



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

JOÃO VITOR DE MENESES COSTA

CONCENTRAÇÃO DE MERCADO DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE E
SEUS EFEITOS SOBRE OS PREÇOS, CUSTOS E QUALIDADE

FORTALEZA

2024

JOÃO VITOR DE MENESES COSTA

CONCENTRAÇÃO DE MERCADO DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE E
SEUS EFEITOS SOBRE OS PREÇOS, CUSTOS E QUALIDADE

Monografia apresentada à Faculdade de
Economia, Administração, Atuária e
Contabilidade, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Atuariais.

Orientador: Prof. Marcelo Ponte Barbosa

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade

Costa, João Vítor De Meneses.
Concentração de Mercado das Operadoras de Plano de Saúde e seus Efeitos sobre os Preços, Custos e Qualidade / João Vítor De Meneses Costa. – 2024.
55 f.: il. color.

Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Atuariais, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Marcelo Ponte Barbosa.

1. Operadoras de Plano de Saúde. 2. Agência Regulamentadora. 3. IDSS. 4. Concentração de mercado. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar e fortalecer em todos os momentos da minha vida.

Aos meus amados pais, Maria Eridalva e Antônio Eduardo, por toda dedicação e ensinamentos. Por serem meus exemplos de vida, dedicação e sabedoria. Pelo apoio em minhas decisões, por acreditar e confiar em mim e, sobretudo, por ser a responsável por tudo que sou hoje.

À minha irmã, Maria Eveline pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei.

À minha namorada Vitória Dias, que me apoiou e sempre esteve comigo em todos os momentos, me dando suporte emocional e incentivando a persistir nos momentos de desânimo. Ela foi fundamental com a evolução desse trabalho.

Ao professor Marcelo Ponte Barbosa, que aceitou orientar-me e, com sua confiança, dedicação e exigência, me impulsionou a buscar os melhores resultados. A todos os professores, que contribuíram para meu desenvolvimento, transmitindo seus valiosos conhecimentos.

Aos professores Sérgio Cardoso e Alane Rocha, membros da Banca Examinadora, por terem atendido ao convite para desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

Aos amigos do Hapvida, por me ajudarem a dar os primeiros passos profissionais e por sempre confiarem em mim.

Aos amigos e colegas de faculdade que conviveram comigo, compartilhando todas as alegrias e dificuldades desses anos de graduação, sendo tão importantes para minha conclusão de curso.

A todos que compartilharam seus conhecimentos e disponibilizaram tempo para engrandecer este trabalho.

E por fim, todos aqueles que não foram aqui citados, mas sempre me acompanharam e torcem por mim.

RESUMO

O trabalho tem como tema a evolução da concentração no mercado de saúde suplementar e a análise de seus efeitos sobre os preços, custos e qualidade dos serviços, comparando Operadoras de Plano de Saúde (OPS) brasileiras agrupadas nas modalidades Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde, no período de 2013 a 2022. Para tanto, apresenta-se o sistema de saúde suplementar, seu conceito, evolução e órgão regulamentador, a base teórica de índices de concentração e tipos de concorrência e o comportamento da concentração de mercado ao longo do tempo. Além disso, faz-se uma apresentação e análise dos dados levantados das operadoras de saúde de grande porte nas modalidades citadas acima, bem como o índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), o custo unitário e ticket médios dessas OPS. As ações tomadas por parte da agência reguladora para assegurar a solvência financeira e estabelecer critérios mínimos de qualidade para o atendimento dos usuários parecem ter resultado em uma maior concentração no mercado. Constatou-se que, se por um lado, o mercado mais concentrado não tenha resultado em menores custos assistenciais, por outro lado, parece ter afetado positivamente a qualidade em gestão deste mercado como um todo.

Palavras-chave: Operadoras de Plano de Saúde; Agência Reguladora; IDSS; Concentração de mercado.

ABSTRACT

The study focuses on the evolution of concentration in the supplementary health market and the analysis of its effects on prices, costs, and quality of services, comparing Brazilian Health Plan Operators (HPOs) grouped into Medical Cooperative, Group Medicine, and Specialized Health Insurer categories, from 2013 to 2022. To this end, the supplementary health system, its concept, evolution, and regulatory body are presented, along with the theoretical basis of concentration indices and types of competition, and the behavior of market concentration over time. Additionally, there is a presentation and analysis of the data collected from large health operators in the aforementioned modalities, as well as the Supplementary Health Performance Index (IDSS), the average unit cost and ticket of these operators. The series of actions taken by the regulatory agency to ensure financial solvency and establish minimum quality criteria for users appear to have resulted in greater market concentration. It was found that, on one hand, the more concentrated market did not result in lower healthcare costs; on the other hand, it seems to have positively affected the overall quality management of this market.

Keywords: Healthcare; Regulatory Agency; IDSS; Concentration Market.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Razão de Concentração – Medicina de Grupo	46
Gráfico 2 –Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Medicina de Grupo	47
Gráfico 3 – Índice de Entropia de Theil – Medicina de Grupo	47
Gráfico 4 – Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Medicina de Grupo	48
Gráfico 5 – Razão de Concentração – Cooperativa Médica.....	49
Gráfico 6 – Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Cooperativa Médica	49
Gráfico 7 – Índice de Entropia de Theil (ET) – Cooperativa Médica	50
Gráfico 8 – Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Cooperativa Médica	50
Gráfico 9 – Razão de Concentração – Seguradora especializada em Saúde	51
Gráfico 10 – Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Seguradora especializada em Saúde.....	52
Gráfico 11 – Índice de Entropia de Theil (ET)– Seguradora especializada em Saúde	52
Gráfico 12 –Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Seguradora especializada em Saúde ..	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de certidões de acreditação de acordo com a RN nº 507/2022	31
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mudanças ocorridas com a regulação.....	27
Quadro 2 – Estrutura de Mercado.....	35
Quadro 3 – Estatísticas Descritivas das Operadoras de Saúde Analisadas.....	45

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
1 INTRODUÇÃO	13
2 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	15
<i>2.1 Saúde no Brasil antes da criação da ANS</i>	<i>16</i>
<i>2.2 Caracterização do Mercado de Saúde Suplementar.....</i>	<i>19</i>
<i>2.3 Regulamentação do mercado de Saúde</i>	<i>22</i>
<i>2.4 Regulamentação econômica.....</i>	<i>23</i>
<i>2.5 Agência Nacional de saúde (ANS).....</i>	<i>25</i>
<i>2.6 O Programa de Qualificação de Operadoras - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).....</i>	<i>28</i>
<i>2.6.1 Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).....</i>	<i>29</i>
3. ESTRUTURA E CONCENTRAÇÃO DE MERCADO	32
<i>3.1 Conceitos teóricos das estruturas de mercado e concentração de mercado</i>	<i>33</i>
<i>3.1.1 Concorrência Perfeita.....</i>	<i>35</i>
<i>3.1.2 Monopólio</i>	<i>35</i>
<i>3.1.3 Concorrência Monopolística</i>	<i>36</i>
<i>3.1.4 Concorrência Oligopólio</i>	<i>36</i>
<i>3.2 Barreira a Entrada.....</i>	<i>37</i>
<i>3.2.1 Vantagens Absolutas pelos Custos</i>	<i>38</i>
<i>3.2.2 Economias de escala.....</i>	<i>38</i>
<i>3.2.3 Diferenciação de produtos.....</i>	<i>39</i>
<i>3.2.4 Barreiras de Capital.....</i>	<i>39</i>
4 METODOLOGIA E BASE DE DADOS UTILIZADA	40
<i>4.1 Metodologia de Pesquisa</i>	<i>40</i>
<i>Índice de Razão de Concentração (CR).....</i>	<i>41</i>
<i>Índices de Hirschman-Herfindahl (HH)</i>	<i>41</i>
<i>Índice de Entropia de Theil (ET)</i>	<i>42</i>
<i>4.2 Base de Dados</i>	<i>42</i>

5. RESULTADOS	44
5.1 Medicina de Grupo	45
5.2 Cooperativa Médica	48
5.3 Seguradoras	50
6 CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, em função dos insuficientes recursos públicos para atender à demanda em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados (Malta, 2004).

Por se tratar de um segmento não normatizado até 1988 e não regulado no âmbito da saúde até a lei nº 9.656/98, as operadoras de planos privados atuavam a partir de critérios próprios do mercado. No mesmo ano de promulgação da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) que constitui o marco regulatório para os planos de saúde, foi criado o Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), no Ministério da Saúde, sendo este o primeiro passo para a criação de um órgão com o objetivo de regular esse setor de saúde (Albuquerque *et al.*, 2008). Segundo Salazar (2002, p. 9-10), “Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os consumidores passaram a ter mais respaldo na hora de contratar um plano de saúde, vários pontos foram melhorados [...]”.

Seguindo uma proposta de reforma do Estado, em 2001, a Lei federal nº 9.961 criou a ANS como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

O mercado de saúde suplementar no Brasil vem sendo apontado, sobretudo no pós-pandemia, como um setor concentrado. Uma análise detalhada através de metodologias desenvolvidas na área da economia para tanto poderá apontar a situação da evolução da concentração de mercado de saúde suplementar nos últimos anos. Há vinte e três anos, marco do início da regulação do setor, havia 1.969 operadoras de saúde médico-hospitalares no Brasil. Em dezembro de 2022, esse número havia se reduzido para 691. Nesse mesmo período, o número de usuários se elevou de 31,6 milhões para 51,0 milhões (ANS, 2023).

Esses dados aparentam existir uma tendência a concentração no mercado de saúde suplementar. Essa concentração ocorreu, em sua grande maioria, por fusões e incorporações. Nesse contexto é que se insere este estudo, qualificar melhor os efeitos da concentração e indicar se ela provocou, ou não, melhoria de bem-estar aos consumidores é uma questão pertinente no contexto atual.

O objetivo da pesquisa é verificar o grau de concentração no mercado e se o aumento da concentração em cada modalidade de serviço resultou em alguns efeitos esperados

pela literatura. O aumento da concentração acompanhada de uma redução de custos per capita indicaria ganhos de eficiência no mercado como um todo. Um aumento no valor médio cobrado dos beneficiários (ticket médio) refletiria, ao menos em parte, uma redução na competição provocada pelo aumento da concentração de mercado. Por fim, se, por um lado, espera-se que os ganhos de escala provocado pela consolidação do mercado resulte em repasse dos excedentes para os consumidores na forma de melhor qualidade, por outro lado, uma menor concorrência pode levar as empresas consolidadas a uma acomodação cujo resultado seja uma piora na prestação dos serviços.

Esta monografia divide-se em seis capítulos, incluindo esta introdução. O segundo capítulo, apresenta uma abordagem geral, um breve histórico da regulamentação da saúde suplementar no Brasil e informações gerais sobre o IDSS. O terceiro capítulo apresenta as estruturas de mercado e características de barreiras à entrada de um setor. No quarto capítulo, apresenta os índices de concentração e as bases de dados utilizadas na análise. No quinto capítulo, apresenta-se a análise dos dados levantados das operadoras e os resultados da análise por tipo de modalidade. No sexto e último capítulo, serão apresentadas as considerações finais sobre o estudo realizado.

2 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado através da Constituição Federal de 1988, conforme trás o art.198:

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

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

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

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

O art. 199 diz que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.” (BRASIL, 1988). Portanto, a prestação do serviço público e do serviço privado de saúde atua de forma harmônica no país.

Conforme explica Scaff (2010, p. 47), em razão de o Poder Público não ter conseguido manter o monopólio das intervenções destinadas à saúde,

a solução mais realista foi a de admitir como legítima e mesmo necessária a participação de empresas privadas nesse ramo de atividade econômica, empresas essas que se dispõem a realizar as prestações próprias ao direito à saúde com objetivos de lucro ou, pelo menos, a partir de contornos que atentem para certa economicidade entre meios e resultados (...).

Sendo assim, no Brasil o sistema de saúde apresenta estrutura híbrida, conforme formalizada pela Constituição Federal de 1988, formada pelo SUS, a parte pública e, a parte nomeada de saúde suplementar que é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada (Brasil, 2007). Estas organizações estabelecem contratos de prestação de serviços de saúde com os seus beneficiários, protegendo os seus utentes dos custos diretos associados ao risco de adoecer e observando o princípio do mutualismo.

As operadoras de planos de saúde operam por meio de mais de uma tipologia corporativa de pessoa jurídica, denominada “modalidades” (especificadas pela Resolução da

Diretoria Colegiada - RDC 39 de 27 de outubro de 2000): medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, autogestão e filantropia.

O presente capítulo pretende apresentar alguns antecedentes históricos antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), introduzirá a saúde suplementar, de forma sucinta, sua evolução histórica e regulação, particularmente sobre regulação econômica. Por fim, também é apresentado a ANS, principal órgão administrativo regulador e sua atuação no mercado de saúde.

2.1 Saúde no Brasil antes da criação da ANS

Na década de 30, teve-se o início da exploração econômica do serviço de assistência à saúde onde se presenciava a atuação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) substituindo às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Os IAPs eram organizados por categoria profissional, financiados por contribuições de empregadores e empregados e pelo Estado. Nos anos 1940, surgiram os primeiros planos próprios de empresas, como por exemplo, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) (Cechin, 2008). Esse movimento continuou perpassando até final dos anos de 1950, quando se deu início a industrialização. No Brasil, impulsionado pelo crescimento econômico, pela entrada de europeus e pelo avanço do trabalho formal, empresários estrangeiros organizaram junto aos prestadores de serviço uma assistência médica e hospitalar específica para seus empregados (Albuquerque *et alli*, 2008).

Menciona-se que foi entre os anos 40 e 50 que surgiram as primeiras atividades privadas de prestação de serviços médicos, provavelmente estando aí a origem dos planos de saúde atuais (Manzan, 2013). O cidadão possuía acesso aos serviços de assistência à saúde, por meio da utilização dos serviços públicos de saúde que eram oferecidos pelo Estado, ou por meio de contratação particular. Porém, com o avanço da tecnologia na medicina, os custos desses serviços aumentaram, tendo-se assim o surgimento dos primeiros planos de saúde. Assim, esses serviços privados foram desenvolvidos com a finalidade de diminuir os custos para o usuário (Oliveira; Lara, 2015).

Nota-se também que foi nos anos 60 que se verificou o surgimento dos convênios médicos através de empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas (Manzan, 2013).

Derengowski (2003, p. 2), considera que:

O surgimento das atividades de saúde suplementar no Brasil remonta à década de 60 quando algumas empresas do setor industrial e serviços começam a oferecer planos de saúde para seus funcionários através de convênios-empresa ou por meio de caixas de assistência a entidades patronais ou planos administrados por departamentos de RH”

Além disso, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, Lei nº 3.807/60, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que viria a ser a mais tarde o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O instituto abrangia os trabalhadores com regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e estimulou a contratação dos serviços do setor privado (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). Logo em seguida em 1963, foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que abrangia os trabalhadores rurais.

Em 1964, forma-se a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e, em 1965, surgem as primeiras cooperativas médicas. Os denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam o processo empresarial da medicina. Conforme ANS (2000a), Medicina de Grupo são entidades ou empresas com fins lucrativos que operam para organizar a prestação de serviço aos seus usuários, com a contratação de médicos, laboratórios e hospitais e as Cooperativas, constituídas conforme a Lei das Cooperativas (Lei nº 5.764/71), compostas por médicos que prestam serviços diretamente aos seus beneficiários, porém também podem contratar outros prestadores, como exemplo temos as Unimed.

Nos anos 80, os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país geraram repercussões no setor saúde, colocando as reivindicações de serviços e ações de saúde nas pautas de demandas (Barros *et alli*, 1996). Segundo leciona Manzan (2013), nesta época os planos de saúde deixam de ser visualizados como benefício empregatício e passam a ter o caráter de assistência médica suplementar.

Nesse mesmo período, consolida-se o Movimento pela Reforma Sanitária, que tinha como principais objetivos:

- a) melhoria das condições de saúde da população;
- b) reconhecimento da saúde como direito social universal;
- c) responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito;
- d) reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade;

- e) reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Esse movimento, contando com forte aliança política culminou com a criação do Sistema Único de Saúde previsto na Constituição Federal de 1988, através da Lei nº 8080/90, o Estado passa a se responsabilizar pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, foram identificadas deficiências do SUS após a sua implementação. Esses e outros fatores que indicavam claramente um quadro de ineficiência do SUS sugeriam a existência de uma relação positiva entre as fragilidades do sistema público de saúde e o crescimento da oferta de planos de saúde. (Faveret; Oliveira, 1990; Farias, 2001; Reis, 2000). Não havia até então nenhum órgão que tivesse como função regular a relação das Operadoras de Saúde e seus beneficiários. Como consequência, práticas de seleção de riscos, cláusulas contratuais obscuras, exclusão de tratamentos e aumentos abusivos de preços tornaram-se rotina entre as operadoras de planos de saúde. (Ribeiro, 2004). Assim, em junho de 1998, foi criada a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) que constitui o marco regulatório para os planos de saúde, a mesma entrou em vigor em janeiro de 1999.

O art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.961/98 apresenta a definição de plano privado de assistência à saúde nos seguintes termos:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 1998).

O art. 1º, inciso II, da Lei nº 9.961/98 estabelece a definição de quem são os prestadores de serviço de saúde, isto é, das chamadas operadoras de planos de assistência à saúde:

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo. (BRASIL, 1998);

Em 2000, por meio da Lei nº 9.961/98 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, foi criada para regulamentar

as atividades do segmento. Neste sentido, Salazar (2002, p. 12), diz: “com a entrada em vigor da Lei nº 9.961/98, os consumidores passaram a ter mais respaldo na hora de contratar um plano de saúde, vários pontos foram melhorados”.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde no país. (Art. 3º da Lei 9961/00)

2.2 Caracterização do Mercado de Saúde Suplementar

O mercado privado de assistência à saúde, conforme Art. 1º da RDC nº 39, de 27/10/2000, da ANS, é composto por empresas que comercializam planos ou seguros de saúde, as chamadas operadoras de planos de assistência à saúde; por prestadores de serviços ligados ao setor saúde; e pelos usuários dos planos de saúde.

Segundo Derengowski (2003, p. 9),” O mercado de planos de saúde caracteriza-se pela presença de inúmeras operadoras e prestadores de serviços enlaçados através de uma complexa rede de contratos e acordos”. Em termos gerais, o mercado de serviços privados de saúde é caracterizado pela natureza mercantil-contratual entre os atores envolvidos.

Almeida (1998), identifica as principais formas institucionais de comercialização de serviços privados de assistência à saúde, relacionadas a seguir:

- a) Medicinas de Grupo: Empresas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias através de sistemas de pré-pagamento (valor fixo) ou pós-pagamento. Trata-se da forma dominante do mercado. A estrutura de atendimento é composta de serviços próprios e/ou credenciados, sendo de livre escolha a combinação dessas duas formas de oferta. O acesso à rede própria ou credenciada é livre e o uso de serviços não credenciados para posterior ressarcimento é previsto apenas nos planos mais caros;
- b) Cooperativas Médicas: Criadas sob a legislação do cooperativismo (Lei nº 5764, de 16 de dezembro de 1971), são empresas nas quais os médicos atuam simultaneamente como sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento de forma proporcional a sua própria produção, além da participação no lucro final obtido em cada unidade municipal. A estrutura de atendimento é composta de serviços próprios e/ou credenciados;

- c) Planos Próprios das Empresas: Planos oferecidos pelas empresas aos seus funcionários sob a forma de autogestão, onde a própria empresa administra os planos de saúde, ou através da contratação de terceiros para administrá-los. Em geral, as autogestões combinam a compra de serviços de saúde administrada pela própria empresa com outras modalidades. Existem diferentes formas de patrocínio desse tipo de plano, sendo que, na maioria dos casos, o custo do plano de saúde é dividido entre a empresa empregadora e os funcionários que, normalmente, contribuem com valores proporcionais aos seus salários;
- d) Seguro-Saúde: Modalidade na qual entidades seguradoras, ligadas ao sistema financeiro, cobrem ou reembolsam gastos com assistência médica ao segurado, conforme as regras estabelecidas no contrato. As seguradoras comercializam tanto os planos de livre escolha/reembolso dos prestadores, como planos de rede credenciada de serviços médico-hospitalares e de profissionais. Essas empresas comercializam planos individuais, familiares e coletivos e concentram grande quantidade de beneficiários.

Por sua vez, a ANS classifica as operadoras de planos de saúde de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, aprovada em 27 de outubro de 2010 e publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 30 de outubro de 2010. Nesta resolução, definem-se os conceitos de rede hospitalar própria e rede médica ou odontológica:

- a) hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:
 - da operadora;
 - da entidade ou empresa controlada pela operadora;
 - de entidade ou empresa.
- b) médica ou odontológica: constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

As operadoras, por sua vez, são classificadas pela Resolução da ANS por modalidades de acordo com o tipo societário e os planos que comercializam:

- a) Administradoras: Classificam-se nesta modalidade as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco

decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

- b) Cooperativa Médica: Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o dispositivo na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
- c) Cooperativa Odontológica: Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o dispositivo na Lei nº 5764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.
- d) Autogestão: Classificam-se nesta modalidade as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares.
- e) Medicina de Grupo: Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções a), b), c) e d) desta Resolução.
- f) Odontologia de Grupo: Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção c) desta Resolução.
- g) Filantropia: Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

As seguradoras foram regulamentadas pela ANS, através da Lei nº 10.185/01, a qual estabelece que as seguradoras que já operavam planos de saúde deveriam se especializar

em saúde como operadoras de planos de saúde. Além disso, o seguro saúde passaria a se enquadrar como plano privado de assistência à saúde.

As operadoras de planos de saúde são importantes atores neste mercado de saúde suplementar, pois é através delas que os beneficiários têm acesso aos prestadores de serviços de saúde e é também por meio delas que a ANS tem a capacidade de intervenção neste setor.

2.3 Regulamentação do mercado de Saúde

Os anos 1990 e o início deste século foram marcados por mudanças no sistema de relações do Estado com a sociedade. Nesta esteira de reforma do Estado, uma das principais mudanças foi o surgimento de estruturas autônomas de administração para assuntos de regulação da economia, as agências reguladoras.

Segundo Ramalho (2007), a regulação da economia no Brasil pode ser encontrada desde a era Vargas, onde as sucessivas reformas buscaram aperfeiçoar o arranjo institucional e o funcionamento do Estado brasileiro. Ainda conforme Ramalho, por esta época o Brasil já tinha entidades dotadas de função regulatória como o Banco Central do Brasil e a Comissão Nacional de Valores Mobiliários, mas as novas agências reguladoras federais criadas foram dotadas de desenho institucional distinto e próprio que redirecionaram a atuação estatal na economia em direção à regulação dos mercados.

No setor de saúde suplementar o modelo começou a ser desenhado com as discussões e posterior promulgação da Lei nº 9.656/98 em 3 de junho de 1998, que regulamentou os planos de saúde no Brasil. O modelo criado estabeleceu que a regulação seria operada a partir Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), pois a base conceitual do modelo era a regulação da atividade econômica. Durante o primeiro semestre de 1998, o projeto de regulamentação sofreu duas alterações fundamentais:

- a) fortalecimento do polo assistencial da regulação;
- b) fortalecimento do papel do Ministério da Saúde.

Assim, em 3 de junho de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.656/96 conforme o texto aprovado pela Câmara e em 5 de junho foi editada a Medida Provisória 1665 alterando a Lei exatamente como havia sido negociada no Senado, constituindo o marco regulatório do setor.

2.4 Regulamentação econômica

A ANS, desde sua criação, promove ações no sentido de regular este mercado. Dentro do escopo em que se insere a regulação, a regulação econômica se justificaria pelas imperfeições no que se refere à estrutura de mercado, padrão de concorrência e a presença de “falhas de mercado”. Além disso, o mercado de saúde suplementar apresenta complexidades específicas, uma vez que a demanda por serviços é imprevisível e os serviços comercializados (plano de saúde) relacionam-se com a vida humana, o que lhe confere diferentes e variados determinantes.

Para planejamento e implementação das políticas regulatórias, os indicadores econômicos e financeiros, assim como os dados sobre o setor, são de grande importância e a economia da saúde configura-se como importante ferramenta para análise e intervenção neste mercado. Sallai e Sant’anna (2003) consideram que há duas razões para que o governo interfira com as leis do mercado: promover a eficiência e a equidade.

O objetivo da regulação econômica é, assim, elevar a eficiência do mercado. A teoria econômica distingue dois tipos de eficiência:

- a) eficiência técnica – expressa o efetivo uso dos recursos de uma empresa (gastos necessários) para produzir um determinado bem ou serviço, visando obter o máximo rendimento ao menor custo. Em mercados competitivos, é o resultado natural da concorrência. Quando a empresa reduz seus custos de produção também economiza os recursos sociais, de maneira que o restante dos recursos possa ser aplicado de outra forma, levando ao segundo tipo de eficiência;
- b) eficiência alocativa – considera a forma como os recursos econômicos estão sendo utilizados, como resultado da ação do mercado. Ocorre quando os recursos são usados na proporção exata da necessidade ou desejo dos consumidores, ou seja, não há desperdícios de recursos na sociedade na produção do bem ou serviço em questão.

Ainda segundo a teoria econômica, um mercado é dito eficiente se as condições necessárias para uma concorrência perfeita existem nesse mercado. De acordo com Arrow (1963), o mercado de saúde possui as seguintes especificidades:

- a) demanda de serviços de saúde: A demanda por saúde se diferencia da maioria dos outros bens, pois ela envolve a sobrevivência do indivíduo;
- b) comportamento esperado dos médicos: Nos serviços de saúde, o produto e a atividade de produção não são idênticos, ou seja, o médico comercializa o seu serviço e não uma mercadoria como sapatos;
- c) incerteza do produto: Devido a problemas como assimetria de informações entre pacientes e médicos e a baixa frequência de uso dos serviços de saúde, o indivíduo nem sempre possui conhecimento sobre a qualidade dos serviços médicos recebidos;
- d) condições de oferta: A oferta de assistência médica é limitada pela obtenção de licença para poder atuar no mercado;
- e) prática de preços: A competição via preço é pouco utilizada, normalmente ocorrendo uma discriminação de preços em função da renda do consumidor.

Como o mercado de saúde não possui características de um mercado competitivo, a ação governamental se justificaria por sua importância social no sentido de promover a eficiência alocativa (Sallai; Sant'Anna, 2003). Além disso, há que se ressaltar que o setor de saúde tem apresentado uma tendência mundial de aumento de gastos acima do crescimento da economia. Neste contexto, considera-se que a regulação do setor existe para corrigir as suas falhas de mercado e o regulador deve objetivar garantir seu bom funcionamento para atingir o maior bem-estar possível de seus participantes, tanto consumidores quanto produtores.

No caso do mercado de planos e seguros de saúde, observa-se o problema de assimetria de informação. Ou seja, os consumidores têm mais informação sobre seu estado de saúde do que os operadores e, desta forma, quanto mais saudável for o indivíduo menos disposto a gastar com seguro saúde ele estará. Como consequência, se a operadora aumenta o prêmio cobrado induzirá a autoexclusão dos indivíduos mais saudáveis, que têm gastos esperados com saúde menores que o prêmio cobrado, fenômeno conhecido como seleção adversa. A exclusão desses consumidores eleva o custo médio do atendimento levando a aumento no prêmio cobrado e nova exclusão.

Um segundo problema, decorrente da assimetria de informação, é o do agente-principal que pode se manifestar de duas formas. A primeira é conhecida como risco moral que consiste na sobreutilização dos serviços oferecidos pelo seguro, dado que o custo de utilização

é zero. A segunda forma é a chamada demanda induzida pela oferta e ocorre quando o prestador induz o paciente convencendo-o a receber mais tratamento do que o necessário.

Além da correção dessas falhas, a política regulatória deverá também se preocupar com a equidade na precificação, a manutenção da concorrência entre as operadoras de planos e seguros, além do comprometimento com regras que permitam o crescimento sustentável do mercado.

2.5 Agência Nacional de saúde (ANS)

A ANS surge num momento de estabilização da economia brasileira. Nesse ambiente macroeconômico, ainda desfavorável, a ANS enfrenta desafios para regulação, como o mercado de trabalho estagnado, a necessidade de reorientar a gestão de operadoras num ambiente de inflação controlada acrescido do surgimento de um quadro regulatório normativo e rígido (Hashimoto, 2010).

O regime regulatório estabelecido pela ANS gerou normas, padrões e sanções a empresas de planos privados de saúde que podem ser responsabilizados pela qualidade dos contratos, pela seleção de risco e pela adequação da administração financeira.

De acordo com Costa (2008) a ANS tem as seguintes competências normativas:

- a) estabelecer critérios para a concessão, manutenção e cancelamento da autorização de funcionamento das empresas e de registro de produtos;
- b) estabelecer critérios de monitoramento e controle do acesso, manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde das empresas, sejam eles próprios, credenciados ou referenciados;
- c) avaliar a capacidade técnico operacional das empresas;
- d) definir o rol de procedimentos e eventos de saúde que constituem a referência básica para coberturas assistenciais, inclusive quanto à cobertura parcial temporária, na hipótese de Doença ou Lesão Preexistente (DLP);
- e) monitorar a evolução dos preços dos planos, dos seus prestadores de serviço e de seus respectivos componentes e insumos, bem como autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias, ouvido o Ministério da Saúde (MS);
- f) estabelecer normas de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

- g) estabelecer critérios de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das empresas, assim como normas e padrões para o envio de informações;
- h) autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação ou transferência do controle societário das empresas, ouvidos os órgãos do sistema de defesa da concorrência;
- i) estabelecer critérios gerais para exercício de cargos diretivos das empresas;
- j) instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas empresas, proceder a liquidação extrajudicial da operadora e requerer sua falência ou insolvência civil;
- k) determinar a alienação de carteira;
- l) requisitar o fornecimento de informações às empresas bem como à rede prestadora de serviços a ela credenciada ou referenciada;
- m) celebrar com as empresas termo de compromisso de ajuste de conduta e fiscalizar seu cumprimento.

Para Montone (2004), a regulação do setor de saúde suplementar compõe um sistema, cuja evolução pode ser melhor analisada em seis dimensões capazes de expressar as ações normativas e fiscalizadoras para garantir o cumprimento da legislação, são elas:

- a) cobertura assistencial e condições de acesso;
- b) condições de ingresso, operação e saída do setor;
- c) regulação de preços;
- d) fiscalização e efetividade da regulação;
- e) comunicação e informação;
- f) ressarcimento ao SUS.

Para Costa (2008) o regime de regulação desenvolvido pela ANS afeta a economia das empresas na indústria pelas fortes barreiras institucionais à entrada, permanência e saída deste mercado. Ademais, restringe a sobrevivência das empresas quando aumenta as demandas sobre qualidade da firma e a diferenciação do produto e aumenta os custos de transação pelo aumento de despesas operacionais para manter a posição no mercado.

As primeiras ações da ANS, conforme indica Montone (2004), incidiram sobre:

- a) registro de operadoras, estipulando as regras para autorização de funcionamento e registro;
- b) exigência e a uniformização de um Plano de Contas Padrão e a determinação da obrigatoriedade da publicação de balanços;
- c) estipulação das garantias financeiras e provisões técnicas que garantiram parâmetros para sustentabilidade econômica das operadoras, reservas técnicas e provisões financeiras (Albuquerque *et alli*, 2008);
- d) normatizando também as transferências de carteira, as transferências de controle (acionário/societário), os Regimes Especiais e o cancelamento de Registro.

Para Cechin (2008), a baixa competição, apesar do grande número de empresas no setor, aponta para duas características aparentemente contraditórias deste mercado. Apesar do grande número de empresas e modalidades existentes no setor, a grande segmentação deste mercado e a ocorrência de situações e práticas monopolísticas em algumas localidades, podem apontar para a concentração do mercado.

Cechin (2008) pontua bem as principais alterações ocorridas após a regulamentação do setor, que podem ser resumidas conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Mudanças ocorridas com a regulação, segundo Cechin (2008)

ASPECTO	ANTES	DEPOIS
Atuação	Livre	Controlada
Legislação/Regulação	Geral	Específica
Regra de Operação	Indefinidas	Uniformes, normatizadas
Poder Regulatório	Limitado	Amplio
Segurança Financeira	Sem exigências ou garantias	Exigências de reservas mínimas
Cobertura Assistencial	Variável, segmentada	Integral ou abrangente
Produtos	Não padronizados	Padronizados
Seleção de Risco	Possível e praticada	Proibida
Rescisão e Exclusão	Livre	Proibida
Carências	Sem Regras	Exokucadas e Limitadas
Reajustes	Livres	Controlados

Fonte: Elaborado pelo autor, com base Cechin, 2008.

Assim, após a promulgação da Lei nº 9.656/98 e da criação da ANS através da Lei nº 9.961/00, importantes mudanças ocorreram neste mercado de saúde suplementar, as quais podem ter impactado em maior ou menor grau o desempenho das empresas, principalmente no que se refere à sua eficiência técnica.

2.6 O Programa de Qualificação de Operadoras

O Programa de Qualificação das Operadoras é uma iniciativa desenvolvida pela ANS para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde. O art. 2º e 3º, da Resolução Normativa nº 386 estabelece a definição e objetivos do Programa de Qualificação das Operadoras:

Art. 2º A política de qualificação das operadoras visa construir um mercado de saúde suplementar cujo principal interesse seja a produção da saúde, com a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, embasada na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nos seguintes princípios:

- I – Qualidade;
- II – Integralidade; e
- III - Resolutividade.

Art. 3º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na implementação da política de qualificação das operadoras propõe-se a:

- I – Incentivar as operadoras a atuarem como gestoras de saúde;
- II – Incentivar os prestadores a atuarem como produtores do cuidado de saúde;
- III – incentivar os beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária; e
- IV - Aprimorar sua capacidade regulatória

Os principais objetivos são o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS, fazendo com que os convênios busquem a melhoria contínua, a fim de manter o desempenho satisfatório.

O programa também estimula as operadoras a apliquem anualmente uma Pesquisa de Satisfação, com os beneficiários do convênio, conforme os fundamentos técnicos que possibilitem pontuar no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e comparar as instituições que comercializam os planos. Os resultados da avaliação dos planos de saúde

passam pelo processamento do IDSS. Esse índice abrange um conjunto de indicadores divididos em 4 dimensões permanentemente avaliados para o aprimoramento do Programa de Qualificação das Operadoras:

- a) qualidade em atenção à saúde;
- b) garantia de acesso;
- c) sustentabilidade no mercado;
- d) gestão de processos e regulação.

Desses aspectos, o com mais peso na composição do IDSS é o de atenção à saúde, reforçando a importância das políticas de medicina preventiva dentro das operadoras de saúde.

2.6.1 Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)

Conforme mencionado anteriormente, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) faz parte do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), criado em 2004, e é uma nota, composto por um conjunto de 34 indicadores agrupados em quatro dimensões e calculado pela própria Agência:

Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS)

O IDQS também é chamado de Qualidade de Assistência Médica Prestada é a avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada.

Ele possui 12 indicadores que mostram dados referentes ao estímulo ao parto normal, cuidado com pessoas com diabetes, programas de prevenção de doenças, entre outros. Três deles são bonificações dentro da dimensão: as operadoras podem voluntariamente aderir ao programa de incentivo de melhoria da assistência, conforme diretrizes de cada programa atrelado.

É importante lembrar que nove indicadores desta dimensão possuem como principal fonte de dados as guias de atendimento aos beneficiários, conhecidas também como Guias TISS.

Dimensão Garantia de Acesso (IDGA)

O IDGA o foco está nas condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores. Há dez indicadores nesta dimensão, que trazem aspectos ligados ao acesso à urgência e emergência, atendimento à pessoa com doença renal crônica, utilização de rede de prestadores com acreditação e até sobre a comercialização de planos de saúde individuais.

Ressaltamos que nesta dimensão o indicador Médico de Referência do Idoso tem o maior peso na dimensão e a maior proporção na nota final do IDSS, para as operadoras médico-hospitalares.

Dimensão Sustentabilidade de Mercado (IDSM)

O IDSM faz o monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.

Possui seis indicadores. É fundamental que toda a equipe que atua na frente administrativa esteja empenhada em gerir gastos, sugerir investimentos e oferecer as melhores soluções para os envolvidos.

Dimensão Gestão de Processos e Regulação (IDGR)

Essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

O IDGR possui cinco indicadores. Além de ser um parâmetro de análise para a Agência, podem ser utilizados como instrumento de gestão, já que com esses dados fica mais fácil compreender quais são os pontos fortes e os fracos das áreas voltadas ao negócio das operadoras.

O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e cada operadora recebe uma nota que a enquadrará em uma faixa de avaliação por ordem crescente de desempenho. Para avaliar e dar as notas, a ANS recorre a cruzamento das informações que são abastecidas por uma série de dados fornecidos pela própria operadora ou recolhidos nos sistemas nacionais de informação em saúde. Para facilitar a análise do grande volume de dados, as operadoras devem enviar informações à ANS mensalmente ou trimestralmente, conforme os sistemas de envio de período de dados à ANS:

- a) monitoramento TISS (Envio de Dados TISS à ANS);
- b) DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde;
- c) SIB – Sistema de Informações de Beneficiários;
- d) RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde.

Existe ainda um indicador de bonificação do tipo pontuação base que é somado diretamente ao índice final para as operadoras acreditadas em um dos três níveis previstos no Programa de Acreditação de Operadoras.

O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. A adesão ao Programa é voluntária e a certificação é conferida por Entidades Acreditoras, reconhecidas pelo Inmetro, às operadoras que cumprirem os critérios estabelecidos na Resolução Normativa nº 452, de 09 de março de 2020, que revogou a RN nº 277/2011.

Figura 1 - Níveis de certidões de acreditação de acordo com a RN nº 507/2022

	Nível I: Validade de 3 anos	Obter nota final maior ou igual a 90 Conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência IDSS acima de 0,8
	Nível II: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 80 e menor que 90 IDSS acima de 0,6
	Nível III: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 IDSS acima de 0,6

PONTUAÇÃO MÍNIMA DE 70 PONTOS NAS QUATRO DIMENSÕES

Fonte: Retirado do site da ANS, disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1>. Acesso em 28 jan. 2024.

Em 2017 a ANS promoveu uma reestruturação das Dimensões do IDSS com o objetivo de torná-las integradas e em consonância com as novas regras e práticas do setor. Assim, passou-se a utilizar o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS)

como fonte de informação para a elaboração dos indicadores do IDSS. Os dados das guias TISS incorporadas na ANS tornaram-se a principal fonte de dados para o cálculo de 21 indicadores que compõem o IDSS. Esse fato possibilitou uma nova fase do Programa, pois houve um aumento do escopo e a criação de novos indicadores, entre outros benefícios.

Além disso, o Padrão TISS é conectado, com o máximo de transparência possível, aos sistemas de informação de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Ministério da Saúde, garantindo que as informações estarão disponíveis para ambos os órgãos.

A metodologia IDSS – TISS traz indicadores que melhor determinam a performance dos convênios, principalmente em relação aos aspectos assistenciais, possibilitando:

- a) maiores chances de comparação de desempenho entre as operadoras;
- b) ênfase nos indicadores que avaliam a qualidade;
- c) foco na Pesquisa de Satisfação dos beneficiários;
- d) aumento dos subsídios às políticas normativas;
- e) uso de linguagem amigável ao público em geral.

É importante ressaltar que a operadora precisa divulgar a nota obtida no IDSS no seu site, para que a informação fique acessível. De acordo com art. 22º da Resolução Normativa nº 505, de 30 de março de 2022, a nota do índice deve ser mantida no site até que seja publicado o resultado do ano seguinte. A operadora tem 30 dias para deixar disponível o resultado.

3. ESTRUTURA E CONCENTRAÇÃO DE MERCADO

Uma operação de concentração de empresas é geralmente definida como um ato ou contrato cujas partes envolvidas deixam de ser centros decisórios autônomos, passando a atuar no mercado como um único agente em suas atividades econômicas de forma permanente (Nusdeo, 2002).

A teoria econômica da firma analisa a relação entre uma firma e seu setor, e afirma que o resultado da produção é o resultado das forças de mercado, considerando os preços de mercado (Aldrich; Pfeffer, 1976).

Deste modo, o embasamento teórico deste estudo irá se fundamentar nos conceitos de estruturas de mercado e nos índices de concentração e métodos de mensuração, advindos da economia industrial. Tais pontos são essenciais para compreendermos o posicionamento do setor apresentado quanto à sua estrutura competitiva e o posterior cálculo das variações da mesma durante o período analisado.

3.1 Conceitos teóricos das estruturas de mercado e concentração de mercado

Na Lei 8.884/94, o dispositivo central para a identificação de uma concentração econômica é o art. 54º, inciso III:

Art. 54 Os atos, sob qualquer forma manifestados, que possam limitar ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência, ou resultar na dominação de mercados relevantes de bens ou serviços, deverão ser submetidos à apreciação do CADE¹.

III - Incluem-se nos atos de que trata o caput aqueles que visem a qualquer forma de concentração econômica, seja através de fusão ou incorporação de empresas, constituição de sociedade para exercer o controle de empresas ou qualquer forma de agrupamento societário, que implique participação de empresa ou grupo de empresas resultante em vinte por cento de um mercado relevante, ou em que qualquer dos participantes tenha registrado faturamento bruto anual no último balanço equivalente a R\$ 400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais).

Como é possível perceber, o inciso III traz uma espécie de enumeração das situações que devem ser consideradas concentração econômica, referindo-se à (i) fusão; (ii) incorporação de empresas; (iii) constituição de sociedade para exercer o controle de empresas; (iv) qualquer forma de agrupamento societário.

O elemento essencial para a caracterização de uma concentração econômica consiste na existência de uma alteração estrutural e duradoura das empresas envolvidas na operação. No sistema brasileiro, o método dominante para a medição do poder econômico de um agente é aquele que parte da definição do mercado no qual este concorre².

As estruturas de mercado são formas de organização e classificação de empresas baseadas na influência e no poder de mercado que as empresas apresentam em determinado mercado, atividade ou setor da economia. Essas estruturas de mercado são caracterizadas em

¹ (Comissão Administrativa de Defesa Econômica)

² SALOMÃO FILHO, Calixto. Direito Concorrencial – as estruturas, p. 107

função do número de compradores e vendedores, da diferenciação ou homogeneidade dos produtos ofertados, entre outras (Montella, 2012). Diferenças na estrutura de mercado impactam nas decisões de preço e produção das empresas competidoras em sua indústria (Mascoell; Whinston; Green, 1995; Thompson; Formby, 2002). Sob tal conceito, podemos afirmar que o nível de competição e participação de mercado são amplamente estudadas devida a sua relevância para gestão da empresa e capacidade de geração de lucratividade (Rhoades, 1993; Scherer, 1965; Shepherd, 1972).

Entre essas estruturas se evidenciam a mercado de concorrência perfeita, mercado de concorrência monopolística, oligopólio e o monopólio. Para Vasconcellos e Garcia (2019, pág. 92) as várias formas ou estruturas de mercado dependem fundamentalmente de três características:

- Número de empresas que compõem esse mercado;
- Tipo do produto (se as firmas fabricam produtos idênticos ou diferenciados);
- Se existem ou não barreiras ao acesso de novas empresas nesse mercado.

A análise da concentração dos mercados é realizada a partir de modelos descritivos de tipos de mercado, variáveis conforme a quantidade de agentes neles atuantes. De acordo com o grau de concentração, identificam-se quatro principais tipos de estruturas de mercado: (i) concorrência perfeita, (ii) concorrência imperfeita ou monopolística, (iii) oligopólio, (iv) monopólio.

O quadro 2 apresenta esta caracterização para as quatro principais estruturas de mercado de forma sintetizada:

Quadro 2 – Estruturas de Mercado

Estrutura	CARACTERÍSTICAS			
	Nº Firms	Tipo de Produto	Mobilidade de Firms	Poder Sobre o Preço
Concorrência Perfeita	Infinito	Homogêneo (Produto Padronizado)	Total (Não há barreiras impeditivas)	Nenhum
Monopólio	Apenas uma	Único	Bloqueada	Forte
Concorrência Monopolística	Grande número e firmas com certo poder concorrencial	Diferenciado	Razoável	Leve
Oligopólio	Pequeno número de firmas que dominam o mercado	Diferenciado ou Homogêneo	Bloqueada	Considerável

Fonte: Elaborado pelo autor, com base Wagner, 2007.

3.1.1 Concorrência Perfeita

A estrutura de Concorrência Perfeita descreve um funcionamento ideal do mercado, onde nenhum agente (firma ou consumidor) possui, individualmente, poder de determinar o preço do seu produto no mercado. Além disso, a concorrência perfeita é caracterizada pela atomização do mercado, ou seja, é marcada pela presença de grande número de compradores e vendedores, todos eles pequenos com relação ao todo, que interagem entre si. Ademais, a transparência do mercado é um ponto forte, assim as informações sobre lucros, preços etc., são divulgadas a todos. Além disso, a concorrência perfeita pressupõe a homogeneidade do produto, ou seja, não há grau de diferenciação entre os produtos ofertados pelos diferentes agentes econômicos.

Segundo Krugman e Wells, a concorrência perfeita possui as seguintes características:

- a) Mercado Atomizado: Possui “infinitos” vendedores e compradores de modo que uma firma isoladamente não consegue afetar o preço do produto no mercado. O que representa que o preço de mercado é um fixado pelas inúmeras empresas e consumidores, sendo a empresa a tomadora de preço;
- b) Os Produtos são homogêneos: Todas as firmas oferecem produtos teoricamente sem diferença entre eles. Com isso, os produtos são substitutos perfeitos entre si, não podendo haver, portanto, preços diferentes no mercado.
- c) Grande mobilidade de fatores e de firmas: Entradas e saídas das firmas são livres, não existindo barreiras. As firmas podem a qualquer momento sair do seu setor de produção e entrar outro.
- d) Transparência de Mercado: Todas as firmas têm acesso a toda e qualquer informação relevante sobre preços, qualidade, custos receitas e lucros dos concorrentes.

3.1.2 Monopólio

Essa é uma estrutura ao qual uma única empresa vendedora que controla determinado setor (ou mercado), sendo ela própria o mercado, controlando toda a produção, determinando os preços e as quantidades a serem produzidas, com isso, o monopolista pode operar com lucros extraordinários. Por consequência os consumidores não podem simplesmente escolher, essa possibilidade é totalmente descartada por não haver substitutos de tal produto ou serviço oferecido pela única empresa presente.

Segundo Silva e Luiz (2018, p. 186) o monopólio pode ser definido como:

O monopólio puro é um tipo extremo de mercado, em que apenas uma empresa vende um produto para o qual não existem bons substitutos. A importância dessa empresa no mercado é absoluta, pois com o encerramento de suas atividades, o mercado deixaria de existir, pelo fato de o bem fabricado por ela não mais ser ofertado. O produto ofertado nesse mercado é diferenciado, não homogêneo, não havendo possibilidade de ser substituído por outros satisfatoriamente. (Silva; Luiz, 2018, p. 186). Os principais fatores para o surgimento de monopólio são:

- a) Controle Exclusivo de um fator produtivo, ou seja, determinada firma possui o domínio das fontes mais importantes de matéria-prima indispensáveis para a produção de um determinado bem.
- b) A concessão de uma patente, seja ela de um novo produto ou novo processo de fabricação.
- c) Controle Estatal da Oferta de determinados serviços.
- d) Monopólio Natural, surge porque, sendo a única empresa, pode oferecer um bem ou serviço a todo um mercado com menos custos do que duas ou mais empresas.

3.1.3 Concorrência Monopolística

A concorrência monopolística possui certa similaridade com a concorrência perfeita, principalmente sob duas características: Muitos compradores e vendedores e grande mobilidade. Porém, a principal diferença consiste no fato de que, diferente da concorrência perfeita, na monopolística os produtos são diferenciados. Segundo Pindyck e Rubinfeld (2006), por uma razão ou outra, os consumidores veem a marca de cada empresa como algo diferente, distinguindo-se das demais. As principais características desse modelo são:

- a) Há muitas empresas, como que em uma concorrência perfeita;
- b) A entrada e a saída de correntes são livres, onde não se veem barreiras, mais uma característica similar à da concorrência perfeita;
- c) Observa-se uma diferenciação dos produtos pela qualidade, aparência e reputação;
- d) Uma firma pode exercer o poder de monopólio de acordo com a sua capacidade de diferenciação do seu produto;
- e) Os consumidores distinguem os produtos pela marca, diferente do que ocorre no modelo de concorrência perfeita.

3.1.4 Concorrência Oligopólio

O oligopólio é uma estrutura de mercado onde há a ocorrência de um pequeno número de empresas dominando o mercado. É possível ainda que nesse sistema haja um grande

número de empresas, porém, poucas dominam o mercado, como exemplo a indústria de bebidas (Vasconcellos e Garcia, 2019, pág. 95).

As principais características desse tipo de estrutura é:

- a) Pequeno número de empresas;
- b) Interdependência entre as empresas;
- c) Consideráveis obstáculos à entrada de novas empresas;
- d) Produto, em geral, diferenciado, mas não necessariamente;
- e) Concorrência extra preço em função da diferenciação do produto, propaganda e serviços especiais;

Devido a importância de cada empresa no setor, as decisões de uma em relação a qualidade, propaganda, preço e quantidade interferem diretamente o comportamento das demais. Essa interdependência é uma característica específica do oligopólio, logo podemos inferir que a interdependência é uma característica básica do oligopólio.

3.2 Barreira a Entrada

A análise de barreiras à entrada será fundamental para a melhor compreensão da concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil. Segundo Vasconcellos (2019) nos mercados de Concorrência perfeita e monopolística, a entrada de firmas no mercado é livre e responsável pelo equilíbrio de longo prazo. De acordo com os princípios de Organização Industrial, mercados com elevadas barreiras à entrada tendem a ser mais concentrados com um número reduzido de players, permitindo que os fornecedores sejam os responsáveis pela precificação dos produtos, visando exclusivamente ao lucro e reduzindo o bem-estar dos consumidores.

Em mercados concentrados (Oligopólios) é comum as barreiras naturais, gerando, assim, a longo prazo, um equilíbrio com um lucro extraordinário. Apesar disso, as firmas que desejam entrar nessa estrutura de mercado não conseguem isso de forma simples. A empresa entrante enfrenta dificuldades variadas para formar sua estrutura e atrair consumidores.

Em seguida será apresentado algumas das principais barreiras oriundas da própria natureza dos oligopólios, não se tratando de barreiras adicionais que podem ser impostas por empresas dominantes ou por conluio.

3.2.1 Vantagens Absolutas pelos Custos

Segundo Kupfer (2013) quando o custo médio de longo prazo das empresas entrantes é superior ao das empresas estabelecidas em qualquer nível de produção de um bem homogêneo dizemos que essas últimas detêm vantagens absolutas de custos.

Uma firma para se firmar no mercado se faz necessário alguns fatores que algumas empresas já dispõem. Existem casos que as firmas entrantes conseguem esses fatores às custas das concorrentes, pagando um preço mais alto. De modo geral, as vantagens de custos para as empresas estabelecidas surgem como reflexo de causas principais:

- a) Melhores condições de acesso a fatores de produção, principalmente tecnologia e recursos humanos e naturais;
- b) Acumulação de economias dinâmicas de aprendizado; ou
- c) Imperfeições nos mercados de Capitais.

3.2.2 Economias de escala

A existência de economias de escala implica a redução dos custos médios de longo prazo nas empresas já estabelecidas na medida em que elas ampliam sua capacidade produtiva. Dessa forma, um potencial entrante, para competir em igualdade com as firmas já estabelecidas deve iniciar suas operações com uma escala produtiva mínima, a que garante um custo médio semelhante a seus concorrentes.

Segundo Kupfer (2013), considerando estruturas de custos e produtos homogêneos iguais, tanto para as empresas já estabelecidas e quanto as entrantes as condições requeridas para existência de barreira de escala são:

- a) Escala mínima eficiente (EME) não negligenciável em comparação com o tamanho da demanda de mercado;
- b) Elevada inclinação da curva de custos na região de escala subótima;

Assim, na primeira condição, temos que para firma atuar naquele mercado, você terá que produzir um número determinado de escala, caso a empresa não consiga produzir o número determinado de produto ou serviço, a firma terá prejuízo. Na segunda condição, se a empresa não produz um número determinado de produção, não é aconselhável você exercer aquela atividade.

3.2.3 Diferenciação de produtos

Segundo Bain (1956), a diferenciação de produto resulta dos esforços das empresas em distinguir seus produtos dos produtos de seus concorrentes. Conforme Kupfer (2013), os produtos são diferenciados segundo diversos aspectos como: local da oferta, qualidade do produto ou percepção da marca. Rigorosamente, basta que os consumidores percebam os produtos como diferentes. Diante do exposto, a firma irá cometer alguma das ações a seguir:

- a) determinar seu preço abaixo daquele praticado pelas empresas já atuantes no mercado, a fim de tentar conseguir um *market share* relevante no mercado;
- b) praticar preços semelhantes aos da concorrente e realizar altos gastos com publicidade promoções de vendas para tornar o produto extensamente conhecido no mercado. Nesse cenário, os gastos citados acima elevam consideravelmente da firma entrante;
- c) praticar preço semelhantes aos das concorrentes e não realizar altos gastos com publicidade e promoções de vendas. Assim, haverá vantagens de custos para as empresas estabelecidas que farão com que os custos médios de longo prazo da empresa entrante sejam superiores em todos os níveis de quantidade.

Portanto, a diferenciação de produto é a mais forte dentre as fontes de barreira à entrada na indústria. O motivo para isso é o fato de que são amplas as possibilidades de criação de vantagens da primeira empresa a se mover baseadas nas preferências dos consumidores.

3.2.4 Barreiras de Capital

Conforme Kupfer (2013), Bain considerava que poderia existir uma fonte de barreiras à entrada de uma nova empresa em uma indústria se exigisse a mobilização de elevada soma de capital para fazer face ao investimento inicial – as barreiras de capital (*capital barriers*). Barreiras de capital seriam um reflexo direto da dificuldade em financiar os grandes volumes de capital requeridos quando o investimento inicial é muito elevado, não tendo qualquer relação com os impactos sobre os preços ou lucratividade provocados pelo aumento da oferta total da indústria em consequência da entrada.

4 METODOLOGIA E BASE DE DADOS UTILIZADA

Esse capítulo trata da metodologia utilizada para o desenvolvimento desta monografia, sendo dividido em tipo de pesquisa, coleta de dados, base e acervo teórico.

4.1 Metodologia de Pesquisa

Esta pesquisa tem caráter exploratório, pois é voltada para uma investigação preliminar do principal objeto de pesquisa a ser realizado; descritiva, por explorar as características da concentração do mercado e eficiência das OPS; estatística, econômicas, financeiras e atuariais; explicativa, por utilizar-se de resultados obtidos para identificar os fatores que justificam a ocorrência de algum fenômeno.

O objeto da pesquisa contempla as modalidades de assistência médica, não considerando os dados da segmentação odontológica. Assim, o trabalho irá discorrer sobre as OPS agrupadas nas modalidades de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Seguradoras. As modalidades são analisadas separadamente e a cada exercício, pois desta forma podemos descrever a trajetória da modalidade ao longo do tempo e relacionar a “performance” a cada ano com a concentração de mercado, fazendo também referência as ações regulatórias da ANS. A divisão da análise por modalidades será relevante para se avaliar os graus de concentração e as respostas das diferentes formas de gestão frente à concentração de mercado.

Diversos são os métodos de abordagem do tema da concentração de mercados, sendo o mais tradicional, através de índices de concentração. Tais índices possuem vantagens relevantes: pouca é a informação necessária para sua obtenção e a fácil interpretação. Segundo Kupfer (2013), as medidas de concentração pretendem captar de que forma agentes econômicos apresentam um comportamento dominante em determinado mercado. Os índices de concentração nos fornecem um indicador de concorrência em um determinado mercado. Quanto maior o índice de concentração industrial, menor é o grau de concorrência entre as empresas e mais concentrado é o mercado. O poder de mercado está relacionado à capacidade de uma empresa controlar os preços de venda de um produto. Porém, uma alta concentração não garante que poder de mercado será exercido.

Segundo Kon (1999), os indicadores de concorrência devem seguir um de três critérios principais: a capacidade produtiva, o número de empregados ou os ativos possuídos. Os índices mais bem conceituados de mensuração, e que serão abordadas neste trabalho são os

índices da razão de concentração (CR), o índice de Herfindahl (H) e o índice de Entropia de Theil (ET).

Índice de Razão de Concentração (CR)

O índice razão de concentração (CR) mede a participação de mercado das k maiores firmas, toma-se comumente $k=4$ ou $k=8$, isto é, considera-se apenas a participação das quatro ou das oito maiores empresas. As respectivas razões de concentração são conhecidas como CR(4) e CR(8). Contudo, observamos algumas deficiências imediatas dos índices CR:

- a) eles ignoram a presença das $n-k$ empresas menores da indústria. Desse modo, fusões horizontais ou transferências de mercado que ocorrem entre elas não alterarão o valor do índice, se a participação de mercado da nova empresa (resultante da fusão) ou das empresas beneficiárias (das transferências) se mantiver abaixo da k -ésima posição;
- b) esses índices não levam em conta a participação relativa de cada empresa no grupo das k maiores. Assim, importantes transferências de mercado que ocorrerem no interior do grupo (sem exclusão de nenhuma delas) não afetarão a concentração medida pelo índice.

Segundo Kupfer (2013), o índice de CR_k pode ser representado por:

$$CR_k = \sum_{i=1}^k S_i, \quad (1)$$

onde, k é o número das maiores firmas escolhidas e S_i é a participação da i -ésima maior firma.

Índices de Hirschman-Herfindahl (HHI)

Segundo Kupfer (2013), o índice de Hirschman-Herfindahl (HHI) pode ser definido por:

$$HHI = \sum_{i=1}^n S_i^2, \quad (2)$$

Elevar cada parcela de mercado ao quadrado implica atribuir um peso maior às empresas relativamente maiores. Assim, quanto maior for HHI, mais elevada será a concentração e, portanto, menor a concorrência entre os produtores.

O índice HHI varia entre $1/n$ e 1. O limite superior do índice está associado ao caso extremo de monopólio no qual uma única empresa opera no mercado, enquanto o limite inferior de HH decresce à medida que aumenta o número de empresas e que no limite (para $n \rightarrow \infty$) ele tende para zero.

O HHI é empregado, por exemplo, nas análises de ato de concentração realizadas pelo Conselho de Administração de Defesa do Econômica (CADE). Conforme o Guia para análise de Atos de Concentração Horizontal, disponibilizado pelo CADE, os mercados podem ser classificados como:

- a) mercados não concentrados: HHI abaixo de 0,15 pontos;
- b) mercados moderadamente concentrados: HHI entre 0,15 e 0,25 pontos;
- c) mercados altamente concentrados: HHI acima de 0,25 pontos.

Índice de Entropia de Theil (ET)

Esse índice, proposto por Theil (1967), é considerado uma medida inversa de concentração, ou seja, seu valor diminui à medida que o grau de concentração aumenta.

O índice é empregado para definir o grau de desordem de um mercado, onde muitas firmas concorrentes, levam uma maior incerteza de se manter um cliente, portanto, desconcentrando-o e elevando o valor de ET.

Deve-se considerar no cálculo todas as empresas do mercado, levando em consideração o valor do market-share de cada firma. Sua Fórmula é dada por:

$$ET = \sum_{i=1}^n s_i \ln(1/s_i). \quad (3)$$

Assim, quanto maior for a parcela de mercado, menor será o grau de surpresa e menor o índice de entropia; em consequência, maior será a concentração na indústria. Ou seja, quando existir apenas uma firma e, portanto, na situação de monopólio, $ET = 0$ e a incerteza é minimizada. Já quando todas as firmas apresentam igual participação no mercado, a entropia é maximizada e $ET = \ln n$, conforme Kon (1999).

4.2 Base de Dados

A seguir são elencadas as principais variáveis que compuseram a base de dados desta pesquisa:

- a) **quantidade de beneficiários** – O número de beneficiários por OPS, variável utilizada como premissa para o cálculo de Razão de concentração, HHI e para o Índice de Entropia de Theil;
- b) **despesas médicas das operadoras** – Correspondem à soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde;
- c) **receitas das operadoras** – Correspondem à soma das contraprestações efetivas informadas pelas operadoras à ANS. As contraprestações efetivas resultam da soma das Contraprestações Líquidas (ou Prêmios Retidos Líquidos), considerados os efeitos das variações das Provisões Técnicas, as Receitas com Administração de Planos de Assistência à Saúde e os Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora;
- d) **indicadores do IDSS** – É composto por quatro dimensões, que por sua vez, possuem 34 indicadores, cujas informações são abastecidas por uma outra série de dados fornecidos pela própria operadora ou recolhidos nos sistemas nacionais de informação em saúde.

Dado que as operadoras de grande porte atendem em várias regiões do país, não foi possível obter informações da quantidade de beneficiários, receitas e despesas, por operadora, em cada região do país.

Os dados das operadoras de saúde utilizados nesta pesquisa foram obtidos através do site da ANS³. Os dados disponibilizados compreendem o período de 2013 a 2022. Após a coleta de dados, realizou-se o tratamento e geração dos índices necessários no Microsoft Office Excel 365. Sendo assim, o banco de dados foi montado a partir de dados secundários, sobre os quais serão calculados indicadores financeiros e atuariais como proposto.

O ticket médio trata-se da relação entre receita de contraprestação oriundas da operação dos planos de saúde e o total de beneficiários, por operadora. Já o custo *per capita*, é a relação entre o custo assistencial e o número de beneficiários, por operadora. O Ticket Médio e o Custo Assistencial foram corrigidos pelo IPCA ao longo do período analisado. O IDSS varia de zero a 1, sendo 1 o melhor desempenho.

³ <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>, acesso em 26.09.2023

Os dados necessários para a construção dos indicadores de concentração são oriundos das bases disponíveis na ANS, com extrações por ano, por empresa, por modalidade e com as seguintes variáveis: Número de beneficiários, prêmios retidos líquidos, despesas médicas e Indicador de IDSS.

A amostra do presente estudo contempla dados de 744 operadoras de saúde suplementar – OPS, que pertencem ao segmento médico-hospitalares, das modalidades: Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradoras Especializadas em Saúde. Não foram contempladas no presente estudo as operadoras dos segmentos exclusivamente odontológicas e administradoras, também não foram consideradas as modalidades de Autogestão e Filantropia, por possuírem características distintas das OPS que foram utilizadas.

5. RESULTADOS

Esta seção procura descrever os resultados obtidos neste estudo. Todos os índices revelam um aumento na concentração de mercado no mercado de saúde suplementar no Brasil. Independente do índice escolhido para mensuração do poder de mercado de uma empresa, é imprescindível determinar qual critério definido para estimar tal poder de mercado. Conforme Kon (1999), os indicadores devem seguir um de três critérios, o número de colaboradores, ativos possuídos ou a sua capacidade produtiva. No caso do setor de saúde suplementar, o critério mais adequado é sua capacidade produtiva (número de beneficiários) para mensuração dos índices de concentração. Considerando que o setor analisado possui uma forte procura em tecnologia para reduzir a mão de obra e o número de colaboradores não é uma variável correta para medição do valor da empresa, tendo em vista que não existe uma correlação direta com o valor da firma. Em relação aos ativos possuídos, é um critério relevante no mercado de saúde suplementar, porém, uma mensuração baseada nesse critério iria desconsiderar todo o conhecimento da produção, ações publicitárias, poder de comercialização e a subjetividade da escolha dos consumidores, agentes típicos desse mercado e com grande impacto no resultado total de vendas.

Conforme quadro 3, observa-se uma redução no número de OPS, porém, houve um crescente aumento na média de beneficiários cobertos, por modalidade. Podemos inferir também que, sobretudo nas modalidades de Cooperativa médica e Medicina de grupo, que 75% das operadoras possuem número de beneficiários inferior à média da modalidade no período

analisado, o que indica uma concentração maior no número de beneficiários nas 25% maiores firmas analisadas. Podemos verificar também que, ocorreu um aumento no ticket médio, acompanhado de um melhor desempenho no IDSS das operadoras

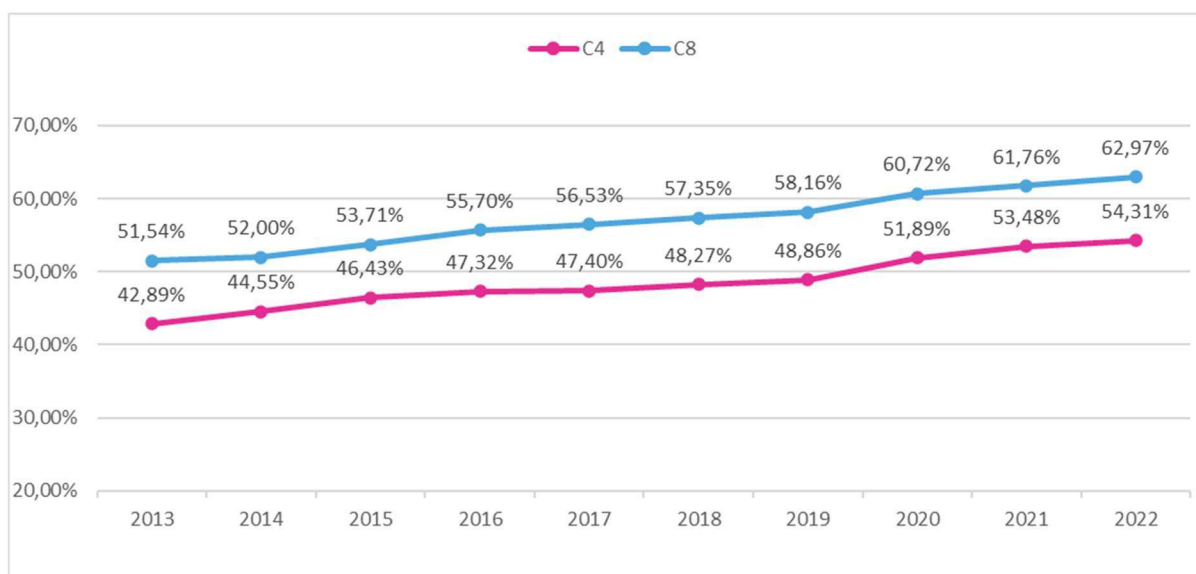
Quadro 3 – Estatísticas Descritivas das Operadoras de Saúde Analisadas

Modalidade	Nº OPS	Média (Beneficiários)	Desvio Padrão (Beneficiários)	Valor Mínimo (Beneficiários)	Valor Máximo (Beneficiários)	Ticket Médio	Custo Per Capita	IDSS	Percentis (Beneficiários)		
Cooperativa Médica									p25	p50	p75
Ano Base 2022	274	70.368	174.614	1	1.991.188	R\$ 351,01	R\$ 305,87	0,78	10.792	23.983	64.147
Ano Base 2013	318	59.542	146.949	1	1.473.350	R\$ 291,24	R\$ 246,83	0,71	9.000	21.143	47.645
Medicina de Grupo									p25	p50	p75
Ano Base 2022	232	85.817	395.871	1	4.177.577	R\$ 288,34	R\$ 250,08	0,61	3.333	12.492	43.479
Ano Base 2013	339	52.245	236.647	1	3.565.167	R\$ 263,88	R\$ 217,28	0,60	1.691	9.876	33.681
Seguradora									p25	p50	p75
Ano Base 2022	7	892.169	1.256.804	28	3.415.774	R\$ 712,45	R\$ 662,44	0,75	695	8.043	1.409.976
Ano Base 2013	9	698.461	1.169.497	349	3.681.085	R\$ 463,82	R\$ 377,78	0,67	54.649	67.646	522.145

5.1 Medicina de Grupo

Como podemos observar no gráfico 1, para modalidade medicina de grupo, o índice razão de concentração (CR) aumentou em 11,43 p.p. para o C8 e 11,42 p.p para o C4, isto é, as 8 e as 4 maiores OPS em termos de beneficiários, respectivamente, dado que a premissa definida para o cálculo de concentração foi a quantidade de beneficiários ativos para cada OPS, no período compreendido entre os anos de 2013 e 2022.

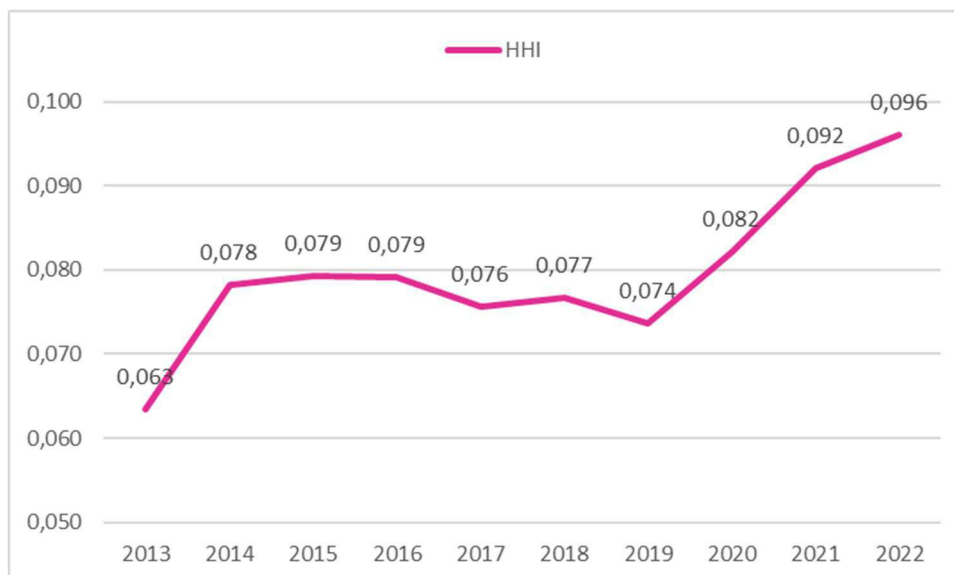
Gráfico 1 – Razão de Concentração – Medicina de Grupo (2013 a 2022)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

O índice Hirschman-Herfindahl (HHI) apresentou um leve aumento ao longo do período analisado, porém, ainda se mostra um mercado não concentrado, com base na classificação do CADE, dado que a modalidade está abaixo 0,15 pontos. Ver gráfico 2:

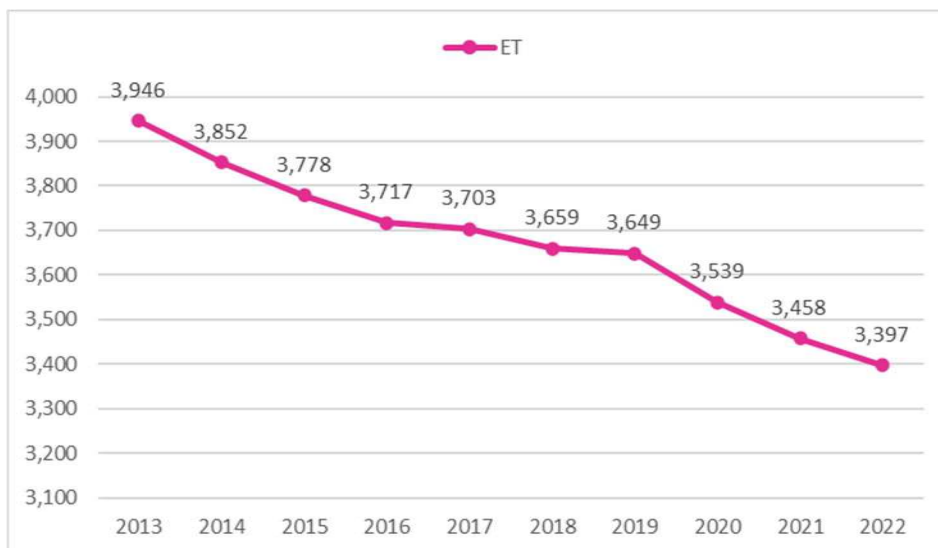
Gráfico 2 – Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Medicina de Grupo (2013 a 2022)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

O índice de Entropia de Theil (ET) é considerado uma medida inversa de concentração, e nos cálculos desse estudo, corroborando ao que foi observado nos índices anteriores, houve um aumento de concentração de mercado na modalidade de Medicina de Grupo, ele apresentou uma redução de 3,946 para 3,397 no período compreendido entre 2013 e 2022. Ver gráfico 3:

Gráfico 3 – Índice de Entropia de Theil (ET) – Medicina de Grupo (2013 a 2022)

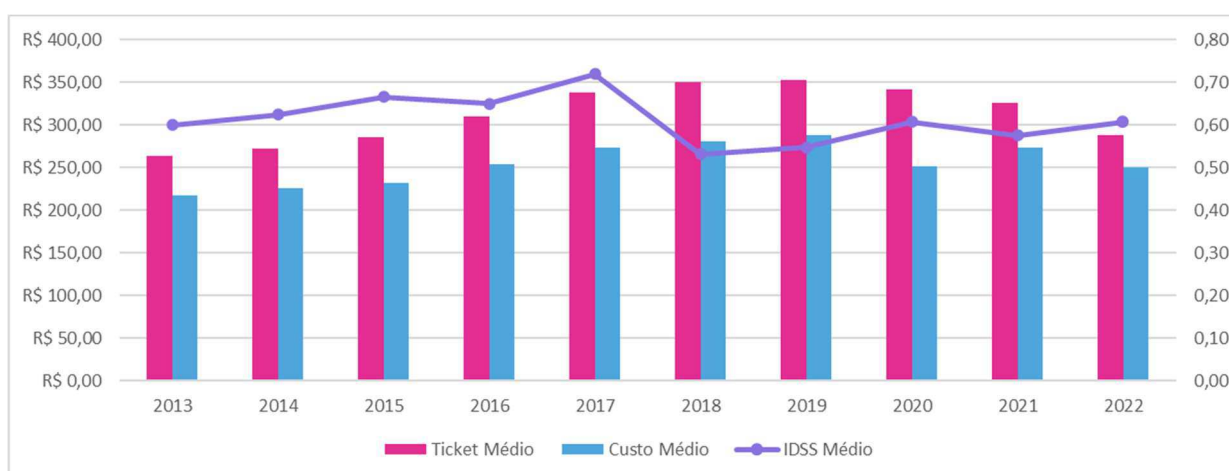


Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

Conforme observado no Gráfico 4, na modalidade medicina de grupo houve um aumento de 9,27% e 15,10% no ticket médio e no custo assistencial, respectivamente, no período analisado. Ademais, o IDSS apresentou uma leve melhora ao longo do período analisado, saindo de 0,60 em 2013, para 0,61 em 2022. Se considerarmos o período de 2013 a 2017, é possível verificar que o aumento no ticket médio e no custo assistencial foi acompanhado de uma sensação de melhora do serviço prestado, conforme dados do IDSS. Em 2018 houve uma acentuada queda no IDSS, que é o resultado da mudança de metodologia ocorrida no final de 2017. Se analisarmos o recorte de 2018 a 2022, existe uma tendência de uma melhora da qualidade do serviço, ao qual o IDSS apresenta consistente melhora nos resultados. Ou seja, podemos inferir que, uma maior concentração do mercado, não resultou em piora de qualidade dos serviços na percepção dos usuários.

A redução do ticket médio e do custo médio ocorrida no período entre 2018 e 2022 pode ser devida a uma mudança nas preferências dos beneficiários em relação ao plano contratado, privilegiando produtos mais baratos, porém, uma cobertura menos robusta, uma vez que o custo *per capita* não aumentou, em média. Tal movimento convergiu para uma melhora no desempenho de eficiência nas operadoras, dado que o custo do plano para o usuário reduziu no período e vem sendo acompanhada de uma sensação de melhora na qualidade do serviço prestado.

Gráfico 4 – Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Medicina de Grupo (2013 a 2022)



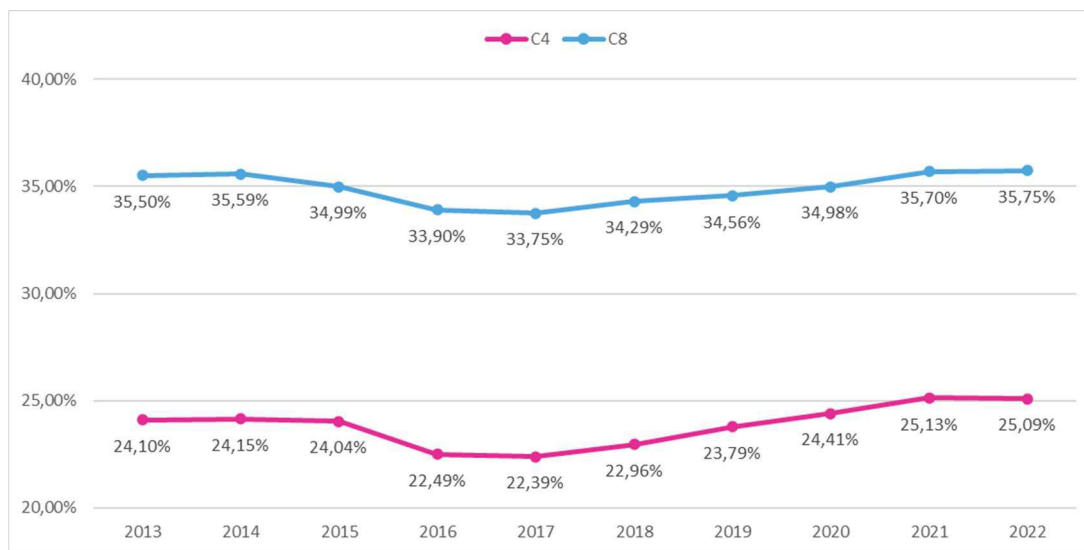
Nota: Valores do ticket e do custo médios atualizados para o ano de 2022 pelo IPCA.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

5.2 Cooperativa Médica

Na modalidade Cooperativa médica, observamos que o índice CR ficou praticamente estável durante o período analisado de 2013 e 2022, com aumento de apenas 0,25 p.p. entre as 8 maiores firmas e de 0,99 p.p entre as 4 maiores firmas da modalidade.

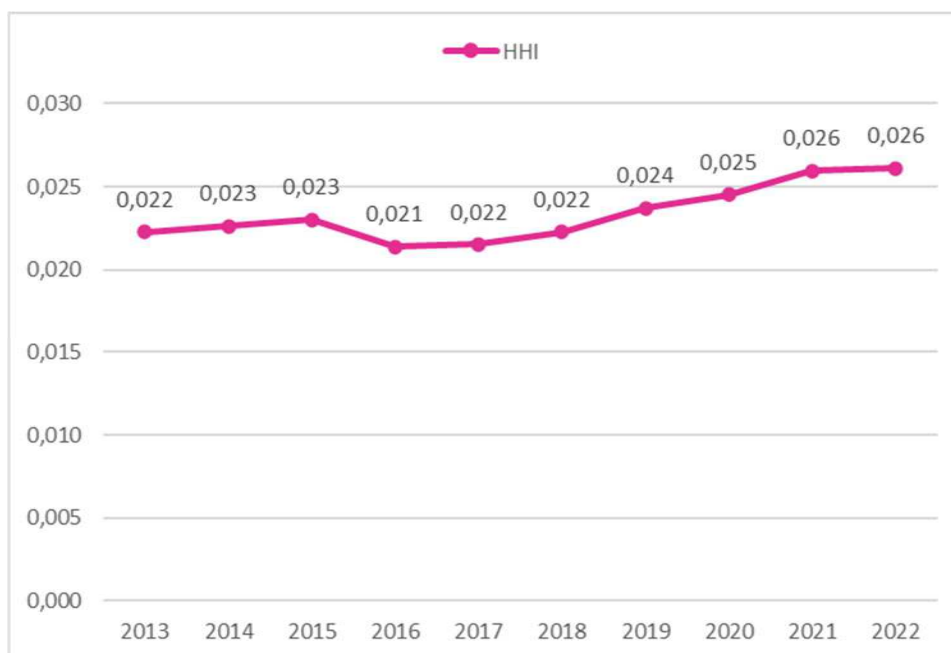
Gráfico 5 – Razão de Concentração – Cooperativa Médica (2013 a 2022)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

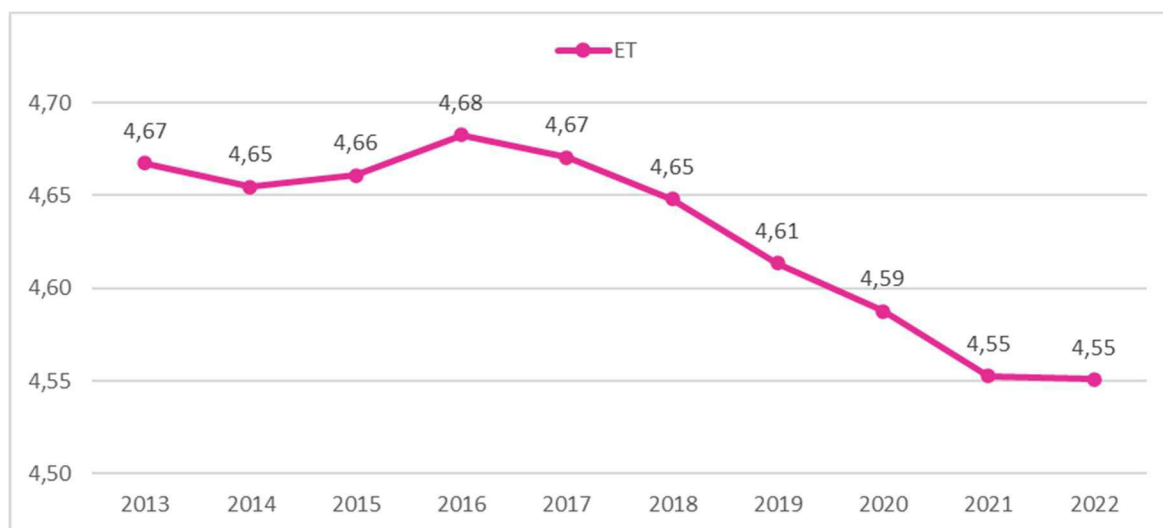
Os índices HHI e Entropia de Theil corroboraram para uma pequena alta na concentração na modalidade cooperativa Médica entre o período de 2013 e 2022.

Gráfico 6 – Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Cooperativa Médica (2013 a 2022)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

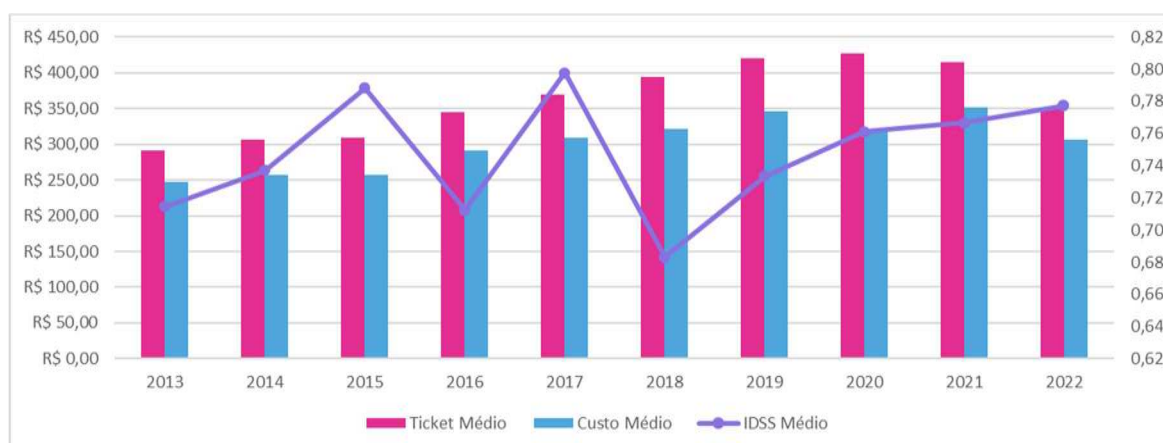
Gráfico 7 – Índice de Entropia de Theil (ET) – Cooperativa Médica (2013 a 2022)



Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

Como podemos observar no gráfico 8, entre os anos de 2013 e 2022, houve um aumento de 20,52% e 23,92% no ticket médio e custo assistencial, respectivamente. O IDSS médio em 2013 era de 0,71 e passou para 0,78 em 2022. No recorte de 2013 a 2017, foi observado um aumento crescente do ticket médio e do custo assistencial, acompanhado de uma melhora no IDSS. Tal qual observamos na modalidade anterior abordada, houve um declínio acentuado no IDSS em 2018, resultante da mudança de metodologia. Conforme foi observado anteriormente, na modalidade de cooperativa médica podemos verificar uma melhora na percepção do serviço no período de 2018 a 2022, que vem sendo acompanhado de uma redução do ticket médio no mesmo período. Podemos inferir que, apesar da redução do ticket, a qualidade vem melhorando no período.

Gráfico 8 – Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Cooperativa Médica (2013 a 2022)



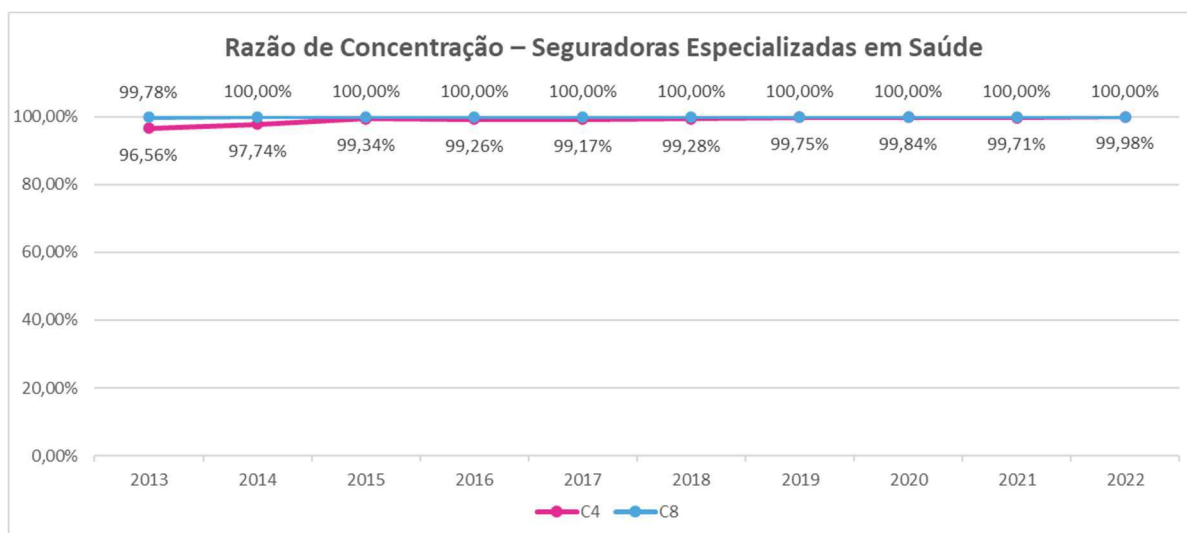
Nota: Valores do ticket e do custo médios atualizados para o ano de 2022 pelo IPCA.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

5.3 Seguradoras

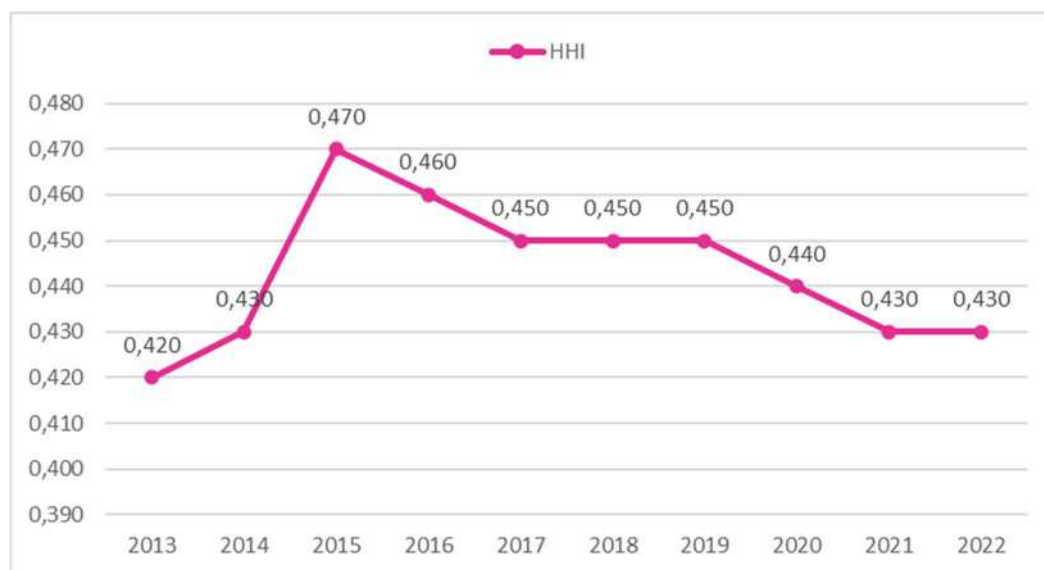
Já na modalidade de Seguradora Especializada em Saúde é observada a maior concentração dentre as modalidades apresentadas no presente estudo. Conforme podemos observar a seguir, a razão de concentração das 8 maiores OPS dessa modalidade em 2013 detinham 99,78% das vidas em seu portfólio, já em 2022 tais operadoras tornaram-se as únicas na modalidade Seguradora especializada em saúde, o que demonstra um mercado altamente concentrado. Já entre as 4 maiores firmas da modalidade, a razão de concentração em 2013 chegava em 96,56%, já em 2022 era de 99,98%, um aumento de 3,42 p.p na razão de concentração.

Gráfico 9 – Razão de Concentração – Seguradoras (2013 a 2022)

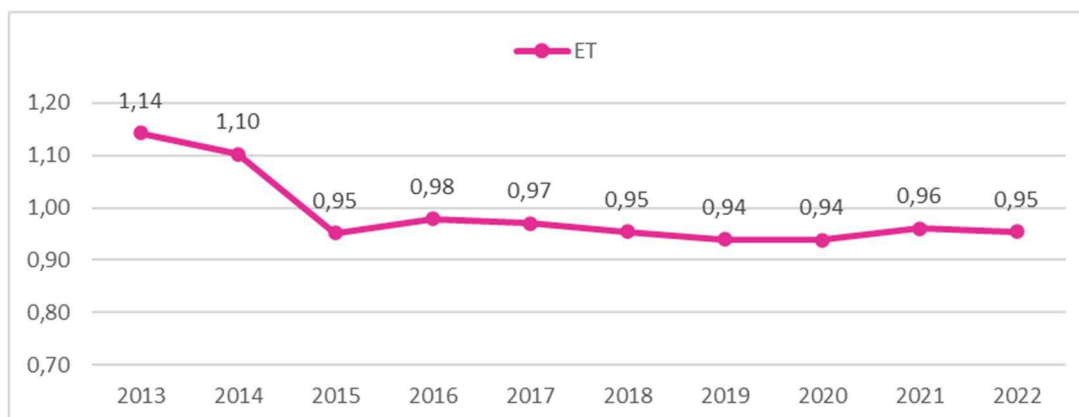


Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

Tal qual observamos na modalidade anterior, os índices HHI e ET reforçam o enorme grau de concentração na modalidade Seguradora Especializada em saúde. O HHI mostra uma leve melhora no grau de concentração, porém, ainda muito distante do que observamos nas modalidades anteriores. Conforme gráfico 11, podemos verificar que a partir de 2015 houve uma estagnação no grau de concentração no mercado.

Gráfico 10 – Índice Hirschman-Herfindahl (HHI) – Seguradoras (2013 a 2022)

Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

Gráfico 11 – Índice de Entropia de Theil (ET) – Seguradoras (2013 a 2022)

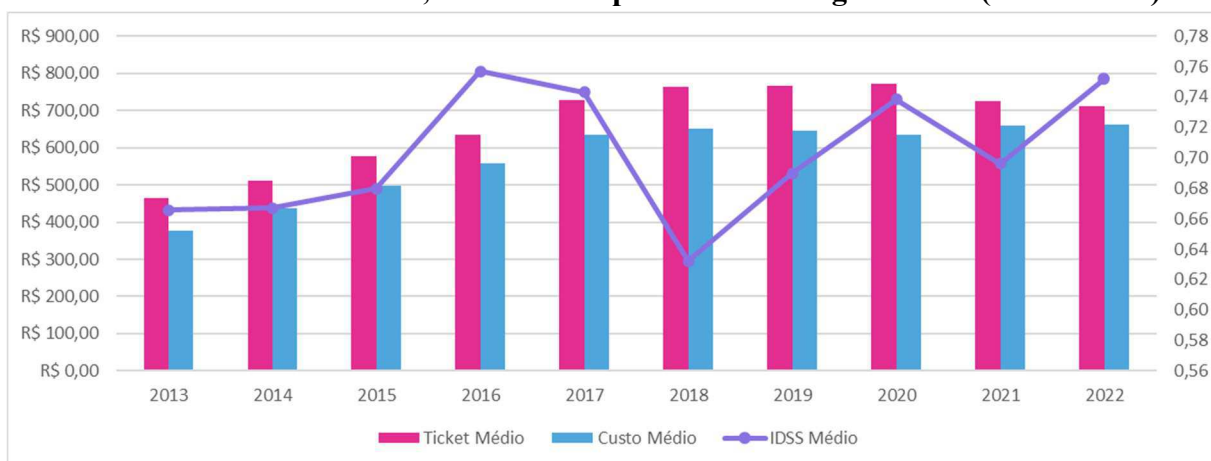
Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

Seguindo a tendência das outras modalidades, na Seguradora também houve um aumento no ticket médio e custo assistencial no período analisado. Em termos reais, o ticket médio passou de R\$ 463,82 em 2013 para R\$ 712,45 em 2022, representando um aumento de 53,61%. Já o Custo assistencial saiu de R\$ 377,78 para R\$ 662,44 em termos reais, o que representou um aumento de 75,35% no período.

O IDSS apresentou uma melhora dos resultados no período analisado, saindo de 0,67 para 0,75. No recorte de 2013 a 2017, houve um aumento do ticket médio e custo assistencial, tal aumento foi acompanhado de uma melhora no IDSS. Como já abordamos nas outras duas modalidades, houve um decréscimo acentuado no IDSS em 2018, porém, no recorte

de 2018 a 2022, apesar da redução do ticket médio, o IDSS apresentou uma melhora nos resultados. Podemos concluir que, no período de 2018 a 2022, apesar da redução do ticket médio, não refletiu na percepção de piora do serviço prestado.

Gráfico 12 – Ticket Médio, Custo Per capita e IDSS – Seguradoras (2013 a 2022)



Nota: Valores do ticket e do custo médios atualizados para o ano de 2022 pelo IPCA.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base dados extraídos da ANS.

6 CONCLUSÕES

Devido à relevância do setor de saúde suplementar para a saúde pública, este trabalho teve como objetivo analisar a concentração neste mercado e trazer indícios sobre como esta pode estar afetando o desempenho das operadoras/seguradoras e o preço e a qualidade percebidos pelos usuários dos serviços.

Os resultados apresentados assinalam um aumento no ticket médio e custo assistencial no período analisado, porém, não foi necessariamente acompanhada de um decréscimo do nível de concentração. Ao mesmo tempo, os resultados apontam para uma correlação positiva entre concentração e eficiência do setor de saúde, pois houve uma melhora em termos de qualidade entre as operadoras, visto pelos indicadores do IDSS, sobretudo, se analisarmos o recorte após a revisão metodológica ocorrida em 2017.

Apesar de uma concentração alta na modalidade seguradora especializada em saúde, o mercado visto como um todo não apresentou uma concentração alta segundo os critérios da ANS. Apesar da redução no ticket médio no período de 2018 a 2022, a gestão de qualidade apresentou resultados satisfatórios, tanto em termos assistenciais quanto em gestão, verificando uma tendência de melhora no período citado.

As limitações identificadas neste estudo foram: a alimentação do banco de dados das operadoras, que não permitiu saber em sua totalidade quais as receitas e despesas no período de forma regionalizada; e ainda a não divulgação do IDSS em alguns períodos analisados.

A partir de uma base de dados ampliada, como trabalho futuro, pretende-se aprofundar o estudo aplicando o modelo DEA e identificar como o movimento de concentração do mercado pode afetar a eficiência neste mercado.

Este trabalho visa contribuir para o debate acerca de planejamentos futuros e criações de políticas voltadas para a gestão das OPS, principalmente, as que concentram o mercado, com o intuito não apenas de reduzir os custos esperados, mas maximizar a eficiência dos serviços prestados, tanto em termos assistenciais quanto em gestão.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Informações da Saúde Suplementar**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def >. Acesso em: 13 de dezembro de 2023.
- ALBUQUERQUE, C. *et al.* **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- ALDRICH, H. E.; PFEFFER, J. Environment of organizations. *Annual Review of Sociology*, 2, p. 79-105, 1976
- ALMEIDA, C. O Mercado privado de serviços de saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998 (Texto para discussão n° 599)
- ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*. vol. LIII, n.5. Dec, 1963. Disponível em <https://assets.aeaweb.org/asset-server/files/9442>. Acesso em maio de 2024.
- BAIN, J. *Barriers to New Competition*. Cambridge: Harvard University Press, 1956.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 05 de outubro. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 29 de janeiro de 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 de novembro de 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 14 de novembro de 2020.
- BRASIL. **Lei nº 5.764, 16 de dezembro de 1971**. Dispõe sobre a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm. Acesso em: 14 de novembro de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 21 de outubro 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei 9.961, de 28 de janeiro de 1999.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 21 de outubro 2020.

CARVALHO FILHO, J. S. **O Poder Normativo das Agências Reguladoras.** In: ARAGÃO, Alexandre Santos de. *O Poder Normativo das Agências Reguladoras*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação.** São Paulo: Saraiva, v. 302, 2008.

DERENGOWSKI, M.G. Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercado Relevantes. In: FÓRUM DE DEBATES SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003.

FARIAS, L.O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, 2001.

GEORGE, K.; JOLL C. *Organização industrial: crescimento e mudança estrutural*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009, 35 p.

HASHIMOTO, P. A *et al.* Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da Análise Envoltória de Dados. 2010

KON, A. *Economia Industrial*. São Paulo: Nobel, 1999.

KUPFER, D & HASENCLAVER, L (orgs). *Economia Industrial, Fundamentos Teóricos e Práticos no Brasil*. Rio De Janeiro: Atlas. 2013.

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

MANZAN, C. T. **A efetividade dos sistemas de proteção do direito fundamental à saúde**. 2013. Dissertação. Centro Universitário de Bauru. Bauru/SP. P. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=87503. Acesso em: 14 de novembro 2020

MANZAN, C. T. **Saúde pública e saúde privada: garantia social fundamental que requer eficácia e efetividade**. Revista IMES, Direito, 2013. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_direito/login?source=%2Findex.php%2Frevista_dir_ei_to%2Farticle%2FviewFile%2F2194%2F1444. Acesso em: 14 de novembro 2020

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

MONTELLA, M. **Micro e macroeconomia: uma abordagem conceitual e prática**. São Paulo: Atlas, 2012

OLIVEIRA, A. J. G; LARA, S. A. P. **Os Desafios para Proteção dos Consumidores nos Contratos Coletivos e Empresariais de Planos de Saúde**. In: OLIVEIRA, Andressa Jarlerrí Gonçalves de; XAVIER, Luciana Pedroso (Org.). *Repensando o Direito do Consumidor III: 25 ANOS DE CDC: conquistas e desafios*. Curitiba: OABPR, Coleção Comissões, v. 19. p. 154-197. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12798552-Repensando-o-direito-do-consumidor-iii-25-anos-de-cdcconquistas-e-desafios.html>. Acesso em: 14 de novembro 2020.

RAMALHO, P. I. S. **A gramática política das agências reguladoras: comparação entre Brasil e EUA**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília – UnB. CEPPAC/ICS/UNB. 2007.

RHOADES, S. A. The Herfindahl-Hirschman index. **Federal Reserve Bulletin**, v. 79, p. 188-189, mar. 1993.

RIBEIRO, J. M. **Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar**. *Regulação e Saúde*, v. 3, t.2. Rio De Janeiro: ANS 2004

SALAZAR, A. *et alli*. **Plano de Saúde. Brasil I**. São Paulo, 2002: **Globo** - (Série Cidadania).

SALLAI, A. L. e SANT'ANNA, A. P. **Alternativas de Regulação do Setor de Saúde no Brasil, 2003**. Disponível em: <http://www.producao.uff.br/conteudo/rpep/volume22003/007relpesq103.doc>

SCAFF, F. C. **Direito à saúde no âmbito privado: Contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde**. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 47.

SCHERER, F. M. Firm size, market structure, opportunity, and the output of patented inventions. **The American Economic Review**, v. 55, n. 5, p. 1097-1125, 1965.

SHEPHERD, W. G. The elements of market structure. **The Review of Economics and Statistics**, v. 54, n. 1, p. 25-37, 1972

SILVA, C. R. L; LUIZ, S. **Economia e mercados: introdução à economia**. 20 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

THOMPSON Jr.; FORMBY, A. A. **Microeconomia da firma: teoria e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 2002.

VASCONCELLOS, M. A. S.; GARCIA, M. E. **Fundamentos de Economia**. - 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.