

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ECONOMIA – CAEN  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA - MPE

**Alexandre Ripardo Pauxis**

**UM ESTUDO SOBRE A SOBREVIVÊNCIA DAS OPERADORAS DE  
PLANOS DE SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
PÓS REGULAÇÃO**

FORTALEZA

2015

ALEXANDRE RIPARDO PAUXIS

UM ESTUDO SOBRE A SOBREVIVÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE  
SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR PÓS REGULAÇÃO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Economia – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de concentração: Setor Público.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Benegas

Fortaleza

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Pós Graduação em Economia - CAEN

---

P324u Pauxis, Alexandre Ripardo  
Um estudo sobre a sobrevivência das operadoras de planos de saúde no mercado de  
saúde suplementar pós regulação/ Alexandre Ripardo Pauxis. – 2015.  
39p. il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Economia,  
CAEN, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.  
Orientador: Prof. Dr. Maurício Benegas.

1. Saúde Suplementar I. Título.

---

CDD 368.01

ALEXANDRE RIPARDO PAUXIS

UM ESTUDO SOBRE A SOBREVIVÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE  
NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR PÓS REGULAÇÃO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Economia – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de concentração: Setor Público.

Aprovado em: **31 de março de 2015**

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Maurício Benegas (Orientador)

Universidade Federal do Ceará -UFC

---

Prof. Dr. Leandro de Almeida Rocco

Universidade Federal do Ceará -UFC

---

Prof. Dr. Paulo de Melo Jorge Neto

Universidade Federal do Ceará -UFC

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a DEUS, pela proteção durante os caminhos traçados até aqui.

Aos meus pais (in memoriam) pela criação e incentivo à busca pela educação.

À Família, esposa, filhos e irmãos e sobrinhos que próximos ou distantes participaram desse trabalho e torceram por mim.

Aos professores da pós-graduação que nos passaram com maestria os seus amplos conhecimentos, em especial ao Professor Maurício Benegas, orientador desta pesquisa, que sempre esteve disponível à ajuda e debates que contribuiu sobremaneira para essa obra.

À Agência Nacional de Saúde Suplementar, pela disponibilidade de dados (especialmente ao Heitor Werneck) e incentivo aos servidores em produzir pesquisas na área da saúde suplementar.

Aos colegas de trabalho do Núcleo da ANS no Ceará pela força que sempre deram e pela paciência de suportar um maior acúmulo de trabalho em razão de nossa ausência temporária.

À todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão do curso e a finalização desse trabalho, dentre os quais incluo ainda os colegas de curso e demais funcionários do CAEN/UFC.

## RESUMO

Apesar de existir desde à década de 1950/60, o mercado de saúde suplementar passou a ser regulado após a criação da Lei de Planos de Saúde em 1998, e a criação, em 2000, da autarquia federal denominada Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que passou a acompanhar a atuação das operadoras nesse mercado. Dentre as diversas competências desta Agência Reguladora está o de retirar a Operadora do mercado de saúde suplementar, seja por não obedecer as normas reguladoras, seja por decretação de sua liquidação extrajudicial em razão de graves problemas econômico-financeiros que o impedem de permanecer assistindo a sua massa de beneficiários.

Diante desse cenário, verificamos que muitas operadoras têm saído do mercado, na maioria das vezes causando uma série de “problemas” sócio-econômicos para os agentes que nele participam, como desassistência por algum período dos beneficiários, inadimplência da Operadora perante diversos prestadores, muitas vezes levando estes a suportarem os calotes e passarem por algum nível de dificuldade financeira, imprevista necessidade de atuação do órgão regulador para realocação dos beneficiários às outras operadoras e dificuldades destas em suportar a entrada desses beneficiários sem carência e com demanda reprimida, aumentando a sinistralidade etc. Assim, torna-se importante investigar se existe um perfil de operadoras que estão fadadas ao insucesso, à partir de características que se entende como pontos que fortalecem ou não as finanças dessas empresas. Para isso, utilizamos variáveis escolhidas com base em estudos científicos ou conhecimentos empíricos, a serem utilizadas uma série temporal de 129 meses em um modelo de regressão de Cox, sendo este indicado pela comunidade científica um importante modelo de análise de sobrevivência.

## **ABSTRACT**

In spite of its existence dating since the 1950's, it wasn't until the creation of the Brazilian Law on Health Insurance in 1998 and of the federal autarchy (independent agency) named ANS – National Agency for Supplementary Health – in 2000, that supplementary health market came to being regulated. Amongst the Agency's many attributions is taking the Health Care Operator out of the supplementary market, either for not obeying the regulatory norms or for having its extrajudicial liquidation declared on account of dire financial and economic problems that prevent the Operator from assisting its beneficiaries.

In this perspective, we notice a number of Health Care Operators exiting the market usually causing a series of social-economic "issues" for the participant agents such as temporary health care assistance stoppage, financial default by the Operator regarding providers' services – at times bringing the providers to endure financial difficulties due to lack of payment, unforeseen necessity of action by the regulatory agency in order to relocate beneficiaries to different Operators - thus creating complications to these Operators in receiving new beneficiaries with no grace period and restrained demand increasing loss, and so forth. Therefore it proves to be relevant an investigation towards defining a profile of Operators fated to failure, from traits that are known to determine the financial strength of these companies. To this end we use variables, chosen based on scientific studies or empirical knowledge, to be applied on a 129 months' time series Cox regression model, which is recommended by the scientific community as an important Survival Analysis model.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução de consumidores de planos médico hospitalar ----- 17

Tabela 2 – Evolução receita/despesa das operadoras de plano de saúde --- 17

Tabela 3 – Beneficiários por período de contratação ----- 21

Tabela 4 – Evolução da relação proporcional de planos individ/coletivos ----- 22

## **SIGLAS**

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CAP – CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÃO

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RDC – RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA

RN – RESOLUÇÃO NORMATIVA

OPS – OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

CNAS – CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ADIN – AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

BNDES – BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

SEBRAE – SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS

SIG – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1 – MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL .....	13
1.1– HISTÓRICO .....	13
1.2- CENÁRIO ATUAL .....	16
1.3– OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE .....	18
1.3.1 - Classificação quanto ao tipo de constituição das OPS .....	18
1.3.2 - Classificação quanto ao porte das OPS .....	20
1.4 – VARIEDADES DE CONTRATOS EXISTENTES NO MERCADO ----	20
1.4.1 – Contratos Antigos/Novos .....	20
1.4.2 – Contratos Individual-familiar/Coletivo .....	22
1.5 – REGRAS DE ENTRADA E SAÍDA DAS OPS NO MERCADO .....	23
2 – REVISÃO DA LITERATURA .....	24
3 – METODOLOGIA .....	27
4 – ANÁLISE DE DADOS .....	29
4.1 - Variável dependente .....	29
4.2 - Variáveis explicativas .....	29
4.3 - Estimativas do Modelo .....	33
5 – RESULTADO .....	35
6 – CONCLUSÃO .....	37
7 – REFERÊNCIAS .....	38

## INTRODUÇÃO

A constituição de entidades baseadas em reunir pessoas para contribuições financeiras visando um risco futuro de abalo à saúde passou tornar-se realidade à partir de dos anos de 1920, e guarda estreita relação com que alguns autores chamam de “Revolução Industrial Brasileira”, influenciada ainda por reivindicações de trabalhadores imigrantes da Europa. Atualmente o mercado tornou-se fonte de exploração econômica abalizado pela Constituição Federal que o reconheceu como possibilidade de exploração privada, ainda que tenha implementado o Sistema Único de Saúde - SUS, com assistência integral e acesso universal.

Tratando-se de um setor estratégico do ponto de vista de sua relevância pública, foi criada a Lei específica para disciplinar as regras do setor e paralelo a isso, durante a reforma do Estado, implantado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, criou-se também uma agência reguladora para fins de regular o mercado. Antes disso, as discussões para implantação de um mercado regulado já se preocupava com a questão da permanência ou sustentabilidade das operadoras, pois o impacto social acarretada pela saída de operadoras do mercado é extremamente gravoso principalmente para beneficiários vinculados a esta que, inesperadamente, passam a não ter mais acesso aos serviços, muitas vezes inadiáveis, de assistência a sua saúde a não ser através da busca pelo serviço público ou pela contratação de outras empresas (operadoras de plano de saúde).

Especificamente sobre esse transtorno é amenizado por ações da agência reguladora, no sentido de promover a transferência desses beneficiários sem que tenham que cumprir novos períodos de carência, especialmente através das chamadas portabilidades especiais ou extraordinárias, mas ainda assim observamos transtornos aos beneficiários, aos prestadores de serviços que não raro têm que suportar o calote de seus créditos deixados pelas operadoras “quebradas” e, dependendo do mercado local e porte das operadoras, podem trazer riscos à sobrevivência destas outras, ao terem que absolver um número considerável de

beneficiários sem carência e com demandas reprimidas, o que, dependendo de sua situação financeira, aumenta os riscos de “quebra”.

A preocupação dos órgãos vinculados à assistência médica ou ao consumidor, sobre a saída de operadoras do mercado mostrou-se pertinente ao longo da regulação do setor, uma vez que a redução do número de operadoras no mercado foi bem acentuada, com a saída de mais de 850 operadoras de planos médicos-hospitalares, representando uma redução de mais de 50%, sendo que boa parte delas tiveram seu registros cancelados por iniciativa da ANS em razão de não conseguirem se sustentar financeiramente e/ou desajustes em relação às normas regulatórias, o que necessita de constante intervenção da agência reguladora para minimizar os transtornos econômico-sociais apontados acima.

Considerando esta relevância do tema, a presente pesquisa se propõe a analisar a sobrevivência das operadoras no mercado de saúde suplementar, considerando o perfil que compõe algumas de suas características primordiais, quais sejam: o modelo de gestão, porte, número de beneficiários, número de idosos, número de vínculos de contratos antigos ou não regulamentados (anteriores à Lei 9.656/98) e número de vínculos em contratos coletivos, bem como a verticalização dos serviços hospitalares. Através desses dados colhidos em uma série temporal de 129 meses (janeiro de 2004 à setembro de 2014), aplicamos o Modelo de Regressão de Cox, que a literatura aponta como importante modelo de análise de sobrevivência, amplamente aplicado especialmente na área da estatística epidemiológica.

Assim, temos como objetivo geral estimar um modelo que indique o perfil das operadoras que correm o maior risco de não sobrevivência no mercado de saúde suplementar, visando a antecipação de ações regulatórias no sentido de minimizar os custos dessas retiradas do mercado. Também serve como importante instrumento de análise de investidores sobre a sustentabilidade do negócio, inclusive avançando na análise do cenário econômico do mercado que pretende atuar; servindo ainda como instrumento de análise para os demais participantes do mercado como prestadores, consumidores e órgãos que de uma forma ou de outra atuam nesse complexo mercado.

Este trabalho dissertativo foi organizado em cinco capítulos: o primeiro deles mostra o cenário do mercado de saúde suplementar, de suas origens até chegarmos ao cenário atual, neste capítulo definimos também alguns conceitos baseados nas definições legais ou normativas da regulação exercida pela ANS, definições que servem como base para o entendimento das variáveis estimadas no modelo. No segundo capítulo fizemos uma breve revisão da literatura, apontando as perspectivas já abordadas que se relacionam com o assunto aqui relatado, tecendo alguns comentários sobre as mesmas ao fazer um paralelo com a presente pesquisa. No terceiro capítulo discorremos sobre a metodologia aplicada ao presente trabalho. Em seguida transcrevemos no quarto capítulo a análise dos dados, com as perspectivas em relação às variáveis explicativas, demonstramos ainda a forma que estimamos o modelo, considerando a significância das variáveis que influenciam na sobrevivência das operadoras. Por últimos – quinto capítulo – tecemos comentário sobre os resultados demonstrados na estimação do modelo fazendo um paralelo com a realidade prática que observamos no mercado.

# 1 – MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

## 1.1 – HISTÓRICO

A saúde suplementar ou privada, tal como a conhecemos hoje, através dos chamados “planos de saúde”, surgiu no País nos anos 1960, mas não podemos deixar de citar que a sua “pré-concepção” remonta aos anos de 1920 quando trabalhadores passaram a se organizar e reivindicar melhores condições de trabalho, boa parte deles imigrantes europeus que aqui passaram a residir, trazendo ideologias marxistas e anarquistas. Tais reivindicações culminariam, dentre outras, na implantação da Lei Eloy Chaves em 1923 que criou a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), que era um fundo constituído com a contribuição das Empresas e dos empregados, depositado em uma conta e administrado por um conselho de administração e que serviria para custear as despesas com assistência médica (socorro médico para si ou para a família além de medicamentos) e previdenciária (aposentadoria e pensão).

Inicialmente criada para os Ferroviários (categoria que representava a elite dos assalariados da época), posteriormente se estendendo para outras categorias: portuários e marítimos (1926) e trabalhadores de empresas de serviços telegráficos e radiográficos (1928) bem como influenciou a criação de caixas similares para outras empresas, quando foi criada CAP dos empregados dos serviços de força, luz, bondes e telefones vinculados a Estados, Municípios e empresas particulares (1930), também foi criado CAP's para estivadores e trabalhadores em armazém de café.

Portanto, a assistência à saúde custeada diretamente pelo setor privado em forma de mutualismo está vinculada ao início do que alguns autores chamam de “Revolução Industrial Brasileira”, ocorrida na transição do império para a República.

Isso se deu especialmente pela expansão da cultura cafeeira para exportação, com ajuda substancial da expansão ferroviária, grandes influxos de capital humano (imigrantes estrangeiros) e capital físico (importação de máquinas e equipamentos). Villela (2013) ressalta sobre a época que; “... Tratava-se, essencialmente, de um crescimento liderado pelas exportações, mas que, cada vez mais, envolvia a expansão e a diversificação dos setores industrial e de serviços, à medida que o País se tornava também mais urbano”.

A diversificação da sociedade cada vez maior, bem como o limite de atuação estatal nesta seara assistencial à saúde clamava pela coexistência de um sistema privado, mas que se organizasse também em forma de mutualismo para o suporte dos riscos. Assim, o mercado de saúde privado ofertado através de planos de saúde, tal como existe hoje, com a constituição de agentes econômicos (pessoas jurídicas) que se dispusera a explorar este ramo, surgiu em 1960 com a primeira empresa de medicina de grupo do País.

Em 1967, o governo ditatorial brasileiro passou a fomentar esse incipiente mercado, com a autorização para que as empresas que contratassem assistência médica para seus funcionários não recolhessem a parte da assistência médica da cota patronal da previdência social, isso significou a redução da contribuição previdenciária para os empregadores de 8% para 3% sobre a folha de pagamento. Assim, ao longo dos anos 70 e 80, o mercado de saúde privado foi crescendo com o surgimento de novas modalidades de agentes econômicos, Gonzalo e Malik (2012) afirmam que no início da década de 1980, havia 20 milhões de beneficiários de plano de saúde, segundo as principais entidades então representativas do setor e ao final dos anos 80 ocorreu a efetiva entrada de grandes seguradoras no ramo da saúde.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu art. 196<sup>1</sup> que a saúde era um direito de todos e um dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário; também reconheceu a possibilidade de que a assistência à saúde poderia ser explorada pelo setor privado, nos termos do art. 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

---

<sup>1</sup> Art. 196 CF: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Após a promulgação da Carta Magna iniciaram-se os debates entre entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor e parlamento para criação de norma específica para o setor, especialmente sobre regras de solvência para as operadoras, abertura do setor para o capital estrangeiro e ampliação de regras de coberturas assistenciais e de controle de preços, culminando com o Projeto de Lei 93/93 no Senado Federal, que após anos de debate virou a Lei nº 9.656/98<sup>2</sup>, considerado o marco legal para o mercado de plano de saúde.

Portanto, em momento pré-regulação do mercado já se preocupava com questões de sustentabilidade ou sobrevivência financeiras das operadoras e que foram bem exploradas nas regras de regulação do setor, com destaque para normatização de controle de registro de operadoras e solvência que guarda relação com esta pesquisa.

Na década de discussão e edição da Lei de Planos de Saúde, estava em plena “ebulição” e implantação da política de reforma do Estado brasileiro, onde se pretendia buscar como alternativa à crise ao chamado “Estado de Bem-Estar Social”, que levou ao inchaço da máquina administrativa, acentuada na Era Vargas e no Governo Militar de Ernesto Geisel, aumentando muito os gastos públicos, o que piorou substancialmente com a crise financeira e fiscal nos anos 80.

Portanto, em 1995, no Governo de Fernando Henrique Cardoso, foi instituído o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, o qual estava alicerçado em uma mudança de paradigmas do Estado, com premissas de torná-lo **regulador** num cenário de economia de mercado, se destituindo de uma atuação intervencionista. As palavras deste Presidente à época deixavam clara a faceta estatal que se pretendia implantar: *“a missão do estado de direcionar o desenvolvimento (steering capacity) passa a ser muito mais importante do que a tentativa comprovadamente ineficaz de substituir a iniciativa privada na produção de bens e de serviços que não têm natureza essencialmente pública”* (CARDOSO, 1996:42). Dentre as premissas básicas dessa mudança podemos citar as palavras de Luiz Carlos Bresser-Pereira (ARVETE e BIDERMAN, 2004):

---

<sup>2</sup> Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde

*“O Estado só deve executar diretamente as tarefas que são exclusivas de Estado, ou que apliquem os recursos do Estado. Entre as tarefas exclusivas de Estado, porém, deve-se distinguir as tarefas centralizadas de formulação e controle de políticas públicas e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, das tarefas de execução, que deve ser descentralizadas para agências executivas e agências reguladoras autônomas”* (grifo nosso)

Essa busca pela diminuição do tamanho do Estado, fazendo com que este deixasse de ser o financiador e executor do desenvolvimento econômico, com a transferência/delegação para a iniciativa privada, dando ênfase a atuação estatal exclusiva de regulamentar e fiscalizar, fez surgir as chamadas **agências reguladoras**, dentre as quais a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da Lei n. 9.961/2000<sup>3</sup>. A implantação desta Agência não foi fruto da política de privatizações como ocorreu em outros setores da economia como telecomunicações, energia elétrica, exploração de petróleo e seus derivados e nem se tratava de uma atividade que o Estado brasileiro já regulava/fiscalizava<sup>4</sup> através de outros órgãos como a vigilância sanitária, o mercado de saúde suplementar já era privado, mas que, devido a sua relevância pública, necessitou de órgão regulador do mercado.

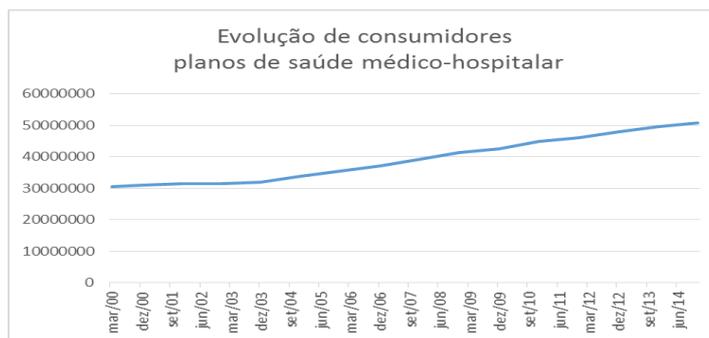
## 1.2 – O CENÁRIO ATUAL

Atualmente o mercado brasileiro de saúde suplementar está sujeito à regulação específica do Estado, através de agência reguladora autônoma, e vem apresentando ao longo dos últimos anos um aumento significativo do número de participantes (consumidores), passando de 30.510.964 em março de 2000 para 50.809.249 em dezembro de 2014, representando um aumento aproximado de 66%:

---

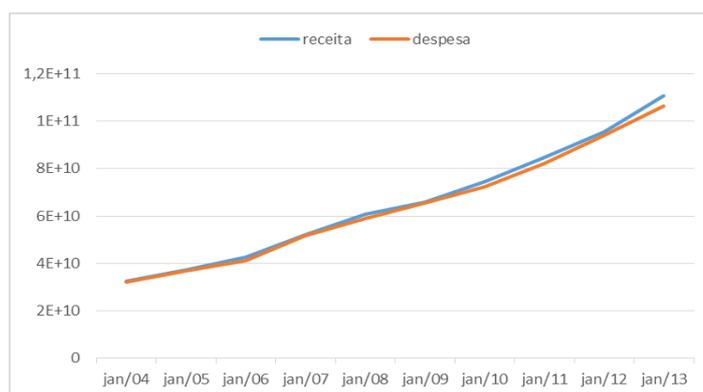
<sup>3</sup> Art. 1º- É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde

<sup>4</sup> Havia uma regulação incipiente da SUSEP em relação ao acompanhamento econômico-financeiro de seguradoras de saúde.



Fonte: site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br))

A receita das Operadoras vem acompanhando esse crescimento do número de consumidores no mercado, apesar de que as suas despesas também acompanham esse crescimento, apresentando em 2013 uma margem de lucro crescente no último balanço disponível, conforme quadro abaixo, onde constatamos um saldo positivo do lucro em mais de quatro bilhões e duzentos milhões de reais.



Fonte: site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br))

Paralelo a esta ascensão em termos de expansão do mercado e dos lucros auferidos pelas operadoras, verificamos que ao longo dos anos houve uma maior concentração do mercado, haja vista que saíram bem mais operadoras do que entrou no mercado, já que no período de 2004 à 2014 entraram no mercado 112 operadoras de planos médico-hospitalares, enquanto que no mesmo período saíram 850 operadoras.

### 1.3 – OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE – OPS

O mercado de saúde suplementar, como qualquer outro, conta com a participação direta de agentes econômicos que “exploram” esse nicho mercadológico desde 1960. Além das operadoras, participam ainda basicamente os consumidores e os prestadores de serviços, que são entidades hospitalares, clínicas e profissionais de saúde que efetivamente executam os serviços assistenciais, direcionados por médicos (assistência médica-hospitalar) ou cirurgiões-dentistas (assistência odontológica), com auxílio de demais profissionais desta área (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista etc.).

#### 1.3.1 – Classificação quanto ao tipo de constituição das OPS

O agente econômico principal do mercado são as chamadas operadoras de planos de saúde<sup>5</sup>, às quais foram classificadas pela RDC 30/2000 da ANS, com ajustes da Lei Federal n. 10.185 relativos à seguradoras de planos de saúde e resoluções normativas posteriores proferidas pela ANS; são elas:

- a) Seguradoras especializadas em saúde: companhias de seguros autorizadas especificamente a oferecer cobertura em seguro saúde, estando proibidas de operar em quaisquer outros ramos de seguros regulamentados pela SUSEP;
- b) Cooperativas médicas: São organizações sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/1971, que operam, de forma exclusiva, planos privados de assistência à saúde médico-hospitalar;
- c) Instituições filantrópicas: entidades sem fins lucrativos que operam que operam planos de saúde privados, certificados pelo CNAS como tal e declaradas por um ou mais entes da federação como de utilidade pública.

---

<sup>5</sup> Utilizaremos o termo genericamente, nele enquadrando as empresas que exploram o mercado através de oferta de planos ou seguros de saúde.

- d) Operadoras de autogestão: e.1) entidades que operam diretamente serviços de assistência à saúde suplementar de forma patrocinada ou não; e.2) empresas de outros ramos econômicos que se responsabilizam diretamente em ofertar planos assistenciais a seus empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus grupos familiares, de forma patrocinada ou não; e.3) entidades associativas, fundações, sindicatos e entidades de classe que ofertam planos de saúde a seus membros e familiares;
- e) Medicina de Grupo: outras companhias ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde e que não se enquadram em nenhuma das anteriores. Atualmente é a maioria e também a que mais reúne beneficiário.
- f) Administradoras de Benefícios: regulamentadas pela RN 196, são empresas que propõem a contratação de plano de saúde na condição de estipulante ou presta serviço para pessoas jurídicas contratantes de plano, não podendo representar a operadora contratada e nem exercer a atividade típica de operadoras de plano de saúde, ou seja, na prática a Empresa não garante/custeia assistência aos usuários do plano, portanto, não está obrigada a suportar os custos de riscos assistenciais.

Ressalta-se que nesta pesquisa não trataremos de Administradoras de benefício, já que a mesma não assume o risco assistencial perante seus consumidores e sim, contrata operadoras para assumirem esse risco, portanto, apesar de tratar-se de ente regulado que necessita, inclusive, de autorização para funcionar, tem uma atuação bastante diferenciada, conforme preceitua a RN nº 196/2009.

A pesquisa também não contempla as operadoras que atuam no mercado com produtos exclusivamente odontológicos, já que a assistência prestada, precificação dos produtos, boa parte de regras regulatórias e grau de risco é bem diferente, em que pese estas regras provir da mesma origem legislativa – Lei 9.656/98 e 9.961/00. Inobstante a isto, somente à título de acréscimo de informação, as operadoras que operam produtos exclusivamente odontológicos são classificadas em dois tipos: cooperativas odontológicas e odontologia de grupo, seguindo os mesmos moldes das entidades com a mesma natureza descrita acima.

Nesses termos, a análise que se propõe esse trabalho é relacionada à sobrevivência das operadoras de planos de saúde que operam planos médico hospitalares, considerando elas: Seguradoras especializada em saúde, Medicina de Grupo, Cooperativas médicas, Instituições filantrópicas, Operadoras de autogestão.

### 1.3.2 – Classificação quanto ao porte das OPS

Através da Resolução RN 67/2004, a ANS estabeleceu regras próprias referente ao porte das operadoras que atuam no mercado, definindo em seu art.2º que as mesmas seriam divididas em três níveis que chamou de pequeno porte (OPS com até 20.000 beneficiários), médio porte (OPS que possuíam uma carteira entre 20.000 e 100.000 usuários) e grande porte (acima de 100.000 usuários). Essa classificação foi repetida com a entrada em vigor da norma atual – RN 159/2007<sup>6</sup>, com uma pequena melhora redacional, clareando o limite das operadoras de pequeno porte, que são aquelas com número de beneficiários inferior à 20.000. Vale dizer que essa classificação é que será levada em consideração para fins de análise da presente pesquisa.

## 1.4 – VARIEDADES DE CONTRATOS EXISTENTES NO MERCADO

### 1.4.1 – Contratos Antigos/Novos

Já foi dito que o mercado de saúde suplementar passou a ser regulado através da Lei n. 9.656/98, estabelecendo que os contratos celebrados à partir de 02

---

<sup>6</sup> Art. 2º Para fins desta resolução, define-se:

XII – operadora de pequeno porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários inferior a vinte mil;

XIII – operadora de médio porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários entre vinte mil e cem mil; e

XIV – operadora de grande porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários superior a cem mil beneficiários.

de janeiro de 1999, seriam regidos conforme as suas regras. Assim, o mercado passou para um cenário não regulado para um cenário com regras claras e específicas, onde os principais assuntos do contrato, como os serviços assistenciais, reajustes, rescisão contratual etc. passaram a ser definidas basicamente pela lei e suas regulamentações.

Após a criação da ANS em 2000, viu-se a necessidade da Agência estabelecer regras mais claras em relação aos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98, principalmente em pontos estratégicos de proteção do consumidor em relação aos reajustes que contratualmente teria que suportar. Neste sentido, em 2001 foi inserido o art. 35-E na Lei de Plano de Saúde – Lei nº 9.656/98. Porém, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN 1931/03, ainda em decisão liminar, este artigo foi invalidado por estar em desacordo com a Constituição Federal, no que diz respeito à irretroatividade da Lei para estabelecer novas regras sobre os atos jurídicos perfeitos<sup>7</sup>.

Assim, há no mercado duas realidades contratuais bastante diferentes, os contratos celebrados antes de 02/01/1999, regidos pelo próprio contrato e por isso são chamados de “não regulamentados” ou “antigos”; e os contratos celebrados após esta data, ou adaptados à Lei de Plano de Saúde, os quais são denominados de contratos “regulamentados” ou “novos”. Atualmente, os contratos antigos representam um percentual de pouco mais de 10% dos contratos em vigor.



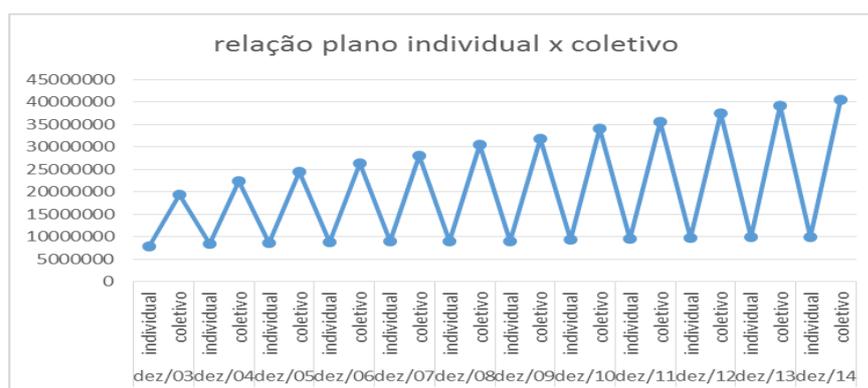
Fonte: site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)) dados: referente à setembro/2014

<sup>7</sup> Art. 5º, XXXVI da CF/88 - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.

### 1.4.2 – Contratos Individuais-familiares/Coletivos

As regras regulatórias não são iguais para todos, pois ficou claro que a Lei 9.656/98 e as regulamentações tratam de forma diferente os contratos celebrados entre a OPS e o consumidor (pessoa física) e os contratos celebrados entre a OPS e pessoas jurídicas. Os primeiros são chamados de “planos individuais-familiares” e os segundos de “planos coletivos”, conforme classifica a RN 195<sup>8</sup>.

É patente que essas normas procuram proteger muito mais os planos individuais em decorrência de que a relação do agente econômico é direta com o consumidor final e a legislação o trata como parte vulnerável da relação consumerista, “já que, não detendo os mecanismos do controle do processo produtivo (produção, distribuição, comercialização), e dele participando apenas em sua última etapa (consumo), pode ser ofendido, ferido, lesado, em sua integridade física, econômica, psicológica ou moral” (CAVALIERI FILHO, 2011). Para estes contratos, os reajustes de preço e rescisão contratual são tratados por regras regulatórias, enquanto que para os planos coletivos existe a liberdade de negociação entre as partes, o que leva muitas operadoras ampliarem a carteira com esses planos. Ao longo dos anos, percebe-se que planos coletivos vêm ampliando cada vez mais a sua vantagem numérica em relação aos planos individuais:



Fonte: site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br))

<sup>8</sup> Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

## 1.5 – REGRAS DE ENTRADA E SAÍDA DAS OPS NO MERCADO

A atuação regulatória do Estado brasileiro, através da ANS, tem como uma de seus poderes/deveres o controle de entrada e saída dos agentes regulados do mercado. Para tanto, concede o registro e autorização de funcionamento aos mesmos, conforme estabelece a o art.4º, Inciso XXII da Lei 9.961/2000. Este mesmo artigo, Inciso XXXIV<sup>9</sup>, definiu como uma das razões de cancelamento desta autorização a liquidação extrajudicial das operadoras ou a autorização para o liquidante solicitar a falência ou insolvência civil.

O assunto referente à permanência e saída das Operadoras do mercado foi definido pela RN nº 85/04, alterada substancialmente pela RN nº 100/05, o qual define tais possibilidades, seja por iniciativa da própria Operadora, como acontece com as incorporações ou pedido de cancelamento de registro, seja de ofício, ou seja, por determinação da ANS, o que pode ocorrer em razão da insustentabilidade econômico-financeira da empresa que a leva à liquidação, ou por inobservância das regras regulatórias, conforme art. 28, §1º<sup>10</sup>, bem como outras legislações face ao preceito do art. 1.125 do Código Civil<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Art. 4º Compete à ANS:

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na [Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994](#);

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

<sup>10</sup> Art. 28. A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e terá validade de quatro anos, a contar da data da publicação no Diário Oficial da União do ato de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação, sempre por igual período.

§ 1º Não fará jus à renovação da autorização de funcionamento, a operadora que não estiver em dia com as informações cadastrais e com outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, estando sujeita à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento da Autorização de Funcionamento.

<sup>11</sup> CC – art. 1.125 – Ao Poder Executivo é facultado, a qualquer tempo, cassar autorização concedida a sociedade nacional ou estrangeira que infringir disposição de ordem pública ou praticar atos contrários aos fins declarados no seu estatuto.

## 2 - REVISÃO DA LITERATURA

A análise de sobrevivência de empresas no mercado em geral, mostra-se bastante relevante para a economia como um todo, especialmente para os mercados de ampla concorrência em que se pretende analisar não só as oportunidades de negócio, subsidiando decisões de investidores, bem como a análise de dados de impacto sociais dela decorrentes, como a questão da oferta ou baixa de postos de trabalho para a população, possibilitando o direcionamento de políticas públicas para intervenção em tais dados sociais.

Nesta vertente é que alguns órgãos vinculados à Administração Pública fomentam estudos sobre a questão da sobrevivência de empresas em âmbito nacional, mais especificamente o IBGE, BNDES e SEBRAE. Dentre estes vale destacar o artigo publicado pelo BNDES da análise de sobrevivências de firmas no Brasil (NAJBERG, PUGA e OLIVEIRA - 2000), onde foi levado em consideração as variáveis de porte, tempo de sobrevivência (idade) e impacto no emprego, para tanto foram pesquisadas cerca de dois milhões de empresas registradas no Ministério do Trabalho no período de dezembro de 1995 à dezembro de 1997. Buscou-se pesquisar se existe uma relação entre taxa de mortalidade e idade do estabelecimento, se essa idade difere para as unidades que têm vínculos de propriedade com outros estabelecimentos (relação matriz e filial) e as mudanças de porte nas firmas que sobreviveram durante os anos de 1996 e 1997. Tratou-se de uma pesquisa importante com viés na análise de abertura e fechamento de postos de emprego, considerando a relação com a dimensão (porte) das firmas no Brasil. A pesquisa não considera a motivação do fechamento das firmas, tratando-as em um patamar de igualdade pra todo e qualquer baixa de firmas nos órgãos oficiais. Esta pesquisa iniciou a análise da questão dos ramos de atividade econômica das empresas, quando levou em consideração também dois macrossetores (indústria de transformação e comércio) como objeto de pesquisa. Algumas conclusões desta são importantes destacar em razão da correspondência com este trabalho, basicamente no que se refere à sobrevivência em relação ao porte e ao tempo de existência das firmas. A pesquisa concluiu que dentre os estabelecimentos surgidos em 1997, 97,7% eram micro empresas, correspondendo a uma taxa de natalidade de 32,6%,

enquanto a criação de novas grandes unidades foi de apenas 4,7%. A taxa de mortalidade das microfirms também foi significativamente maior, chegando a 25,3%, contra 4,5% no caso das grandes unidades. Concluiu-se ainda que a taxa de mortalidade é tanto menor quanto maior é a idade do estabelecimento.

Metodologia semelhante foi usada pelo SEBRAE (2011) avançando no objeto de tal pesquisa, ao trazer como instrumento de avaliação macrossetores da economia - comércio, serviços, indústria e construção civil - bem como considerou além das taxas de sobrevivência das empresas em âmbito nacional, calculou também para as grandes regiões do País (CO, N, NE, S, SE) e para os 26 estados e mais o Distrito Federal. Trata-se de estudo contínuo divulgado periodicamente, através de coleta de dados junto à Secretaria da Receita Federal. O primeiro estudo realizado em 2011 levou em consideração os dados de constituição de empresas nos anos de 2005/2006 com resultado da taxa de sobrevivência no período de até dois anos, e o segundo estudo foi ampliado em 2013 e levou em consideração os dados de 2010 considerando as firmas constituídas no período de 2005 à 2007.

Em seara internacional, existem diversas pesquisas com objetivo de se avaliar o tempo de sobrevivência de empresas no mercado, apurando datas de seu nascedouro e da sua mortalidade, levando-se em consideração os locais de instalação como cidades, regiões e países, bem como setores da economia, como ocorre no Canadá (*Industry Canada - 2010*) e Reino Unido (*Office For National Statistics - 2010*). Dentre as pesquisas de âmbito internacional, podemos destacar o trabalho realizado pela *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2010)* que busca levantar a taxa de sobrevivência para empresas de 15 países constituídas entre os anos de 2005 à 2008, levando-se em consideração a sua sobrevivência ou não no período de dois anos. Tenta-se utilizar uma metodologia unificada, como a utilização de base de dados oficiais de criação e extinção de empresas. Para tanto, é levado em consideração como a variável de corte (censura), tanto de início quanto de fim, a existência ou não de empregados vinculados às empresas, o que a torna questionável quanto à extensão da pesquisa, uma vez que a grande maioria das empresas nos seus primeiros dois anos é de porte pequeno como apontam as pesquisas realizadas no Brasil. Aqui, a probabilidade de não ter empregados é significativa face aos pequenos negócios familiares, baseada na mão de obra própria e relações de confiança familiares, sem

contar com a possibilidade de termos relação empregatícia informal para essas empresas. Por outro lado, a pesquisa mostrou-se importante por apresentar o cenário estratificado em diversos ramos da economia, como saúde, educação, serviços de hotéis-restaurantes etc.

Quanto ao setor de saúde suplementar, foi desenvolvida uma pesquisa no sentido de apurar a insolvência de operadoras de planos de saúde (VIANA 2012), utilizando dados de balanços financeiros disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, pesquisou-se quais as variáveis na contabilidade das empresas que estariam antecipando a insolvência. Nesses termos, foi utilizado pelo autor um modelo logit multivariado para a probabilidade de insolvência, considerando indicadores financeiros das empresas. Além disso, foi investigado o tipo de operadora de plano de saúde e o local de atuação da mesma, concluindo-se que esses dois fatores não têm correlação com o nível de insolvência das operadoras. Foram utilizados os dados de 769 operadoras, cada uma com 25 indicadores financeiros, fazendo-se múltiplas interações entre elas pelo método *Backward Induction*, sendo que três deles afeta as empresas de forma mais significativa, relacionados ao nível de endividamento e recebimentos. São eles: i) Exigível Total/Patrimônio Líquido, ii) (Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo)/Ativo Total, e iii) Crédito Ops.de Saúde/Contraprestações efetivas.

### 3 - METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar os fatores que influenciam na sobrevivência das operadoras de planos de saúde médico-hospitalar no mercado suplementar. Para tanto, foi levantado junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os dados referentes às Operadoras que estavam ativas no mercado em janeiro de 2004 (censura de início), cujos dados estavam informados no sistema SIG da ANS, excluindo as operadoras que trabalham com planos exclusivamente odontológicos e Administradoras de Benefício.

À partir de então, investigamos a sobrevivência de 1317 operadoras, definindo como escala de medida o tempo em meses contabilizando a amostra até setembro de 2014, perfazendo um total de 129 meses. O evento de interesse ocorreu para 255 operadoras que não conseguiram sobreviver e foram retiradas do mercado pela ANS por liquidação/falência ou por desobediência às regras regulatórias, especialmente a Resolução Normativa – RN nº 100/2005.

Este evento é calculado pela função de risco bastante utilizada por sua interpretação em análise de sobrevivência denotada por  $h(t)$ . A taxa de falha no intervalo  $[t_1, t_2)$  é definida como a probabilidade da operadora ter saído do mercado neste intervalo, dado que não saiu antes de  $t_1$ , dividida pelo cumprimento desse intervalo, expressa da seguinte forma:  $S(t_1) - S(t_2) / (t_2 - t_1) S(t_1)$ ; redefinindo o intervalo  $[t, t + \Delta t)$ , a expressão assume a forma:

$$h(t) = \frac{S(t) - S(t+\Delta t)}{\Delta t S(t)}$$

Tratando-se de um estudo sobre a sobrevivência das operadoras durante determinado período, a depender dos efeitos de determinadas covariáveis, a função de risco no tempo  $t$ , dado  $x$ , pode ser escrita na forma  $h(t/x) = h_0(t) g(x, \beta)$ , em que  $h_0(t)$  é uma função arbitrária de risco padrão ou de base,  $x$  é o vetor de co-variáveis fixas,  $\beta$  é o vetor de coeficientes a estimar, enquanto que  $g$  é uma função que deve ser especificada.

O modelo escolhido para estimar a regressão foi o Modelo de Riscos Proporcionais de Cox (1972), modelo semiparamétrico, onde a parte paramétrica do modelo  $g(x,\beta)$  é geralmente tomada como exponencial -  $\exp(x,\beta)$ . Este modelo é apontado pela literatura como um importante instrumento de análise de dados de sobrevivência, pois além da flexibilidade, este modelo permite incorporar facilmente covariáveis dependentes do tempo. Colosmo e Giolo (2006) ensinam que o modelo permite a análise de dados provenientes de estudos de tempo de vida em que a resposta é o tempo até a ocorrência de um evento de interesse. Cita a importância do modelo com base em pesquisa de S.M. Stigler (*Citation Patterns in the Journals of Statistics and Probability*):

*“O modelo de regressão de Cox (Cox, 1972) abriu uma nova fase na modelagem de dados clínicos. Uma evidência quantitativa desse fato aparece em Stigler (1994). O autor usa citações feitas a periódicos indexados de todas as áreas entre os anos de 1987 e 1989, para quantificar a importância de algumas publicações na literatura estatística. O artigo de Cox (1972), em que o modelo é apresentado, foi neste período o segundo artigo mais citado na literatura estatística... Isso significa, em números, uma média de 600 citações por ano, o que representa aproximadamente 25% das citações anuais ao Journal of the Royal Statistical B, revista que publicou o artigo.”*

Este modelo que assume a forma  $\lambda = \lambda_0 \exp(X\beta)$  caracteriza-se pelos coeficientes  $\beta$  que medem o efeito das covariáveis sobre a função de risco, necessitando de um método de estimação para se fazer inferência no modelo. Assim, o método utilizado é o de Máxima Verossimilhança Parcial, proposto por COX (1975), que condiciona à verossimilhança a história dos tempos de sobrevivência e censuras anteriores e desta forma elimina a função de base desconhecida, afastando, assim, a razão de não ser aplicado o método de máxima verossimilhança usual, pois a presença do componente não-paramétrico  $\lambda_0(t)$  na função torna este inapropriado.

## 4 – ANÁLISE DE DADOS

### 4.1 – Variável Dependente

O tempo de sobrevivência das operadoras foi contabilizado em meses e especificamos a análise pela função de taxa de falha apontada acima. Portanto, a variável dependente é a retirada (0) ou não (1) da operadora do mercado de saúde suplementar pela ANS.

### 4.2- Variáveis independentes

A princípio, fizemos o levantamento de dados considerando 07 variáveis independentes como suposição de influência sobre a sustentabilidade ou não das operadoras no mercado, são elas:

#### a) Tipo de gestão (empresarial/representação)

Considerando realidades diferentes em relação à constituição, gestão e finalidade das operadoras do mercado, fizemos uma variável binária, sendo “0” para operadoras constituídas sem fins lucrativos e contam com gestão exercida por mandatos ou por atividade secundária de empresas atuantes em outros ramos, fazendo parte desse grupo as cooperativas médicas, autogestões e filantropias. Para a outra variável binária (“1”), juntamos as operadoras que exercem a atividade como gestão empresarial que visa o lucro e que o fim da empresa é a própria atuação no mercado de saúde suplementar (gestão empresarial), sendo este grupo formado pelas empresas de medicina de grupo e seguradoras de saúde.

Não obstante o fato de não haver uma pré-concepção científica ou empírica quanto à influência dessa variável no resultado sobrevivência das operadoras, o intuito foi de investigar se o “espírito empreendedor” dos empresários desse ramo se sobrepunha às entidades dirigidas supostamente por pessoas que não tem esse “espírito”. Fillion (1997), citando uns dos pioneiros em estudar o

empreendedorismo - Cantilon e Say – descreve que estes consideravam os empreendedores como pessoas que se arriscavam, pois investiam seu próprio dinheiro e aproveitavam as oportunidades com a perspectiva de obterem lucros. No campo comportamentalista cita Max Weber para quem os empreendedores eram inovadores, independentes cujo papel de liderança nos negócios inferia uma fonte de autoridade formal; também cita McClelland, para quem o empreendedor desenvolvia grandes necessidades de realizações em meio a povos com boas influências literárias.

#### b) Hospital Próprio

A unificação de prestação de serviços de plano de saúde e a execução da assistência pelo mesmo agente econômico iniciou nos anos de 1970/80, quando alguns hospitais passaram à operacionalizar no mercado seu próprio plano, ultimamente, o caminho tem sido inverso, empresas que operam genuinamente planos de saúde é quem tem constituído ou adquirido clínicas, laboratórios e hospitais para a execução própria dos serviços demandado por seus usuários, e isso tem gerado questionamento de algumas entidades como conselhos regionais de medicina e representantes de entidades hospitalares. Não entraremos na discussão do assunto sobre as práticas gerenciais de operadoras que escolhem se verticalizar ou qual seu impacto sobre as demais entidades hospitalares. O objetivo é pesquisarmos se a oferta de serviços hospitalares próprios por parte da operadora seria uma variável positiva no sentido da operadora permanecer no mercado. Conforme Albuquerque (2006) no cenário de “contingências de regulação e aumento das despesas com assistência médica, este movimento parece se constituir num mecanismo de sobrevivência no mercado, ao invés de configurar uma estratégia de diferenciação”.

Nesses termos, considerando a motivação de operadoras que investem em verticalização sob uma das estratégias em minimizar impactos de custos assistenciais, e, conseqüentemente, maximizar lucros como estratégia de sobrevivência no mercado, inserimos esta variável binária na regressão “0” pra quem não possui e “1” pra quem possui hospital próprio, sendo que esta pesquisa nos mostra que as operadoras que contam com hospitais próprios têm maior possibilidade de sobreviver, como veremos adiante.

c) Número de beneficiários

Fizemos o levantamento do número de beneficiários que cada uma operadora continha em cada mês de análise e calculamos a média do período. Tais números se mostravam importante uma vez que tem relação direta com as finanças da operadora (receita/despesa). Além disso, mas intrínseco a esta realidade, estudos demonstram que quanto maior o número de pessoas participando do plano, maior o controle do risco, a tese que é creditada às seguradoras baseia-se na teoria estatística denominada “Lei dos Grandes Números” de S.D.Poisson, que, para este caso, significa dizer que o mútuo de um grande número de riscos homogêneos faz com que o valor médio dos sinistros a ser pago tenda a seu valor médio teórico. Quanto maior o número de segurados, maior a probabilidade de acerto nesse cálculo.

Nesses termos, espera-se um resultado positivo quanto à relação do número de beneficiários com a sobrevivência da operadora e este resultado esperado confirmou-se nesta pesquisa, pois verificamos que o acréscimo de beneficiários na carteira da operadora diminui o risco de sua saída do mercado.

d) Porte da Operadora

Na mesma lógica em relação ao número de beneficiários se aplica à variável “porte” das operadoras, visto que a Agência Reguladora classifica o tamanho/porte das operadoras pelo tamanho de sua carteira, ou seja, pelo número de beneficiário a ela vinculado, conforme visto acima a classificação de pequeno, médio e grande porte. Essa variável mostrou-se estatisticamente significativa com uma pequena exceção que não se pode ignorar, conforme veremos na análise de resultados.

e) Número de idosos na carteira

Estudos demonstram que os custos assistenciais para pessoas idosas são maiores, especialmente em razão da ocorrência maior de internações, serviços esses mais caros do que os demais, impactando nas despesas das operadoras. Dados empíricos (inclusive do Brasil) mostram que o custo de assistência à saúde de idosos é 7 vezes, ou mais, maior que o custo com pessoas da primeira faixa etária. Esse cenário coaduna-se com pesquisas elaboradas com base em estudos

relativos ao acesso e à utilização dos sistemas de saúde, onde analisados vários indicadores de saúde (IBGE, 2000), concluiu-se que qualquer que seja o indicador de saúde analisado, haverá uma proporção maior de agravos e procedimentos médicos entre aqueles com mais de 60 anos, em comparação aos demais grupos etários, implicando maior utilização dos serviços de saúde e custos mais elevados. [...] A população idosa é a que proporcionalmente consome mais serviços de saúde. (VERAS, 2003)

Na tentativa de amenizar esta situação, o mercado auto regulado (contratos antigos) já praticava a diferenciação de consumidores em razão da idade e as normas regulatórias do setor absolveram tais regras, permitindo que o preço pago por consumidores seja maior de acordo com a sua idade, além disso, durante a permanência no plano de saúde, o consumidor deve suportar reajustes na contraprestação pecuniária em decorrência exclusiva do avanço de sua idade, são os chamados *reajustes por faixa etária*, atualmente disciplinada com certa proteção das maiores idades pela RN n. 63/2003<sup>12</sup>, que estabelece uma certa distribuição proporcional entre as faixas.

Seguindo este raciocínio do aumento do risco que a população idosa proporciona para a saúde financeira do plano, incluímos esta variável sob a expectativa de que o resultado mostraria que quanto maior o número de idosos vinculados à operadora, maior seria a chance de sair do mercado. Nesses termos inserimos a média de idosos no período pesquisado e o resultado não foi estatisticamente significativo para esta variável.

#### f) Número de contratos antigos/novos

Os direitos e obrigações estabelecidos entre as operadoras e os beneficiários podem ocorrer essencialmente por normas contratuais, como era antes do mercado ser regulado e ainda subsiste com os contratos antigos, presumindo-se

---

<sup>12</sup> Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

a tendência de haver maior controle de custos nestas situações, considerando que o agente econômico obtinha o poder de limitar o serviço a ser prestado, aumentando a chance de adequação entre a contraprestação (valor do prêmio) e o objeto segurado (assistência à saúde), bem como definir o índice de reajuste que melhor se adequava para a reposição das perdas inflacionárias, e ainda a readequação de valores em razão de algum desequilíbrio financeiro. A regulação do setor alterou esta realidade, ao definir os serviços a serem prestados ao consumidor, revisando periodicamente esta obrigação, com a lógica da assistência integral a todas às doenças classificadas no CID, vide *caput* do art. 10 da Lei n.9.656/98<sup>13</sup>, bem como, regula diretamente os índices de reajustes para contratos individuais.

Assim, colhemos o número de vínculos com consumidores ainda regidos por contratos antigos, calculando a média do período de sobrevivência, sendo que esta variável não foi significativa para os testes.

#### g) Contratos coletivos/individuais

A diferenciação entre contratos coletivos e individuais está essencialmente na questão de reajuste e rescisão contratual conforme visto acima, nesses termos, considerando que essa realidade tem atraído algumas operadoras a atuar ou “preferir” os contratos coletivos em razão da “auto regulação” desses assuntos, fizemos o levantamento do número de vínculo de cada operadora e calculamos a média do período pesquisado, sendo que o resultado não foi significativo para esta variável.

### 4.3 - Estimativas do modelo

Após estimar diversos modelos no sistema, percebemos que as variáveis referentes à gestão, contratos antigos, idosos e contratos coletivos, não foram

---

<sup>13</sup> Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

estatisticamente significantes ainda que combinadas, conjunta ou isoladamente entre si ou com as demais variáveis que deram resultados satisfatórios, quais sejam: número de beneficiários, porte da operadora e hospitais próprios.

Ajustando o modelo ao nível de significância considerado satisfatório, decidimos pela presença da interação porte\*beneficiários. Assim, o modelo estimado apresentou os seguintes resultados:

Covariáveis	Estimativa	Erro-Padrão	Valor p
Porte II	-2.457e-01	1.060e-01	0.02042*
Porte III	-2.543e-01	1.648e-01	0.12278
N° de beneficiários	-1.344e-05	6.640e-06	0.04148*
Hospital próprio	-1.767e-01	6.5832e-02	0.00727**
Porte II*beneficiário	1.370e-05	6.775e-06	0.04319*
Porte III*beneficiário	1.356e-05	6.644e-06	0.04119*

Estimativa do Autor      \*Significância a 5%      \*\*Significância 1

## 5 – RESULTADO

Os resultados da estimativa demonstram que o porte da operadora de plano de saúde, ou seja, a sua classificação em relação ao seu tamanho levando em consideração o número de beneficiários, nos termos definidos pela ANS, influencia negativamente no alcance da taxa de falha, ou seja, na possibilidade de não sobreviver, para operadoras de Porte II, chegou-se a estimativa de  $-2.457e-01$ , a uma significância de 5%, ( $p= 0,020$ ).

A estimação do modelo para operadoras de maior porte (Porte III), embora não significativo ao nível de 10%, o resultado mostrou-se marginalmente significativo ( $p=0,122$ ), sendo que o resultado estimado está em perfeita consonância com os demais resultados, seguindo uma lógica de significância para as demais. Por conseguinte, não podemos descartar esta variável uma vez que apresenta-se como um resultado satisfatório para aferição final do modelo e, conseqüentemente, da pesquisa como um todo, com uma estimativa esperada (*coef.* =  $-2.543e-01$ ).

Assim, podemos concluir que, quanto maior o porte das operadoras, menor é o risco de sair do mercado, resultado este observado para empresas em geral pela literatura que trata do assunto, dentre as quais podemos citar as palavras de NAJBERG, PUGA & OLIVEIRA (2000): “as empresas maiores, com maior capital imobilizado, tendem a permanecer mais tempo no mercado, pois os custos de saída costumam ser elevados, dentre outros fatores”. Os autores observam ainda que as taxas de sobrevivência tendem a ser maiores para as firmas de maior porte, em função do acesso mais facilitado ao capital humano e financeiro, além dos expressivos investimentos que servem de “colchão” para eventuais choques. Nesses termos, conclui-se que no mercado de saúde suplementar o porte da Operadora ao longo de sua existência influencia positivamente para a sua sobrevivência.

A variável de número de beneficiários também foi significativa para o modelo a um percentual de 5% ( $p=0,041$ ), com valor estimado igual a  $-1.344e-05$ , concluindo-se assim que à medida que aumenta o número de beneficiários, diminui as chances da operadora vir a sair do mercado, demonstrando que a captação

crescente de clientes é uma estratégia importante de gestão das Operadoras, com intuito de diminuir os riscos financeiros do negócio.

Quanto à variável hospital próprio, o resultado foi significativo à 1% ( $p$  valor = 0,007), demonstrando assim que os estudos que apontam como estratégia de sobrevivência das operadoras o investimento na verticalização dos serviços hospitalares realmente diminui as chances da Operadora sair do mercado, a uma estimativa de  $-1,767e-01$ .

Estimamos o modelo com a interação entre o porte das operadoras e o número de beneficiários, onde verificamos um resultado positivo para as chances de saída do mercado cada vez que operadora alcança um porte superior. As estimativas mostram que a taxa de falha pode ocorrer mais quando da passagem do porte I para o porte II ( $1.370e-05$ ) do que do porte II para o porte III ( $1.356e-05$ ), sendo que essas duas hipóteses são significativas a 5%,  $p = 0,043$  e  $0,041$ , respectivamente.

Este fenômeno pode explicar situações ocorridas em praças de pouca concorrência quando da saída de uma operadora do mercado por determinação da ANS, onde seus usuários são transferidos compulsoriamente às demais operadoras através da proteção regulatória da ANS denominada portabilidade especial ou extraordinária de carência, onde os beneficiários da operadora retirada do mercado entram quase que ao mesmo tempo, sem cumprimento de novos períodos de carência já cumprida, nas operadoras que praticam preços similares e na maioria das vezes classificadas no mesmo porte.

Essas operadoras remanescentes do mercado local – especialmente de pequeno porte – que absolvem esses beneficiários com agravamento de não constituir reservas através da carência, passam a ter problemas financeiros, por vezes de tamanha gravidade que também não suportam a continuidade do negócio.

Acreditamos que esse agravamento não acontece somente em razão da portabilidade extraordinária/especial, mas nos parece contribuir para tal, como observamos empiricamente na praça de Recife-PE e mais recentemente na praça de São Luís-MA, onde operadoras saíram do mercado ocasionou a procura instantânea de seus beneficiários para algumas poucas opções de operadoras no mercado local, ocasionando dificuldades financeiras para as mesmas.

## 6 – CONCLUSÃO

Esta pesquisa procurou avançar no diagnóstico de operadoras de planos de saúde que estão encontrando dificuldade em permanecer no mercado de saúde suplementar e para tanto, buscamos os dados atualizados da ANS que caracterizam o perfil das operadoras, no total de sete variáveis: número de beneficiários, porte da operadora, número de idosos, número de vínculos em contrato coletivo e em contratos antigos e as variáveis binárias do tipo de constituição/gestão e o investimento em hospital próprio (verticalização).

Após diversos testes, verificamos que as variáveis número de idosos, número de vínculos em contrato coletivo e em contratos antigos e as variáveis binárias do tipo de constituição/gestão, não foram significantes para o modelo. Observando que os dados referentes aos beneficiários, porte da OPS e hospital próprio influenciam mais significativamente na sobrevivência ou não das operadoras de planos de saúde.

Portanto, acreditamos que o resultado desta pesquisa serve de mais um instrumento de acompanhamento por parte da ANS, considerando que as antecipações das ações regulatórias em momento prévio à análise e efetiva retirada do mercado evitam “problemas” que esse tipo de ação legítima acarreta ao mercado local e, por vezes, nacional. Ajuda ainda os agentes econômicos presentes e futuros no que diz respeito ao investimento no setor, assim como os demais participantes do mercado, prestadores de serviços e consumidores de um modo geral.

Importante se faz o avanço da abordagem aqui pesquisada, estendendo a análise também para o cenário externo aos dados das operadoras, como a região que atua e o nível de concorrência dessa região, o perfil de renda de seus consumidores e os potenciais consumidores, e relacionando-os com dados internos como precificação de seus produtos.

## 7 – REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Gustavo Moreira de, “Integração Vertical na Medicina Suplementar. Contexto e competências organizacionais” (**Dissertação, 2006 – Universidade de São Paulo**).
- ARVATE, Paulo Roberto; BIDERMAN, Ciro – Economia do Setor Público no Brasil, Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- CARDOSO, Fernando Henrique - Quatro discursos de FHC In: **Cadernos do PSDB**, Brasília, **v.1, abr.**, 1996. (citado na pag.159 de “A Constituição do SUS)
- CAVALIERI FILHO, Sérgio – Programa de Direito do Consumidor, 3ª Ed. – São Paulo: Atlas, 2011.
- COLOSMO, Enrico Antônio; GIOLO, Suely Ruiz. Análise de Sobrevivência Aplicada, São Paulo: Blucher, 2006.
- FILION, Louis Jacques – Empreendedorismo: empreendedores e proprietários-gerentes de pequenos negócios - **Revista de Administração**, **v.34,n.02**, São Paulo – 1999.
- GONZALO, Vecina Neto; MALIK Ana Maria – Gestão em Saúde, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- NAJBERG, Sheila; PUGA, Fernando Pimentel; OLIVEIRA, Paulo André de Souza (2000), “Sobrevivência das Firms no Brasil: dez. 1995/dez. 1997”. **Revista do BNDES**, **v.7, n.13, p. 33-48**, Rio de Janeiro, junho/2000.
- OECD (2010), “SDBS Business Demography Indicators”. Disponível em: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SDBS\\_BDI](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SDBS_BDI), acesso em 10/03/2015
- SEBRAE (2011). Disponível em: [http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Sobrevivencia das empresas no Brasil 2011.pdf](http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Sobrevivencia%20das%20empresas%20no%20Brasil%202011.pdf)
- VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de

previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública, 19(3):705-715, mai - jun, , Rio de Janeiro 2003.**

- VIANA, Andson de Freitas, Um estudo sobre a insolvência das operadoras de planos de saúde, **Dissertação de Mestrado Profissional do Curso de Economia da Universidade Federal do Ceará – CAEN/UFC - 2012)**

- VILLELA, André. Desenvolvimento Econômico – Uma perspectiva brasileira, Organizadores: Veloso, Fernando; Ferreira, Pedro Cavalcanti; Giambiagi, Fábio e Pessôa, Samuel, 2º ed. Rio de Janeiro, Editora Elsevier.