

# **REGULAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: ANÁLISE DA ESTRUTURA E DO DESEMPENHO DO SETOR A PARTIR DA CRIAÇÃO DA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)**

Bruna Santos Aguiar\*  
Alexis Toríbio Dantas\*\*

## **RESUMO**

O objetivo principal do texto é analisar o desempenho do setor de saúde suplementar a partir das mudanças estruturais ocorridas no setor com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no período de 1998 a 2009. Para tanto, utilizou-se a análise da estrutura do mercado a partir da aplicação de índices de concentração CR4, CR8 e Hirschman-Herfindahl (HH), além da concentração de beneficiários de 10% e 15% das operadoras. Quanto ao desempenho, os indicadores utilizados foram a taxa de internação de beneficiário, gasto médio por internação, consultas médicas e gasto médio por consulta e por meio da receita média de contraprestação e da despesa (assistencial e administrativa) média por beneficiário. Como principal resultado, constatou-se que o mercado de saúde suplementar, em termos de beneficiários, é concentrado nas maiores operadoras de plano de saúde privado, tanto nas operadoras médico-hospitalares quanto nas exclusivamente odontológicas. Há ainda evidências de que as barreiras à entrada impostas pela ANS estejam reduzindo o quantitativo de operadoras ativas no setor e influenciando no desempenho do mercado, principalmente em relação às receitas médias de contraprestação e despesas médias assistenciais.

Palavras-chave: saúde suplementar; concentração; agência reguladora.

## **ABSTRACT**

This study addresses the performance and structural changes occurred in Brazilian supplementary health sector (from 1998 to 2009) following the creation of the National Supplementary Health Agency (NSHA). A market structure analysis is carried out by using CR4, CR8 and the Herfindahl-Hirschman index (HHI) along with the beneficiaries' concentration represented by 10% and 15% of the companies. Performance is measured by using indicators concerning beneficiaries' admission rates, average admission cost, medical consultation costs, average receipts derived from consideration for services rendered and average assistance/administrative expenditure per beneficiary. The outcomes show that the supplementary health market is dominated by the largest private health plan providers, be them medical assistance or exclusively dental health insurance companies. The combined findings evidence that regulatory restrictions imposed by NSHA are affecting this market manifold; namely, lowering in number the active operating companies and thus affecting its performance specially in terms of average receipts derived from consideration for services rendered and average assistance expenditures.

Keywords: supplementary health; concentration; regulatory agency.

**Trabalho submetido à Sessão Ordinária 4. Estados e Nações face à nova configuração do capitalismo (4.1. Estado e economia capitalista).**

---

\* Mestre em Economia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Analista Administrativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

\*\* Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ).

## 1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados e constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo (ANS, 2002). Desta forma, hoje no Brasil, praticamente a quarta parte da população está associada a algum tipo de plano de saúde. Neste contexto, destaca-se o surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada em 2000, tendo como principal finalidade a promoção da defesa do interesse público, regulando e fiscalizando as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

No período de ausência de um marco regulatório na indústria de saúde suplementar, o mercado operou por mecanismos frágeis quanto ao nível de informação ao consumidor. As operadoras privilegiaram a população de baixo risco, deixando os beneficiários de alto risco para o Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>. Em 1998, com a Lei nº 9656, o setor de saúde suplementar é regulamentado e em 2000, a Lei nº 9.961 cria a ANS, definindo sua finalidade, estrutura, atribuições, receita, natureza e vinculação ao Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

Desta forma, a regulamentação do setor de saúde suplementar teve como objetivos principais ajustar as distorções praticadas pelas operadoras e preservar a competição do mercado. Para tanto, buscou definir regras visando a ampliação de cobertura; ressarcimento ao SUS; registro das operadoras; acompanhamento de preços pelo governo; obrigatoriedade da comprovação de solvência; reservas técnicas; permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro e proibição do monopólio de atividades por uma única empresa. Mais ainda, uma das prioridades da ANS constitui-se

---

1 Podem-se identificar, portanto, algumas falhas de mercado do mercado de saúde suplementar, tais como, seleção adversa, risco moral e assimetria de informações que justificavam a intervenção governamental no setor. Eram criadas barreiras à entrada dos indivíduos no mercado devido à não aceitação destes indivíduos, pois os mesmos apresentam doenças pré-existentes ou lhe são impostos limites de cobertura. Sendo assim, as operadoras poderiam concentrar seus esforços na venda de planos para indivíduos de baixo risco (MACERA; SAINTIVE, 2004).

2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ e atuação em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

na defesa dos interesses dos consumidores de planos de saúde oferecidos pelas empresas do setor, pois o usuário do sistema era o agente mais vulnerável nessa relação (MONTONE, 2000). Além do mais, o regulador procurava garantir o bom funcionamento do mercado e elevação do bem-estar para os consumidores e produtores. O objetivo da presente artigo é a análise do desempenho do setor de saúde suplementar a partir das mudanças estruturais ocorridas no setor com a criação da ANS, no período de 1998 a 2009.

Na próxima seção, serão abordadas as principais características da estrutura do mercado de saúde suplementar no Brasil e a dinâmica de concentração no período posterior à implementação do marco regulatório no país. A análise do desempenho do setor de saúde suplementar após a criação da ANS, no período de 1998 a 2009 é realizada na sessão 3. A sessão 4 examina as possíveis relações entre a concentração e o desempenho de mercado no período em questão. A última seção se ocupa da avaliação dos resultados e principais conclusões obtidas ao longo da análise realizada.

## 2. Estrutura do mercado de Saúde Suplementar

Nesta sessão será abordado um breve panorama de duas variáveis importantes para caracterizar o mercado de saúde suplementar, ou seja, o número de operadoras e a distribuição dos planos de saúde, por tipo de contratação.

**Tabela 2.1 - Evolução do registro de operadoras (Brasil, 1999-2008)**

Ano	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras em atividade	Operadoras com beneficiários	
				Absoluto	Relativo
Até 1999	2.825	186	2.639	1.971	74,7%
2000	235	151	2.723	2.021	74,2%
2001	143	157	2.709	1.994	73,6%
2002	17	319	2.407	1.898	78,9%
2003	35	169	2.273	1.844	81,1%
2004	32	127	2.178	1.774	81,5%
2005	30	117	2.091	1.689	80,8%
2006	52	75	2.068	1.641	79,4%
2007	62	199	1.931	1.604	83,1%
2008	20	130	1.821	1.577	86,6%

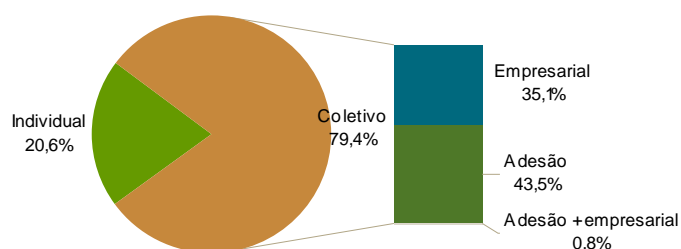
Fonte: Caderno de Informações em Saúde Suplementar, ANS (2008a)

A evolução do registro de operadoras, principal variável de análise da estrutura do mercado de saúde suplementar, mostra uma queda a partir de 2002, reduzindo o número de operadoras em atividade e de operadoras com beneficiários informados junto à ANS - ver Tabela 2.1. Desta forma, pode-se inferir que o mercado vem apresentando uma tendência de concentração, quando analisado o número de operadoras ativas no setor<sup>3</sup>.

Percebe-se também que a quantidade de novos registros apresentou uma queda considerável após a criação da ANS. Quanto aos registros cancelados, percebe-se que, em média, mais de 150 operadoras de plano de saúde deixam de operar no mercado, por ano, no Brasil, segundo dados da ANS.

Quanto à distribuição de beneficiários de planos de saúde, por tipo de contratação<sup>4</sup>, destaca-se que 79,4% do total de beneficiários são de planos coletivos e 20,6% são de planos individuais, conforme Gráfico 2.1. Já nos planos coletivos, a maioria dos beneficiários possui contratos por adesão.

**Gráfico 2.1 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde novos, por tipo de contratação (Brasil, março/2009)**



Fonte: Caderno de Informações em Saúde Suplementar, ANS (2008)

Cabe lembrar que os preços dos planos coletivos não são regulados pela ANS, da mesma forma que os planos individuais. O reajuste dos planos coletivos é negociado livremente entre as partes, sendo que nos planos individuais o reajuste segue as normas

3 Esta tendência pode decorrer da criação de barreiras à entrada resultantes da regulação do setor, tais como, exigências financeiras, cobertura mínima de assistência (a qual é constantemente revisada e ampliada pela ANS) e a conseqüente elevação dos custos.

4 No que se refere ao tipo de contratação, esta pode ser individual/familiar ou coletivo. A contratação tipo individual/familiar diz respeito ao contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para a assistência à saúde do titular do plano ou do titular e seus dependentes. O plano coletivo é o contrato celebrado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para a assistência à saúde de funcionários, ativos e inativos, ou sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.

e limites estabelecidos pela ANS. Sendo assim, percebe-se que as operadoras estão privilegiando a oferta de planos coletivos.

## 2.1 A dinâmica de concentração

A metodologia utilizada para mensurar a concentração do mercado foi a seleção de três medidas de concentração:

- a. os índices CR4 e CR8, contidos no Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal, das Secretarias de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda e do Direito Econômico do Ministério da Justiça;
- b. Índice Herfindahl-Hirschmann (HH), obtido pela soma dos quadrados dos *market-shares* das empresas que ofertam no mercado (quanto menor o índice, menor a concentração) e;
- c. os *market-shares* referentes às operadoras que representam 10% e 15% das maiores operadoras de planos de saúde com registro na ANS e com beneficiários no seu cadastro.

Optou-se pela análise do *market-share* por modalidade, pois esta é a classificação das operadoras de plano de saúde usualmente utilizadas pela ANS. Em função do traço competitivo observado entre as modalidades, foram também agrupadas as modalidades em operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas para a análise dos indicadores de concentração CR4, CR8, HH e *market-share*.

Organizando as operadoras de planos de saúde em ordem decrescente, analisou-se a concentração de 10% e 15% das maiores operadoras, em termos de beneficiários, por modalidade.

De acordo com o Gráfico 3.2, percebe-se que, a modalidade odontologia de grupo é a modalidade que apresenta maior concentração de beneficiários. Neste caso, 10% das odontologias de grupo possuíam, em 1999, cerca de 80% dos beneficiários. A partir de 2002, observa-se uma elevação da concentração de beneficiários das odontologias de grupo. Destaca-se que, no final de 2007, 10% das operadoras possuíam 84,56% dos beneficiários e, no final de 2008, a concentração já chegava a 86,33%.

As modalidades autogestão e medicina de grupo estão entre as modalidades que também apresentam maior concentração de beneficiários, sendo suas trajetórias similares. As autogestões apresentaram crescimento até 2005, quando a concentração baixou

Consequentemente, observa-se que 10% das cooperativas odontológicas possuíam 64,69% dos beneficiários, no início de 1999. A partir da regulação do mercado, a concentração apresentou uma queda até o final de 2003, quando se percebe uma certa estabilização, com uma concentração em torno de cerca de 53% dos beneficiários. Ainda assim, a concentração de 10% das cooperativas odontológicas abrange mais da metade dos beneficiários desta modalidade.

Gráfico de linhas mostrando a evolução da participação percentual das modalidades de prestação de serviços odontológicos no total da receita operacional bruta das empresas de saúde suplementar no Brasil, de 1998 a 2009.

Legenda:

- AUTOGESTÃO
- COOPERATIVA MÉDICA
- COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
- FILANTROPIA
- MEDICINA DE GRUPO
- ODONTOLOGIA DE GRUPO
- SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

O eixo Y representa a participação percentual (0,00% a 100,00%). O eixo X representa o tempo em meses, com rótulos a cada 3 meses (04/1998, 01/1999, 02/1999, 03/1999, 01/2000, 02/2000, 03/2000, 01/2001, 02/2001, 03/2001, 01/2002, 02/2002, 03/2002, 01/2003, 02/2003, 03/2003, 01/2004, 02/2004, 03/2004, 01/2005, 02/2005, 03/2005, 01/2006, 02/2006, 03/2006, 01/2007, 02/2007, 03/2007, 01/2008, 02/2008, 03/2008, 01/2009).

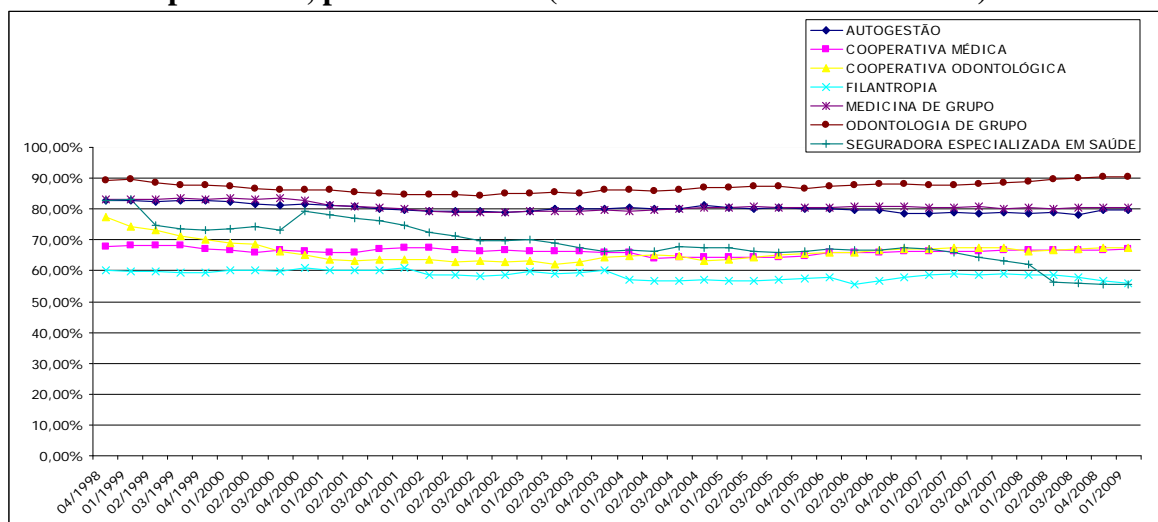
Percebe-se, em relação às cooperativas médicas, linha rosa do Gráfico 2.2, uma tendência de estabilidade. A partir de 2005 observa-se crescimento da concentração e, no primeiro trimestre de 2009, 10% das operadoras desta modalidade abrangiam 57,60% dos beneficiários das cooperativas médicas. Assim, a concentração manteve-se alta e com certa estabilidade neste período de atuação da ANS no setor.

6

A modalidade seguradora especializada em saúde foi a que apresentou maior oscilação em termos de concentração de seus beneficiários. No último trimestre de 1998, 10% das seguradoras especializadas em saúde detinham 42,64% dos beneficiários desta modalidade. Após a entrada da ANS no setor, essa concentração caiu para 37,24% em 2000. Porém, a partir daí, a tendência foi de grande elevação, chegando a 52,53% no primeiro trimestre de 2007. Entretanto, já no segundo trimestre de 2007, a concentração de beneficiários declinou. No primeiro trimestre de 2008, 10% das seguradoras especializadas em saúde possuíam 48,66% dos beneficiários. Já no segundo trimestre do mesmo ano, a concentração de beneficiários caiu para 39,65%, chegando ao início de 2009 a 37,65%. Pode-se inferir que essas quedas foram impulsionadas pela transferência de carteira entre duas operadoras do mesmo grupo empresarial. Salienta-se ainda que, somente uma operadora representa 10% do mercado e é responsável por grande parcela dele, sendo que nos anos de 2004 a 2007 ela detinha mais da metade dos beneficiários da modalidade seguradora especializada em saúde, identificando-se assim, alta concentração de mercado nesta modalidade.

Ao analisar-se a distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre 15% das operadoras, por modalidade, percebe-se também a elevada concentração, estando sempre acima da linha dos 50%, conforme observado no Gráfico 2.3.

**Gráfico 2.3 - Distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre 15% das operadoras, por modalidade (Brasil – de 04/1998 até 01/2009)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS.

Destaca-se ainda, a trajetória apresentada pelas seguradoras especializadas em saúde. Estas começaram o período apresentando uma concentração em torno de 83% dos

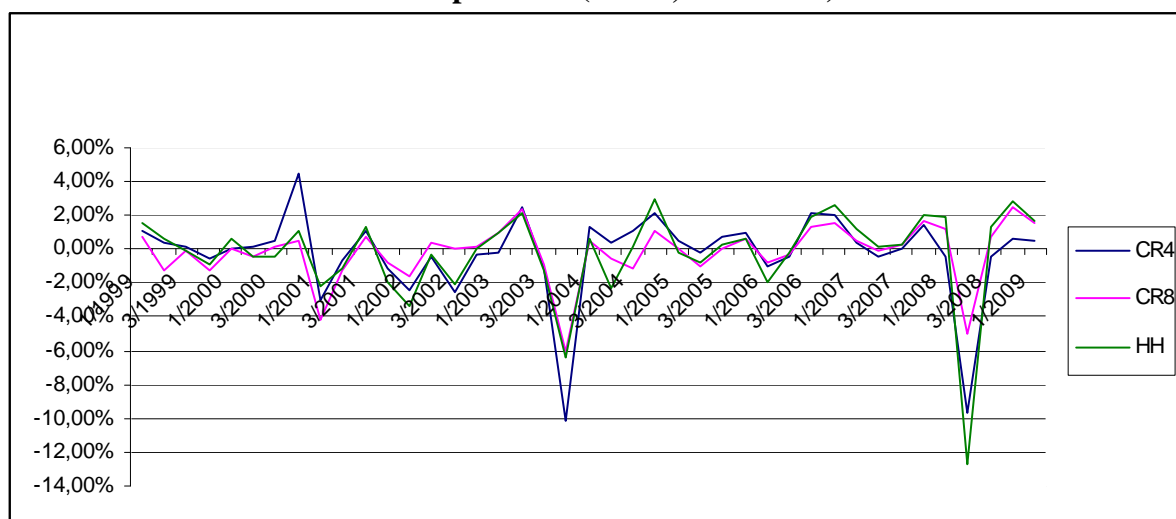
beneficiários. A tendência apresentada na distribuição dos beneficiários entre 15% das operadoras foi de queda, com pequenos aumentos da concentração em 2002 e 2005. Porém, no final do período analisado, 15% das seguradoras especializadas em saúde concentravam 55,52% dos beneficiários, resultado este bastante diverso do apresentado no último trimestre de 1998, antes da regulação, ou seja, 82,83%.

Cabe destacar, todavia, que o critério de separação dos dados por modalidade pode trazer imprecisão na análise do mercado, pois as modalidades concorrem entre si. Em função desse traço competitivo, foram também agrupadas as modalidades em operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas para a análise da evolução dos índices de concentração. As operadoras médico-hospitalares são aquelas operadoras que pertencem às seguintes modalidades: administradora, autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo. Deve-se esclarecer, entretanto, que as administradoras não foram incluídas nesta análise, pois não possuem beneficiários – são empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora. As operadoras exclusivamente odontológicas são aquelas pertencentes às modalidades cooperativa odontológica e odontologia de grupo. Feita esta separação, procurou-se analisar, por meio dos índices expostos acima, o desempenho do setor por ramo de atuação.

Em relação às operadoras médico-hospitalares, o comportamento da taxa de crescimento dos índices CR4, CR8 e HH foi semelhante entre eles, conforme observado no Gráfico 2.4. Cabe destacar o crescimento de 4,50% do índice CR4 no final de 2000 em relação ao trimestre anterior. Destaca-se que, destas quatro maiores operadoras, duas são pertencentes ao mesmo grupo empresarial. No início de 2001, constatou-se uma queda de 3,06% na taxa de crescimento do índice CR4. Esta oscilação pode ser explicada pela perda de posição de uma das quatro maiores operadoras que, no primeiro trimestre de 2001 reduziu drasticamente seu quantitativo de beneficiários.



**Gráfico 2.4 – Taxa de crescimento dos índices CR4, CR8 e HH das operadoras médico-hospitalares (Brasil, 1999-2009)**



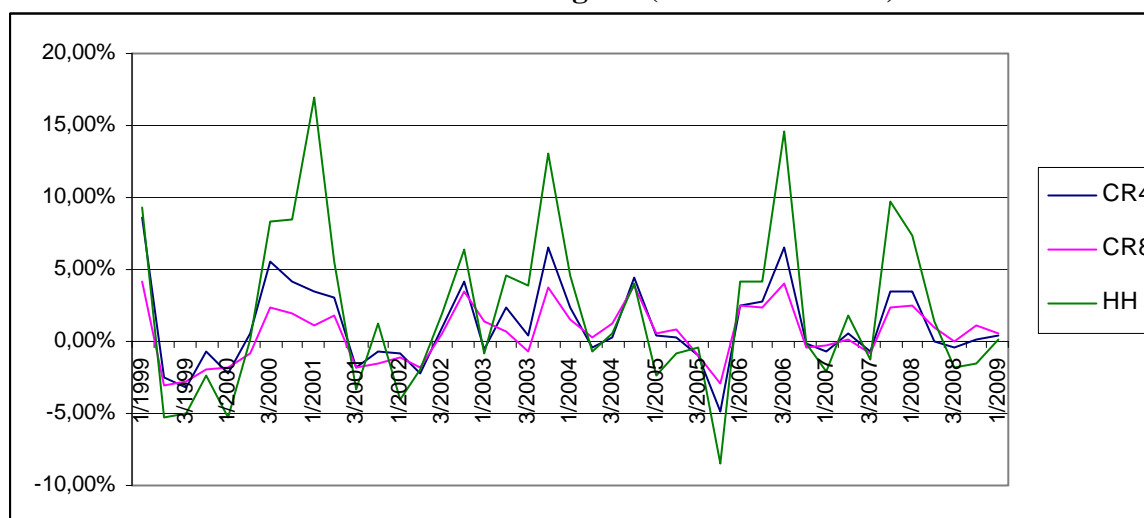
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS.

Ressalta-se que, no segundo trimestre de 2003, constatou-se uma elevação na concentração do índice CR8, ou seja, cresceu 2,33% em relação ao trimestre anterior. Esse crescimento reflete, em parte, a elevação em mais de 160 mil beneficiários de uma operadora que no primeiro trimestre do ano estava dentre as oito maiores, passando a ser uma das quatro maiores no trimestre seguinte. Porém, este resultado foi seguido por uma queda mais acentuada no quarto trimestre deste mesmo ano, de -6,09%. Esta queda mais elevada também foi constatada em relação ao índice CR4, ou seja, -10,13%, e em relação ao índice HH, ou seja, -6,42%. Assim, pode-se inferir que esta queda teve como causa a perda de metade da carteira de beneficiários de uma das três maiores operadoras médico-hospitalares.

A outra queda na concentração significativa ocorreu no segundo trimestre de 2008. Constata-se uma queda nos índices CR4, CR8 e HH de -9,66%, -4,94% e -12,72% respectivamente. Pois, a maior operadora transferiu parte de seus beneficiários para outra operadora, porém, pertencente ao mesmo grupo empresarial. Há uma estratégia de pulverização de beneficiários dentro do mesmo grupo empresarial. Percebe-se uma especialização do ramo de atuação das operadoras, segmentando a empresa, com outro CNPJ, e pertencente ao mesmo grupo empresarial. Além do mais, a queda apresenta-se maior em relação ao índice HH, pois quanto maior é a empresa, maior é sua contribuição proporcional para o valor do índice, refletindo, desta forma, a perda de beneficiários pela maior operadora.

Considerando-se que o mercado das operadoras médico-hospitalares abrange pouco mais de 1.300 operadoras, em média, ao longo do período analisado, e que as quatro e as oito maiores operadoras, no primeiro trimestre de 2009, detinham 16,78% e 25,90% dos beneficiários deste setor, respectivamente, pode-se inferir que o mercado apresenta-se concentrado, em termos de beneficiários, nas maiores operadoras de planos de saúde. A trajetória da taxa de crescimento dos índices de concentração das operadoras exclusivamente odontológicas mostra-se similar, com destaque para o HH, o qual pondera o peso das operadoras no mercado, conforme Gráfico 2.5 abaixo.

**Gráfico 2.5 – Taxa de crescimento dos índices CR4, CR8 e HH das operadoras exclusivamente odontológicas (Brasil 1999-2009)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS.

Percebe-se que a partir do segundo trimestre de 1999 até o início de 2000, a tendência foi de queda na concentração em termos de beneficiários. Salienta-se que, a segunda maior operadora exclusivamente odontológica, no segundo trimestre de 2000, obteve um aumento de cerca de 100 mil beneficiários no terceiro trimestre do mesmo ano, passando a ser, desta forma, a maior operadora do ramo em termos de beneficiários, conforme pode ser verificado no gráfico acima. Também no quarto trimestre de 2000 e no primeiro trimestre de 2001, verifica-se um considerável aumento do número de beneficiários nas maiores operadoras exclusivamente odontológicas.

Percebe-se que as duas maiores empresas deste ramo possuíam, até o início de 2001, certa disputa por beneficiários no mercado de planos exclusivamente odontológicos. Porém, já em 2002, a diferença no quantitativo de beneficiários aumenta e configura-se uma diferença, em termos de beneficiários, maior entre a primeira e a segunda maior

operadora. No quarto trimestre de 2003, tem-se um aumento considerável nos índices de concentração em relação ao trimestre anterior. Observa-se ainda, o aumento significativo de beneficiários da maior operadora exclusivamente odontológica.

Registra-se uma queda na taxa de crescimento dos índices de concentração, em 2005, devido ao aumento do ingresso de beneficiários nesse mercado e a diminuição do peso das maiores operadoras em relação ao total de beneficiários. Este mercado de planos exclusivamente odontológicos abrangia pouco mais de dois milhões de beneficiários em 2000. No início de 2009, este total já chegava a mais de oito milhões e meio de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Portanto, ao longo de todo período analisado, a trajetória observada foi de crescimento constante do quantitativo de beneficiários neste segmento e de diminuição, a partir de 2001, de operadoras registradas na ANS e com beneficiários.

Nesse sentido, os outros aumentos constatados em 2006, 2007 e 2008 são devidos a aumentos significativos de beneficiários nas maiores operadoras exclusivamente odontológicas. Ressalta-se que a taxa de crescimento do índice HH no terceiro trimestre de 2006 em relação ao trimestre anterior foi de 14,55%. Pode-se inferir alta concentração nas maiores operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos.

### **3. Análise do Desempenho**

As medidas de desempenho utilizadas neste trabalho relacionam-se à ação das operadoras de plano de saúde em relação à atenção de seus beneficiários. As variáveis selecionadas foram taxa de internação de beneficiário, gasto médio por internação, consultas médicas e gasto médio por consulta por beneficiário, despesa média e receita média de contraprestação por beneficiário.

O Ministério da Saúde apresenta parâmetros que representam recomendações técnicas ideais, como referências para orientar os gestores do SUS nas ações de saúde a serem desenvolvidas. Os parâmetros assistências, editados na Portaria nº 1101/2002 do Ministério da Saúde, são baseados em dados da Organização Mundial da Saúde – OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento. Assim, tendo como referência as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza uma média de duas a três

consultas por habitante ao ano, comparou-se o desempenho das operadoras, em termos de consultas médicas por beneficiário ao ano.

**Tabela 3.1 - Consultas médicas por beneficiário e gasto médio por consulta, por tipo de contratação, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2005-2008)**

Modalidade da operadora	Consultas médicas			Gasto médio (R\$)		
	Total (1)	Coletivo	Individual	Total (1)	Coletivo	Individual
<b>2005</b>						
<b>Total</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>6,7</b>	<b>31,88</b>	<b>32,62</b>	<b>30,28</b>
Autogestão	4,2	4,2	-	36,14	36,14	-
Cooperativa médica	6,4	6,5	7,9	33,84	33,40	34,61
Filantropia	6,0	6,3	7,7	24,69	25,17	24,22
Medicina de grupo	4,8	5,0	5,7	25,73	26,41	24,68
Seguradora especializada em saúde	5,6	5,3	7,0	39,63	40,05	38,23
<b>2006</b>						
<b>Total</b>	<b>5,2</b>	<b>5,2</b>	<b>6,7</b>	<b>33,37</b>	<b>33,82</b>	<b>32,29</b>
Autogestão	4,2	4,2	-	36,38	36,38	-
Cooperativa médica	6,3	6,2	7,6	35,32	34,93	36,06
Filantropia	5,5	5,5	7,1	26,38	25,61	27,18
Medicina de grupo	4,7	4,8	5,9	27,52	27,82	26,96
Seguradora especializada em saúde	5,6	5,4	7,0	44,00	44,24	43,08
<b>2007</b>						
<b>Total</b>	<b>5,2</b>	<b>5,1</b>	<b>6,6</b>	<b>36,91</b>	<b>36,51</b>	<b>37,86</b>
Autogestão	4,2	4,2	-	35,48	35,48	-
Cooperativa médica	6,0	5,9	7,4	38,67	37,11	41,79
Filantropia	5,3	5,0	6,6	29,74	29,68	29,81
Medicina de grupo	4,9	5,0	6,0	31,77	31,04	32,97
Seguradora especializada em saúde	5,3	5,0	6,8	49,43	49,62	48,53
<b>2008</b>						
<b>Total</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>6,6</b>	<b>40,20</b>	<b>40,15</b>	<b>40,34</b>
Autogestão	4,5	4,5	-	38,75	38,75	-
Cooperativa médica	6,2	6,0	7,6	43,49	42,06	46,57
Filantropia	5,2	5,1	6,3	31,39	31,18	31,66
Medicina de grupo	4,9	5,0	5,8	33,21	33,55	32,59
Seguradora especializada em saúde	5,4	5,2	7,1	52,22	51,91	54,11

Fontes Caderno de Informações em Saúde Suplementar, ANS (2009)

(1) Inclui consultas de beneficiários em planos com tipo de contratação não identificado.

Percebe-se que nos anos de 2005 a 2008, foram realizadas, em média, cinco consultas por beneficiário ao ano – Tabela 3.1. Este desempenho apresenta-se acima das recomendações do Ministério da Saúde, podendo ser interpretado como um indicador satisfatório. As cooperativas médicas são as operadoras que apresentam o maior número de consultas por beneficiário, em todo período analisado. Nestes quatro anos de análise,

nota-se estabilidade no número de consultas médicas por beneficiário, indicando assim, que as operadoras vêm mantendo um mesmo comportamento.

Além disso, percebe-se que as consultas médicas referentes aos contratos individuais são maiores do que dos contratos coletivos. Em compensação, o gasto médio por consulta é menor nos contratos individuais do que nos contratos coletivos, em 2005 e 2006. A tendência é invertida em 2007 e 2008, conforme tabela abaixo, onde o gasto médio por consulta é maior nos contratos individuais. Aqui se evidencia a justificativa para o comportamento percebido das operadoras de expandir seus contratos coletivos e reduzir os individuais.

Em relação aos gastos médios com consultas médicas, constata-se um aumento ao longo do tempo, apesar das consultas médicas por beneficiário se manterem constantes. Em 2005, o gasto médio total era de R\$ 31,88, passando para R\$ 40,20 em 2008. Esta evolução nos gastos demonstra uma maior remuneração média dos médicos ao longo dos anos aqui analisados.

**Tabela 3.2 - Taxa de internação de beneficiários e gasto médio por internação, por tipo de contratação, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2007-2008)**

Modalidade da operadora	Taxa de internação (%)			Gasto médio (R\$)		
	Total (1)	Coletivo	Individual	Total (1)	Coletivo	Individual
<b>2007</b>						
<b>Total</b>	<b>13,2</b>	<b>13,3</b>	<b>16,0</b>	<b>3.238,32</b>	<b>3.129,57</b>	<b>3.516,41</b>
Autogestão	13,5	13,5	-	3.493,08	3.493,08	-
Cooperativa médica	15,4	15,5	17,9	2.287,12	2.138,84	2.598,05
Filantropia	15,1	14,2	18,9	2.176,81	1.884,55	2.451,71
Medicina de grupo	11,7	11,7	14,6	2.824,88	2.720,56	3.000,37
Seguradora especializada em saúde	13,0	12,3	16,4	6.963,91	6.012,73	10.535,55
<b>2008</b>						
<b>Total</b>	<b>13,2</b>	<b>13,1</b>	<b>16,2</b>	<b>3.480,75</b>	<b>3.397,01</b>	<b>3.700,99</b>
Autogestão	15,3	15,3	-	3.555,78	3.555,78	-
Cooperativa médica	15,7	15,3	19,4	2.686,52	2.594,90	2.888,16
Filantropia	14,5	13,9	17,6	2.421,85	2.153,88	2.711,60
Medicina de grupo	11,0	10,7	13,8	3.093,92	3.107,10	3.072,36
Seguradora especializada em saúde	11,7	10,9	17,3	7.246,68	6.167,27	11.665,24

Fontes Caderno de Informações em Saúde Suplementar, ANS (2009)

(1) Inclui internações de beneficiários em planos com tipo de contratação não identificado.

Vale lembrar que a taxa de internação mede o número de internações por qualquer causa em relação ao total de expostos para internação, ou seja, o cálculo é o seguinte: (número de internações no ano/número médio de beneficiários de planos hospitalares no ano) x

100. De acordo com a Tabela 3.2, a taxa de internação dos beneficiários de plano de saúde praticamente manteve-se inalterada nos anos de 2007 e 2008. No total, a taxa de internação dos planos com o tipo de contratação individual, apresenta-se superior a dos planos coletivos.

Em relação ao gasto médio por internação, a tendência apresentada na tabela acima é de elevação dos gastos. Ou seja, observou-se um crescimento de 7,5% no total do gasto médio em internação.

Ainda no intuito de analisar o desempenho do mercado de saúde suplementar, calculou-se a receita média de contraprestações e a despesa média assistencial das operadoras de plano de saúde para o período de 2001 a 2008, ambas deflacionadas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA, extraído do IPEA. Para este cálculo, utilizaram-se as receitas de contraprestação e as despesas disponíveis no *site* da ANS e o quantitativo de beneficiários usados para os cálculos dos índices de concentração. A despesa assistencial é aquela relacionada à prestação direta de assistência à saúde. A receita de contraprestação é uma denominação atribuída na lei nº 9.656/98, referente ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora.

Calculou-se a taxa de crescimento da receita média de contraprestação pecuniária por beneficiário, segundo modalidade. As cooperativas odontológicas sofreram maior impacto na introdução do marco regulatório, registrando, em 2002, uma queda na receita média por beneficiário de quase 18% em relação ao ano anterior, seguidas pelas odontologias de grupos, ou seja, -9,17%. Já em 2003, merece destaque a modalidade filantropia, pois o valor médio recebido por beneficiário pelas contraprestações sofreu um decréscimo de 36,14% em relação a 2002.

Em 2005, todas as modalidades registraram crescimento nas receitas médias por beneficiário, com exceção das cooperativas médicas e odontológicas. As operadoras da modalidade filantropia registraram os maiores aumentos em 2005, 2006 e 2007, ou seja, registraram um aumento de 11,90%, 8,13% e 42,74%, respectivamente. Cabe lembrar aqui que o número de filantropias atuantes no mercado diminuiu ao longo dos anos, após a atuação da agência reguladora no mercado. Além disso, o número de beneficiários das filantropias aumentou.

A taxa de crescimento da receita média referente às seguradoras especializadas em saúde declinou em 17,72% em 2007 comparativamente a 2006. Salienta-se, novamente, que esta foi a única queda registrada no período analisado, para esta modalidade. No ano seguinte, observou-se uma recuperação e a receita média cresceu em quase 13%.

Em 2008, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 167, a qual atualizou o Rol de Procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, aumentando assim a lista de procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória. Percebe-se então, que, neste ano, a taxa de crescimento da receita média de contraprestações cresceu em relação à 2007, em quase todas as modalidades médico-hospitalares. A modalidade autogestão apresentou um crescimento de 2,10%, a cooperativa médica indicou um crescimento de 1,88%, a medicina de grupo, de 1,05% e a modalidade seguradora especializada em saúde demonstrou um aumento de 12,69% na receita média referente à contraprestação (Tabela 3.3). Ou seja, pode-se inferir que o aumento da cobertura mínima estabelecida pela agência reguladora, tenha influenciado na elevação dos preços cobrados pelas operadoras de planos privados de saúde.

**Tabela 3.3 - Taxa de crescimento da receita média de contraprestação, deflacionada pelo IPCA, a preços de dez 2001, excluindo autogestão (Brasil 2002 – 2008)**

Modalidade	Taxa de crescimento receita média						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Autogestão	-1,31%	8,39%	9,35%	11,97%	10,34%	573,04%	2,10%
Cooperativa Médica	-2,06%	-2,87%	-2,35%	-1,28%	3,56%	-2,03%	1,88%
Filantropia	5,10%	-36,14%	-13,45%	11,90%	8,13%	42,74%	-5,53%
Medicina de Grupo	5,59%	3,31%	-7,80%	6,82%	2,53%	7,88%	1,05%
Seguradora Especializada em Saúde	3,30%	2,71%	6,10%	0,95%	6,57%	-17,72%	12,69%
Cooperativa Odontológica	-17,94%	-18,22%	13,15%	-2,76%	-13,14%	11,14%	-7,04%
Odontologia de Grupo	-9,17%	-1,58%	-8,14%	5,51%	1,24%	-6,25%	-15,62%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS.

Porém, em 2008, as modalidades de odontologia, ou seja, as cooperativas odontológicas e as odontologias de grupo, tiveram um declínio nas suas receitas médias de contraprestações de 7,04% e 15,62%, respectivamente. Este resultado indica um desempenho favorável aos beneficiários, pois estes puderam garantir uma assistência mínima a preços mais competitivos.

Percebe-se que não há um padrão no comportamento da taxa de crescimento da receita média de contraprestação por beneficiário das operadoras de plano de saúde de um modo geral. Ressalta-se que, em 2003 foi editada pela ANS a Resolução Normativa nº

63 definindo limites de variação de preços para as faixas etárias estabelecidas. Além disso, entrou em vigor o estatuto do idoso, em que estabeleceu que os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade não poderiam ter as mensalidades dos seus planos de saúde reajustadas. Assim, praticamente todas as modalidades das operadoras de assistência médica, com exceção das seguradoras especializadas em saúde e as autogestões, registraram queda nas suas receitas em 2004 quando comparadas a 2003. Como destacado anteriormente, a mesma metodologia aplicada na obtenção da receita média, foi aplicada às despesas. Cabe lembrar que, as autogestões passaram a informar, obrigatoriamente, sua despesa, a partir de 2007, gerando assim, distorções nos resultados analisados, como por exemplo, o crescimento de 610,75% na taxa de crescimento da despesa assistencial média, conforme Tabela 3.4, abaixo.

**Tabela 4.4 – Taxa de crescimento da despesa média assistencial por beneficiários, deflacionada pelo IPCA, em R\$, a preços de dez/01, segundo modalidade da operadora, (Brasil 2002-2008)**

Modalidade	Taxa de crescimento da despesa média assistencial						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Autogestão	-0,17%	1,26%	20,13%	9,26%	3,50%	610,75%	5,73%
Cooperativa Médica	-3,26%	-1,80%	-3,07%	-2,67%	2,17%	-3,36%	4,11%
Filantropia	3,61%	-23,29%	-8,90%	6,60%	11,25%	-0,06%	2,30%
Medicina de Grupo	6,80%	4,35%	-8,64%	7,71%	2,79%	9,34%	1,47%
Seguradora Especializada em Saúde	2,56%	7,87%	7,32%	4,13%	-0,55%	-12,10%	2,36%
Cooperativa Odontológica	-18,60%	-11,65%	-1,23%	-4,09%	-16,55%	14,33%	-6,43%
Odontologia de Grupo	-7,88%	-4,03%	-13,25%	2,21%	-2,34%	-3,34%	-13,05%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da ANS.

Constata-se, assim, que a taxa de crescimento da despesa assistencial média das cooperativas médicas, declinou em 3,26% e 3,07%, nos anos de 2002 e 2004, em relação aos anos anteriores, ou seja, obtiveram uma queda maior do que quando comparadas à queda na receita média.

Os decréscimos das filantropias para os anos de 2003 e 2004 acompanharam o comportamento de queda na taxa de crescimento da receita média. Em 2007, a taxa de crescimento da despesa assistencial média declinou 0,06%, enquanto que a receita média de contraprestação apresentou um crescimento de 42,74%. Já as medicinas de grupo apresentaram uma tendência de aumento nas suas despesas assistenciais médias,



com exceção para o ano de 2004, em que a taxa de crescimento foi de -8,65%, acompanhando a queda na receita média.

Em relação às seguradoras especializadas em saúde, observa-se um aumento em suas despesas assistenciais até 2005. A partir deste ano, há uma queda de -0,55% em 2006 (sendo que a receita média aumentou 6,57% neste ano) e um decréscimo de 12,10% em 2007. Salienta-se que em 2008 sua receita média de contraprestação cresceu bem mais do que a sua despesa assistencial média, ou seja, apresentou uma elevação de 12,69% enquanto que a despesa subiu 2,36%, de acordo com a tabela abaixo.

As cooperativas odontológicas apresentaram uma tendência de queda em suas despesas médias por beneficiário ao longo do período analisado, com exceção para o ano de 2007. As odontologias de grupo também acompanharam este comportamento de queda nas despesas, com destaque para o ano de 2004 em que a despesa assistencial média declinou 13,25% enquanto que a receita de contraprestação média cresceu 5,51%.

#### **4. Concentração e Desempenho**

A partir da exposição da estrutura do mercado de saúde suplementar e da apresentação dos indicadores de concentração e desempenho do setor, pode-se inferir que o mercado apresenta-se concentrado, tomando-se como base o resultado obtido por meio dos índices de concentração. Além disso, as barreiras à entrada impostas pela nova configuração do mercado, por meio da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foram fundamentais para essa composição estrutural do setor.

No que se refere aos gastos médios totais com consultas médicas, constatou-se um aumento ao longo do tempo, apesar do número de consultas médicas por beneficiário se manter constante. Merece destaque o desempenho das seguradoras especializadas em saúde que apresentaram o maior gasto médio por consulta dentre as modalidades analisadas. Ao comparar este desempenho com o *market-share* das seguradoras especializadas em saúde, constata-se que a concentração de beneficiários detida por 10% e 15% destas operadoras apresentou uma trajetória de queda ao longo do período analisado. Assim, há indícios de que a diminuição da concentração acarretou numa melhora na remuneração dos médicos credenciados a uma determinada operadora desta modalidade. O mesmo comportamento é percebido para as modalidades autogestão, filantropia e medicina de grupo. Apesar de a modalidade cooperativa médica apresentar,

a partir de 2006, um aumento na concentração em termos de beneficiários, o gasto médio com consultas médicas mostrou-se em crescimento de 2006 a 2008.

No agrupamento das modalidades em médico-hospitalar e exclusivamente odontológicas, constatou-se queda nos índices CR4, CR8 e HH para a modalidade médico-hospitalar. Além do mais, conforme exposto acima, os gastos médios totais com consultas médicas elevaram-se no período analisado. Isto pode demonstrar concorrência pelo médico, pois a operadora ao desejar credenciar médicos, oferecerá uma remuneração por consulta superior ao já estabelecido pelo médico com outra operadora. Esta busca por credenciamento de médicos tende a elevar o valor das consultas médicas pagas pelas operadoras. Neste caso, não se observou, a partir dos dados analisados, contrapartida em favor do beneficiário, pois o número de consultas médicas apresentou estabilidade de 2005 a 2008. Além do mais, em relação a um possível aumento de bem-estar alcançado pelos beneficiários com o aumento na taxa de crescimento das despesas médias assistenciais maior do que um aumento na taxa de crescimento das receitas médias de contraprestações, nada se pode inferir em relação aos anos de 2005 e 2006, pois não há um comportamento homogêneo entre as modalidades. Entretanto, em 2008, no comparativo do desempenho entre as taxas de crescimento da receita média e da despesa assistencial média, o comportamento mostrou-se favorável aos beneficiários nas modalidades autogestão, cooperativa médica, filantropia e medicina de grupo.

Apesar dos indicadores de concentração em termos de beneficiários serem elevados, a queda nas suas trajetórias aponta para uma direção de melhora nos indicadores de desempenho das operadoras médico-hospitalares.

No que se refere às receitas médias de contraprestações, cabe lembrar que, em 2005, praticamente todas as modalidades registraram crescimento nas receitas médias de contraprestações por beneficiário, com exceção das cooperativas médicas e odontológicas. As operadoras da modalidade filantropia registraram os maiores aumentos em 2005, 2006 e 2007, ou seja, registraram um aumento de 11,90%, 8,13% e 42,74%, respectivamente. Além deste fato, o número de filantropias atuantes no mercado diminuiu ao longo dos anos, após a atuação da agência reguladora e, o número de beneficiários das filantropias aumentou<sup>5</sup>.

---

5 Seria esperado, ao contrário, que a contraprestação pecuniária (importância paga pelo contratante de plano de saúde a uma operadora) apresentasse uma queda, devido ao ganho de escala obtido pelo aumento de beneficiários, refletindo assim, um ganho de bem-estar para os consumidores desta modalidade.

Quanto à taxa de crescimento da receita média de contraprestação por beneficiário das operadoras de plano de saúde, percebe-se que não há um padrão, nas modalidades analisadas, no comportamento de um modo geral. Ressalta-se que, em 2003 foi editada pela ANS uma resolução normativa definindo limites de variação de preços para as faixas etárias estabelecidas. Além disso, entrou em vigor o estatuto do idoso, que estabeleceu que os indivíduos com mais de 60 anos de idade não poderiam ter as mensalidades dos seus planos de saúde reajustadas. Evidenciou-se que praticamente todas as modalidades das operadoras médico-hospitalares, com exceção das seguradoras especializadas em saúde, registraram queda nas suas receitas em 2004 quando comparadas a 2003. Já em 2005, a maioria das modalidades apresentou uma recuperação no crescimento das receitas.

Em 2008, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 167, que atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde, aumentando assim a lista de procedimentos e eventos de cobertura assistencial mínima obrigatória. Percebe-se então que, nesse ano, a taxa de crescimento da receita média de contraprestação cresceu em relação a 2007, em quase todas as modalidades de assistência médica. Nota-se ainda, que quase todas estas modalidades apresentaram um crescimento nas suas despesas médias assistenciais maior do que o crescimento obtido nas suas receitas médias de contraprestação.

Também em 2008, as modalidades cooperativa odontológica e odontologia de grupo, tiveram um declínio nas suas receitas médias de contraprestações. Este resultado pode indicar um desempenho favorável aos beneficiários, pois estes puderam garantir preços mais competitivos.

As cooperativas médicas e as seguradoras especializadas em saúde são as operadoras que apresentam uma maior despesa assistencial média por beneficiário, no período analisado. Destaca-se que estas modalidades são as que configuram as maiores quantidades de consultas médicas por beneficiário.

Confrontando o crescimento da receita média de contraprestação e o crescimento da despesa média assistencial, tem-se ainda alguns apontamentos. No ano de 2003, todas as modalidades apresentaram um resultado favorável aos beneficiários no que se refere à taxa de crescimento da despesa média assistencial, com exceção da modalidade odontologia de grupo, a qual apresentou uma diminuição da despesa média assistencial maior do que a diminuição constatada na receita média.

Em 2004, merece destaque a modalidade cooperativa odontológica. Foi constatado um crescimento de 13,15% na receita de contraprestação e, por outro lado, uma queda de

1,23% na despesa média assistencial por beneficiário. Aqui, pode representar indícios de poder de mercado da modalidade cooperativa odontológica até 2006. A partir de 2007, observou-se um aumento maior da despesa média assistencial do que da receita média de contraprestação e uma queda maior na receita média do que na despesa média. Neste caso, os resultados apontam para ganhos de bem-estar dos beneficiários.

A maioria das modalidades pode ter apresentado exercício de poder de mercado em 2005 e 2006. As despesas médias assistenciais cresceram menos do que as receitas médias ou registraram queda maior do que as constatadas nas receitas médias de contraprestações. Em 2007, ressalta-se que as filantropias obtiveram um aumento de 42,74% em suas receitas médias e uma queda, apesar de não significativa, de -0,06% em suas despesas médias assistenciais, sendo este resultado desfavorável ao consumidor e ilustrando uma contradição com a sua denominação, pois, estas operadoras não têm como objetivo a obtenção de lucro. Acrescente-se ainda que as cooperativas médicas diminuíram mais suas despesas assistenciais do que suas receitas em 2007. Entretanto, as outras modalidades obtiveram resultados favoráveis aos beneficiários no que se refere às despesas assistenciais.

Por fim, em 2008, constatou-se desempenho satisfatório aos beneficiários em quase todas as modalidades, com exceção da modalidade seguradora especializada em saúde. No geral, as despesas médias assistenciais evoluíram acima do aumento constatado nas receitas médias de contraprestações. Entretanto, a modalidade seguradora especializada em saúde obteve uma taxa de crescimento da receita média de 12,69%, em 2008, e a despesa média assistencial cresceu somente 2,36% neste mesmo ano em comparação ao ano anterior.

Salienta-se ainda que a modalidade cooperativa médica foi a que apresentou maior possibilidade de exercício de poder de mercado ao longo dos anos, quando comparada à performance da taxa de crescimento da receita média de contraprestação em relação à taxa de crescimento da despesa assistencial média.

Seguindo essa linha de pensamento, Reis (2007, p.1042) questiona até que ponto a agência reguladora “[...] convence as operadoras líderes que as atividades mercantis empreendidas no setor saúde, meritórias e vitais para a sociedade, devem atender a uma função social orientada pelo nexos com o interesse público”. Desta forma, tendo em vista um padrão de competição concentrado, surge um processo sistemático de barganha em direção ao aumento dos preços.

## 5. Conclusão

A partir das características apresentadas referentes ao mercado de saúde suplementar, observou-se que uma das conseqüências da introdução do marco regulatório foi a diminuição do número de operadoras atuantes no mercado. Contribuiu para tal fato a alteração da estrutura de risco das operadoras, introduzida pela lei nº 9.656/98, pois dada a necessidade de ofertar uma cobertura mínima de assistência, as operadoras não puderam mais criar grupos de usuários com graus de cobertura abaixo do mínimo estabelecido pela agência reguladora. Observou-se, ao mesmo tempo, uma expansão na oferta dos planos coletivos, além do aumento do número de consumidores nesta indústria.

Na análise do *market-share* por modalidade, constatou-se que, no que se refere à distribuição de beneficiários entre 10% e 15% das operadoras, por modalidade, as odontologias de grupo são as que apresentaram maior concentração de beneficiários, sendo que sua trajetória mostrou-se em elevação ao longo do período analisado.

Em seguida, no agrupamento das modalidades em operadoras médico-hospitalares e em operadoras exclusivamente odontológicas, notou-se que os índices de concentração das operadoras médico-hospitalares, no geral, mostraram uma tendência de queda após a criação da ANS. Assim, no final de 2000, as quatro maiores operadoras médico-hospitalares detinham 20,06% dos beneficiários deste segmento. Já no final de 2008, este percentual era de 16,69%.

Em relação às operadoras exclusivamente odontológicas configurou-se um comportamento oposto ao verificado no segmento médico-hospitalar, ou seja, a concentração de beneficiários aumentou após a introdução do marco regulatório e a criação da ANS. Observou-se ainda um aumento constante do quantitativo de beneficiários e uma redução no número de operadoras exclusivamente odontológicas ativas e com beneficiários.

Consequentemente, na análise do desempenho do setor de saúde suplementar, pode-se inferir que, em relação aos gastos médios totais com consultas médicas, a diminuição da concentração refletiu numa melhora na remuneração do médico credenciado a uma determinada operadora para as modalidades seguradora especializada em saúde, autogestão, filantropia e medicina de grupo.

No comparativo da taxa de crescimento da receita média de contraprestação e da taxa de crescimento da despesa assistencial média, os resultados apontam uma melhora de bem-

estar em favor dos beneficiários, nos dois últimos anos do período analisado. A modalidade medicina de grupo foi a que apresentou o desempenho mais favorável aos beneficiários no decorrer dos anos, além de ser a modalidade com maior número de operadoras com registro na ANS. Cabe destacar, entretanto, que a modalidade cooperativa médica apresentou maior possibilidade de exercício de poder de mercado ao longo dos anos analisados, pois a receita média de contraprestação cresceu mais do que a despesa assistencial média ou a receita média diminuiu menos do que os gastos assistenciais médios. Salienta-se também, que esta modalidade é a que apresenta o maior quantitativo de beneficiários dentre as modalidades apresentadas.

Com a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, pode-se inferir que o aumento da cobertura mínima estabelecida pela agência reguladora em 2008 influenciou na elevação dos preços cobrados pelas operadoras em quase todas as modalidades médico-hospitalares.

Em relação à taxa de internação, percebe-se que esta é maior nos contratos individuais do que nos coletivos, nos anos de 2007 e 2008. Além disso, o gasto médio dos contratos individuais é maior do que o gasto dos contratos coletivos. Evidencia-se assim, um dos motivos para o interesse das operadoras na oferta dos planos coletivos. Mais ainda, em relação a esses planos coletivos, cabe lembrar que os reajustes são negociados livremente entre as partes, diferentemente do que ocorre nos planos individuais, no qual os reajustes são regulamentados. Salienta-se ainda que, não há obrigatoriedade na oferta de planos de contratação individual, facilitando, assim, a conduta das operadoras de não ofertar este tipo de plano de saúde. Desta forma, pode-se esperar um papel mais ativo da ANS em relação a esses contratos, dado que, atualmente, os planos coletivos configuram a maioria dos planos privados de assistência à saúde e, dado que a oferta de planos individuais deveria ser garantida ao consumidor.

Cabe registrar, então, a percepção do comportamento das grandes operadoras de plano de saúde que procuram se desfazer do risco (seleção adversa) encontrado nos planos individuais, em resposta à regulação da ANS em relação à aplicação de teto de reajuste dos planos individuais novos. Assim, a estratégia torna-se a expansão do *market-share* no segmento dos planos coletivos como fuga à regulação dos preços.

Neste contexto, nota-se que a introdução de um marco regulatório e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, originou barreiras à entrada para as operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar, influenciando a estrutura e o desempenho da indústria.

## 6. Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Caderno de informação em saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; jun. 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss\\_publicacoes.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_publicacoes.asp)>. Acesso em: 08 maio. 2009.

\_\_\_\_\_. **Caderno de informação em saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; jun. 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss\\_publicacoes.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_publicacoes.asp)>. Acesso em: 02 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. **Regulação e Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS, 2002. 262 p., tabs. (regulação e saúde, 1).

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1068](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1068)>. Acesso em: 13 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1084](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084)>. Acesso em: 23 jan. 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.741** de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9656** de 2 de junho de 1998. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9961** de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000.

MACERA, Andréa Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Outubro, 2004**. Disponível em: <[http://www.seae.fazenda.gov.br/central\\_documentos/documento\\_trabalho/2004-1/doctrab31.pdf](http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2004-1/doctrab31.pdf)>. Acesso em: 07 de junho de 2008.

MINISTÉRIO DA FAZENDA E MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (BRASIL). **Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal**. Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50 de 1º de agosto de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 ago. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Portaria GM nº 1101. Brasília, DF, 2002.

MONTONE, Januário. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2000. 43 p. (Série ANS, 1).

REIS, Carlos Octávio Ocké. **O público e o privado na saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.12, pp. 2722-2724. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200022)>. Acesso em: 07 de junho de 2008.

REIS, Carlos Octávio Ocké. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 1041-1050. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/22.pdf>>. Acesso em: 07 de junho de 2008.