

A Estruturação do Setor de Saúde Suplementar e o Desempenho de Operadoras de Plano de Saúde ¹

Álvaro Escrivão Junior – alvaro.escrivao@fgv.br

Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas – EAESP-FGV

Renato Madrid Baldassare – renato_madrid@yahoo.com.br

Hospital das Clínicas de São Paulo – HCFMUSP

Peterson Elizandro Gandolfi – peterson@ufu.br

Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Eduardo Loebel – eduardo.loebel@ufu.br

Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Área temática: Gestão na Saúde

Resumo:

O objetivo do presente artigo consiste em analisar a estruturação do setor de saúde suplementar brasileiro, bem como as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para monitoramento do desempenho das operadoras de planos de saúde, especialmente nos aspectos econômico-financeiros. A metodologia do presente estudo envolveu levantamento de normas legais e dados do setor de planos privados de saúde. Os dados foram obtidos na página eletrônica da Agência Nacional de Saúde Suplementar e foram apresentadas de modo a caracterizar os principais *players* deste mercado e prover um panorama atual do setor. Ao longo do estudo são apresentados e discutidos os desafios enfrentados pelas operadoras de planos de saúde e pela agência reguladora, especialmente relacionados à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro. Os resultados encontrados neste estudo evidenciam os benefícios que a regulamentação do setor assegurou para os beneficiários em relação aos contratos firmados anteriormente. Por outro lado, trata-se de um mercado com crescentes desafios nos que tange os temas de concentração, equilíbrio econômico-financeiro e manutenção da prestação de serviço adequada e de qualidade aos beneficiários. A pesquisa possibilita concluir que a agência reguladora vem trabalhando no sentido de compor um arcabouço normativo compatível com a necessidade de intervenção exigida pela dinâmica deste mercado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Desempenho Econômico-Financeiro. Operadoras de Planos de Saúde.

1 Introdução

O setor da saúde suplementar no Brasil apresenta, em sua estrutura e dinâmica, condições muito específicas que precisam ser compreendidas quando se deseja avaliar o desempenho de operadoras de planos de saúde suplementar. Tais especificidades não se explicam unicamente pelo fato das atividades serem realizadas sob uma criteriosa regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mas também por que os atores que o compõe estão sujeitos a inúmeros fatores tipicamente relacionados a sua atividade-fim. Os principais fatores que tornam instigantes o estudo da estruturação do setor de saúde suplementar brasileiro são frequentemente identificado na literatura e são atribuídas principalmente às especificidades dos processos de incorporação de novas tecnologias, ao déficit de infraestrutura (principalmente leitos em hospitais), aos impactos do processo de envelhecimento da população, ao aumento das doenças crônicas, aos gastos crescentes com a saúde, às carências do atual modelo de financiamento.

Tais desafios impactam o desempenho econômico e financeiro das Operadoras de Planos de Saúde (OPSs). O tema do desempenho organizacional tem sido abordado por meio de estudos que buscam identificar os seus determinantes, sendo que muitas vezes as causas de desempenhos organizacionais atípicos são entendidas como de origem interna ou externa às organizações. Assim sendo, o entendimento das causas dos desempenhos de OPSs pressupõe a compreensão da estrutura e dinâmica do setor de saúde suplementar brasileiro. Tal necessidade justifica a realização dessa pesquisa.

O objetivo do presente artigo consiste em desenvolver uma análise preliminar sobre a estruturação do setor de saúde suplementar brasileiro considerando os seguintes aspectos desse processo ocorrido ao longo de aproximadamente quinze anos: 1) aspectos gerais do setor de saúde suplementar brasileiro; 2) os tipos de planos de saúde suplementar e como essa questão evoluiu ao longo do tempo; 3) as modalidades de planos de saúde suplementar apreendidas a partir do marco legal que regula o setor; 4) as falhas de mercado que influenciam as atividades do setor e o desempenho organizacional das OPSs. A delimitação do objetivo do artigo explicita as suas limitações tendo em vista que muitos outros fatores influenciam a estruturação e a dinâmica do setor assim como o desempenho de seus *players*. Entende-se que, apesar das inúmeras limitações, esse artigo traz contribuições ao campo de pesquisa dedicado ao melhor entendimento sobre a estrutura e dinâmica do setor de saúde suplementar brasileiro e suas influências sobre os desempenhos das organizações participantes.

A metodologia empregada no trabalho realizado foi a pesquisa documental. Assim sendo, o trabalho contou com um criterioso levantamento de normas legais, documentos e dados do setor de planos privados de saúde. Considerando que esta pesquisa faz parte de um projeto denominado “Ferramenta para Análise do Desempenho Econômico-Financeiro de Operadoras de Planos de Saúde no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro” financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS) buscando contribuir com o processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os dados foram obtidos principalmente na página eletrônica da ANS e foram compilados de modo a caracterizar os principais players deste setor de atividade. Buscou-se, por meio dessa opção metodológica, prover o projeto mais amplo de panorama atual do setor, ainda que parcial. Busca-se, ao longo do estudo, apresentar e discutir os principais desafios enfrentados pelas operadoras de planos de saúde e pela agência reguladora, especialmente relacionados à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de suas atividades-fim.

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam os benefícios que a regulamentação do setor assegurou para os beneficiários em relação aos contratos firmados anteriormente. Por outro lado, trata-se de um mercado com crescentes desafios nos que tange os temas de concentração, equilíbrio econômico-financeiro e manutenção da prestação de serviço adequada e de qualidade

aos beneficiários. A pesquisa possibilita concluir que a agência reguladora vem trabalhando no sentido de compor um arcabouço normativo compatível com a necessidade de intervenção exigida pela dinâmica deste mercado.

2 Revisão da literatura

Esse tópico apresenta uma revisão de literatura que se encontra organizado em três itens: 1) uma breve apresentação dos aspectos gerais do setor de saúde suplementar brasileiro; 2) apresentação e discussão dos tipos de planos de saúde suplementar considerando, principalmente, o marco legal que constitui a matéria; 3) apresentação e discussão das modalidades de planos de saúde suplementar considerando, principalmente, o marco legal que constitui tal categoria.

2.1 Aspectos gerais do setor de saúde suplementar brasileiro

O número de vínculos a planos de saúde no Brasil aumentou nos últimos anos (Figura 1), representando uma proporção de 26,1% em relação ao total da população brasileira em dezembro de 2014. Embora tenha havido aumento no número de beneficiários, a taxa de crescimento anual apresentou queda nos últimos anos.

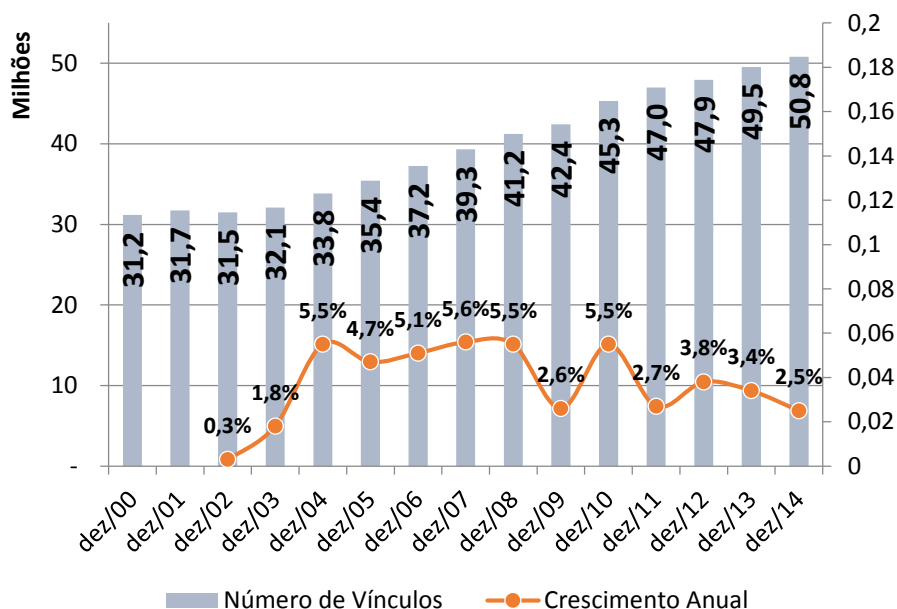


FIGURA 1. Beneficiários de planos de saúde e taxa anual de crescimento. **Fonte:** Elaboração do autor. Dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014.

Apesar dessa expansão do mercado da saúde suplementar no conjunto da população brasileira, há importante variação da "cobertura" entre as Unidades da Federação. Ressalte-se que a razão entre o número de vínculos com planos de saúde e o número de habitantes da população considerada não representa exatamente a cobertura, pois é frequente a existência de mais de um vínculo para o mesmo indivíduo.

O estado de São Paulo (maior valor: 45,4%) possui cobertura quase oito vezes maior do que a do estado do Acre (menor valor: 6%). A Tabela 1, a seguir, mostra a distribuição dos beneficiários da Saúde Suplementar nas regiões e estados do Brasil. Sabe-se que o número de beneficiários está relacionado com o desempenho da economia e com o volume de postos de trabalho formal (ANS, 2014a), assim, verifica-se que 62% dos vínculos com planos de saúde estão concentrados na região sudeste, sendo o estado de São Paulo o de maior quantidade - quase 19 milhões.

TABELA 1. Distribuição dos beneficiários de planos de saúde, segundo Regiões e Estados.

Região Norte	1.942.892	3,8%	Região Sudeste	31.376.815	62,1%
Rondônia	185.408	0,4%	Minas Gerais	5.380.330	10,7%
Acre	47.571	0,1%	Espírito Santo	1.130.645	2,2%
Amazonas	603.377	1,2%	Rio de Janeiro	6.059.970	12,0%
Roraima	40.727	0,1%	São Paulo	18.805.870	37,2%
Pará	891.646	1,8%	Região Sul	7.208.488	14,3%
Amapá	66.411	0,1%	Paraná	2.900.763	5,7%
Tocantins	107.752	0,2%	Santa Catarina	1.517.826	3,0%
Região Nordeste	6.834.529	13,5%	Rio Grande do Sul	2.789.899	5,5%
Maranhão	498.377	1,0%	Região Centro Oeste	3.149.047	6,2%
Piauí	238.971	0,5%	Mato Grosso do Sul	551.799	1,1%
Ceará	1.278.580	2,5%	Mato Grosso	534.459	1,1%
Rio Grande do Norte	542.291	1,1%	Goiás	1.109.992	2,2%
Paraíba	431.068	0,9%	Distrito Federal	952.797	1,9%
Pernambuco	1.434.487	2,8%	Outros	5.221	0,0%
Alagoas	414.522	0,8%	Exterior	6	0,0%
Sergipe	318.012	0,6%	Não Identificado	5.215	0,0%
Bahia	1.678.221	3,3%	Total	50.516.992	100,0%

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Fonte: Elaboração do autor. Dados do ANS TABNET– Informações em Saúde Suplementar - junho/2015.

A distribuição etária dos beneficiários de planos privados apresenta menor proporção de pessoas de cinco a 25 anos em comparação à população geral, ou seja, entre os jovens a cobertura de planos privados é relativamente baixa. A cobertura aumenta na população de 25 a 45 anos, tornando esta faixa etária relativamente mais coberta por planos do que a população geral. A proporção de indivíduos acima de 45 anos é similar nas duas populações. É importante considerarmos o processo de envelhecimento da população, que requer mais cuidados de saúde e, consequentemente, contribui para o aumento das despesas das operadoras. O crescimento da população idosa brasileira ocorre “de forma radical e bastante acelerada”, e, em 2020, o Brasil poderá ser o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009).

STIVALI (2011) calculou o Índice de Envelhecimento da população de beneficiários e da população geral obtendo, para o ano de 2008, 0,461 e 0,314, respectivamente. Além de constatar que a população de beneficiários é mais envelhecida do que a população geral, o autor verificou que o processo de envelhecimento vem ocorrendo de forma mais intensa na população coberta por planos de saúde. O impacto financeiro da ampliação da população idosa sobre o sistema de saúde decorre principalmente do aumento da frequência de utilização de serviços (NUNES, 2004), dado pela necessidade de cuidado a pacientes de doenças crônicas e pelo atual modelo assistencial que não atende com eficiência às necessidades do idoso, portador de múltiplas doenças (VERAS; PARAHYBA, 2005; VERAS, 2009).

Em 2011, a RN nº 279 (ANS, 2011a), alterada parcialmente pela RN nº 297 (ANS, 2012a), assegurou a manutenção do aposentado (bem como ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa), que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, o direito de manter

as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas. A empresa empregadora ficou obrigada a manter estes beneficiários no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que estes tenham contribuído para o custeio do plano e não sejam admitidos em novo emprego. Desta forma, a mudança no perfil epidemiológico, que acompanha o envelhecimento da população, continuará a ser um crescente desafio às operadoras de planos de saúde.

No mesmo período em que se observou aumento do número de beneficiários, houve diminuição do número de operadoras em atividade, que passou de duas mil empresas no ano 2000 para cerca de mil em 2014.

A redução do número das operadoras evidencia maior concentração do mercado suplementar. Em dezembro de 2014, sete operadoras detinham 30% dos beneficiários de planos de saúde. Por outro lado, há cerca de 600 empresas de pequeno porte que operam em 10% do mercado. A tendência de concentração do setor em poucas operadoras traz riscos ao equilíbrio do mercado por comprometer a competição e favorecer condições de oligopólio. Como consequência, há risco de queda na qualidade dos serviços prestados, práticas de ajuste de risco, aumento do poder de barganha das operadoras sobre os prestadores e aumento nas barreiras de entrada do mercado (OCKÉ-REIS, 2007).

Andrade et. al. (2012) apresenta uma definição de mercado geográfico de planos de saúde no Brasil baseada nos modelos gravitacionais como alternativa a fronteira geopolítica de definição da dimensão geográfica. Neste modelo, a área de mercado, denominado mercado relevante, é definida por fluxo de relações de consumo de serviços hospitalares. Os resultados do estudo também apontam para existência de um mercado concentrado em algumas áreas, com concentração mais acentuada nos mercados de planos individuais, quando comparados aos de planos coletivos.

2.2 Tipos de planos de saúde suplementar

A ANS classifica os planos comercializados quanto à data da celebração, à forma de contratação e à cobertura assistencial prevista.

Os planos antigos são aqueles comercializados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Este tipo de plano representa apenas 11% dos contratos atualmente vigentes (5,5 milhões de contratos). Já os chamados planos regulamentados ou “novos” são aqueles cujos contratos foram celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999, ou seja, após a vigência da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 ou anterior à lei, porém foram adaptados a ela. Estes planos representam 89% dos contratos atuais (50 milhões de contratos) e estão totalmente sujeitos à nova legislação (BRASIL, 2012).

Os planos regulamentados apresentam diferenças expressivas em relação aos planos antigos, cabendo destacar as que seguem. Para planos regulamentados, a cobertura será no mínimo a estabelecida pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A operadora é livre para oferecer outros procedimentos além dos que estão listados no Rol. Para os planos contratados antes de janeiro/1999 e não foram adaptados à Lei 9.656, a cobertura será a que estiver determinada no contrato, porém algumas cláusulas são consideradas abusivas e por isso o Poder Judiciário as considera nulas. A lei n.º 9.656/98 garantiu aos beneficiários de planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999 internações hospitalares e em UTI sem limite de prazo. Da mesma forma, não há limites para cobertura de consultas médicas, fisioterápicas e exames.

Outra diferença diz respeito aos reajustes dos valores dos planos. Os planos individuais e familiares, e outros dependendo do tipo de contratação, regulamentados têm o reajuste definido anualmente pela ANS. Já para os planos anteriores à Lei 9.656, os reajustes devem seguir o que

estiver escrito no contrato, ou seja, as regras previstas pela lei não podem ser aplicadas. Caso o contrato não especifique ou não seja claro quanto ao reajuste anual de preços, este deverá estar limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos regulamentados. Os planos regulamentados, principalmente os individuais e familiares, também têm regulados os reajustes por mudança de faixa etária. A Lei 9.656/98, por meio da Resolução CONSU nº 06 de 4 de novembro de 1998 (CONSU, 1998) 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 anos). Com a promulgação da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos), foi publicada a RN nº 63 (ANS, 2003b), que determina a alteração de 7 para 10 faixas etárias e, 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. Os planos contratados antes de janeiro de 1999 devem seguir o que estiver previsto no contrato.

Quanto à forma de contratação, os planos podem ser classificados como individuais ou familiares, e coletivos. Os planos individuais ou familiares são aqueles que oferecem cobertura de assistência à saúde para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Os planos individuais ou familiares representam 20% do mercado com 9,8 milhões de vínculos. Os contratos de planos individuais ou familiares sofrem maior controle da ANS, não podendo ser interrompidos unilateralmente pela operadora. Além disso, há limitação de reajuste por mudança de faixa etária, bem como o controle do reajuste anual pela ANS.

Os planos coletivos são oferecidos por operadoras de planos de saúde a um conjunto de beneficiários vinculados a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, ou vinculada a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. O plano de saúde pode ser empresarial ou por adesão. Os planos coletivos são predominantes no mercado brasileiro, representando 80% do total de planos vigentes. É importante ressaltar que os planos coletivos não têm os reajustes definidos pela ANS, sendo estabelecidos por livre negociação entre as partes. Vale destacar que em 2012 a ANS determinou, por meio da RN nº 309 (ANS, 2012b), alterada parcialmente pela RN nº 330 (ANS, 2013c), que as operadoras devem agrupar todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo de percentual de reajuste único a ser aplicado a esse agrupamento.

Os planos coletivos empresariais são aqueles que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Os planos coletivos empresariais são os mais frequentes entre os planos coletivos, com 33,6 milhões de contratos.

Já os planos coletivos por adesão oferecem cobertura aos beneficiários que têm vínculo com conselhos profissionais e entidades de classe, que exigem registro para o exercício da profissão; sindicatos; associações profissionais, entre outros. Atualmente, há 6,7 milhões de contratos de planos coletivos por adesão no Brasil.

Em relação à cobertura assistencial, os planos são classificados como Ambulatorial, Hospitalar e Referência.

Os planos ambulatoriais preveem cobertura a atendimentos e procedimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos da ANS, cuja atualização mais recente foi determinada pela RN nº 338 (ANS, 2013b), alterada parcialmente pela RN nº 349 (ANS, 2014f). Os planos com este tipo de cobertura não incluem internação hospitalar ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que demandem apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, unidade de tratamento intensivo (UTI), centro de tratamento intensivo (CTI) e similares. Há apenas 1,5 milhões de contratos com cobertura ambulatorial em vigência, representando cerca de 3% dos vínculos.

Já os planos hospitalares dão cobertura a atendimentos em unidade hospitalar, não incluindo procedimentos ambulatoriais, podendo ser com ou sem obstetrícia. Quando o plano hospitalar inclui o segmento obstétrico, este passa a dar cobertura aos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e à cobertura do recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida, bem como sua inscrição no plano, como dependente, isento do cumprimento de carências desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

Os planos classificados como plano referência são aqueles com cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar e garante atendimento integral às urgências e emergências após 24 horas da contratação.

2.3 Modalidades de planos de saúde suplementar

As operadoras estão organizadas em modalidades, segundo seu estatuto jurídico:

2.3.1 Administradoras

A RN nº 196 (ANS, 2009a) revogou a RDC Nº 39 (ANS, 2000) e classificou como Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades: i. promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes; ii. contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; iii. oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; iv. apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde, e alteração de rede assistencial. As administradoras são empresas que prestam serviço para outras operadoras, administrando planos. Portanto, não assumem os riscos da operação dos planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada.

2.3.2 Cooperativas médicas

Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/71 (BRASIL, 1971), que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. Na cooperativa, os médicos são sócios e prestadores de serviços, e a remuneração é feita utilizando como referência as tabelas da Associação Médica Brasileira (AMB). Há, ainda, a divisão das sobras ou prejuízos obtidos por cada unidade singular. As cooperativas médicas detêm o maior número de vidas do setor, com 19,5 milhões de beneficiários de planos de assistência médica em dezembro de 2014 (38% do mercado), ultrapassando em 2012 a modalidade Medicina de Grupo, sua maior concorrente. O crescimento deste grupo de operadoras foi de 103,5% entre 2002 e 2012 enquanto as demais modalidades (exceto as autogestões que permaneceram estáveis) tiveram crescimento em torno de 40% (ANS, 2013a). As cooperativas médicas apresentaram taxa de sinistralidade de 84% em 2014.

2.3.3 Cooperativas odontológicas

Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a política nacional de cooperativismo, disposto na Lei nº 5.764/71 (BRASIL, 1971), que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

2.3.4 Autogestões

São empresas que atuam em quaisquer setores, que oferecem planos de saúde como benefício a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, e seus respectivos grupos familiares, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou ainda associações, nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de saúde a seus participantes e dependentes. Apesar de serem consideradas como modalidades não comerciais, as autogestões não patrocinadas, ou seja, em que o benefício

não é integralmente coberto pelo empregador, também são obrigadas a cumprir as exigências de constituição de garantias financeiras. A modalidade de autogestão possuía 5,5 milhões de beneficiários em dezembro de 2014, representando 11% do mercado. As autogestões não tiveram variação importante no número de beneficiários nos últimos dez anos. As autogestões têm a taxa de sinistralidade mais alta entre as diversas modalidades, ficando em 93% em 2014.

2.3.5 Medicinas de grupo

A Portaria Nº 3.232 de 27 de junho de 1986 do Ministério do Trabalho define as empresas médicas ou medicinas de grupo como pessoa jurídica de direito privado, que prestam assistência médico-hospitalar com recursos próprios ou de rede credenciada mediante pagamento de contraprestação pecuniária. Classificam-se nessa modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos de Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas demais modalidades. As medicinas de grupo administram planos de saúde para empresas contratantes, famílias e indivíduos. Constituíram-se inicialmente como grupos médicos aliados ao empresariado paulista no final da década de 50 e originaram-se a partir dos departamentos médicos das fábricas, quando estas optaram pela compra de serviços médicos aos seus trabalhadores. Na década de 80, estes arranjos assistenciais incluíram na sua área de atuação a classe média, mediante a oferta de planos individuais com uma intensa competição por preços entre estes grupos empresariais (NOTÃO, 2004). Nos últimos anos, este segmento apresentou forte tendência à verticalização dos serviços com objetivo de melhor controlar a utilização de serviços e os custos assistenciais (ESCRIVÃO JUNIOR, KISHIMA, 2011). As medicinas de grupo possuíam, em dezembro de 2014, 17 milhões de beneficiários (33% do mercado). As medicinas de grupo apresentaram taxa de sinistralidade de 83% em 2014.

2.3.6 Odontologias de grupo

Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas como Cooperativa Odontológica. As odontologias de grupo possuíam mais de 13 milhões de beneficiários em dezembro de 2014, o que representa 62% do mercado de planos exclusivamente odontológicos.

2.3.7 Filantropias

Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos de Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente. Este grupo de operadoras soma 1,2 milhão de beneficiários, o que equivale a 2% do mercado (ANS, 2014b).

2.3.8 Seguradoras

Seguradoras são empresas com fins lucrativos que fazem intermediação financeira reembolsando os gastos com assistência médica diretamente ao segurado dentro de limites estipulados contratualmente nas apólices. Além das condições e limites financeiros para reembolso, o contrato com a seguradora define a cobertura e a abrangência geográfica.

Os seguros de saúde dão ao beneficiário a possibilidade de livre escolha de serviços dentro de uma rede referenciada, já que não possuem rede própria de atendimento. A partir de 2001, as seguradoras tiveram que criar empresas especializadas para a venda exclusiva de seguro saúde, pois a Lei Nº 10.185 (BRASIL, 2001; ALVES, 2008), vedou a atuação deste tipo de seguradoras em quaisquer outras modalidades de seguro. Por já serem reguladas no âmbito do sistema financeiro desde a década de 1960, as seguradoras já constituíam reservas técnicas a fim de dar suporte financeiro de longo-prazo para suas operações (BRASIL, 2001; ALVES, 2008). Após a regulamentação do setor suplementar, a atividade de comercialização de seguros saúde passou

a ficar sob a jurisdição da ANS. As seguradoras especializadas em saúde possuíam 7,6 milhões de beneficiários em dezembro de 2014, representando 15% do mercado. A taxa de sinistralidade das seguradoras é relativamente alta, fechando 2014 com 86%.

3 Metodologia

A metodologia do presente estudo envolveu levantamento de normas legais e dados do setor de planos privados de saúde. Os dados foram obtidos na página eletrônica da Agência Nacional de Saúde Suplementar e foram apresentadas de modo a caracterizar os principais *players* deste mercado e prover um panorama atual do setor. Ao longo do estudo são apresentados e discutidos os desafios enfrentados pelas operadoras de planos de saúde e pela agência reguladora, especialmente relacionados à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

4 Análise dos resultados e discussão

Nesse tópico são apresentados os resultados da análise realizada sobre as falhas de mercado presentes no setor de saúde suplementar e desenvolve-se uma discussão a respeito da estruturação do setor de saúde suplementar no Brasil e algumas constatações a respeito de influência provenientes da instância estrutural no desempenho de operadoras de planos de saúde.

4.1 Falhas de mercado

Em qualquer setor da economia, a regulação do Estado procura atenuar os efeitos da ausência das condições requeridas para a perfeita competição do mercado. A ausência destas condições implica desequilíbrio entre a oferta e a demanda, configurando falhas de mercado, que podem levar a distorções no consumo de bens e serviços. A regulação destes setores tem o intuito de melhorar a alocação e distribuição dos recursos para gerar eficiência. Num dado mercado, a intensidade da intervenção tende a ser diretamente proporcional à intensidade das falhas (CASTRO, 2002).

As condições para a perfeita competição no mercado são:

Racionalidade – quando o consumidor tem clareza do que deseja consumir, quando e onde conseguir, podendo planejar o consumo;

Inexistência de externalidades – tomadas como os efeitos (positivos ou negativos) da produção ou do consumo de determinado bem que não podem ser mensurados, tornando a decisão ineficaz;

Perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor – pressupõe a capacidade do consumidor em conhecer e discernir todas as opções disponíveis no mercado, bem como a diferença de qualidade entre cada uma delas, maximizando a sua utilidade na escolha;

Consumidores agindo livremente em seu benefício – quando o indivíduo pode decidir livremente o que consumir ou não, segundo seu próprio interesse;

Numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado – implica na ausência de produtores capazes de causar grande influência no mercado, mantendo-se o preço na base da competição.

A ausência destas condições para perfeita competição ocasiona falhas no mercado da saúde, sendo as principais relacionadas à assimetria de informação entre compradores e vendedores. Por um lado, as operadoras desenvolvem mecanismos que visam a excluir ou dificultar o acesso ao plano de saúde de alguns grupos, identificados como de alto risco (seleção de risco). Por outro lado, a cobertura pelo plano pode contribuir para a maior utilização de serviços do que seria se não estivesse coberto (risco moral) (BAHIA, 2002).

Neste contexto de acentuadas falhas de mercado, o papel regulador desempenhado pela ANS tem extrema importância para promover o equilíbrio das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários e tornar o mercado de planos de saúde mais eficiente.

No âmbito da relação entre as operadoras e seus prestadores de serviços, em 2014, a Lei 13.003 alterou a lei 9.656/1998 (BRASIL, 2014), tornando obrigatória a existência de contratos escritos entre as partes. Esta medida buscou conferir mais transparência na relação entre as operadoras e prestadores, e contribuir para a garantia de atendimento aos beneficiários na rede de prestadores das operadoras, reduzindo a possibilidade da operadora descredenciar sem motivo o prestador de sua rede de serviços, com prejuízo direto à assistência oferecida (ZANATTA, 2013). Logo após a promulgação dessa Lei, a ANS editou Resoluções Normativas sobre o tema, estabelecendo as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde (ANS, 2014c); dispondo sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas (ANS, 2014d); e detalhando a questão da substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares (ANS, 2014e).

Dentre as atribuições da agência reguladora está previsto o estabelecimento de critérios para a concessão, manutenção e cancelamento da autorização de funcionamento das empresas e de registro de produtos. Procura-se, desta forma, deter o controle sobre a entrada, permanência e saída das operadoras do mercado, com implicações no grau de concorrência do setor por constituírem barreiras à entrada de novas empresas. Elevadas barreiras à entrada reduzem a competição no mercado. NITÃO (2004) analisa as principais barreiras de entrada de novas empresas no mercado de saúde suplementar a partir da tipologia proposta por PORTER (1981), sendo estas causadas por economias de escala; diferenciação do produto; necessidade de capital; desvantagens de custos independentes de escala; custos de mudança; e acesso aos canais de distribuição. A seguir serão destacadas as três primeiras, mais diretamente relacionadas ao presente estudo.

As economias de escalas se referem à redução do custo unitário de um produto ou operação resultante do aumento do volume absoluto no período. Em geral, a escala mínima eficiente para uma operadora é elevada, embora não exista um “tamanho ótimo” para todas as operadoras, podendo variar de acordo com sua estratégia comercial, segmento alvo e grau de controle sobre os custos (existência ou não de rede própria) (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006; NITÃO, 2004).

A barreira de entrada no mercado por diferenciação do produto ocorre quando as empresas existentes estabelecem, com seus clientes, sentimento de lealdade por esforços de publicidade, serviço ao consumidor ou diferenças dos produtos. Mesmo que haja um Rol de Procedimentos mínimo que deva ser igualmente coberto por todas as operadoras, as empresas podem diferenciar seus produtos pela abrangência geográfica, forma de acesso aos prestadores (por livre escolha de profissionais e serviços ou rede contratada), cobrança ou não de coparticipação, oferta de produtos correlatos como medicamentos, cobertura de procedimentos maior que o Rol mínimo etc. Desta forma, a diferenciação se constitui em uma barreira por exigir que os entrantes assumam elevadas despesas para superar o relacionamento das operadoras existentes com os seus clientes (NITÃO, 2004).

A necessidade de capital cria também barreiras à entrada no mercado de planos de saúde, dada a necessidade de investimento para atender aos requisitos impostos pela ANS, e em instalações físicas (caso a operadora faça a opção por operar com rede própria) ou contratação de rede já existente. Assim, um entrante potencial terá maior dificuldade de obter o registro para atuar no mercado.

4.2 Discussão

De forma geral, a regulamentação teve impacto nos custos das operadoras, tanto para entrar no mercado, quanto para operar, em função das garantias financeiras exigidas; dos custos administrativos e informacionais; da oferta de rol mínimo obrigatório; da redução dos períodos de carência etc. (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Em análise dos principais resultados alcançados pela ANS desde sua criação, em 2000, até 2011, SALVATORI e VENTURA (2012) citam a ampliação das coberturas assistenciais estabelecidas nos contratos, a indução a práticas de promoção da saúde, a possibilidade de portabilidade de carências, as barreiras à entrada e à saída das operadoras do mercado e a qualificação do setor. As autoras acrescentam que “é possível perceber, por meio dos instrumentos normativos da ANS e da efetivação de suas ações, que a maior preocupação regulatória ao longo desses onze anos de existência tem sido com os aspectos econômico-financeiros das operadoras” (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Tal preocupação da ANS com a situação econômico-financeira das operadoras se manifestou de maneira mais explícita em forma de Resolução logo após um ano de sua criação, com a publicação da RDC nº 77 de 17 de julho de 2001 (ANS, 2001) e posteriores revisões pelas RN 160 (ANS, 2007); RN 209 (ANS, 2009b) e RN 274 (ANS, 2011b). Esta determinação designou a obrigatoriedade das operadoras em constituir reservas financeiras crescentes como capital mínimo (aplicado às empresas com fins lucrativos) ou provisão para a operação (para as empresas sem fins lucrativos), provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência. Resgatando o conceito de necessidade de capital como uma barreira à entrada de novas empresas no mercado, as operadoras que já atuavam no setor antes da RDC Nº 77 tiveram vantagem em relação às novas, pois puderam utilizar o prazo concedido de seis anos para incorporarem as garantias financeiras. Já as empresas que solicitaram registro após esta Resolução precisaram dispor das provisões totalmente constituídas desde o início de sua operação (NITÃO, 2004).

Para aprimorar o monitoramento do desempenho econômico-financeiro das operadoras, a ANS instituiu o Plano de Contas Padrão por meio da RDC 38 de 27 de outubro de 2002 (ANS, 2002b). Esta medida, revisada pelas RN nº 3 (ANS, 2002); RN nº 27, (ANS, 2003a); RN nº 136 (ANS, 2006); RN nº 207 (ANS, 2009c); RN nº 247 (ANS, 2011c); RN nº 290 (ANS, 2012c); RN nº 314 (ANS, 2012d), e RN nº 322 (ANS, 2013d), facilitou o fornecimento de informações gerenciais e padronizou a coleta e as demonstrações contábeis das operadoras. Assim, tornou possível analisar o desempenho de uma mesma operadora ao longo do tempo; comparar o desempenho das operadoras com outras do mesmo porte e igual forma jurídica e com outras de diferentes portes e outras formas jurídicas; e analisar os custos de atendimento médico e odontológico (COSTA, 2008), além de subsidiar a ANS com dados econômico-financeiros para avaliação do mercado de saúde suplementar. O Plano de Contas é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das empresas. As informações são apresentadas à ANS por meio do preenchimento do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS).

5 Conclusão

De forma geral, a regulamentação teve impacto nos custos das operadoras, tanto para entrar no mercado, quanto para operar, em função das garantias financeiras exigidas; dos custos administrativos e informacionais; da oferta de rol mínimo obrigatório; da redução dos períodos de carência etc. (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Em análise dos principais resultados alcançados pela ANS desde sua criação, em 2000, até 2011, SALVATORI e VENTURA (2012) citam a ampliação das coberturas assistenciais estabelecidas nos contratos, a indução a práticas de promoção da saúde, a possibilidade de

portabilidade de carências, as barreiras à entrada e à saída das operadoras do mercado e a qualificação do setor. As autoras acrescentam que “é possível perceber, por meio dos instrumentos normativos da ANS e da efetivação de suas ações, que a maior preocupação regulatória ao longo desses onze anos de existência tem sido com os aspectos econômico-financeiros das operadoras” (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Tal preocupação da ANS com a situação econômico-financeira das operadoras se manifestou de maneira mais explícita em forma de Resolução logo após um ano de sua criação, com a publicação da RDC nº 77 de 17 de julho de 2001 (ANS, 2001) e posteriores revisões pelas RN 160 (ANS, 2007); RN 209 (ANS, 2009b) e RN 274 (ANS, 2011b). Esta determinação designou a obrigatoriedade das operadoras em constituir reservas financeiras crescentes como capital mínimo (aplicado às empresas com fins lucrativos) ou provisão para a operação (para as empresas sem fins lucrativos), provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência. Resgatando o conceito de necessidade de capital como uma barreira à entrada de novas empresas no mercado, as operadoras que já atuavam no setor antes da RDC Nº 77 tiveram vantagem em relação às novas, pois puderam utilizar o prazo concedido de seis anos para incorporarem as garantias financeiras. Já as empresas que solicitaram registro após esta Resolução precisaram dispor das provisões totalmente constituídas desde o início de sua operação (NITÃO, 2004).

Para aprimorar o monitoramento do desempenho econômico-financeiro das operadoras, a ANS instituiu o Plano de Contas Padrão por meio da RDC 38 de 27 de outubro de 2002 (ANS, 2002b). Esta medida, revisada pelas RN nº 3 (ANS, 2002); RN nº 27, (ANS, 2003a); RN nº 136 (ANS, 2006); RN nº 207 (ANS, 2009c); RN nº 247 (ANS, 2011c); RN nº 290 (ANS, 2012c); RN nº 314 (ANS, 2012d), e RN nº 322 (ANS, 2013d), facilitou o fornecimento de informações gerenciais e padronizou a coleta e as demonstrações contábeis das operadoras. Assim, tornou possível analisar o desempenho de uma mesma operadora ao longo do tempo; comparar o desempenho das operadoras com outras do mesmo porte e igual forma jurídica e com outras de diferentes portes e outras formas jurídicas; e analisar os custos de atendimento médico e odontológico (COSTA, 2008), além de subsidiar a ANS com dados econômico-financeiros para avaliação do mercado de saúde suplementar. O Plano de Contas é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das empresas. As informações são apresentadas à ANS por meio do preenchimento do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS).

Referências

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2014b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Foco Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, setembro de 2014a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Foco Saúde Suplementar, setembro de 2013a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada nº 39, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, de 27 de outubro de 2000.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada nº 77, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS, de 17 de julho de 2001.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada nº 38, que institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde-OPS, de 27 de outubro de 2002b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 279, que regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para custear o plano, de 24 de novembro de 2011a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 297, que altera o Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a Concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde; e a Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe sobre a Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, de 23 de maio de 2012a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 63, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004, de 22 de dezembro de 2003b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 309, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste, de 24 de outubro de 2012b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 330, que altera a Resolução Normativa - RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe, em especial, sobre o agrupamento de contratos coletivos, para prorrogar o prazo previsto para as operadoras atualizarem o cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos registrados, de 05 de junho de 2013c.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 338, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, de 11 de outubro de 2013b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 349, que altera a Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013, de 09 de maio de 2014f.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 196, que dispõe sobre a Administradora de Benefícios, de 14 de julho de 2009a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 363, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências, de 11 de dezembro de 2014c.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 364, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas, de 11 de dezembro de 2014d.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 365, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, de 11 de dezembro de 2014e.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 160, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, de 03 de julho de 2007.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 209, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de 22 de dezembro de 2009b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 274, que estabelece tratamento diferenciado para pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera as Resoluções Normativas - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, RN nº 159, de 3 de julho de 2007, RN nº 171, de 29 de abril de 2008, RN nº 172, de 8 de julho de 2008, RN nº 173, de 10 de julho de 2008, RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, RN nº 209, de 2 de dezembro de 2010, RN nº 227, de 19 de agosto de 2010; e altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho, de 20 de outubro de 2011b.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 03, que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão ANS, de 18 de abril de 2002.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 27 que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, de 01 de abril de 2003a.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 136 que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, de 31 de outubro de 2006.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 207, que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde, de 22 de dezembro de 2009c.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 247, que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde, de 25 de fevereiro de 2011c.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 290, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o § 1º do artigo 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa -IN/DIOPE nº 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE nº 19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE nº 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de

dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011, de 27 de fevereiro de 2012c.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 314, que altera os Anexos da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, a RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na Saúde Suplementar, a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e a RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas nº 159 e 160, de 23 de novembro de 2012d.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 322, que altera o Anexo da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, de 27 de março de 2013d.

ALVES, S. Eficiência de Operadoras de Planos de Saúde. *Revista Brasileira de Risco e Seguro*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 87-112, 2008.

ANDRADE, Monica Viegas et al. Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. *Pesquisa e planejamento econômico*, v. 42, n. 3, p. 329-361, 2012.

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

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei 10.185. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, de 12 de fevereiro de 2001.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei 13.003. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços, de 24 de junho de 2014.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei 5.764. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências, de 16 de dezembro de 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002.

Conselho de Saúde Suplementar – Consu. Resolução Consu nº 06. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde, de 4 de novembro de 1998.

COSTA, N.R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, São Paulo, v.13, n. 5, p. 1453-62, 2008.

ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KISHIMA, V.S.C. Panorama do Setor Suplementar de Saúde Brasileiro. In: IBAÑEZ, N., ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P. H. A. (Orgs.), *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

NITÃO, S. Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A.A. (Org.), *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, p. 427-450, 2004.

OCKÉ-REIS, C.O, Andreazzi M.F.S. e Silveira, F.G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. *R. Econ. contemp.*, Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 12, pp. 1041-1050, 2007.

PORTER, M.E. The Contributions of Industrial Organization to Strategic Management. *The Academy of Management Review*, v. 6, n. 4, pp. 609-620, 1981.

SALVATORI, R.T.; VENTURA, C.A.A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade (Impresso)*, v. 19, p. 471-487, 2012.

STIVALI, M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

ZANATTA, C.L. Principais efeitos da regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar. Dissertação de Mestrado f. 178. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2013.

¹ Os autores agradecem a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo financiamento e apoio oferecido à pesquisa denominada “Ferramenta para Análise do Desempenho Econômico-Financeiro de Operadoras de Planos de Saúde no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro” no contexto da qual o presente artigo foi produzido.