



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ECONOMIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**LUCAS GONÇALVES COSTA**

**UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE NO  
BRASIL**

Salvador  
2020

**LUCAS GONÇALVES COSTA**

**UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE NO  
BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia, requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Área de concentração: Economia da saúde.

Orientador: Prof. Dr. Vinícius de Araújo Mendes.

Salvador  
2020

C837

Costa, Lucas Gonçalves.

Uma análise exploratória dos Planos de saúde no Brasil /Lucas Gonçalves Costa. – Salvador, 2020.

39 f.; il.

TCC (Graduação) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Economia. Orientadora: Prof. Dr. Vinícius de Araújo Mendes.

1. Planos de saúde. 2. Brasil – mercado de trabalho. 3. Brasil – saúde privada. I. Universidade Federal da Bahia. II. Mendes, Vinícius de Araújo. III. Título.

CDD: 362

**LUCAS GONÇALVES COSTA**

**UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE NO  
BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Vinícius de Araújo Mendes  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

Prof. Dr. Rodrigo Carvalho Oliveira (FE-UFBa)  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

Prof. Dr. Bernardo Pereira Cabral (FE-UFBa)  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me guiar ao longo destes anos de faculdade, me dando força e sabedoria.

Dedico este trabalho, em especial a meu pai, minha mãe e minha noiva, que desde sempre deram apoio e confiaram em mim.

Agradeço a todos os amigos e colegas que surgiram ao longo desta trajetória universitária, tornando o curso muito mais leve e divertido. Em especial a Derek que esteve comigo em todos os momentos do curso e me incentivado quando pensei em desistir.

Aos mesmos gestores do Banco Itaú que me incentivaram e flexibilizaram meu horário de trabalho para que eu pudesse cursar as disciplinas da faculdade.

Ao professor Vinicius Mendes, pela sua paciência em ajudar, por todo apoio e orientação dado na realização deste trabalho.

“Tempos difíceis não duram. Pessoas forte duram.”

John Watson

## RESUMO

O presente trabalho pretende abordar o mercado de planos de saúde complementar no Brasil, analisando a configuração dele pelas características dos seus agentes (entre beneficiários e operadoras de saúde) num mercado caracterizado por falhas de mercado diversas, entre 2001 e 2019. Especificamente, a finalidade é analisar o perfil dos beneficiários dos planos de saúde (de acordo com faixa etária, gênero, tipos de planos contratados), além da composição de mercado das operadoras, quanto a sua modalidade, número de beneficiários, dados de receitas e despesas, e análise do poder de mercado identificado nesse setor.. A partir dos dados coletados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foi feita uma análise do perfil dos beneficiários, utilizando informações de faixa etária, modalidade, e tipo de contratação, com base dos dados de 2001 a 2019. Analisou-se o *market share* das operadoras, no período de 2011 a 2019, pela ótica do número de beneficiários, receitas e despesas. Além disso, pretende-se analisar as falhas de mercado apresentadas no setor de planos de saúde e os efeitos da sua regulamentação.

Palavras-chave: Planos de saúde. Mercado de saúde privada.

## **ABSTRACT**

The present work intends to approach the complementary health insurance market in Brazil, analyzing its configuration by the characteristics of its agents (between beneficiaries and health operators) in a market characterized by different market failures, between 2001 and 2019. Specifically, the purpose is to analyze the profile of the beneficiaries of the health plans (according to age group, gender, types of plans contracted), in addition to the market composition of the operators, as to their modality, number of beneficiaries, data of income and expenses, and analysis of the market power identified in this sector .. From the data collected from the National Supplementary Health Agency (ANS), an analysis of the profile of the beneficiaries was made, using information on the age range, modality, and type of contract, based on the data from 2001 to 2019. Operators' market share was analyzed in the period from 2011 to 2019, from the perspective of the number of beneficiaries, revenues and expenses. In addition, it is intended to analyze the market failures presented in the health insurance sector and the effects of its regulation.

**Key-words:** Health insurance plan. Private health market.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por sexo dos beneficiários de assistência médica (%).....	26
Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária dos beneficiários de assistência médica (%) .....	27
Gráfico 3 - Distribuição dos beneficiários de assistência médica por tipo de contratação (em milhões) .....	28
Gráfico 4 - Distribuição por modalidade dos beneficiários de assistência médica (%) .....	29
Gráfico 5 – Receita das operadoras de assistência médica por modalidade (em bilhões de reais) em 2019 .....	30
Gráfico 6 – Despesa das operadoras de assistência médica por modalidade (em bilhões de reais) em 2019 .....	31
Gráfico 7 – Número total de beneficiários e em operadoras selecionadas no ano de 2019 .....	32
Gráfico 8 – Receita total e de operadoras selecionadas (em bilhões de reais) .....	32
Gráfico 9 – Preço médio dos planos do mercado de assistência média e de operadoras selecionadas (em reais) .....	33

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	13
2.1	HISTÓRICO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	13
2.2	FALHAS DE MERCADO NO MERCADO DE SAÚDE	16
2.2.1	Assimetria de informações, seleção adversa e risco moral	18
2.2.2	Poder de mercado	19
2.2.3	Efeitos das Regulamentação do Mercado de Planos de privados de saúde	21
<b>3</b>	<b>ESTRATÉGIA DE ANÁLISE</b>	24
3.1	METODOLOGIA	24
3.2	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS	26
<b>4</b>	<b>ANÁLISE</b>	30
4.1	RECEITAS E DESPESAS	30
4.2	PODER DE MERCADO	31
4.2.1	Hapvida e Notre Dame	33
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	35
	<b>REFERÊNCIAS</b>	37

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde, na perspectiva de mercado, é um dos bens mais valiosos do mundo moderno. A população e os governos investem bilhões todos os anos para assegurar que esse bem não desfaleça. Nesse contexto, faz que o mercado de planos de saúde privados seja um dos mais fortes em todo mundo. No Brasil há centenas de operadoras que administram esses planos que lucram bilhões e possuem milhares de clientes.

Antes da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde público era acessível apenas aos trabalhadores formais, de acordo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse mercado de assistência médica desde o seu início esteve relacionado à urbanização, à industrialização, à renda e ao emprego formal.

Com o passar dos anos, o setor passou por momentos de alta dependência do setor público e crises estruturais (FARIAS; MELAMED, 2003). Na década de 1990, começou-se o debate sobre a regulamentação dos planos de saúde privado. Começaram a surgir questões relativas à solvência das empresas operadoras dos planos e seguros e, principalmente, problemas relacionados aos direitos dos beneficiários, que acabaram ganhando atenção crescente nos meios de comunicação e alimentando a discussão e mobilização dos atores envolvidos (FARIAS; MELAMED, 2003).

Como em quase todo mercado, o dos planos privados apresentam falhas. A assimetria de informação, o risco moral e seleção adversa são observadas nas relações entre os agentes (Operadoras, Beneficiários, Prestadores de Serviços). Somado a essas, a concentração (poder de mercado) está presente, devido a necessidade de um alto investimento no setor de saúde. Grandes empresas surgem controlando maior parte do mercado, gerando um oligopólio (ALMEIDA, 2009).

Como uma forma de controlar as falhas presentes e proteger o consumidor, em 1998, com a lei nº 9.656, começou-se a regulamentação do mercado. No ano de 2000, criada pelas Lei nº 9.96116, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização do mercado. Com ANS, as operadoras foram obrigadas a disponibilizar dados referentes a receitas, custos, preços e perfil dos beneficiários, fazendo com que fosse possível realizar pesquisas mais aprofundadas em relação ao mercado.

O presente trabalho pretende abordar o mercado de planos de saúde complementar no Brasil, analisando a configuração dele pelas características dos seus agentes (entre beneficiários e operadoras de saúde) num mercado caracterizado por falhas de mercado diversas, entre 2001 e 2019. Especificamente, a finalidade é analisar o perfil dos beneficiários dos planos de saúde (de acordo com faixa etária, gênero, tipos de planos contratados), além da composição de mercado das operadoras, quanto a sua modalidade, número de beneficiários, dados de receitas e despesas, e análise do poder de mercado identificado nesse setor.

O problema identificado é que em momentos adversos na economia o número de beneficiários cai. A principal hipótese para isso é que, devido a constituição desse mercado no Brasil, planos de saúde são intimamente ligados a benefícios empregatícios, fortemente influenciado pelo desemprego, que por sua vez está diretamente relacionado com o momento econômico do País através dos anos. Outra hipótese é que pela presença de falhas de mercado, os efeitos das flutuações de beneficiários variam de operadora para operadora, a depender do perfil dos planos oferecidos por cada uma delas e da sua participação de mercado.

Além desta introdução, este trabalho monográfico possui três capítulos, além de uma conclusão. O capítulo dois traz a revisão da literatura, com as bases teóricas e empíricas da pesquisa, com os fundamentos do mercado de planos de saúde, as bases da teoria de falhas de mercado e, por último uma análise da regulamentação do mercado pelas Leis nº 9.656 e nº 9.96116 e o surgimento da ANS.

No capítulo três estão as estatísticas descritivas dos dados sobre gênero dos beneficiários dos planos de saúde, faixa-etária, modalidade das operadoras e tipo de contratação. E no capítulo quatro serão apresentados os dados sobre receitas e despesas das operadoras e uma observação sobre a Hapvida e a Notre Dame.

Os dados da pesquisa foram coletados do site de Informações em Saúde Suplementar ANS TabNet desenvolvida pelo DATASUS – MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – Ministério da Saúde. As consultas tiveram foco nos planos de assistência médica (excluídos os planos odontológicos), com abrangência nacional das regiões metropolitanas. Em relação aos beneficiários, os dados disponibilizados são trimestrais, e foram utilizadas as informações de faixa etária, sexo, modalidade e tipo de contratação, considerando o último trimestre de cada ano analisado. Em relação aos beneficiários, os dados

disponibilizados são trimestrais, e foram utilizadas as informações de faixa etária, sexo, modalidade e tipo de contratação, considerando o último trimestre de cada ano analisado.

Já em relação às operadoras dos planos de saúde, utilizou-se a consulta das receitas e despesas, sendo que as receitas agregam: receitas de contraprestações (soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS) mais outras receitas operacionais; e as despesas corresponde a soma de: despesa assistencial (soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência), despesa administrativa (soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde), despesa de comercialização, além de outras despesas operacionais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção será apresentado o referencial teórico em que se baseou o trabalho. Na primeira subseção encontra-se um breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. Na segunda subseção são apresentadas as falhas de mercado presentes na literatura econômica comuns ao mercado de saúde (assimetria de informação, seleção adversa, etc.), além de relatar os efeitos das regulamentações do mercado de planos privados.

### 2.1 HISTÓRICO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Antes da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde público era acessível apenas aos trabalhadores formais, de acordo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse mercado de assistência médica desde o seu início esteve relacionado à urbanização, à industrialização, à renda e ao emprego formal. Dessa forma, o desenvolvimento da indústria no Brasil, principalmente a automobilística, a partir da década de 1950 e o deslocamento da economia do setor agrário para os centros urbanos influenciaram a organização da assistência à saúde no país. Empresários estrangeiros organizaram junto aos prestadores de serviço uma assistência médica e hospitalar específica para seus empregados.

Na década de 1960, surgiram as primeiras empresas médicas com características similares às do atual setor supletivo de assistência à saúde. No entanto, o número de clientes dessas empresas, já na década 1970, ainda era inexpressivo e as mesmas eram altamente dependentes do serviço público, estando fortemente integradas ao modelo de assistência médico-previdenciária (FARIAS; MELAMED, 2003).

No início dos anos 80, o sistema médico-previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de esgotamento. Com a recessão que atingia o país na época e a falta de recursos estatais, o setor privado encontrou dificuldades para se manter, uma vez que o Estado, seu principal cliente, não absorvia a produção gerada pelo setor (FARIAS, 1999). Posteriormente, as empresas do setor supletivo usaram a estratégia de autonomização para superar a crise instalada. Estabeleceram relações diretas de venda de seus serviços às empresas dos setores mais dinâmicos da economia e a consumidores individuais que quisessem e pudessem contratar seus serviços.

Essas empresas do setor supletivo, organizadas em diferentes modalidades (Cooperativas, Medicina de Grupo, Autogestão e Seguradoras), passaram então a absorver um grande número de profissionais de saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que esses prestadores encontravam-se submetidos, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivo de tais serviços (SATO, 2007).

Em função disso, no final dos anos 80, as atividades de 91% dos prestadores de serviços de saúde suplementar privada eram financiadas por 590 planos de saúde, e somente 31% prestavam serviços ao SUS, segundo os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (FARIAS; MELAMED, 2003).

Na metade da década de 1980 já se podia observar um grande número de clientes associados a planos supletivos de saúde, contabilizando 15 milhões de segurados segundo os registros da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e da Federação das Unimed's. As empresas de planos de saúde consolidaram-se como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região Sudeste do país (BAHIA, 2001).

Na década de 1990, começou-se o debate sobre a regulamentação dos planos de saúde privado. Começaram a surgir questões relativas à solvência das empresas operadoras dos planos e seguros e, principalmente, problemas relacionados aos direitos dos beneficiários, que acabaram ganhando atenção crescente nos meios de comunicação e alimentando a discussão e mobilização dos atores envolvidos (FARIAS; MELAMED, 2003). Sato (2007) descreve que a expansão do mercado dos planos de saúde foi acompanhada pelo aumento de distúrbios nas relações entre usuários e operadoras de planos de saúde, estando relacionados, principalmente, a negativas de coberturas assistenciais e ao aumento nos preços.

Devido ao grande apelo para a regulamentação do mercado de planos de saúde foi implantada a Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 9.96116, de 2000, nas quais estão definidas as competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fundada em 2000, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar. A regulamentação trouxe mudanças importantes, a maioria restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999 (planos novos), não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data (planos antigos). Entre as mudanças se destacam: obrigação de oferta de ampla cobertura dos serviços de saúde, incluindo assistência

a todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a assistência psiquiátrica e os transplantes de rim e de córnea, a proibição do limite do tempo e do número de internações e procedimentos e garantia de cobertura integral de medicamentos e materiais durante a internação hospitalar. Também foram definidas regras para os casos de beneficiários demitidos do emprego, aposentados e portadores de doença ou lesão anterior à aquisição do plano; tempo máximo de carência, atendimento de urgência e emergência e rescisão de contrato por parte da operadora e parâmetros para a sustentabilidade econômica das operadoras (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

Em relação a reajuste dos preços dos planos de saúde, a regulamentação trata de modo diferente os planos individuais e coletivos. Os individuais o índice de reajuste é estabelecido pela ANS, ao passo que nos planos coletivos existe uma livre negociação entre as partes (cliente/plano), posteriormente informada à ANS. Esta diferença na legislação presume o poder de negociação que empresas, associações e sindicatos (pessoas jurídicas) teriam na contratação de planos, em função do número de beneficiários vinculados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

Um resultado importante da regulação foi o conhecimento do perfil deste mercado e de sua abrangência no sistema de saúde brasileiro. Com ANS, as operadoras foram obrigadas a informar periodicamente dados econômico-financeiros, características dos planos comercializados, bem como dados dos beneficiários que possibilitam conhecer o perfil de idade, sexo e local de residência. A partir dos dados disponibilizados pelas empresas é possível fazer avaliações do mercado privada de saúde e contribuir como elaborações e políticas para garantir a qualidade desse mercado e ajudar no avanço da saúde no Brasil:

A partir do ano de 2003, verifica-se o aumento da regularidade do envio de dados, bem como o aperfeiçoamento da sua qualidade, demonstrada pela redução do número de beneficiários de planos antigos com tipo de contratação não identificada e pela análise das bases de informação constantes nos resultados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Este programa permite, a partir de seus resultados, fazer um diagnóstico da qualidade das operadoras e, conseqüentemente, das informações por elas enviadas. Visa incentivar a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados e da própria estrutura e condições econômico-financeiras das operadoras, por meio de indicadores de saúde, da satisfação dos beneficiários, das condições econômico-financeiras e de estrutura para operação das operadoras (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007, p. 1424).



Segundo a ANS, em julho de 2020, no Brasil, haviam 1.188 operadoras de planos de saúde suplementar, e elas contavam com 55.308 planos cadastrados. Dentre esses planos encontravam-se planos individuais, familiares e coletivos, que totalizavam 46.723.204 beneficiários.

## 2.2 FALHAS DE MERCADO NO MERCADO DE SAÚDE

A teoria neoclássica da economia define os mercados com concorrência perfeita como aqueles em que os agentes ofertantes e demandantes não conseguem influenciar preços. Ademais, o modelo usa como hipóteses a ausência de barreiras tanto à entrada quanto à saída neste mercado, a informação é perfeita e os produtos são homogêneos.

Considerando que os participantes do mercado competitivo são tomadores de preço, o Primeiro Teorema de Bem-Estar diz que dado o preço de equilíbrio, a alocação é ótima de Pareto, visto que maximiza o bem-estar social (qualquer alocação diferente tem um custo maior que o benefício gerado ou vice-versa). Segundo Varian (2002), uma alocação é Pareto eficiente quando não existir outra alocação factível que poderia tornar a situação de alguns agentes melhores sem prejudicar outros.

No entanto, é possível observar que em alguns mercados, como o dos planos de saúde, a eficiência não é alcançada devido às falhas de mercado. A falha de mercado pode ser definida como a situação econômica onde um mercado não consegue produzir uma alocação natural que seja eficiente no sentido de Pareto. Ou seja, nesses casos, as transações do mercado acabam gerando mais efeitos negativos para todos do que satisfazendo individualmente os ofertantes e os demandantes. São exemplos de falhas de mercado: a existência de externalidades (positiva e negativa), bens públicos (externalidade de consumo), informação assimétrica (problemas de seleção e risco moral) e o poder de mercado. Em outras palavras, uma falha de mercado acontece quando os agentes econômicos formam uma alocação que não seja Pareto eficiente<sup>1</sup> (VARIAN, 2002).

---

<sup>1</sup>Exceto numa situação de monopólio, em que um discriminador monopolista que cobre o preço de reserva de cada agente produz um resultado Pareto Eficiente. Ou seja, mesmo com a existência de uma falha de mercado há eficiência de Pareto (VARIAN, 2002).

Dentre os exemplos de falhas de mercados os que mais impactam no mercado de saúde suplementar são: assimetria de informação; risco moral; seleção adversa; e poder de mercado. A assimetria de informação ocorre quando a distribuição desigual de informações entre a parte ofertante e demandante causa imperfeição nas alocações e favorece comportamentos indesejáveis (por exemplo, como no mercado de vendas de carros usados, no qual os vendedores possuem mais informações sobre as qualidades e defeitos de um veículo em detrimento do possível comprador).

O risco moral é uma consequência direta da assimetria de informação. Refere-se a uma situação em que um dos agentes econômicos detém mais informação que a contraparte, o que pode acabar gerando alocações não eficientes, devido ao poder da informação de uma das partes.

A seleção adversa ocorre devido a assimetria de informação. A mesma ocorre quando não se pode distinguir bons produtos, trabalhadores ou cliente dos maus. O problema da seleção adversa pode ser grave a ponto de destruir completamente um mercado. Já o poder de mercado é quando uma única empresa ou algumas empresas controlam um mercado, tendo a capacidade operacional e financeira para manter os preços acima dos preços de equilíbrio em um mercado competitivo (em que o preço se iguala ao custo marginal) por um período de tempo significativo e criando barreias de entrada para novas empresas.

O setor de saúde suplementar é marcado por diferentes falhas que dificultam que os mecanismos de mercado resultem em alocações eficientes. Há uma complexa rede de relações contratuais entre os agentes desse mercado, gerando incentivos que podem distorcer as decisões dos mesmos.

Diversas falhas de mercado fazem com que o mecanismo de preço não funcione de forma eficiente no mercado dos planos privados. É possível observar uma assimetria de informação quando um tomador de decisão possui mais informações que outras partes também afetadas pela decisão. Outra falha de mercado observada é o do poder de mercado, quando um agente pode realizar aumentos ou diminuições de preços sem sofrer as consequências da concorrência.

### 2.2.1 Assimetria de informações, seleção adversa e risco moral

No caso da assimetria de informações é preciso observar a relação entre os agentes desse mercado: operadoras, beneficiários, médicos e demais prestadores de serviços de saúde. Os planos de saúde não possuem informações completas, muitas das vezes, sobre a real condição de saúde dos seus beneficiários. Por outro lado, só os médicos são capacitados para indicar os procedimentos (exames, cirurgias, tratamentos, etc.) que o paciente/beneficiário precisa para tratar e prevenir doenças. Nessas relações, o consumidor não possui, na maioria das vezes, condições nem capacidade técnica de compreender todas as cláusulas do contrato assinado com a operadora do plano, e nem condições de estimar se os produtos adquiridos compreendem as suas necessidades atuais e futuras em termos de assistência à saúde.

Devido as assimetrias apresentadas nesse mercado, há espaço para comportamento oportunista por parte dos agentes que atuam neste setor. Vale destacar a seleção adversa e o risco moral. Na primeira, a demanda pelos planos de saúde tende a ser mais concentrada em grupos que, na média, utilizam mais intensamente os serviços de saúde em relação a população em geral (BABINOTTO *et al.*, 2004). Assim os planos podem possuir uma carteira de cliente de alto risco, gerando elevados custos, que podem gerar a falência da operadora. Por isso, é importante elaborar métodos que incentivem os beneficiários a revelar as informações relevantes, na hora da contratação do plano, para que se construam parâmetros mais próximos da realidade, permitindo às operadoras ajustar a receita aos custos efetivos.

Já com a busca das seguradoras pela minimização dos custos, ela tenderia a rejeitar contratos com clientes mais arriscados e com tratamentos mais custosos. Logo:

Com o objetivo de protegerem-se da combinação de planos baratos e riscos potenciais altos, as seguradoras investem na seleção de risco: gastam mais em administração, criando barreiras à inscrição de indivíduos com potenciais problemas de saúde ou idosos (FARIAS; MELAMED, 2003, p. 587).

O risco moral no mercado ocorre em duas situações. A primeira é o uso excessivo dos serviços disponíveis. Como, na maioria das vezes, o paciente paga um valor fixo pelo plano, o mesmo tende a usufruir dos benefícios em excesso, mesmo não precisando, ocasionando altos custos para operadora. Um outro caso é quando os médicos prescrevem um maior número de

procedimentos, inclusive os de maior complexidade, motivado pela busca de conclusões mais rápidas, reduzindo tempo da consulta e aumentando suas receitas:

*[...] in medical policies the cost of medical care is not completely determined by the illness suffered by the individual but depends on the choice of a doctor and his willingness to use medical services. It is frequently observed that widespread medical insurance increases the demand for medical care. Coinsurance provisions have been introduced into many major medical policies to meet this contingency as well as the risk aversion of the insurance companies (ARROW, 1978, p. 961).*

O uso excessivo dos serviços gera um aumento dos custos, gerando uma alta no valor do prêmio do seguro. Podendo fazer com que muitos clientes não tenham mais como arcar com o benefício e criando uma barreira de entrada para novos beneficiários. Segundo Maia e outros (2004), uma das implicações do risco moral na utilização dos serviços de saúde no sistema suplementar é que os preços praticados nesse setor estariam acima do nível ótimo, gerando perdas de bem-estar. Nesse caso, alguns indivíduos não adquirem o plano devido a sua restrição orçamentária, comprometendo a eficiência na alocação dos recursos.

### **2.2.2 Poder de mercado**

Como foi dito anteriormente é preciso um alto investimento das empresas para combater o risco moral e a seleção adversa, geradas pela assimetria de informação. Assim o setor de saúde suplementar tende a ser mais eficiente com o menor número de empresas, sendo elas de grande porte.

Para evitar a seleção adversa e buscando uma carteira rentável de beneficiários, é preciso mecanismos para identificar com a maior precisão possível os efetivos custos que determinado grupo de beneficiários pode gerar para as operadoras de planos de saúde (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Já no caso do risco moral, com o objetivo de melhor administrar o uso efetivo dos serviços por parte dos beneficiários, é preciso investimento em mecanismos de monitoramento, implicando ampliação da estrutura e das despesas administrativas com a organização de uma equipe de

profissionais de saúde com o objetivo de avaliar (e limitar) os pedidos de procedimentos prescritos pelos médicos (que aumentam o custo).

Outro custo que deve ser considerado é o da construção de uma marca forte. A constituição de reputação da marca das operadoras acaba sendo um importante mecanismo de sinalização de que os prestadores de serviços de saúde credenciados a determinada seguradora oferecem um serviço de qualidade. As operadoras, logo, necessitam realizar investimentos irrecuperáveis na constituição de uma marca de reputação (ALMEIDA, 2009).

Relacionado a incerteza sobre qual doença ou acidente pode vir a acontecer é necessário que os planos de saúde ofereçam variedade de especialidades de tratamento e opções de profissionais, o que demanda um alto investimento para constituir uma rede eficiente de provedores de qualidade. Este custo será mais diluído quanto maior número de beneficiários para fazer uso deste amplo leque de opções, por isso a necessidade da concentração no setor.

Os avanços tecnológicos representam outro fator relevante que favorece empresas de maior porte. Diferentemente do se verifica na maioria dos mercados, no setor de saúde as novas tecnologias representam uma fonte de aumento de gastos, e não de redução de custos (AZEVEDO *et al.*, 2016). Com o avanço da tecnologia e da medicina, a expectativa de vida da população aumentou, crescendo o consumo dos serviços. Novos métodos e remédios são descobertos para certas doenças, podendo esses serem mais custosos; a descoberta de um tratamento de uma doença que antes era incurável, etc. Todos esses fatores geram mais custos para as operadoras de saúde suplementar, no entanto, o avanço tecnológico, no longo prazo, pode gerar uma redução dos custos com o surgimento de tratamentos preventivos. Segundo Goyen e Debatin (2008), embora uma nova tecnologia em particular possa aumentar ou diminuir gastos, os avanços na área médica e de tecnologia é o principal contribuinte para o aumento dos gastos com saúde.

Os custos das OPS podem sofrer fortes desvios em relação ao custo médio (em geral, para cima), por questões associadas ao risco aos quais os beneficiários estão expostos. Mesmo uma empresa bem gerida pode se deparar com custos que não poderiam ser totalmente previstos inicialmente, não sendo possível mensurar com exatidão o custo máximo gerado por cada beneficiário. O problema está no cenário em que determinada operadora passa a enfrentar dificuldades para seguir honrando seus compromissos e precisa encerrar suas atividades.

As grandes empresas do setor estão mais preparadas para lidar com os custos imprevistos porque possuem um volume maior de capital, podendo, assim, honrar suas obrigações com os clientes. Além disso, empresas de maior porte estão em melhores condições de diluir custos, não só pelas economias de escala, mas também porque, quanto mais ampla a carteira de beneficiários, maior a diluição da sinistralidade, facilitando a acomodação dos custos relacionados aos eventos inesperados (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Para Givens (1996), é importante, portanto, minimizar a volatilidade da taxa de sinistralidade para que a remuneração seja mais consistente com as receitas, sendo que a escala de operação das operadoras é importante para reduzir a volatilidade dos custos associada a eventos não esperados. Logo, a concentração de mercado pode ser benéfica como forma de favorecer que as operadoras estejam em melhores condições de garantir suas operações (ALMEIDA, 2009).

Entre 2003 e 2006, cerca de 75% dos municípios brasileiros apresentavam elevados índices de concentração de mercado. E não há indícios de que este mercado tenha se desconcentrado; ao contrário, como a necessidade de escala de operação implica barreiras à entrada e dificulta que empresas de menor porte persistam no mercado, houve redução do número de OPS ativas (ALMEIDA, 2019). Segundo Azevedo e outros (2016), em 2001 o Brasil possuía 3.446 planos operadoras e no final de 2013 esse número caiu para 2.385.

Com as falhas de mercado, se viu a necessidade de regulamentar o mercado de planos de saúde. Mesmo que a regulação seja motivada para ampliar a eficiência de mercado, verifica-se que o próprio marco regulatório, com as Lei nº 9.656, de 1998, e a Lei nº 9.96116, de 2000, criaram elementos que favorecem o aumento dos custos e a concentração de mercado (ALMEIDA, 2009). Foram criadas diversas regras que, apesar de serem pró-consumidor, implicaram aumento de custos para as operadoras, que, inevitavelmente, foram repassados para o consumidor. Mendes (2001) concluiu que a regulação estatal contribuiu para a concentração do mercado de planos privados.

### **2.2.3 Efeitos das Regulamentação do Mercado de Planos de privados de saúde**

O marco regulatório do mercado de planos privados de saúde foram as Leis nº 9.656, de 1998, e a nº 9.96116, de 2000. Tais leis trouxeram mudanças significativas para os ofertantes e demandantes dos planos de saúde.

Com a promulgação da Lei nº 9.656, houve avanços expressivos na garantia de atendimento aos beneficiários de planos de saúde, com destaque no compromisso com a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. A lei permitiu mudanças estruturais significativas para o setor, que teve como consequência a ampliação da assistência à saúde. Anteriormente a lei regulatória não havia um controle sobre as coberturas assistências, dos reajustes e dos períodos de carências, haviam contratos pouco claros para o consumidor e até situações que possibilitavam exclusão de beneficiários dos planos.

Com a Lei nº 9.656/98, os períodos de carência foram definidos os reajustes dos preços passaram a ser fiscalizados, além da proibição dos limites quanto à internação dos beneficiários, da rescisão unilateral dos contratos, pelas operadoras, e da possibilidade de seleção dos beneficiários quanto ao risco. Enquanto a Lei nº 9.96116, de 2000 foi responsável pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o órgão responsável regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, e impôs forte regulação e fiscalização sobre os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar.

Com a regulação do setor aumentou-se a oferta de procedimentos médicos, aumentando os custos das operadoras. No entanto, os reajustes dos preços dos planos foram controlados, levando a uma situação de pressão sobre as operadoras, sendo que muitas delas, principalmente as menores e que não tinham boa gestão, acabaram falindo. Logo, uma das consequências da regulamentação foi a falência de operadoras de planos de saúde que não conseguiram se adaptar a regulação (SATO, 2007).

A ANS passou a exigir, em 2000, das operadoras condições para efetuar o registro, junto ao órgão, como: constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais o que gerou o declínio de novos registros. Portanto, uma das consequências da regulamentação foi o declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas. “O aumento de cancelamento do registro resultou tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período, revelando a melhor regulação no período” (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008, p. 1445).

Em relação a faixa - etária dos beneficiários, observou-se que a regulamentação afetou o perfil etário dos beneficiários, pois os planos ficaram proporcionalmente mais caros para os jovens (o que provocou a redução dessa parcela entre os beneficiários dos planos):

Portanto, podemos afirmar que entre 2000 e 2006, após as medidas regulatórias, ocorreram mudanças na distribuição proporcional das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se proporcionalmente a população de crianças e jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população acima de 20 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008, p. 1468).

Além disso, com a regulamentação houve um aumento dos planos coletivos em relação aos individuais, o principal motivo desse aumento foram os altos preços cobrados pelas operadoras aos novos beneficiários de planos individuais:

O crescimento dos planos coletivos se deu, basicamente, pela precificação excessiva dos planos individuais novos por parte das empresas sob o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008, p. 1469).

Em resumo, o mercado de planos de saúde no Brasil tem seu início ligado à urbanização e ao emprego formal, passando por uma dependência forte do serviço público, integrados ao modelo de assistência médico-previdenciária. No entanto, no início dos anos 80 o modelo se esgotou, e as empresas do setor estabeleceram relações diretas de venda de seus serviços às empresas dos setores mais dinâmicos da economia e a consumidores individuais que quisessem e pudessem contratar seus serviços, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivos dos serviços prestados pelo setor. Sendo um mercado marcado por falhas: a assimetria de informação, o risco moral, a seleção adversa, e o poder de mercado estão presentes impactando nos preços e nas relações entre os agentes econômicos. Nesse contexto, na década de 90 houve alterações na regulamentação do mercado, que teve como marco as leis nº 9.656, de 1998, e a nº 9.96116, de 2000 e a criação da ANS, aumentando assim os direitos dos clientes, a fiscalização e os deveres dos ofertantes (as operadoras de planos de saúde).



### 3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

Neste capítulo será apresentada a estratégia de análise do trabalho, com a seção 3.1 apresentando a da metodologia a ser utilizada e a seção 3.2 com a análise das estatísticas descritivas.

#### 3.1 METODOLOGIA

A base de dados utilizada neste trabalho foi extraída Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A abrangência geográfica refere-se ao Brasil, ora no período de 2001 a 2019, ora entre 2011 e 2019 (por conta de falta de dados anteriores em relação a algumas variáveis).

Analisou-se os beneficiários dos planos de saúde de todas as faixas etárias por tipo de contratação e por modalidade, para análise de perfil dos participantes e identificação do quadro geral. No lado das operadoras de assistência médica, além da receita e despesa por modalidade, analisou-se as maiores operadoras para verificar o aspecto de poder de mercado.

As operadoras de assistência médica estão organizadas em modalidades:

Quadro 1 – Modalidade das operadoras de assistência médica

Modalidade	Descrição
Autogestão	Entidades de atividades econômicas, que não seja da área de saúde, que operam serviços de assistência à saúde, em rede própria ou de terceiros, destinados a seus empregados e dependentes.
Cooperativa médica	Sociedades sem fins lucrativos, caracterizadas por cooperativismo de profissionais médicos, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo.

**Continua...**

**Conclusão.**

Modalidade	Descrição
Filantropica	Entidades sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
Seguradora especializada em saúde	Sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde.
Administradora	Empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
Medicina de grupo	Demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Os dados da pesquisa foram coletados do site de Informações em Saúde Suplementar ANS TabNet desenvolvida pelo DATASUS – MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – Ministério da Saúde (disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>). As consultas tiveram foco nos planos de assistência médica (excluídos planos odontológicos), com abrangência nacional das regiões metropolitanas. Em relação aos beneficiários, os dados disponibilizados são trimestrais, e foram utilizadas as informações de faixa etária, sexo, modalidade e tipo de contratação, considerando o último trimestre de cada ano analisado.

Já em relação às operadoras dos planos de saúde, utilizou-se a consulta das receitas e despesas, sendo que as receitas agregam: receitas de contraprestações (soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS) mais outras receitas operacionais; e as despesas corresponde a soma de: despesa assistencial (soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência), despesa administrativa (soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos

serviços de assistência à saúde), despesa de comercialização, além de outras despesas operacionais.

### 3.2 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

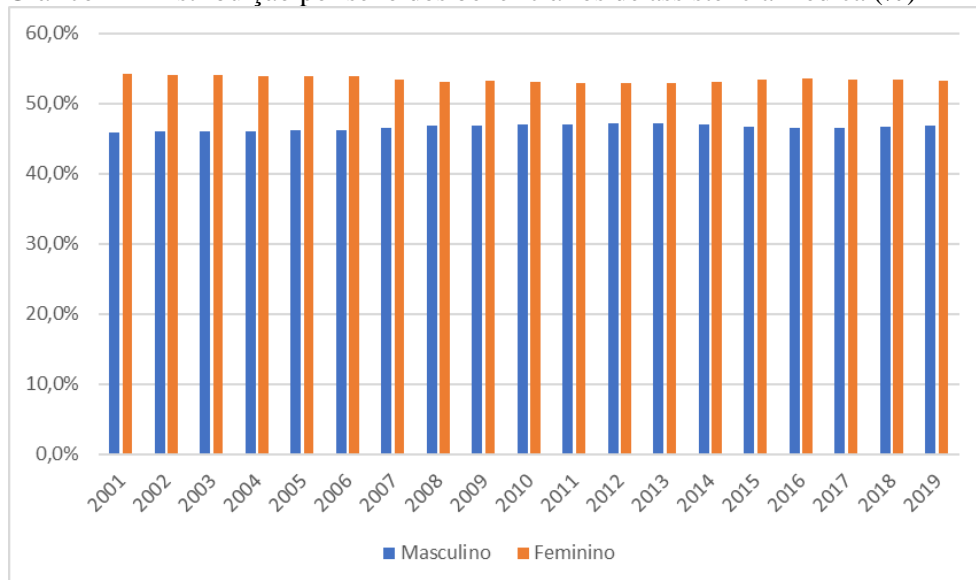
Segundo dados do CENSO Demográfico/IBGE (2010), o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens, com uma população composta por **49% de homens e 51% de mulheres**. No âmbito do mercado de planos de saúde, segundo dados da ANS (2020), em 2019, no Brasil, haviam 47.043.479 de beneficiários de planos de saúde nas regiões metropolitanas, sendo, aproximadamente, 46,81% destes do sexo masculino e 53,19% do sexo feminino, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Proporção por sexo dos beneficiários de assistência médica no Brasil em 2019

Sexo	(N)	%
Masculino	22.023.093	46,81
Feminino	25.020.386	53,19
<b>Total</b>	<b>47.043.479</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

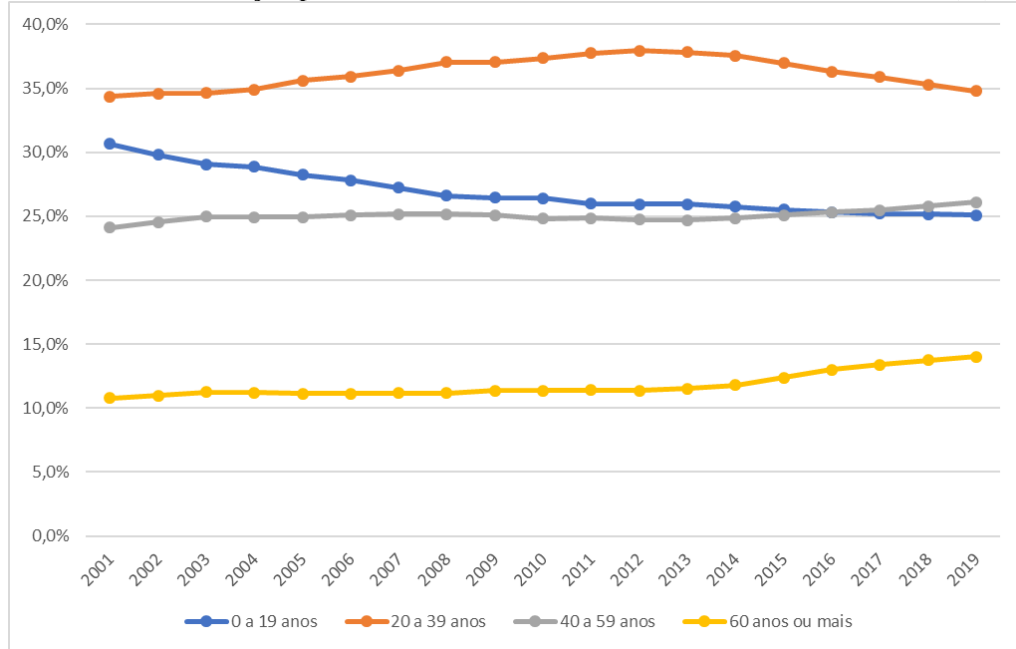
Gráfico 1 – Distribuição por sexo dos beneficiários de assistência médica (%)



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Fazendo-se um recorte histórico dos anos 2001-2019, é possível observar, no gráfico 1, que as mulheres sempre foram maioria no número de beneficiários. Além de ser maioria da população brasileira, outro fator que explica o maior número de mulheres entre os beneficiários é que elas são mais atentas as questões relacionadas a saúde, segundo dados da pesquisa Vigitel Brasil 2016 – Saúde Suplementar.

Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária dos beneficiários de assistência médica (%)



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Analisando o perfil dos beneficiários por faixa etária, em 2019 a maioria dos beneficiários possuía entre 20 e 39 anos, sendo, aproximadamente, 34%. Já os que tinham 60 ou mais representavam apenas 14% dos beneficiários (Gráfico 2). Fazendo uma análise entre 2001 e 2019, é possível analisar que o perfil, segundo faixa etária, se perpetua durante os anos, segundo o gráfico 2, com a faixa dos 40 a 59 anos superando a parcela de 0 a 19 anos, nos últimos anos.

Esses dados já eram de esperar devido à alta relação entre mercado trabalho e o mercado de planos de saúde, onde muitas empresas oferecem planos como um benefício para os seus funcionários. Logo, como a maioria da população economicamente ativa está na faixa etária entre 20 e 39 (conforme a Tabela 2), é esperado que essa mesma faixa seja maioria dos beneficiários de planos de saúde.

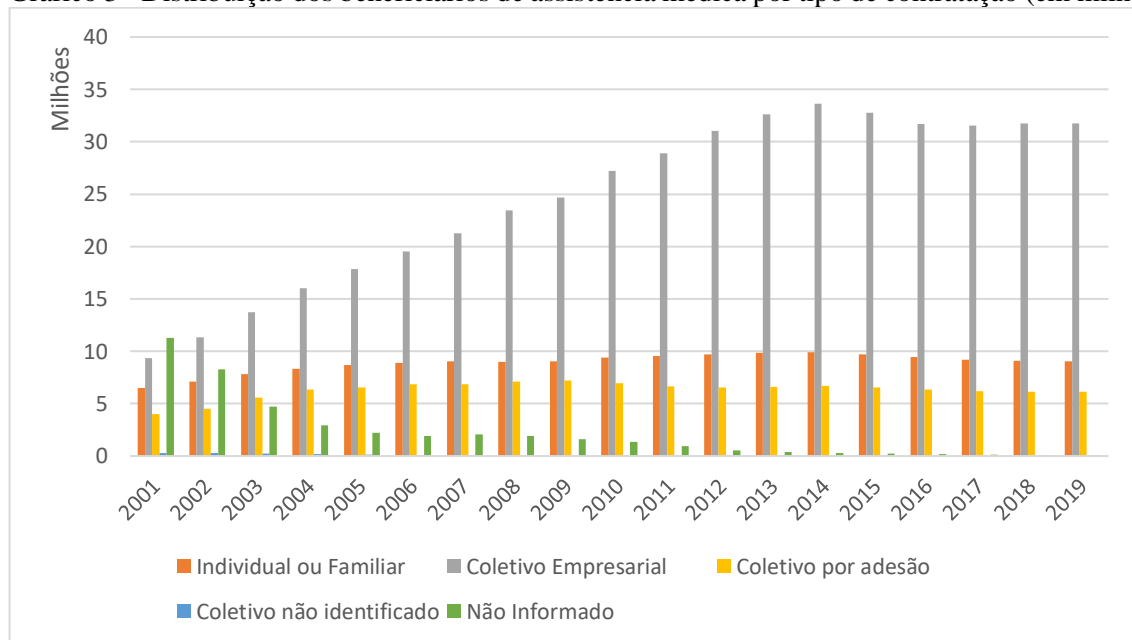
Tabela 2 – População e proporção por faixa etária no Brasil

Faixa etária	(N)	%
0 – 19 anos	62.923.165	32,99
20 – 39 anos	63.982.696	33,54
40 – 59 anos	43.259.339	22,68
60 anos ou mais	20.590.599	10,79
<b>Total</b>	<b>190.755.799</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos microdados do CENSO Demográfico/IBGE (2010)

O tipo de contratação de planos de saúde suplementar está dividido em Individual ou Familiar, Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão. Os primeiros são aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem grupo familiar. Já o coletivo empresarial é contratado em decorrência de vínculo empregatício de empresas para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos empresariais são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados.

Gráfico 3 - Distribuição dos beneficiários de assistência médica por tipo de contratação (em milhões)



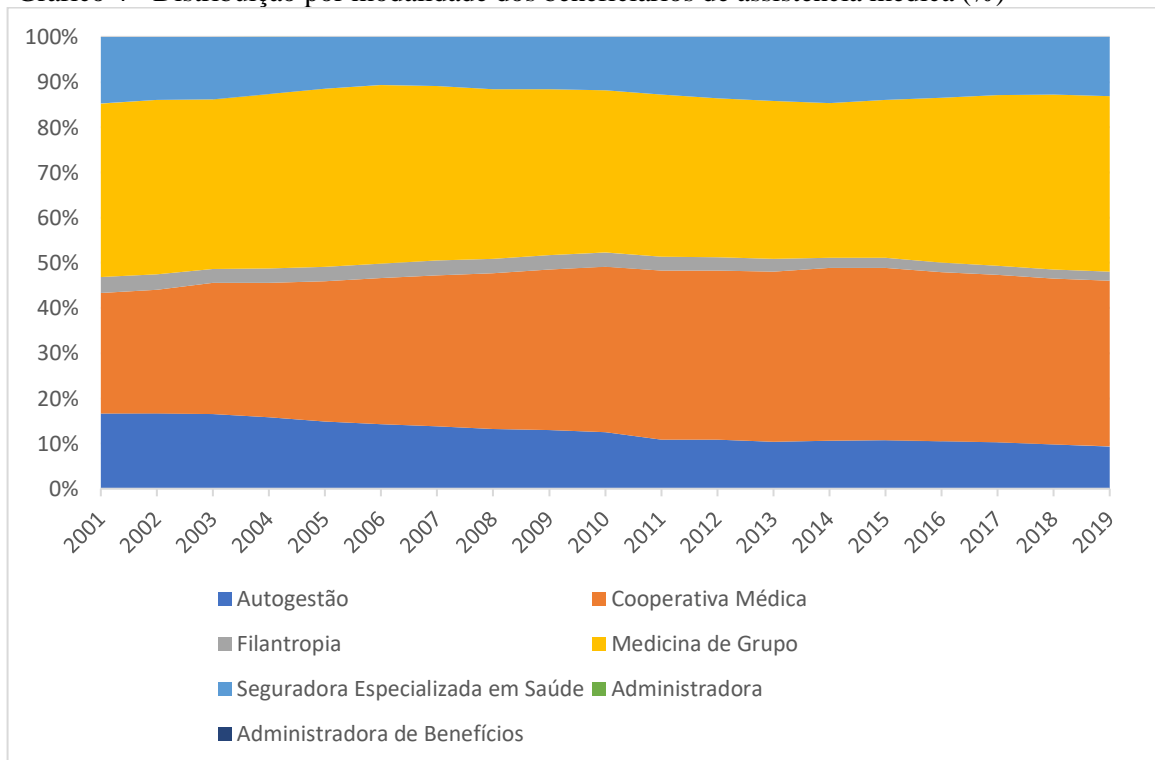
Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Segundo dados da ANS, em 2019, aproximadamente 20% dos beneficiários possuem planos do tipo Individual ou Familiar, 67% coletivo empresarial e 13% coletivo por adesão. É possível observar a relação entre beneficiários de tipo de contratação de 2001 a 2019 no gráfico 3.

Como foi dito anteriormente, o número de beneficiários está diretamente ligado ao mercado de trabalho, portanto o tipo de contratação coletivo empresarial é o mais comum entre os brasileiros. No entanto, observou-se que entre os anos de 2014 e 2019, um período em que houve um aumento do desemprego em decorrência de uma crise econômica que instalou-se no país, há uma queda no número de beneficiários por coletivo empresarial, enquanto o individual ou familiar e coletivo por adesão apresentaram uma queda menos acentuada.

Em se tratando das modalidades, no Brasil, em 2019, dos 47.043.479 de beneficiários, aproximadamente 9,4% dos beneficiários participavam de um plano do qual a operadora era de autogestão, 36,7% de cooperativas médicas, 2% filantrópicas, 38% medicina de grupo e 12% de seguradoras especializadas em saúde. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários (seus dados são classificados como inconsistentes). No gráfico 4 é possível verificar a relação entre beneficiários e modalidade das operadoras entre os anos de 2001 e 2019.

Gráfico 4 - Distribuição por modalidade dos beneficiários de assistência médica (%)



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

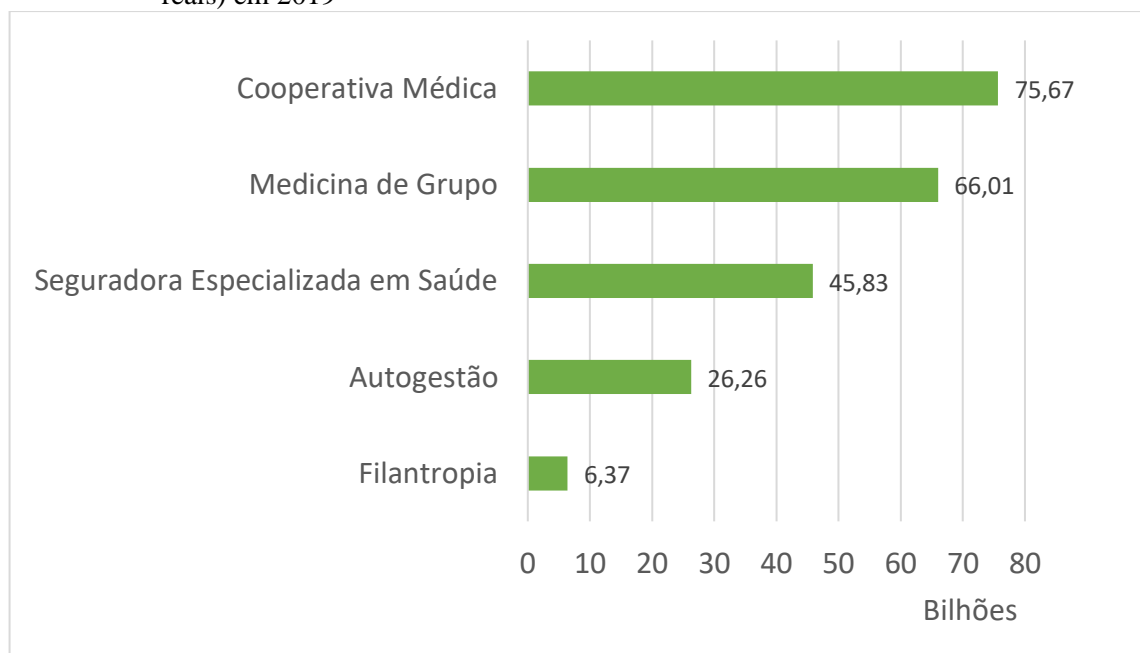
## 4 ANÁLISE

A fim de analisar o quadro do mercado de saúde privada torna-se necessário avaliar a segmentação por modalidade, além de avaliar operadoras específicas para se verificar como se apresentam através dos anos – por meio dos dados de receitas, despesas, números de beneficiários, etc. – e avaliar os aspectos desse mercado nos últimos anos.

### 4.1 RECEITAS E DESPESAS

Os dados da ANS indicam que, em 2019, as receitas das operadoras de categoria superaram R\$ 220 bilhões, apesar de as cooperativas médicas e as medicinas de grupo serem as maiores detentoras de receitas, 34% e 30%, respectivamente, a proporção entre as demais modalidades não acompanha exatamente a proporção de beneficiários, evidenciando tickets médios diferentes entre as modalidades. As seguradoras foram as responsáveis por 21% do total da receita do período, ou seja, mais de R\$ 45 bilhões, as autogestões por aproximadamente R\$ 26 bilhões, ou 12% do total, e as entidades filantrópicas por 3%, o que equivale a cerca de R\$ 6,3 bilhões.

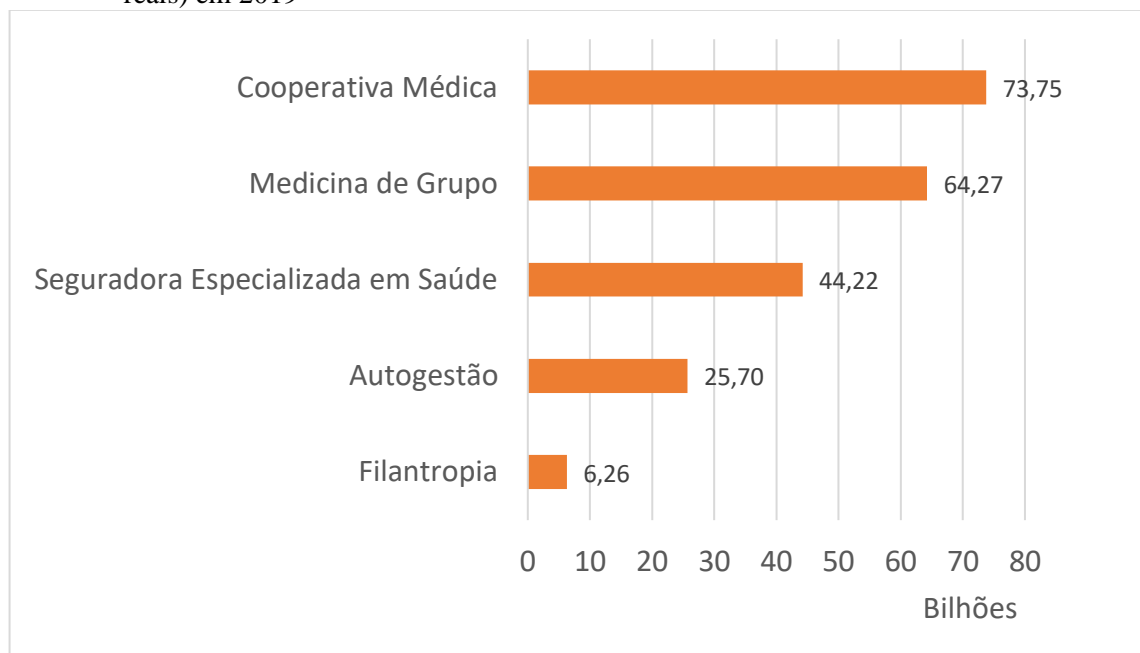
Gráfico 5 – Receita nominal das operadoras de assistência médica por modalidade (em bilhões de reais) em 2019



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

As despesas das operadoras estão divididas em despesas assistencial, despesas administrativas, despesas de comercialização e em outras despesas operacionais. Em 2019, segundo dados da ANS, despesas das operadoras foram superiores a 214 bilhões. Por modalidade a despesas tiveram as mesmas proporções das receitas, as cooperativas médicas e as medicinas de grupos, assim como nas receitas, foram a que tiveram maiores despesas, 34% e 30%, respectivamente. Já as seguradoras foram responsáveis por 21% das despesas totais e as autogestões 12% (gráfico 5).

Gráfico 6 – Despesa nominal das operadoras de assistência médica por modalidade (em bilhões de reais) em 2019



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

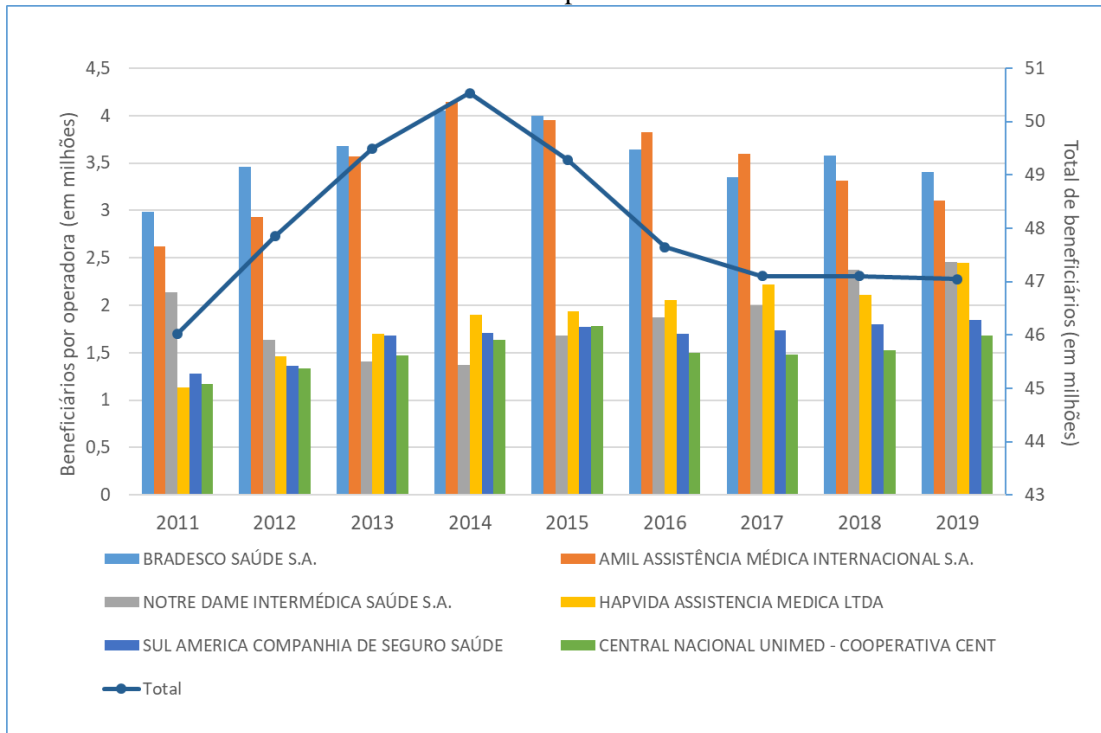
Com as receitas de aproximadamente R\$ 220 bilhões e despesas de R\$ 214 bilhões, o lucro estimado do mercado foi de aproximadamente de R\$ 6 bilhões.

#### 4.2 PODER DE MERCADO

No Brasil, segundo dados da ANS, haviam 713 operadoras médico-hospitalares, totalizando 47.043.479 de beneficiários de seus planos. Destes, 14.928.761, aproximadamente 31%, eram concentrados em 6 operadoras. Fazendo um corte de 2011 a 2019 é possível observar que as mesmas já possuíam grande parte dos beneficiários como clientes (gráfico 7).

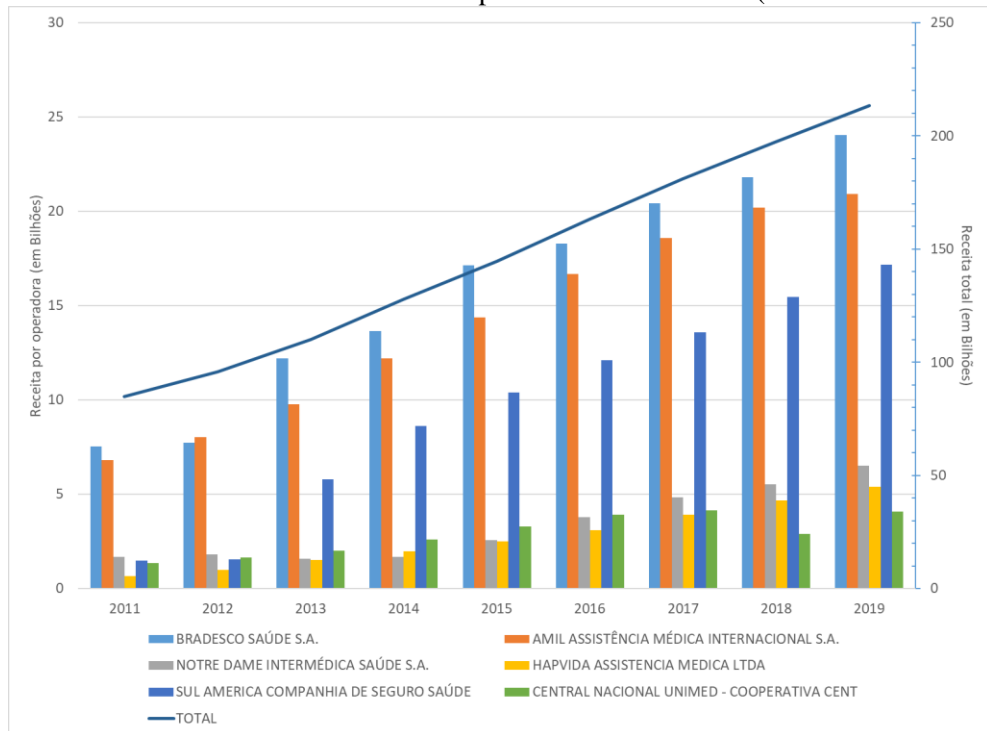


Gráfico 7 – Número total de beneficiários em operadoras selecionadas no ano de 2019



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Gráfico 8 – Receita nominal total e de operadoras selecionadas (em bilhões de reais)



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

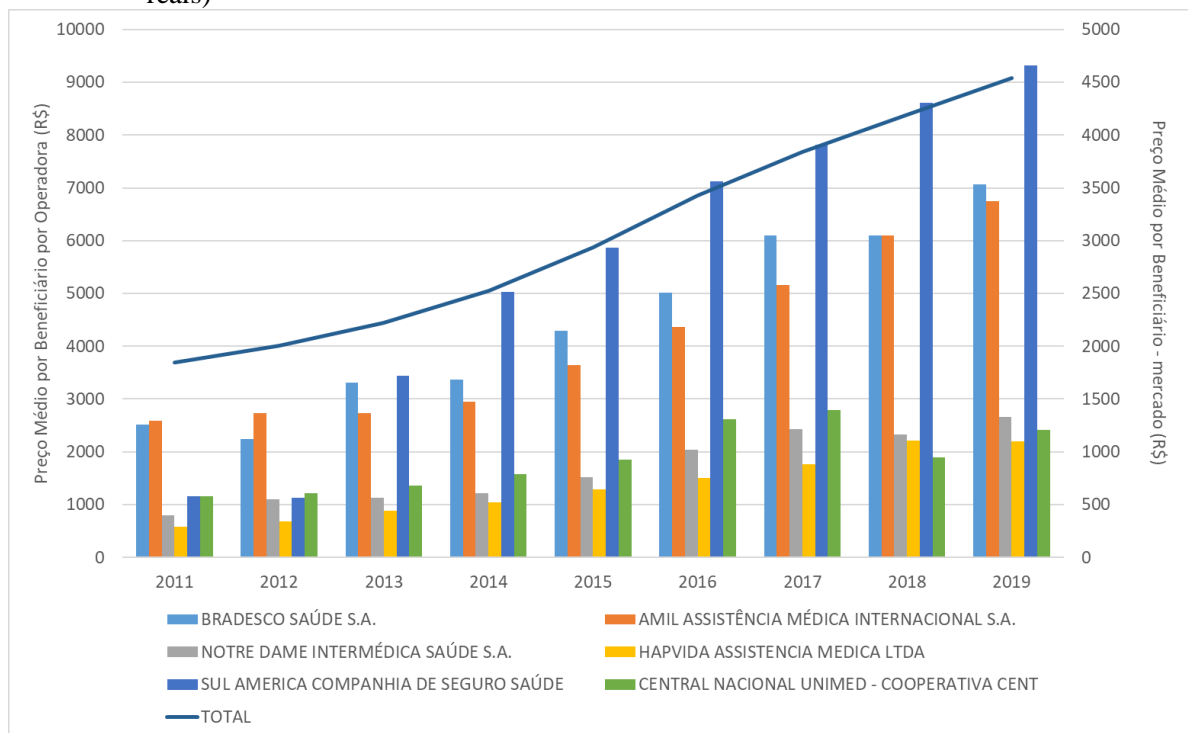
Em relação as receitas de contraprestações, que totalizou aproximadamente R\$ 213 bilhões, as 6 maiores operadoras (em números de beneficiários), obtiveram 36% desse valor, computando

R\$ 78.141.458.776. A concentração, como explanado anteriormente, é uma das características desse mercado, pelo fato que é preciso um alto investimento das empresas para combater o risco moral e a seleção adversa, geradas pela assimetria de informação e em tecnologia, assim o setor tende a ser mais eficiente com grandes empresas.

#### 4.2.1 Hapvida e Notre Dame

No gráfico 6, é possível observar quem quando houve uma queda no número total de beneficiários de planos de saúde no período de 2014 a 2019, a Hapvida e o Nortre Dame foram na contramão desse movimento e aumentaram sua base de beneficiários. Dividindo a receita de contraprestações pelo número de beneficiários, para ter uma estimativa do preço médio cobrado pelas operadoras, é sugestivo que esse aumento se deu pelos baixos preços dos planos comercializados, comparado com as outras quatro maiores operadoras.

Gráfico 9 – Preço médio dos planos do mercado de assistência média e de operadoras selecionadas (em reais)



Fonte: Elaboração própria (2020) a partir dos dados da ANS (2020)

Conforme o gráfico 9, em 2019, a receita média por beneficiário (preço médio) da Hapvida e da Notre Dame eram, respectivamente, R\$ 2.203,47 e R\$ 2.656,20, enquanto operadoras que

tiveram uma queda no número de beneficiários, como o Bradesco Saúde e a Sul América eram R\$ 6.092,68 e R\$ 8.616,09 respectivamente e com uma média de R\$ 4.191,39 praticada pelo mercado.

O aumento do número de beneficiários das operadoras Hapvida e Notre Dame, principalmente entre 2014 e 2019, pode ter tido relação com a crise econômica do período e pelo elevado preço médio praticado pelo mercado. A renda do brasileiro foi comprometida e os beneficiários como uma alternativa para não ficar coberto por um plano de saúde, podem ter optado em adquirir planos com preços atrativos, migrando de operadoras que ofertam planos com preços elevados para operadoras que possuem preços abaixo da média praticada pelo mercado.

Com base nos dados analisados, durante o período 2011 a 2019, apesar da queda de número de beneficiários a partir de 2015 (gráfico 7), observou-se que o mercado manteve-se concentrado, com 6 operadoras, em 2019, obtendo aproximadamente 31% dos beneficiários, apresentando receitas crescentes, e responsáveis por mais de 35% das receitas do mercado. No mesmo período, operadoras “baixo custo”, com preços mais atrativos, como Hapvida e Notre Dame, apesar da recessão econômica obtiveram aumento no número de beneficiários.

## 5 CONCLUSÃO

O presente trabalho trouxe uma análise empírica e teórica sobre o mercado de planos de saúde privados no Brasil. Foi feito aparato histórico do mercado, dando ênfase à relação entre o mesmo e o mercado de trabalho e no marco regulatório, com as Leis nº 9.656 e nº 9.96116.

O gênero feminino é o que predomina entre os beneficiários dos planos de saúde. Em 2019 haviam 47.043.479 de beneficiários de planos de saúde nas regiões metropolitanas, sendo, aproximadamente, 46,81% destes do sexo masculino e 53,19% do sexo feminino. Fazendo um corte de 2001 a 2019, observa-se que as mulheres são a maioria dos beneficiários em todo período.

Em relação a idade, em 2019 observou-se que, aproximadamente, 34% dos beneficiários haviam entre 20 e 39 anos, 26% entre 40 e 59, 25% entre 0 e 19 anos, e 15% haviam 60 ou mais. Analisando os dados desde 2001, conclui-se que a população mais ativa economicamente entre as faixas etárias analisadas, entre 20 e 39 anos, é a que predomina entre os beneficiários.

Com relação ao tipo de contratação, aproximadamente 20% dos beneficiários possuíam planos do tipo Individual ou Familiar, 67% coletivo empresarial e 13% coletivo por adesão em 2019. A hipótese para tal distribuição dos beneficiários por tipo de contratação, se dá novamente pela grande relação entre os mercados de planos privados e o de trabalho.

A modalidade que engloba o maior número de beneficiários é a de medicina de grupo. Em 2019, 38% dos beneficiários participavam de um plano de medicina de grupo, 36,7% de cooperativas médicas, 12% de seguradoras especializadas em saúde, 9,4% autogestão e 2% filantrópicas.

A receitas das operadoras, em 2019, superam R\$ 220 bilhões. As cooperativas medicas foram responsáveis por aproximadamente 34% desses, seguida pelas medicinas de grupo com 30%. As seguradoras e as de autogestão representaram 21% e 12% respectivamente, enquanto as filantrópicas foram responsáveis por 3% das receitas.

As despesas dados semelhantes as receitas. As cooperativas médicas e as medicinas de grupos, assim como nas receitas, foram a que tiveram maiores despesas, 34% e 30%, respectivamente.

Já as seguradoras foram responsáveis por 21% das despesas totais e as autogestões 12%, apresentando uma despesa de aproximadamente de R\$ 214 bilhões.

No Brasil o mercado de planos de privados é altamente concentrado. Seis operadoras, em 2019, possuíam, aproximadamente, 31% dos beneficiários como seus clientes. Em relação a receita total das operadoras, as mesmas foram responsáveis por 36%.

Referente a relação entre o mercado de trabalho com mercado de planos privado, os dados sugerem uma correlação entre crise econômica, queda da renda média, aumento do desemprego e queda do número de beneficiários, em especial para planos empresariais. De 2014 a 2019, com o aumento do nível de desemprego no Brasil, observa-se uma queda no número de beneficiários.

A conclusão que pode ser ter em relação a regulamentação é que a mesma fez com que muitas operadoras encerrassem as suas operações e diminuísse o número de entrantes no mercado. Como consequência, houve um aumento da concentração de mercado, onde 6 operadoras, em 2019, obterem 31% dos beneficiários.

Com relação ao lucro, conclui-se que o mercado no Brasil obteve um lucro de aproximadamente 6 bilhões em 2019, tendo uma receita aproximada de R\$ 220 bilhões e despesas de R\$ 214 bilhões, ratificando que é um dos mais importantes do país.

Outro ponto que vale destacar é operadores que oferecem planos com preços a baixo do preço médio do mercado, que são os da Hapvida e Notre Dame, em momentos de recessão econômica, 2014 – 2019, obtiveram aumento no número de beneficiários, em quanto as operadoras que possuem um preço acima da média viram o número de beneficiários cair.

Por fim, destaca-se que o presente trabalho apenas analisou descritivamente os dados disponíveis pela ANS sobre saúde suplementar brasileira. O trabalho não tem pretensão de avaliar causa ou implicações, mas apenas as correlações que são observadas na série de tempo. A pesquisa pretende, no futuro, incorporar técnicas de inferência causal para se mensurar o efeito de recessões na economia brasileira na demanda por planos de saúde, decompondo regionalmente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. F. **Poder compensatório e política de defesa da concorrência**: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. 2009. Tese (Doutorado) - EESP – FGV. São Paulo, 2009.
- ALBUQUERQUE, Ceres *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, set./out. 2008.
- AZEVEDO, Paulo Furquim de *et al.* **A cadeia de saúde suplementar no Brasil**: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: Insper – Centro de Estudos em Negócios, 2016.
- BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BALBINOTTO Neto, G.; GODOY, M. R.; SILVA, E. N. Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 28, 2004, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: PUC, 2004.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 30 nov. 2020.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 9.961, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 30 nov. 2020.
- FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.
- GIVENS, R. S. Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. **Journal of Health Economics**, v. 15, p. 685-713, 1996.
- GOYEN, M.; DEBATIN, J. F. Healthcare costs for new technologies. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**, v. 36, dez. 2008.
- MAIA, A. C.; ANDRADE, M. V.; OLIVEIRA, A. M. H. C. O risco moral no sistema de saúde suplementar brasileiro. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, 2004, João Pessoa, Paraíba. **Anais [...]**. João Pessoa: ANPEC, 2004.
- MONTONE, J. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Subsídios ao Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2003. 54 f. (Série ANS n. 4).
- SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência

supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, jan./fev., p. 49-62, 2007.

SANTOS, Fausto P. dos; MALTA, Deborah C.; MERHY, Emerson E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.