital. Pode ser uma forma de “concentração de mercado” através de uma redução de custos do próprio agente. Não é uma forma de controle de mercado. Até onde sei não parece ser algo problemático a interlocução entre CADE e ANS.

Como se dá a verticalização por parte das operadoras? Quais as vantagens que elas possuem se responsabilizando por todo o processo de atendimento e gestão de custos?

Esse é um movimento real, que estamos vendo acontecer operadoras criarem hospitais, clínicas

de imagem e afins. No sentido de desvincular parceiros e passar a adotar seus próprios recursos na cadeia produtiva. Esse tema já está posto no CADE, já acompanhamos algumas decisões e outros temas ainda estão em discussão. Esse movimento é posterior a outro movimento no CADE chamado unimilitância, em que as operadoras de planos de saúde exigiam que os médicos fossem exclusivos da operadora. Esse tema foi discutido no CADE e deu início ao que se conhece hoje como verticalização.

Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

Não sei se seria científico esse exercício de “achismo” ou “futuurologia”. A pandemia serviu para mudar muitas relações prévias e sobre situações já estabelecidas. O que se pode afirmar é que regulações, por essência, representam fechamento de mercado. De alguma forma ela está legitimada em nosso regramento jurídico e na nossa Constituição. A própria lei que cria a ANS está posta, não se pode negá-la ou questioná-la. No caso da ANS, assim como outras agências, estão autorizadas a realizar fechamento de mercado em troca de outros possíveis benefícios para a sociedade. O que se deve fazer é um cálculo de custos e benefícios, ou seja, se regulação, em outras palavras, está gerando resultados contrários aos seus objetivos. E já sabe que em vários setores, em especial na ANS, a regulação foi danosa para planos individuais e em seu reajuste de preços, por exemplo. Portanto essa análise de custo-benefício precisa ser sempre feita e quando se observar um desvio dos objetivos centrais da regulação, é necessário revê-la.

Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?

A concentração do mercado não é, *per se*, lesiva a ninguém. E também não acho que seja função nossa ficar cuidando dos tratando dos pequenos num cenário de concentração exclusivamente por eles serem pequenos. Na verdade, o foco tem que ser o direito à saúde. Isso no judiciário às vezes parece confuso, pois querem defender o direito à saúde e ao mesmo tempo defender os pequenos. Isso pode causar resultados judiciais distorcidos e prejudicando consumidores. Se as pequenas forem espertas, saberão atuar naqueles pedaços de mercado que as grandes não possuem interesse. Talvez haja espaço para elas.

Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?

É intuitivo que há impacto. Não posso dizer exatamente, mas há. Com relação aos dados que apontam concentração, como jurista devo perguntar: “Qual é o problema?” Novamente a análise deve ser feita sobre a ótica de custos e benefícios. Se isso representa um aumento de bem-estar para os consumidores, que seja deixado dessa forma.

APÊNDICE B – Segunda Entrevista

Descreva o panorama regulatório geral da saúde suplementar no Brasil atualmente.

Atualmente vejo a situação regulatória como complicada. A ANS atualmente está com uma diretoria interina, e do ponto de vista político, acho difícil que isso se resolva ainda este ano. Esta situação prejudica o órgão. A COVID trouxe desafios para as operadoras, como a obrigatoriedade de testes e outros procedimentos que seriam obrigatórios no rol das operadoras. Acho difícil que haja alguma mudança na estrutura regulatória da ANS neste ano (2021).

Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?

Muitas fusões e aquisições, na minha opinião, acontecem com base nas falhas da lei nº 9656, pois não houve a caracterização operacional na lei do que seria uma cooperativa médica, uma seguradora ou uma assistência médica, por exemplo. Tudo ficou sob o mesmo rótulo de operadora de planos de saúde. Conforme o cenário econômico vai se alterando, especialmente um cenário de inflação mais alta como o de hoje, as estratégias vão se colocando e necessitando de escala para ocorrer. As seguradoras ficaram mais expostas sem uma verticalização, sofrendo mais com um cenário de aumento de custos, ou seja, isso prejudicou operadoras não verticalizadas. Em um ambiente inflacionário, acredito que a verticalização traga um custo para cima, mais alto, e traga uma mudança do perfil do valor do prêmio a ser pago pelo beneficiário, ou seja, o jogo muda. A rede verticalizada passa a ser uma desvantagem com um aumento da inflação, isso é contraintuitivo e vai no sentido contrário ao que se verifica na prática atualmente, onde mais e mais redes se verticalizam na expectativa de redução e controle maior de custos e aumento de escala.

Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?

Sobre o CADE eu não consigo opinar muito, por não acompanhar de maneira próxima sua atuação. O que posso dizer é que a preocupação principal é evitar que as redes, ao se fundirem, se tornem monopolistas. Não vi isso acontecer até agora. A ANS, por outro lado, não vem agindo da maneira correta. No caso da AMIL, por exemplo, o órgão só se pronunciou após reclamações por parte dos beneficiários. Esse caso é emblemático e representa muito o papel atual da ANS na regulação. Uma atuação bastante falha.

Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?

O câmbio afeta diretamente o custo das operadoras. Qualquer alteração no câmbio tem impacto direto no setor da saúde. Insumos importados em praticamente todos os segmentos. O que é importante entender é que este setor é bastante alavancado, ou seja, essa alavancagem minimiza o impacto de oscilações no câmbio no balanço das operadoras. Vejo a taxa de juros atuando de maneira mais indireta. Um aumento dela acaba gerando uma diminuição da atividade econômica, o que pode acabar levando a demissões e redução de consumo, levando ao desemprego. O aumento do desemprego leva a uma perda de planos coletivo-empresariais, pois ao ser demitido o indivíduo não deixa apenas de auferir renda mas também perde o seu plano de saúde e de seus dependentes também.

Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?

Não acredito que cause dificuldade de fazer negócio. A causa maior da judicialização fica mais no escopo de pessoa física do que de pessoa jurídica, quanto se trata de procedimentos específicos que não constam no contrato, por exemplo. Quando se pensa em empresas, caso haja algum problema ou divergência contratual a operadora vai a mercado e troca sua fornecedora de plano empresarial. A resolução do problema neste caso é mais simples não envolve necessariamente a judicialização para resolver a questão.

De 2015 para cá, quais RNs merecem destaque, positivo e negativo, na sua opinião?

Não me recordo de nenhuma que mereça destaque, nem positivo e nem negativo.

Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

O mercado já está oligopolizado e concentrado. Não acho bom comparar este mercado com algum outro mundial, como o europeu e americano. O caso da saúde brasileira é bastante específico, diria até mesmo que único, portanto, qualquer comparação causaria distorções. Creio que foram dois fatores que nos fizeram chegar neste ponto. O primeiro deles é que o teto do número de vidas coberto, há mais de uma década, não passa dos 48 milhões. Para se aumentar esse teto é necessário reduzir preços e conseqüentemente custos para concorrer diretamente com o SUS. Não se vê esse movimento por parte das operadoras, aparentemente chegou-se em um limite

operacional. Novas tecnologias, como aplicativos para agendamento pontual de consultas, estão se mostrando como uma saída para pessoas que não desejam ter planos de saúde e ao mesmo tempo não desejam utilizar o SUS. Entendo a importância do SUS, na pandemia ele se mostrou importantíssimo, mas sua atuação em geral é direcionada para as massas, ou seja, camadas da população com renda mais baixa. Ele não consegue substituir os planos de saúde e absorver 100% da população brasileira simultaneamente, e muito da consolidação da saúde suplementar acontece nos gaps deixados pelas falhas do SUS.

Com relação à concentração em si, pela própria estrutura de custos e necessidade de escala, é praticamente inevitável que essa concentração não ocorresse, e as fusões, aquisições e empresas verticalizadas auxiliaram a consolidar o setor. Houve um aumento dos planos por associação, como a Qualicorp, por exemplo. Um ponto que deve ser levado em consideração é se um desses grandes grupos consolidados quebrar. A AMIL foi uma pequena amostra do problema que ocorreria com os beneficiários de um plano que deixa de atender. O mesmo pode acontecer com uma HAPVIDA ou Rede D'Or, por exemplo.

APÊNDICE C – Terceira Entrevista

Descreva o panorama regulatório geral da saúde suplementar no Brasil atualmente.

De maneira geral, hoje a regulação está um pouco engessada. Confere pouca flexibilidade para que produtos diferenciados possam ser ofertados para o consumidor. Ao mesmo tempo a regulação setorial de alguma maneira acaba criando algum poder de mercado para determinadas instituições que são contratadas por operadoras de planos de saúde como hospitais, por exemplo. Então eu acho que a regulação na saúde suplementar deveria ser revista. Existe projeto de lei tramitando no congresso para rever a lei que deu origem e legitima a ANS. É necessário se rever a remuneração e o cálculo de reajuste para planos individuais. Hoje, a remuneração é rígida, e isso acabou praticamente extinguindo essa modalidade de planos do mercado, por conta do teto de reajuste, e o mercado foi inundado por planos coletivos e coletivos-empresariais, que são a opção para o consumidor individual, e ele acaba entrando nesse mercado de maneira indireta, através de um empregador ou uma MEI para poder adquirir a modalidade empresarial. Nessa categoria a regulação é mais frouxa, ou seja, os reajustes são livres e há menos garantia na manutenção do contrato, coloca um intermediário na jogada, o corretor, que acaba adicionando custos ao preço final praticado. Inclusive, a RN 196 da ANS exige que haja a Administradora de Benefícios nos planos, ou seja, uma pessoa jurídica intermediando a relação comercial entre operadora e cliente, criando uma forma de reserva de mercado.

Acho outro ponto importante a flexibilização do rol de serviços oferecidos pelos planos. Note que flexibilizar não significa “deixar aberto”, e sim criar rols intermediários, criando referências para o consumidor. Por último, temos uma consolidação muito grande no setor de hospitais e laboratórios. A ANS não regula prestadores de serviços, e isso acaba criando uma assimetria regulatória muito grande, gerando uma concentração no mercado de prestadores. Não digo que eles devam ser regulados, mas essa assimetria acaba aumentando a burocracia junto às operadoras.

Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?

É a busca pela eficiência. Nós temos um mercado de saúde com custos crescentes, sempre acima da inflação devido a um envelhecimento cada vez maior da população, e conseqüentemente uma utilização cada vez maior dos recursos de saúde, novos medicamentos, tratamentos mais novos, tudo isso vira custo. Hospitais e prestadores em geral se fundem em busca de escala, ou seja, redução de custos e de aumento da eficiência, conseguir comprar insumos mais baratos e

ofertar serviços mais baratos.

Como se dá a verticalização por parte das operadoras? Quais as vantagens que elas possuem se responsabilizando por todo o processo de atendimento e gestão de custos?

Para a verticalização o raciocínio é muito parecido. Devido à assimetria de informação existente entre prestadores de serviço e operadoras, hospitais e operadoras possuem incentivos distintos, ou seja, a operadora deseja que as pessoas utilizem menos seus serviços enquanto os hospitais ganham mais quanto se utilizam mais seus serviços. É um problema de risco moral que ambos enfrentam. Hospitais e planos de saúde acabam se fundindo para acabar com esse problema de risco moral. O plano de saúde que não é verticalizado pode ser utilizado de maneira excessiva pelo hospital, ou seja, pode haver um pedido de exames além do necessário, além de outros serviços médicos em excesso que oneram o plano. E em relação aos planos menores o problema acaba sendo o mesmo. Em localidades menores, no interior, os planos menores acabam tendo dificuldade em competir com planos maiores porque o prestador de serviços em geral atua em diversas cidades, e o operador, que é local, encontra mais dificuldade em negociação. Em cidades menores há uma grande presença de hospitais e planos do Sistema Unimed, que é uma operadora de planos de saúde também é uma cooperativa médica, e que em geral acaba compensando o tamanho diminuto deste plano de saúde.

Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?

A taxa de juros onera todo mundo que precisa se financiar, ou seja, de capital. Não sei qual o nível de necessidade de capital para financiamento de hospitais e operadoras, portanto não acho que seja a variável mais relevante. A taxa de câmbio, por outro lado, afeta especialmente os hospitais pois muitos dos equipamentos e insumos por eles utilizados são importados. Remédios, máquinas de raio-X, são produtos geralmente importados, portanto a taxa de câmbio apresenta influência significativa nos custos de hospitais.

Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?

A ANS tem uma atuação bastante voltada para a robustez das operadoras, ou seja, ela se preocupa com a questão da solvência das operadoras e a sua capacidade de pagamentos. Em geral há uma relação inversamente proporcional entre a solvência e o tamanho da operadora, o que por si só já pode sinalizar que um mercado apenas com operadoras com capacidade de solvência pode indicar a existência de concentração. Para a ANS a questão concorrencial acaba

ficando em segundo plano. Na minha opinião a atuação do CADE tem sido um pouco leniente, tanto no mercado de operadoras quanto no mercado de prestadores. O CADE vem tomando medidas limitadas nos processos de fusão e aquisição.

De 2015 para cá, quais RNs merecem destaque, positivo e negativo, na sua opinião?

A RN 195 que proíbe a cobrança dos planos coletivos por adesão diretamente pelas operadoras. Acho que é uma RN muito ruim. Também acho a RN 46, que trata da substituição de entidade hospitalar. Ela acaba criando entraves para a atuação do prestador, o que costuma ser bem ruim.

Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?

Eu diria que o custo da judicialização é muito maior no público do que no privado. Em muitos casos a pessoa tem a prerrogativa contratual não cumprida e migra para o serviço público de saúde, aumentando a utilização deste em detrimento do serviço privado. A judicialização acaba gerando custos de transação, ou seja, o custo do procedimento que já deveria estar coberto pelo plano e ele não realiza. Ou algo que não possui tratamento autorizado e não consta no contrato, o que acaba gerando ruído entre a operadora e o cliente. Também há a judicialização por parte dos médicos, que desejam fazer procedimentos com materiais específicos de fornecedores específicos. Em todos os casos citados a judicialização é ruim por representar custos financeiros diretos e custos de transação.

Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

A tendência de concentração é normal e continuará ocorrendo. O mercado de planos de saúde exige solvência das operadoras, o que por sua vez exige escala. Um plano de saúde pequeno não se sustenta financeiramente caso haja uma internação prolongada, por exemplo. É um mercado que apresenta concentração a nível nacional, mas a competição das operadoras se dá a nível local, nos serviços médicos. Ou seja, são poucos prestadores que atuam em várias regiões. Excluindo os planos de autogestão, os planos restantes são poucos, o que aumenta a tendência à concentração. A busca por escala levará a um aumento dessa concentração, inevitavelmente.

APÊNDICE D – Quarta Entrevista

Descreva o panorama regulatório geral da saúde suplementar no Brasil atualmente.

Eu acho que a ANS já foi mais intervencionista. No início dela a agência tinha uma característica muito mais ideológica, de transformar operadora em uma gestora de cuidados. E isso foi sendo regulado por diversas frentes, todas para tornar as operadoras, que são entidades que visam o lucro, em sistemas que focassem na qualidade da saúde, renunciando à lucratividade. A regulação no início foi muito pesada. Atualmente, ao se analisar a agenda regulatória da ANS, não há um panorama regulatório muito intenso, o que não significa que a agência não esteja ativa. O que se tem é uma atuação mais técnica por parte da agência, realizando análises de impacto regulatório. A agência está mais técnica e menos sujeita às ideologias, o que não significa que ela não cometa erros e aja de maneira técnica em todas as circunstâncias.

Analisando-se os dados de 1999 a 2020 na série histórica da ANS, observa-se o número de contratantes aumentando e o número de ofertantes diminuindo. Como podemos interpretar essa tendência?

Esse é um setor que, lá atrás, já achávamos que iria se concentrar. Tecnicamente falando, é necessário ter uma massa relevante para sustentar o risco inerente a uma operadora de seguros. O nome do jogo nesse setor é tamanho. Escala é importante. Lá atrás tínhamos empresas com baixa profissionalização na gestão, que não se sustentam mais. Hoje é necessário ter reserva técnica, capital mínimo, então o jogo começou a ficar mais complicado para operadoras de baixa qualificação e baixa capacidade técnica. Isso fez com grandes operadoras tomassem tendências como fusões e aquisições e verticalização. Isso deixa muito claro que ainda há muitas operadoras no Brasil. O mercado passará a depurar as operadoras que não forem competitivas, com preços mais altos e que tenham dificuldades em se manter. Talvez a saída para essas operadoras seja a venda para grupos mais organizados e com mais capital. É um movimento natural de incorporações, saídas de operadoras pequenas e consolidação de empresas grandes e grupos de operadoras.

Como se dá a verticalização por parte das operadoras? Quais as vantagens que elas possuem se responsabilizando por todo o processo de atendimento e gestão de custos?

O controle sobre a cadeia de custos é o principal fator para a verticalização. Hoje ele ocorre via negociação, e quando uma operadora se verticaliza, ela controla todos os seus insumos e sua

tomada de decisão se torna mais consciente, causando uma redução de custos e economia de recursos. Ela se organiza longitudinalmente, ou seja, tendo uma rede própria, a operadora consegue atuar mais próxima do seu cliente, obtendo mais informações sobre ele. Porém o processo apresenta alguns riscos. Algumas operadoras “exageram na mão”. O caso da Prevent Senior, trazido à tona pela CPI da COVID em 2021 mostra processos não referendados pelo Ministério da Saúde sendo aplicados em hospitais de redes credenciadas. Por isso é importante a atuação do órgão regulador, no caso a ANS, para avaliar e fiscalizar o que é entregue na ponta final da cadeia, para o consumidor. Quando a qualidade da assistência é comprometida, a agência deve atuar. O comum é que a operadora compre hospitais e clínicas, mas no caso da Rede D’or e da SulAmérica, por exemplo, ocorreu o contrário, ou seja, o hospital comprou a operadora. Algo que deve se observar é que o hospital ganha realizando mais procedimentos e a operadora realizando menos, ou seja, tendo uma sinistralidade menor. É um movimento que tem se observado cada vez mais e é importante acompanhá-lo de perto.

Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?

Sobre fusões e aquisições, o mercado de planos de saúde se tornou atrativo para investidores, para um prazo de 20, 30 anos. Com o envelhecimento cada vez maior da população e um aumento na expectativa de vida, com um sistema público de saúde subfinanciado, é inevitável que a população vá buscar na saúde privada algum tipo de serviço. O que não fica claro é como se dará essa busca, ou seja, se será via contratação de plano, via cartão de desconto, todas são possibilidades válidas e dependem de diferentes fatores. O que se pode dizer é que o movimento de fusões e aquisições deve continuar e se tornar cada vez mais atrativo e rentável para investidores. Ainda há muito espaço para crescer devido à existência ainda grande de empresas pequenas que podem ser adquiridas por outras maiores.

Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?

Não vejo grande problema nas fusões e aquisições. A decisão deve ser tomada de maneira técnica durante o processo de fusão e aquisição por parte do CADE. A ANS analisa a questão de solvência, ou seja, se uma operadora tem caixa e condições financeira de realizar uma fusão ou aquisição, além de outros detalhes técnicos acerca da regulação. Ela não está preocupada com uma eventual concentração de mercado. Creio que os papéis de cada instituição estão bem definidos. O CADE se responsabiliza pela parte técnica do processo e a ANS se responsabiliza pela parte de solvência e regulatória do processo. Ambas as instituições possuem atribuições

bem definidas e são importantes para o bom funcionamento do setor.

Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?

Vamos começar com a taxa de juros. Olhando exclusivamente sob a ótica de balanço e administração financeira, como as empresas têm que colocar capital e ativos garantidores para fazer frente às reservas técnicas, em um ambiente de alta taxa de juros esses ativos são bem remunerados. Então, em um ambiente de alta taxa de juros representa algo positivo para a gestão da operadora, pois a rentabilidade do ativo fica maior. No ponto de vista do câmbio, ele impacta bastante a cadeia produtiva, ou seja, influencia o fluxo de comércio dos insumos, que são importados. Portanto o impacto é muito mais sentido em hospitais e Santas Casas, que precisam adquirir esses insumos e pagam mais se o real estiver desvalorizado frente ao dólar. E o Brasil é deficitário na produção de insumos, pois, em termos de inovação, perdemos para outros países e temos que incorporar essas tecnologias através de importações.

Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

Acho que não vamos chegar a tanto. Sempre haverá pequenas operadoras locais atuando com grupos específicos. O que vai acontecer é a consolidação de poucas, 4 ou 5, operadoras competindo a nível nacional. As que sobrarem, menores, serão disputadas por essas consolidadas. Não sei se chegaremos a um oligopólio, mas o mercado tende a ficar fragmentado entre poucos *players*, sim.

De 2015 para cá, quais RNs merecem destaque, positivo e negativo, na sua opinião?

Eu daria destaque para a que regulou as MEIs, RN 432. Isso deu uma movimentada no setor. Não sei afirmar se foi positivo ou negativo, mas permitir que o mercado de trabalho, com a reforma da legislação trabalhista e com a incorporação das MEIs, nada mais justo permitir que elas estejam no mesmo padrão regulatório que as empresas/CNPJs já consolidadas. Outra resolução importante foi a RN 443, que estabeleceu a governança corporativa nas operadoras. Ambas têm seus lados positivos, pela exigência da profissionalização das operadoras.

Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?

A judicialização afasta muitos investimentos. Se você tem estados judicializados como Pernambuco e Bahia, tradicionalmente judicializados, por exemplo, o investidor tenderá a fugir desses locais, e dará preferência a outros estados com menos judicialização. Pode-se chegar a um nível grande de judicialização de forma que pode não haver garantias do contrato que se está negociando. Algum grau de judicialização já está incorporado no preço praticado pelas operadoras, mas o excesso de judicialização em geral acaba afastando investidores e a população sofre também por perder os serviços que poderiam ser oferecidos a ela. O processo é importante, ou seja, deve existir um certo nível de judicialização para que se cumpram contratos e que haja ordenamento jurídico, mas a intervenção legal não deve ultrapassar essa fronteira.

APÊNDICE E – Quinta Entrevista

Descreva o panorama regulatório geral da saúde suplementar no Brasil atualmente.

Sobre sua pergunta, darei ênfase para a regulação nos quesitos de capital mínimo exigido e margens. Ano a ano isso vem mudando, e cada vez mais regras vêm surgindo. No início, logo após a criação da ANS, não havia exigência de capital mínimo ou de margens, o que fez com que muitas operadoras não se sustentassem e acabaram saindo do mercado. O cenário vem apertando no quesito regulatório, especialmente na questão da solvência dos planos, e migrando para um modelo baseado em risco, o que dificulta ainda mais o cálculo atuarial para as operadoras. Por um lado, isso é bom, especialmente para o beneficiário/cliente, pois representa o lado mais fraco da corda e terá garantido o cumprimento do contrato. Por outro lado, as operadoras se encontram em uma situação cada vez mais difícil, com um aumento do rigor da exigência de capital mínimo e capacidade de solvência. O mercado de operadoras de planos de saúde no Brasil exige das empresas cada vez mais robustez financeira. Especialmente durante a pandemia, a condição econômica do país, combinada com as exigências impostas pela ANS, favoreceram empresas que conseguiram captar capital fora do país. Naturalmente só conseguem isso as operadoras grandes e já estabelecidas.

Analisando-se os dados de 1999 a 2020 na série histórica da ANS, observa-se o número de contratantes aumentando e o número de ofertantes diminuindo. Como podemos interpretar essa tendência?

É bem clara a ocorrência de uma concentração de mercado, e atuação regulatória da ANS tem grande participação nisso. Com a exigência regulatória há a saída de empresas menos eficientes financeiramente, empresas que não possuem as margens mínimas exigidas. Por outro lado, há o problema em se aplicar a mesma regulação para empresas de diferentes tamanhos e estruturas. E essa concentração tende a continuar. O SUS tem papel importantíssimo, mas com um sistema público de saúde com problemas, subfinanciado e, devido à transição demográfica e ao envelhecimento cada vez maior da população, exigirá cada vez mais leitos, portanto cada vez mais pessoas tenderão a buscar a saúde privada e, com o aperto regulatório por parte da ANS, é de se esperar um aumento na concentração de mercado na saúde suplementar brasileira.

Setores regulados costumam apresentar características oligopolísticas na estrutura de mercado. Na sua opinião, a saúde suplementar caminha para uma redução constante no número de operadoras e a consolidação dos “big players”? Por quê?

Sem dúvida, vejo que o mercado de saúde suplementar tende a ter cada vez menos empresas ou grupos de empresas, e cada um destes atenderá uma fatia grande do mercado. Algo em torno de 80% do mercado distribuído para pouco mais de 100 empresas entre 700 ativas. Com o aperto regulatório por parte da ANS isso continuará. Inflação médica crescente, aumento dos custos, enfim, só sobreviverão aquelas empresas consolidadas financeiramente.

Como variáveis macroeconômicas, com destaque para a taxa de câmbio e taxa de juros, afetam os custos das operadoras?

A taxa de câmbio é muito importante, especialmente para as empresas verticalizadas, que possuem em sua cadeia produtiva a necessidade de importação de medicamentos e equipamentos hospitalares. Durante o período do COVID, sedativos também foram importados, o que oneraram as operadoras.

A taxa de juros, por outro lado, funciona como freio para tomada de crédito, especialmente quando ela se encontra alta, o que estimula as operadoras a obterem recursos próprios.

Como se dá a verticalização por parte das operadoras? Quais as vantagens que elas possuem se responsabilizando por todo o processo de atendimento e gestão de custos?

A verticalização permite que a empresa adquira recursos substituindo um fornecedor na cadeia de suprimentos, abocanhando suas margens e ganhando com escala. Ela monta seus recursos próprios, um hospital por exemplo. Parte-se da premissa que ela operará de maneira mais eficiente do que se tivesse que comprar os recursos com prestadores de serviços. É necessária uma análise de custo-benefício para se analisar a viabilidade da verticalização, naturalmente.

Desde 2015 vem-se observando um aumento nas fusões e aquisições. Como essa tendência afeta as operadoras, especialmente as regionais?

De fato, elas vêm ocorrendo bastante. Grandes grupos de fora do país têm entrado para investir na saúde suplementar brasileira. O volume de dinheiro entrando com uma estratégia de negócios agressivo vem trazendo mais participação de mercado para esses grupos, naturalmente levando a uma participação cada vez maior de menos *players* no mercado. Com relação aos planos regionais, não conseguem competir com grupos mais organizados e mais eficientes, que consequentemente conseguem praticar preços menores e tiram do mercado os *players* menores

e menos eficientes. É de se observar que planos individuais são mais regulamentados que os coletivos-empresariais, portanto há uma tendência grande à diminuição da contratação da primeira categoria, o que prejudica operadoras que tinham nesse plano seu principal produto.

Como a ANS e o CADE têm se comportado frente às fusões e aquisições?

O CADE avalia o critério técnico das fusões e aquisições, e seu papel tem sido cumprido nesse quesito. Com relação à ANS, a regra de hoje é capital baseado em risco. Isso reflete precedentes no mercado a nível internacional, como o Acordo de Basileia, por exemplo, o que levou uma certa consolidação de mercado. Já era algo esperado por parte da ANS. A expectativa é de que haja mudanças regulatórias que não levem a uma concentração de mercado.

De 2015 para cá, quais RNs merecem destaque, positivo e negativo, na sua opinião?

RN 433, que fala sobre compartilhamento de risco. Vejo como negativo, pois ela afetou principalmente o Sistema Unimed, o que atrapalha a utilização por parte do beneficiário em relação à cidade de contratação do plano e a cidade de utilização dele. Envolve utilização de margens por parte das unidades da operadora e, na minha visão, prejudica tanto a operadora quanto o beneficiário.

Como a judicialização tem afetado a saúde suplementar brasileira em termos de custos e dificuldade de fazer negócios?

Na minha realidade comercial não tenho observado muito isso. Tem acontecido mais no SUS. Não consigo afirmar qual o efeito que ela tem tido nas operadoras.