

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA FINAL DE CURSO



**O Setor de Saúde no Brasil: uma análise sobre a verticalização no setor de saúde
suplementar.**

Antonio Fonseca Mattheis Londres

Matrícula: 1711116

Orientador: Stefan Alexander

Rio de Janeiro, julho de 2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA FINAL DE CURSO



**O Setor de Saúde no Brasil: uma análise sobre a verticalização no setor de saúde
suplementar.**

Antonio Fonseca Mattheis Londres

Matrícula: 1711116

Orientador: Stefan Alexander

**"Declaro que o presente trabalho é de minha autoria e que não recorri para realizá-lo, a
nenhuma forma de ajuda externa, exceto quando autorizado pelo professor tutor".**

Rio de Janeiro, julho de 2022

“As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade única e exclusiva do autor.”

Agradecimentos

Ao meu orientador, Stefan, pelos ensinamentos e pela amizade.

A meu pai, Adriano, pelo exemplo e pela vida.

A minha mãe, Maria, e meus irmãos, Duda, Felipe e Vitória pelo amor, amizade e carinho.

A todos os meus amigos e amigas, pelas relações incríveis que desfrutamos.

A minha família e pessoas próximas de mim, pelo companheirismo.

Lista de Abreviaturas

AHSEB – Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia.

ANAB – Agência Nacional das Administradoras de Benefícios

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

GNDI – Grupo Notre Dame Intermédica

HAPV – Hapvida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IPCA – Índice de Preços ao consumidor amplo

NOPAT – *Net Operating Profit After Taxes*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

ROE – *Return on Equity*

ROIC – *Return on Invested Capital*

SUS – Sistema Único de Saúde

VCMH – Variação de Custo Médico Hospitalar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL	9
2.1. A CONSTITUIÇÃO DE 1988	9
2.2. O SUS E SEUS PRINCÍPIOS	9
2.3. A ESTRUTURA DO SUS.....	10
2.4. MEIOS DE FINANCIAMENTO	10
3. GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO	11
4. O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	16
4.1. MARCOS DO SETOR	16
4.2. VÍNCULOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE.....	17
4.3. MODALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE	18
4.4. CONCENTRAÇÃO DE MERCADO	25
4.5. VCMH, IPCA E A EVOLUÇÃO DOS CUSTOS	26
4.6. MODELOS DE REMUNERAÇÃO.....	27
5. DOIS MODELOS DIFERENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE....	29
5.1. MODELO NÃO VERTICALIZADO	29
5.2. MODELO VERTICALIZADO	30
6. ANÁLISE EMPÍRICA.....	35
6.1. DADOS E METODOLOGIA.....	35
6.2. RESULTADOS	35
7. CONCLUSÃO	36
8. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
9. ANEXO.....	41
ANEXO 1. DADOS FINANCEIROS DE DETERMINADOS GRUPOS DE OPERADORAS DE SAÚDE.....	41

*“In my whole life, I have known no wise people
(over a broad subject matter area) who didn’t
read all the time – none. Zero”*

Charles T. Munger

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde é responsável por contribuir com o cuidado do bem maior da humanidade: a vida. Parte importante de qualquer economia e sociedade, o setor de saúde é assunto de estudos e debates há muito tempo. Este trabalho busca apresentar e analisar os diferentes aspectos do setor no Brasil, com foco maior na saúde suplementar.

O segundo capítulo é sobre o SUS, parte fundamental na política e orçamento do governo. Abordamos assuntos importantes sobre o sistema, como os princípios a serem seguidos e as formas de financiamento. Em seguida, apresentamos dados e indicadores sobre o sistema de saúde brasileiro no geral, incluindo algumas análises focadas no SUS. Entre os indicadores analisados, estão gastos totais com saúde *per capita* e leitos por mil habitantes.

O quarto capítulo aborda o setor de saúde suplementar, a parte privada do sistema. Começamos com uma breve contextualização, em seguida, abordamos, em ordem lógica, diferentes assuntos sobre o setor e seus participantes. Entre os assuntos tratados estão: tipos de contratação, modalidades de operadoras, VCMH e modelos de remuneração dos prestadores de serviço.

O quarto capítulo apresenta dois modelos diferentes de operadoras. As Verticalizadas e as Não Verticalizadas, que, em resumo, se diferenciam pela relação que mantêm com os prestadores de serviço. O capítulo traz diversos dados sobre o mercado e particularidades do seu funcionamento. No fim, realizamos um estudo com base em quatro grupos diferentes de operadoras, com o objetivo de entender as diferenças entre o ROIC e o ROE desses grupos.

Em seguida, realizamos um estudo empírico inspirado na Figura 17. Analisamos o impacto que a taxa de desemprego tem sobre o número de beneficiários. Em suma, o presente trabalho busca abordar diferentes assuntos dentro do setor de saúde brasileiro.

2. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL

2.1. A CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição de 1988 foi fundamental na estruturação e organização do sistema de saúde brasileiro. Em seus artigos 196 até 200 foram definidas as diretrizes relacionadas ao sistema. Seguem os artigos conforme escritos na própria constituição:

Art.196 – “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

Art. 197 – “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”;

Art. 198 – “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

I – “descentralização, com direção única em cada esfera do governo”;

II – “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais”.

III – “participação da comunidade”;

Art. 199 – “A assistência à saúde é livre a iniciativa privada”;

Art. 200 – “Compete ao sistema público, entre outras atribuições, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

2.2. O SUS E SEUS PRINCÍPIOS

Os três princípios norteadores do SUS são: (i) universalidade; (ii) equidade, e (iii) integralidade. O primeiro, a universalidade, estabelece que todo cidadão que venha a precisar de atendimento médico poderá recorrer ao SUS. O segundo, a equidade, prevê que todo cidadão é igual perante o SUS, e tem direito a todos os serviços e produtos médico-hospitalares disponíveis no sistema público. Por último, temos a integralidade, que estabelece que cada atendimento deve levar em conta as três partes de um ser humano: biológica, psicológica e social.

2.3 A ESTRUTURA DO SUS

O primeiro nível de cuidado no SUS é a atenção primária, focada, principalmente, em ações de prevenção que possam identificar o problema antes que ele se torne algo grave e necessite de uma estrutura mais complexa—e conseqüentemente um tratamento mais caro. Em seguida, temos a atenção secundária, também focada na prevenção, mas com um pouco mais de especialização e profundidade. Para casos mais graves, temos a atenção terciária, que provavelmente é a mais conhecida.

Atenção terciária é aquela que contém serviços como internação e intervenções cirúrgicas. Ainda podemos citar a parte de reabilitação, focada em casos em que o paciente já teve alta, mas segue precisando de acompanhamento ou algum tratamento específico, como, por exemplo, a fisioterapia.

2.4. MEIOS DE FINANCIAMENTO

“Os investimentos e o custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 8).

O orçamento da União destinado à saúde pode ser separado em duas partes principais. A primeira parte é utilizada para custear as iniciativas federais, sendo o restante repassado aos estados e municípios. Assim como a União, os estados também destinam parte de suas receitas para financiar o setor de saúde. Esse orçamento próprio é somado com os valores repassados pela União e serão utilizados de duas maneiras principais. A primeira delas é para pagar os gastos do estado com assistência médica e a segunda parte será repassada aos municípios.

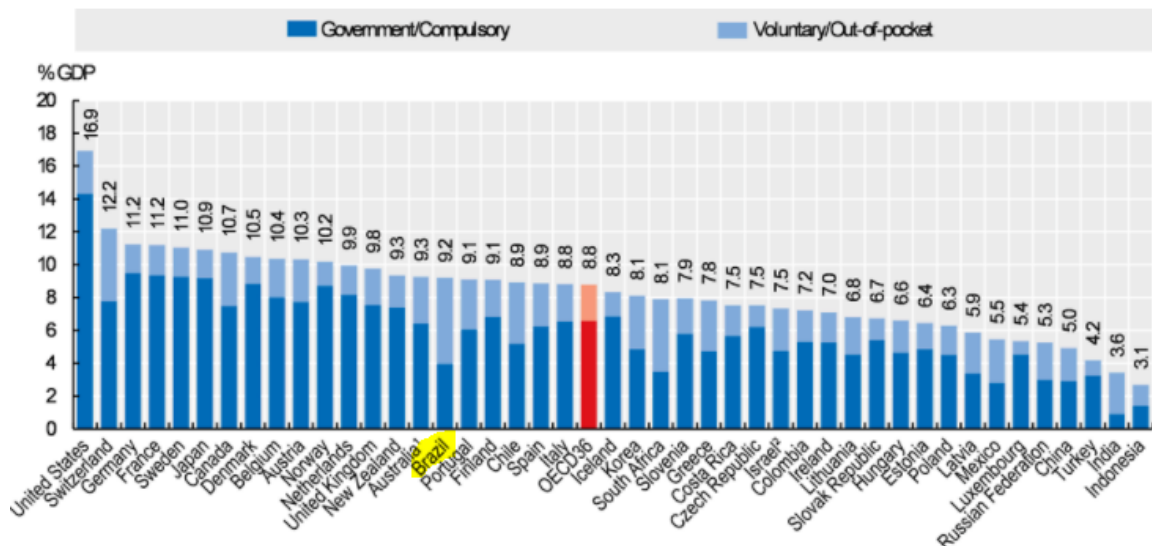
A lógica dos municípios é muito parecida com a dos estados. Os municípios também destinam parte de suas receitas para financiar o setor de saúde. Esses recursos próprios são somados com os valores repassados pelos estados e pela união e o valor total será utilizado para custear os gastos municipais com saúde.

3. GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

O Brasil é um país de dimensões continentais e atualmente possui a sexta maior população do mundo, com aproximadamente 210 milhões de habitantes, segundo dados do IBGE. É de se esperar que o sistema de saúde brasileiro também apresente gastos absolutos e relativos expressivos. Conforme gráfico abaixo, apresentado pela OCDE, vemos que o Brasil está em linha com outros países membros da organização. Atualmente, o Brasil tem gastos com saúde de aproximadamente 9,2%, acima da média para a OCDE—aproximadamente 8,8%. Em comparação, estamos acima, ou bem próximos, de países como Austrália, Chile, Espanha e Itália.

Figura 1 - Gastos com saúde como % do PIB, 2018

Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, 2018 (or nearest year)

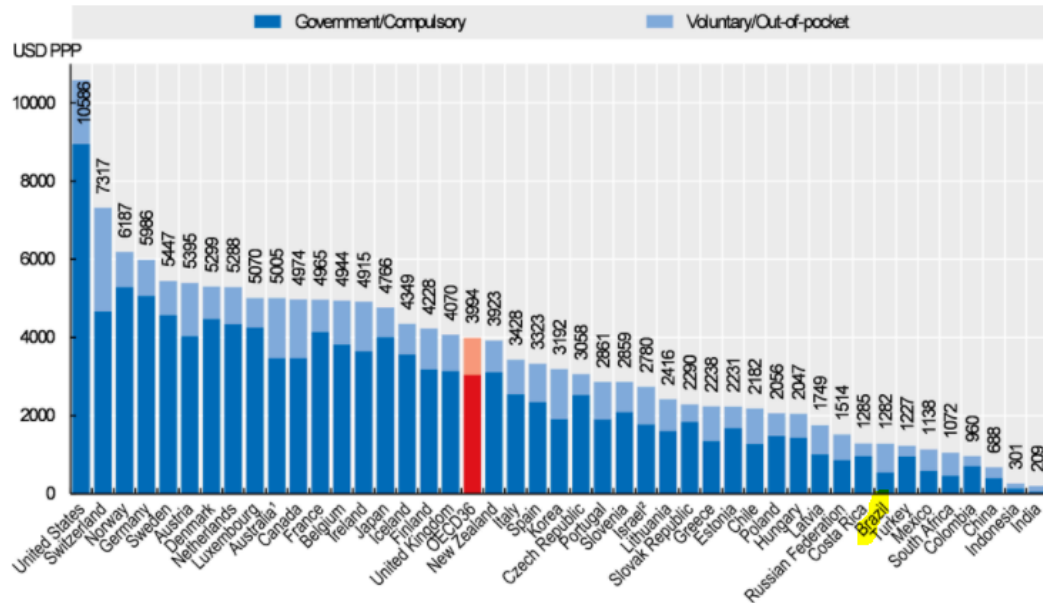


Fonte: Biblioteca da OCDE

A análise acima pode ser complementada com uma outra maneira de se comparar o investimento e a eficiência dos gastos brasileiros com saúde. Novamente ao olharmos dados da OCDE, vemos que a posição do Brasil é diferente quando observamos gastos com saúde *per capita*. Da análise do gráfico abaixo, vemos que o Brasil se situa perto do final do gráfico, com um gasto anual em saúde *per capita* de aproximadamente U\$ 1.285, bem abaixo da média para países da OCDE, que apresentam um gasto de aproximadamente U\$ 3.994. Veja-se, que estamos abaixo, ou bem próximo, de países como Costa Rica, Turquia e México.

Figura 2: Gastos com saúde *per capita*, 2018

Figure 7.1. Health expenditure per capita, 2018 (or nearest year)



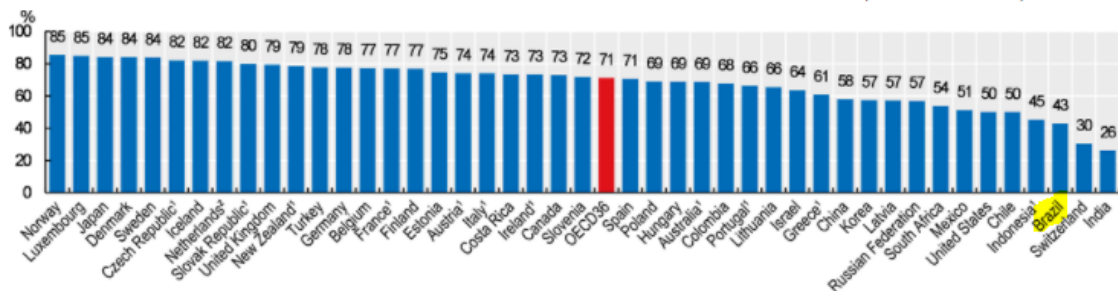
Fonte: Biblioteca da OCDE

Outra característica interessante de se observar é a origem dos recursos, ou seja, se estes são de natureza pública ou privada. Aqui, mais uma vez, o Brasil se apresenta na parte inferior do gráfico da OCDE, com apenas 43% dos gastos em saúde do país sendo de origem pública. Essa porcentagem se mostra bem abaixo da média da OCDE, que está perto de 71%.

A título de exemplo, se compararmos o *National Health System* britânico, os gastos e investimentos em ambos os sistemas são bem diferentes. No caso do Reino Unido, 79% dos gastos com saúde são provenientes do setor público, número muito acima do Brasil, em que esse número é de apenas 43%.

Figura 3: % dos gastos com saúde que são do setor público.

Figure 7.11. Health expenditure from public sources as share of total, 2017 (or nearest year)



Fonte: Biblioteca da OCDE

Ao analisarmos os gráficos e dados apresentados acima, podemos levantar a hipótese de que talvez, na verdade, o SUS seja um sistema subfinanciado. A pergunta que fica é: como o Brasil se dispõe a oferecer um sistema público único e universal, enquanto apresenta gastos *per capita* com saúde muito inferiores a países com sistemas públicos de saúde similares.

É interessante observar que, possivelmente, o SUS seja, também, subdimensionado. Uma variável que nos ajuda a entender essa ideia é a quantidade de leitos por mil habitantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, são recomendados 3 a 5 leitos para cada mil habitantes (AHSEB, 2014). Porém, ao olharmos a quantidade de leitos existentes no Brasil, disponível no Data SUS, do Ministério da Saúde, e a evolução da população brasileira, divulgada pelo IBGE, vemos que o Brasil está distante da quantidade recomendada.

Em 2011, o Brasil tinha 1,68 leitos no SUS para cada mil habitantes e 2,33 leitos totais a cada mil habitantes. Ou seja, em 2011 já nos encontrávamos abaixo da recomendação da ANS, porém esse índice continuou em declínio até 2021, quando o país tinha 1,46 leitos no SUS para cada mil habitantes e 2,1 leitos totais a cada mil habitantes.

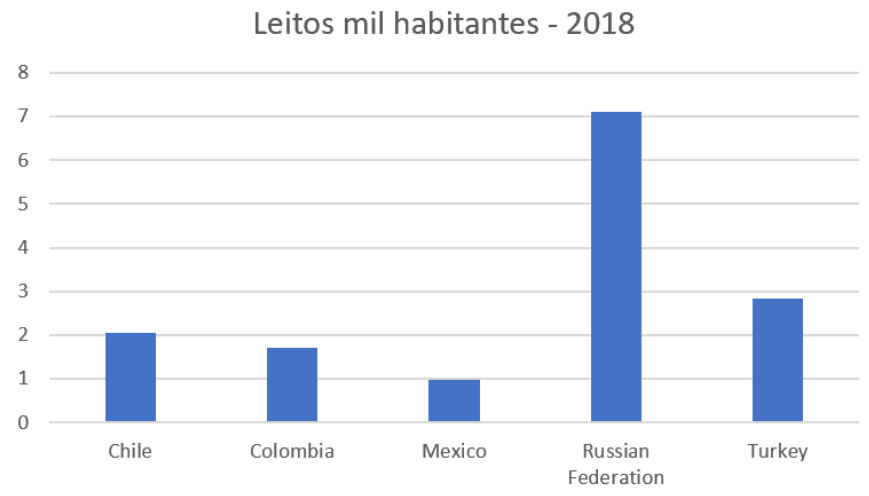
Tabela 1: Leitos, População e Leitos por mil habitantes.

	2011	2013	2015	2017	2019	2021
SUS	330.718	321.413	311.917	303.183	294.968	310.443
Não SUS	127.442	130.647	129.884	133.629	135.634	137.194
Total	458.160	452.060	441.801	436.812	430.602	447.637
População (Mil)	196.604	200.004	203.476	206.805	210.147	213.318
Leitos Per Capita - SUS	1,68	1,61	1,53	1,47	1,40	1,46
Leitos Per Capita - Totais	2,33	2,26	2,17	2,11	2,05	2,10

Fonte: Data SUS e IBGE

Quando o assunto é leitos totais por mil habitantes, também é interessante analisar a performance do Brasil quando comparado a outros países. A seguir, temos dois gráficos que nos ajudam a entender onde o Brasil se encontra no cenário global. No primeiro gráfico, colocamos países da América do Sul e outros emergentes.

Figura 4: Leitos por mil habitantes (países em desenvolvimento)

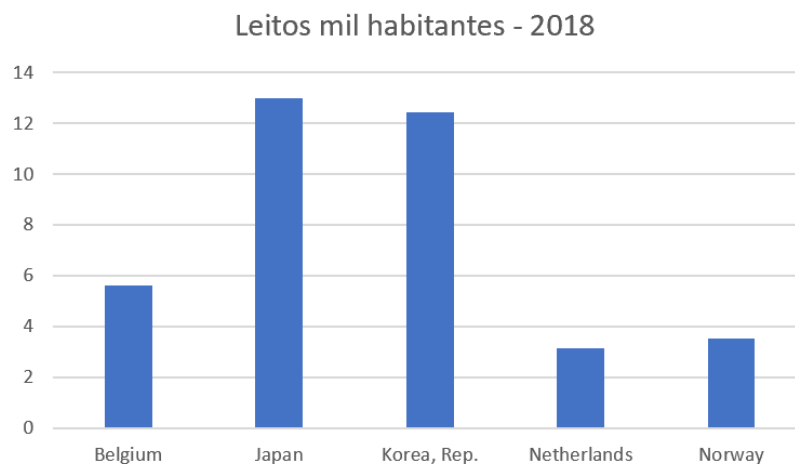


Fonte: Dados do Banco Mundial

Observamos que com exceção da Rússia, o Brasil está em linha com países da mesma categoria—o que não necessariamente significa algo positivo. O Brasil se encontra a frente de Chile e México, que possuem 2 e 1 leitos totais por mil habitantes respectivamente, enquanto a Rússia se encontra acima do teto recomendado pela OMS, de 5 leitos para cada mil habitantes.

No segundo gráfico, colocamos um grupo de países considerados desenvolvidos. Nele podemos observar o seguinte: apesar do Brasil estar em linha com países do mesmo grupo, ainda estamos bem atrás de países desenvolvidos quando o assunto é quantidade de leitos por mil habitantes.

Figura 5: Leitos por mil habitantes (países desenvolvidos)



Fonte: Dados do Banco Mundial

Nesse segundo grupo, todos os países selecionados estão acima da recomendação mínima da OMS. Enquanto Holanda e Noruega apresentam 3,2 e 3,5 leitos totais por mil habitantes, respectivamente, Japão e Coréia do Sul apresentam 13 e 12,4 leitos totais por mil habitantes.

4. O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

“O início das atividades de saúde suplementar no Brasil inscreve-se na década de 1960 quando algumas empresas dos setores industrial e de serviços começaram a oferecer assistência à saúde aos seus funcionários, sem nenhum tipo de regulação pública”. (DOS SANTOS, 2017, p. 1).

Na década de 1990, antes mesmo do começo da regulação da saúde suplementar, era possível observar alguns movimentos que já nos mostravam a importância de defender os interesses do consumidor de uma forma geral. Por exemplo, em 1990, tivemos a promulgação do Código de Defesa do Consumidor. Não obstante, a legislação específica do setor de saúde suplementar só foi criada anos depois do Artigo 199 da Constituição Federal de 1988 estabelecer que “a assistência à saúde, é livre à iniciativa privada.” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

4.1. MARCOS DO SETOR

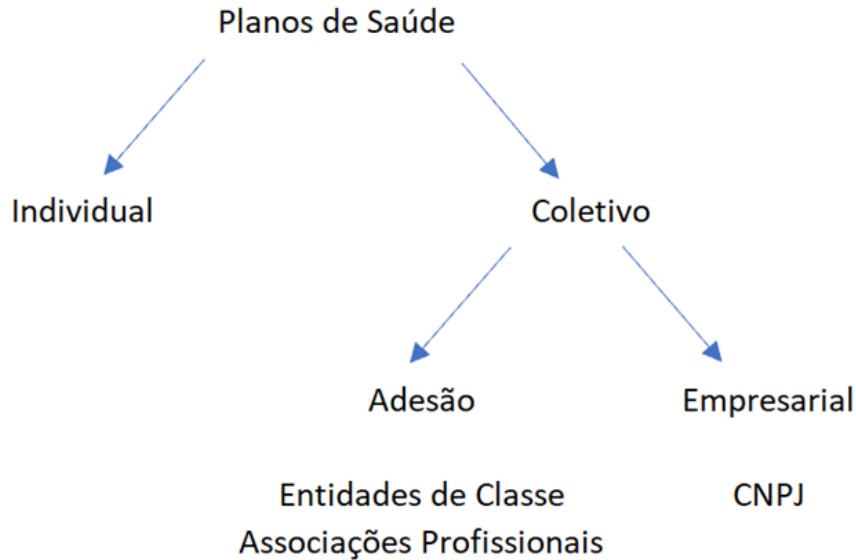
Pois bem. O marco legal do setor de saúde suplementar só vem a ocorrer mais de uma década depois da promulgação da Constituição Federal, com a criação de duas leis extremamente importantes.

Em 1998 foi sancionada a Lei 9.656/98 que dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Com ela, veio o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, uma lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O arcabouço legal do setor ainda contempla a Lei 9.961, através da qual é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, presente em todo o Brasil, como órgão regulador.

De acordo com o site da ANS, sua missão é: “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.”

4.2. VÍNCULOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Figura 6: Tipos de contratação de planos de saúde



Fonte: Elaboração própria com base na ANS.

Existem três tipos de contratação, através dos quais se pode ter acesso a um plano de saúde. Os planos individuais são planos privados de assistência e podem ser contratados diretamente pelo beneficiário, junto à operadora de saúde. Enquanto isso, os planos coletivos apresentam uma dinâmica um pouco diferente. Eles são separados em planos empresariais e de adesão. Os empresariais são aqueles que podem ser acessados quando há uma relação empregatícia entre pessoa e empresa. Os chamados planos coletivos por adesão, são aqueles em que, o contratante deve ser filiado à uma entidade de classe ou associação profissional.

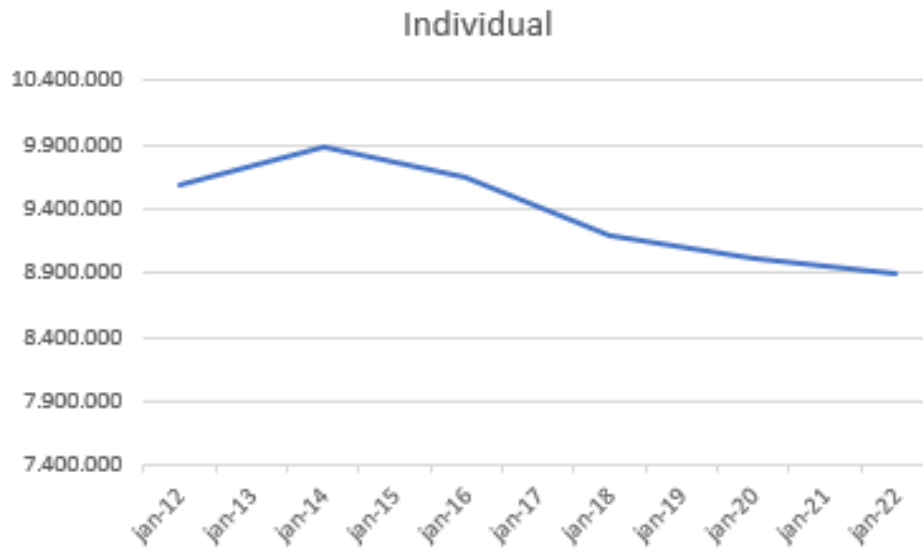
Tabela 2: Evolução no número de beneficiários por tipo de contratação – 2014 até 2022

Beneficiários	mar/14	mar/18	mar/22	Beneficiários (%) - mar/22
Individual	9.888.460	9.189.213	8.896.322	18,15%
Coletivo Empresarial	32.801.226	31.494.100	33.851.714	69,05%
Coletivo Adesão	6.669.625	6.200.444	6.275.254	12,80%

Fonte: ANS/Tabnet

Da análise do gráfico acima, podemos observar que a maior parte dos beneficiários, cerca de 69%, estão vinculados a planos de saúde coletivos empresariais. Enquanto isso, no gráfico abaixo, vemos algo diferente.

Figura 7: Evolução no número de beneficiários de planos individuais



Fonte: ANS/Tabnet.

No gráfico acima, podemos observar uma queda no número de beneficiários de planos individuais.

“A grande disparidade na taxa de crescimento de cada segmento se deu porque existe uma diferença regulatória importante: enquanto os planos coletivos possuem reajustes definidos negocialmente entre as partes, de acordo com a variação de seus custos e despesas, os individuais possuem limites de reajustes fixados pela ANS”. (BOGARI, 2021, p. 3)

Ao analisarmos a evolução de beneficiários por vínculo de contratação, verificamos que o número de beneficiários em planos coletivos por adesão se manteve praticamente estável, saindo de 6,67 milhões em 2014, e indo para aproximadamente 6,27 milhões em 2022. O número de beneficiários em planos individuais apresentou uma queda, saindo de aproximadamente 9,88 milhões em 2014, para 8,89 milhões em 2022.

Já o segmento de planos de saúde coletivos empresariais foi o único que teve um aumento no número de beneficiários. Esse tipo de contratação saiu de 32,8 milhões em 2012, para 33,85 milhões em 2022.

4.3. MODALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE

Conforme citado anteriormente, existe um mar de complexidades e diferentes aspectos nas características dos participantes do setor e nas suas relações. Quando falamos de operadoras de planos de saúde, a primeira característica que vem em mente são as diferentes modalidades

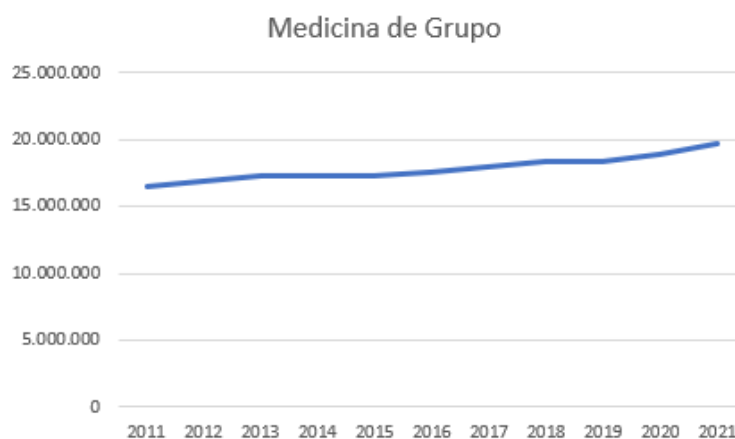
as quais elas podem pertencer. Nesse capítulo, iremos abordar as modalidades por ordem de grandeza no número de beneficiários.

A primeira modalidade são as chamadas medicinas de grupo. Nesse caso, temos uma empresa oferecendo serviços médicos hospitalares, em troca do pagamento de contraprestações recorrentes (na maioria dos casos, mensais). Nessa modalidade, as empresas não são responsáveis apenas pelas vendas dos planos de saúde, mas também pela oferta de serviços de assistência à saúde. Essa assistência pode ser prestada através de uma rede própria ou de uma rede credenciada. Vale destacar que medicina de grupo é a modalidade onde diversas das principais operadoras de planos de saúde se encontram, como Amil, Hapvida e o Grupo Notre Dame Intermédica. Essas empresas podem operar planos de assistência médica ou planos exclusivamente odontológicos.

“As primeiras empresas de Medicina de Grupo surgiram na década de 60, atendendo a princípio, os trabalhadores da ABC paulista, que diante da deficiência da assistência à saúde pública, buscaram outros meios de proporcionar atendimento médico de qualidade aos seus funcionários”. (ANAB, 2019).

No gráfico abaixo, podemos ver um crescimento constante no número de beneficiários desta modalidade. Inclusive, esse crescimento tornou a medicina de grupo a modalidade mais relevante do país durante esse período. Em 2011, essa modalidade detinha aproximadamente 16,5 milhões de beneficiários, com esse número crescendo para cerca de 19,7 milhões em 2021.

Figura 8: Número de beneficiários de medicina de grupo – 2011 até 2021

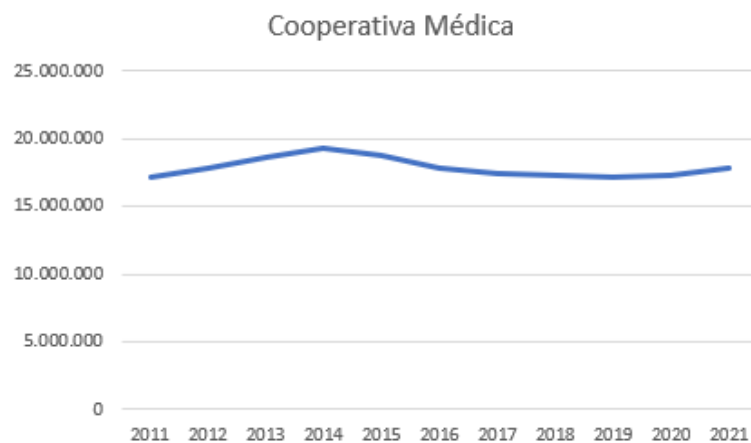


Fonte: ANS/Tabnet.

Em segundo lugar, vem o que chamamos de cooperativas médicas, muito representadas por poucas operadoras muito relevantes, entre elas, as chamadas Unimed. Em cooperativas médicas, os médicos são sócios da cooperativa, ao mesmo tempo em que trabalham nela oferecendo serviços de assistência médica.

Através do gráfico abaixo, podemos observar que essa modalidade se manteve estável entre 2011 e 2021, saindo de 17,1 milhões beneficiários em 2011 para 17,9 milhões em 2021.

Figura 9: Número de beneficiários de cooperativas médicas – 2011 até 2021

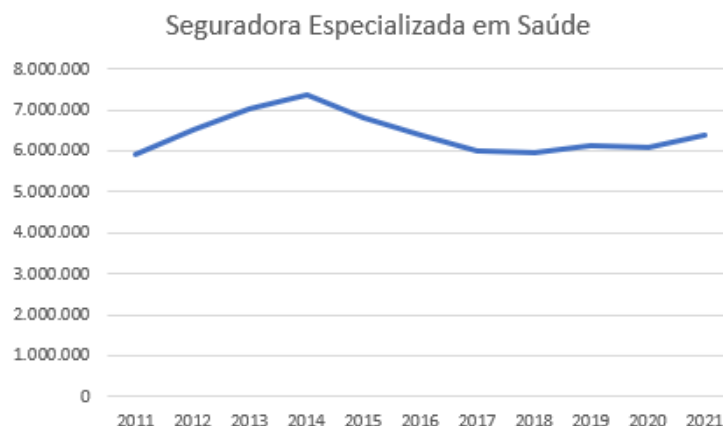


Fonte: ANS/Tabnet.

Em terceiro lugar, temos as seguradoras especializadas. Essas empresas são responsáveis apenas pela operação dos planos de saúde, ou seja, são responsáveis pelo reembolso das despesas de assistência médica de seus beneficiários, em troca do pagamento de prêmios pagas por seus contratantes. O reembolso varia entre os diferentes planos oferecidos, em linha com o estabelecido em contrato.

Nessa modalidade as operadoras não possuem rede própria e todo atendimento é feito pela rede credenciada. Empresas como Sul América e Bradesco Saúde pertencem a essa modalidade. Através do gráfico, podemos observar que o número de beneficiários nessa modalidade sofreu leve alteração, passando de 5,9 milhões em 2011, para 6,4 milhões em 2021. É interessante notar o comportamento do gráfico em alguns momentos—a modalidade apresentou rápido crescimento entre 2011 e 2014, e depois queda entre 2014 e 2017.

Figura 10: Número de beneficiários de seguradoras especializadas – 2011 até 2021

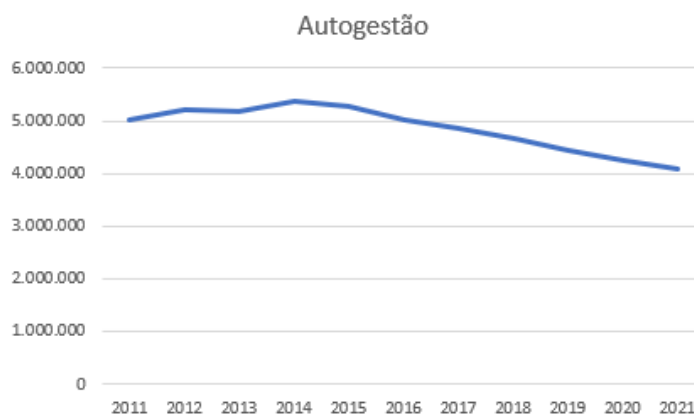


Fonte: ANS/Tabnet.

A quarta modalidade de plano de saúde em termos de relevância é a autogestão. Nessa modalidade se encaixam empresas que realizam a administração de planos de saúde para seus próprios funcionários, ex-funcionários, pensionistas e outros. Um exemplo de operadora dessa modalidade é a CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

Com relação a esse ponto, note-se que, durante o intervalo de 2011 até 2021, houve uma queda no número de beneficiários dessa modalidade passando de 5 milhões para 4 milhões de beneficiários, em termos aproximados.

Figura 11: Número de beneficiários de autogestão – 2011 até 2021

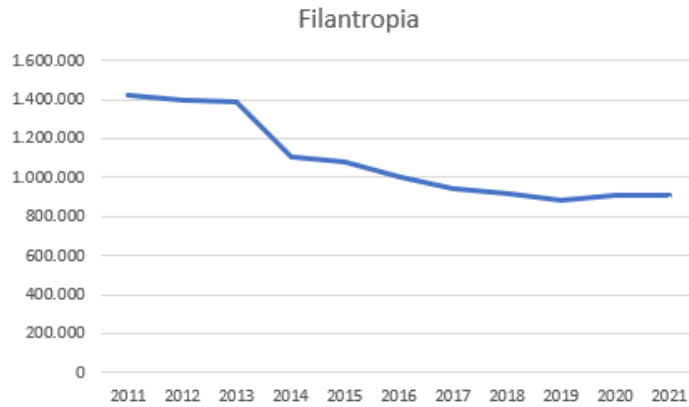


Fonte: ANS/Tabnet.

A quinta modalidade em termos de relevância é o que chamamos de filantropia. Como o próprio nome já diz, essas são operadoras sem fins lucrativos que operam planos de assistência médica ou odontológica. Um exemplo de empresa nessa modalidade são as Santas Casas.

Olhando o gráfico, vemos que essa modalidade também perdeu beneficiários no intervalo estudado, passando de cerca 1,4 milhões para 900 mil beneficiários.

Figura 12: Número de beneficiários de Filantropia – 2011 até 2021



Fonte: ANS/Tabnet.

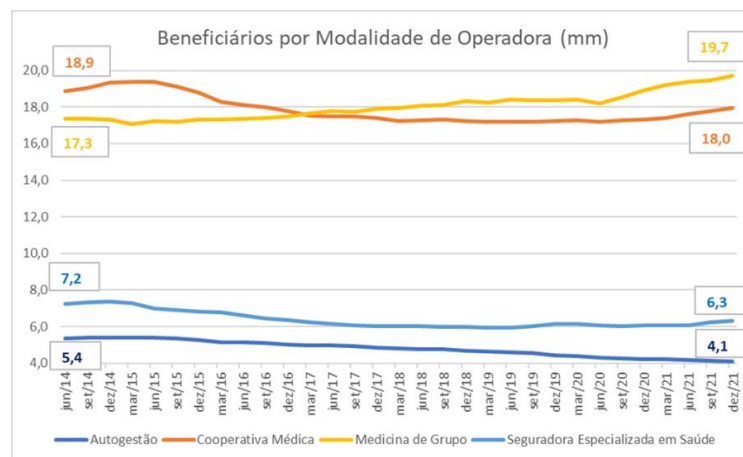
A partir da tabela abaixo, podemos observar o percentual que cada modalidade representa no número de beneficiários. Em 2021, medicina de grupo e cooperativa médica foram as responsáveis por mais de 75% dos beneficiários.

Tabela 3: Beneficiários por modalidade - 2021

2021	Beneficiários	Beneficiários (%)
Autogestão	4.096.402	8,37%
Cooperativa Médica	17.897.432	36,55%
Filantropia	909.244	1,86%
Medicina de Grupo	19.669.542	40,17%
Seguradora Especializada em Saúde	6.393.840	13,06%
Total	48.966.460	

Fonte: ANS/Tabnet.

Figura 13: Evolução de beneficiários de 4 modalidades – 2014 até 2021



Fonte: ANS/Tabnet.

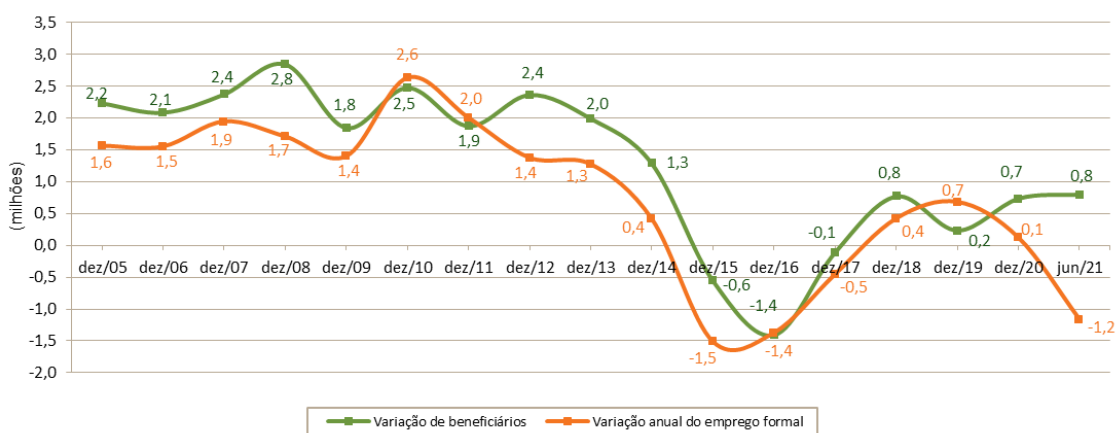
Nesse último gráfico, temos o desempenho de 4 modalidades (autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo e seguradora especializada) no intervalo entre os anos de 2014 e 2021. Podemos observar que 3, das 4, modalidades selecionadas perderam vidas. Apenas medicina de grupo apresentou crescimento no total de beneficiários.

Ao observarmos os cinco primeiros gráficos dessa seção, observamos que quatro, das cinco modalidades, apresentaram, em magnitudes diferentes, crescimento entre 2011 e 2014, para depois ver seu número de beneficiários começar a cair a partir de 2014/2015—com essa queda se mantendo até meados de 2017.

Os dois gráficos abaixo apresentam uma possível explicação para esse fenômeno. No primeiro, elaborado pela ANS, temos a variação de número de beneficiários e a variação de número de empregos formais. Segundo gráfico da ANS, em 2013, a economia brasileira somou 1,3 milhões de trabalhadores formais, enquanto o setor de saúde suplementar ganhou 2 milhões de beneficiários.

Com exceção do recente período da pandemia, pode se observar algum tipo de relação histórica entre as variáveis. Uma possível explicação surge através dos tipos de contratação, já que em março de 2022, 69% beneficiários tem acesso ao plano devido a uma relação empregatícia.

Figura 14: Variação anual no número de beneficiários e no emprego formal



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – setembro/2021

O segundo gráfico nos mostra a variação no número de beneficiários comparada ao desempenho econômico do país, representado pela variação anual no PIB. Esse gráfico segue uma linha parecida com o anterior, buscando relacionar indicadores econômicos ao número de beneficiários.

Figura 15: Variação no PIB e no número de beneficiários

Variação PIB (%) x Beneficiários (mm): (per COVID)



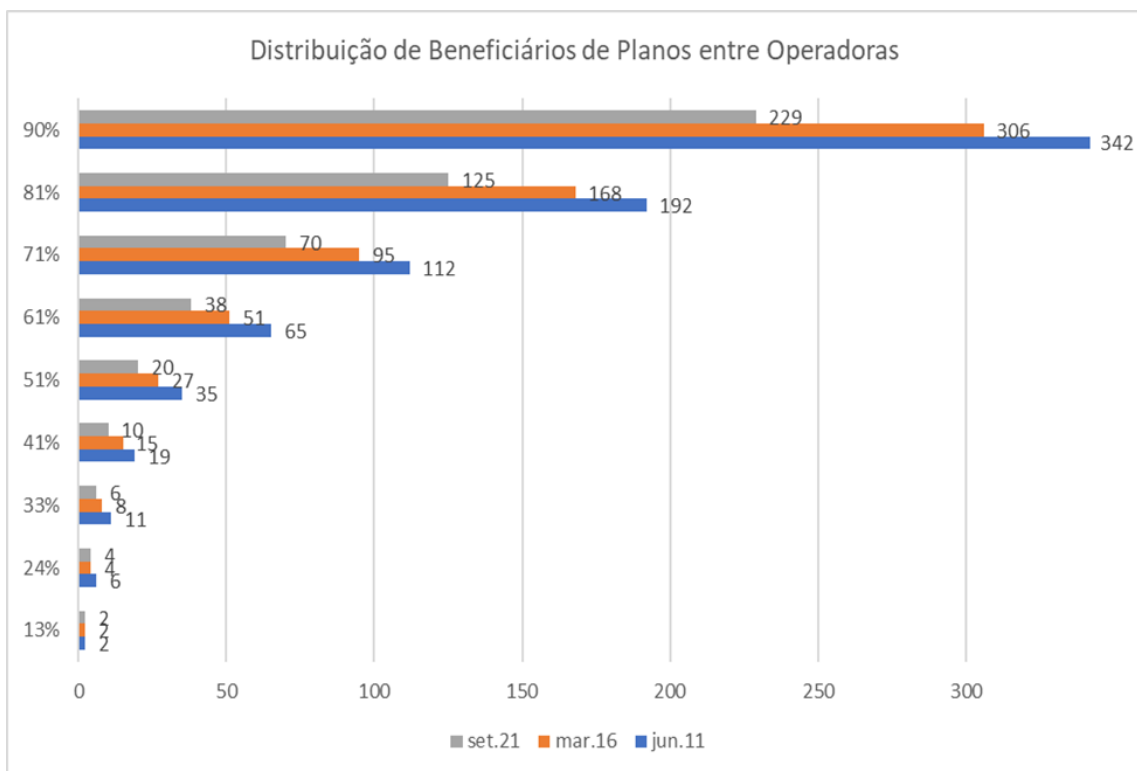
Fonte: ANS/Tabnet e IBGE

4.4. CONCENTRAÇÃO DE MERCADO

O setor de saúde suplementar sempre apresentou uma histórica concentração de operadoras. Porém, como se observa no quadro abaixo, esta concentração se acentuou muito nos últimos anos. Em 2011, 11 operadoras tinham *Market share* de 33%, mas esse número caiu para apenas 6 operadoras, com os mesmos 33%, no ano de 2021.

Da mesma forma, 65 operadoras tinham *Market share* de 61% em junho de 2011, enquanto em 2021, o número caiu para 38 operadoras, com os mesmos 61%.

Figura 16: Concentração do mercado (%) pelo número de operadoras



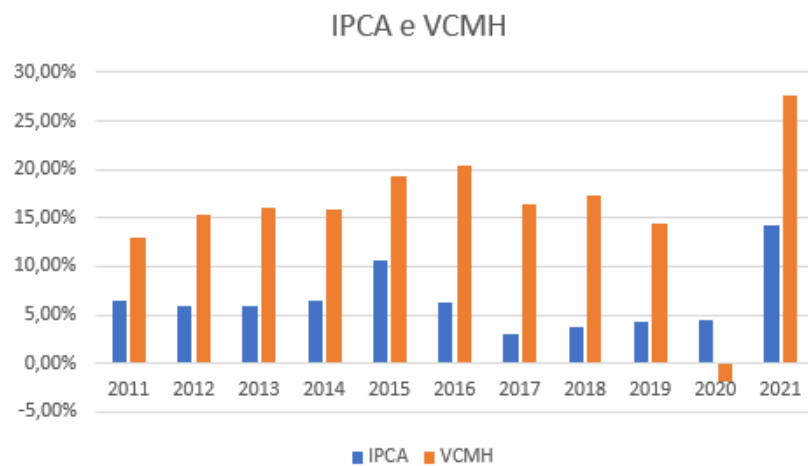
Fonte: ANS/Tabnet.

O economista André Medici (Conjunta Econômica, 2022), destacou que “A concentração não é necessariamente ruim e pode ser positiva, quando elimina empresas que não têm escala para reduzir seu risco atuarial ou sinistralidade.”

4.5 VCMH, IPCA E A EVOLUÇÃO DOS CUSTOS

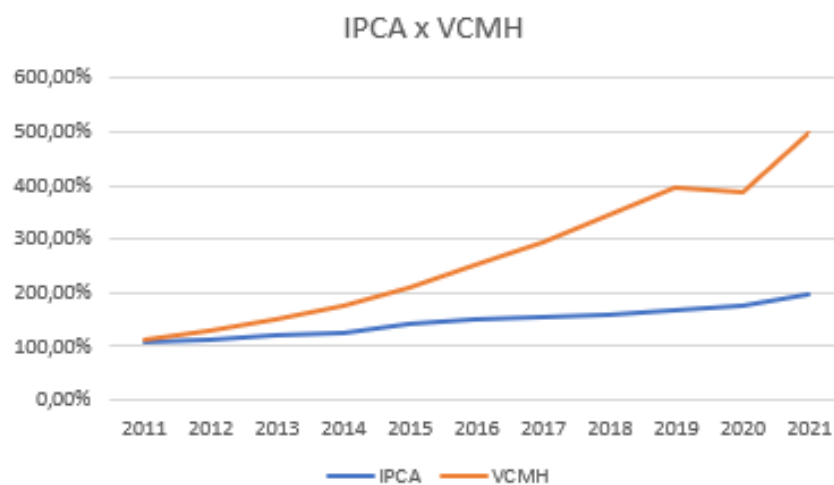
O índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares, também conhecido como VCMH, é o principal índice para se acompanhar a evolução dos custos Médico-Hospitalares no Brasil, muito se fala nele como a inflação médica. Calculado e acompanhado trimestralmente pelo IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, o índice tem apresentado uma trajetória elevada ao longo dos últimos anos, o que nos faz questionar sobre a sustentabilidade dos custos do setor no longo prazo.

Figura 17: IPCA e VCMH anuais – 2011 até 2021



Fonte: IESS e IBGE

Figura 18: IPCA e VCMH acumulados – 2011 até 2021



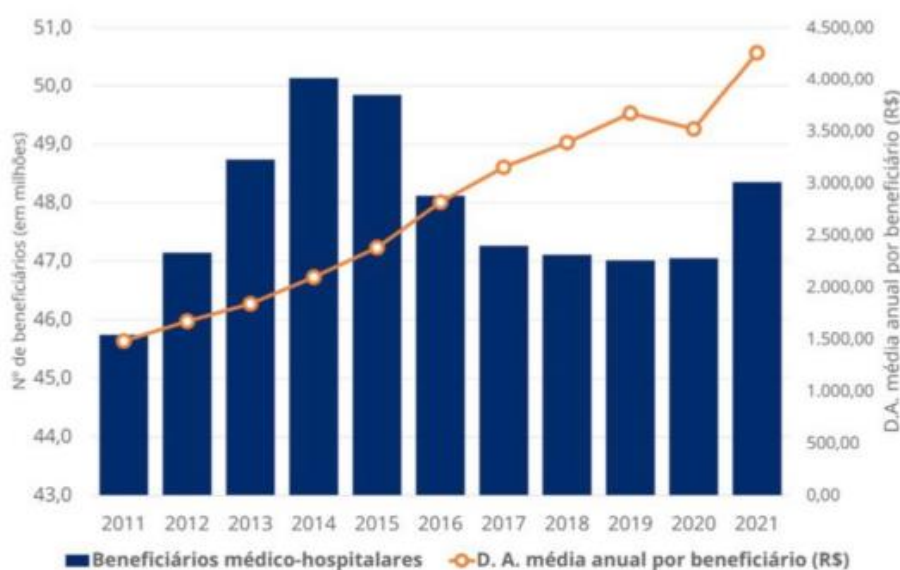
Fonte: IESS e IBGE

Conforme citado anteriormente, a trajetória do VCMH se mostrou muito acentuada, tendo se mantido acima dos 10% ao ano por quase uma década. Um procedimento que custava R\$ 1.000 em 2011, custa R\$ 5.960 em 2021. Enquanto isso, um bem material corrigido pelo IPCA, passaria de R\$ 1.000 para R\$ 2.980 durante o mesmo intervalo.

Abaixo temos outro gráfico interessante. Ele demonstra um aumento significativo no custo de despesa assistencial por beneficiário. Esse número passou de R\$ 1.500 em 2011, para mais de R\$ 4.000 em 2021. Podemos argumentar que esses patamares de custos levam a preços mais altos, o que dificulta o acesso aos planos de saúde, parcialmente explicado pelo baixo crescimento no número de beneficiários no período.

Figura 19: Beneficiários e Despesa Assistencial anual por beneficiário – 2011 até 2021

Gráfico A1. Número de beneficiários de assistência médico-hospitalar em dezembro e Despesa Assistencial (D.A.) média anual por beneficiário (em R\$). Brasil, 2011 a 2021.



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 11/04/2022, FIP - 12/2006 e SIB/ANS/MS - 03/2022. Elaboração: IEISS.

Fonte: DIOPS/ANS/MS e SIB/ANS/MS - Elaboração IEISS

4.6. MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Pode-se argumentar sobre a necessidade de maior alinhamento dos incentivos nos modelos de remuneração das operadoras perante os prestadores de serviço. Porém, o setor como um todo caminha lentamente na direção de um maior alinhamento. Entre os modelos de remuneração em vigor, *o fee for service* ainda é o prioritário.

O modelo de *fee for service*, também conhecido como modelo de conta aberta é o modelo de remuneração mais praticado do país, nele, a remuneração do prestador de serviço médico-hospitalar se dá pelo somatório de todos os exames, procedimentos, consultas e equipamentos utilizados durante o período de tratamento do paciente.

Uma das críticas feitas a esse modelo de remuneração é o fato dele incentivar um ciclo vicioso que estimula o excesso durante o tratamento.

“Uma das principais críticas a este modelo reside no fato da demanda ser induzida pela oferta, ou seja, há produção excessiva de procedimentos pelos prestadores de serviços que nem sempre são necessários para o paciente”. (ANS, 2019, p. 21).

“Por outro lado, o sistema tem incentivo de gerar uma superprodução de serviços, dado que a remuneração do profissional depende diretamente do volume produzido. Além disso, o modelo acaba não incentivando práticas de promoção e prevenção da saúde, dado que o tratamento da doença oferece maiores retornos”. (TAKAHASHI, 2013).

Segundo o site da ANS, em 2010, a própria agência viu a necessidade de criar modelos de remuneração alternativos ao *fee for service*, e criou um grupo de trabalho para melhorar a forma como os prestadores são remunerados. Pouco tempo depois, em 2012, foi assinado um acordo entre hospitais e operadoras para testar novos possíveis modelos de remuneração.

Em 2019, a ANS divulgou o Guia para implementação de Modelos de Remuneração baseadas em valor, onde citou algumas alternativas ao *fee for service*. Entre os novos modelos, temos os pacotes, onde a operadora negocia com o prestador um valor que inclua tudo necessário para realização de determinado procedimento. Outro modelo sugerido é o de diária global, onde a operadora paga um valor fixo por cada dia que o paciente estiver internado. Neste valor estão incluídos todos os gastos relacionados a internação.

5. DOIS MODELOS DIFERENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Atualmente, a indústria de saúde suplementar no Brasil envolve três principais participantes. Primeiro temos as operadoras, essas são responsáveis pela venda de planos de saúde para aquelas empresas, indivíduos e entidades interessadas.

Segundo, temos os beneficiários, que pagam um prêmio recorrente em troca da cobertura assistencial oferecida por essas operadoras. Este pagamento é feito diretamente por eles no caso de planos individuais, pelas empresas nos planos coletivos empresariais e através de entidades e associações no caso de planos coletivos por adesão.

Além disso, temos os prestadores de serviço, tais como hospitais, clínicas e laboratórios, que podem ser credenciados ou de propriedade das operadoras. Por fim, temos, um quarto participante menos relevante, quais sejam os fornecedores dos prestadores de serviço, como, por exemplo, as empresas farmacêuticas, fabricantes e revendedores de próteses e outros.

5.1. MODELO NÃO VERTICALIZADO

O primeiro modelo que vamos tratar é o modelo não verticalizado. De maneira simplificada, no modelo verticalizado as relações entre os participantes funcionam da seguinte maneira: beneficiários procuram determinado serviço médico, os prestadores de serviço realizam o serviço, e enviam um relatório com todas as despesas incorridas para realizar aquele atendimento—no seu modelo remuneração prioritário, o *fee for service*. As operadoras de planos de saúde, por sua vez, recebem esse relatório e efetuam o pagamento. Veja, abaixo, um organograma para facilitar a compreensão do funcionamento desse modelo.

Figura 21: Dinâmica no modelo não verticalizado



Fonte: IESS

Devido a essa relação entre os participantes, os prestadores de serviços acabam tendo o incentivo de otimizar sua receita, na medida em que nesse modelo eles são pagos de acordo com o volume de exames, medicamentos e cirurgias faturados.

5.2. MODELO VERTICALIZADO

O segundo modelo do qual vamos tratar é o modelo onde as operadoras de saúde são verticalizadas. Essa estratégia permite um maior controle da rede de prestadores de serviços médico-hospitalares, incluindo corpo clínico, hospitais, unidades ambulatoriais e de medicina diagnóstica. Isso acontece porque nesse modelo as operadoras passam a ser donas, em diferentes níveis, dos prestadores de serviços. Abaixo temos um organograma para ajudar a entender esse modelo.

Figura 22: Dinâmica do Modelo Verticalizado



Fonte: Elaboração própria com base em gráfico do IESS

A grande diferença desse modelo, se comparado ao modelo não verticalizado, é a dinâmica da relação entre operadoras e prestadores de serviço. Como vimos na seção acima, em modelos não verticalizados, os prestadores de serviço são, majoritariamente, remunerados pela quantidade de procedimentos e tratamentos realizados, gerando um desalinhamento de interesses entre operadoras e prestadores.

No modelo verticalizado, a operadora passa a ser dona da rede de prestadores de serviço, e, com isso, passa a ser dona também do custo incorrido pelos prestadores, em vez de apenas fonte pagadora.

Esse modelo de otimização gera um ganho de eficiência muito relevante, pois tem por princípio curar o paciente em menos tempo e com o menor uso de recursos possíveis, baseado no histórico de funcionamento dos tratamentos. Assim, evita desperdícios e utiliza melhor os ativos da operadora. (BOGARI, 2021, p. 4).

No Brasil, o modelo verticalizado se resume a duas empresas: Grupo Notre Dame Intermédica (GNDI) e Hapvida. Apesar de elas terem se juntado recentemente, para fins didáticos, iremos analisá-las como duas empresas distintas.

Nessa primeira tabela, do estudo da SP4 Comunicações sobre as 20 maiores operadoras de saúde do Brasil, podemos observar que no intervalo entre dezembro de 2016, até dezembro de 2021, as empresas GNDI e Hapvida cresceram sua carteira em 129% e 105%, respectivamente. O GNDI passou de 1,87 milhões, para 4,29 milhões de beneficiários, já a Hapvida passou de 2,06 milhões, para 4,24 milhões. Em termos de *Market share*, O GNDI passou de 3,9%, para 8,7%, e a Hapvida passou de 4,3%, para 8,6%.

No mesmo período, o mercado cresceu de 47,67 milhões de beneficiários, para 48,99 milhões. Ou seja, enquanto as duas verticalizadas ganharam 4,6 milhões de vidas, o mercado de planos de saúde ganhou apenas 1,32 milhão de vidas. Entre as cinco maiores, a Sul América Saúde também apresentou crescimento no número de vidas, enquanto Amil e Bradesco Saúde viram suas carteiras diminuírem.

Figura 23: Crescimento de beneficiários das 20 maiores operadoras do Brasil – dezembro/2016 até dezembro/2021.

Maiores operadoras em 2021	Beneficiários em dez/2016	Beneficiários em dez/2021	Crescimento da carteira	Aumento total de vidas
INTERMÉDICA (GNDI)	1.876.627	4.293.734	128,8%	2.417.107
HAPVIDA	2.064.337	4.240.415	105,4%	2.176.078
BRADESCO SAÚDE	3.945.629	3.722.519	-5,7%	-223.110
AMIL	4.106.378	3.333.257	-18,8%	-773.121
SULAMÉRICA SAÚDE	1.959.240	2.579.675	31,7%	620.435
CENTRAL NACIONAL UNIMED - CNU	1.499.373	1.917.873	27,9%	418.500
UNIMED BELO HORIZONTE	1.182.432	1.368.235	15,7%	185.803
UNIMED RIO	795.213	753.357	-5,3%	-41.856
UNIMED PORTO ALEGRE	633.182	646.779	2,1%	13.597
CASSI	706.577	607.623	-14,0%	-98.954
UNIMED SEGUROS	479.012	598.438	24,9%	119.426
ASSIM	433.926	583.558	34,5%	149.632
PREVENT SENIOR	328.366	549.947	67,5%	221.581
UNIMED CURITIBA	537.130	547.749	2,0%	10.619
UNIMED CAMPINAS	573.322	521.074	-9,1%	-52.248
UNIMED VITÓRIA	328.495	360.189	9,6%	31.694
UNIMED GOIÂNIA	325.310	347.131	6,7%	21.821
UNIMED FESP	639.796	345.164	-46,1%	-294.632
UNIMED FORTALEZA	344.356	341.418	-0,9%	-2.938
PORTO SAÚDE	225.867	300.397	33,0%	74.530

* A operadora Green Line foi adquirida pela Intermédica em 2019. ** GEAP e Unimed Belém não estavam na lista das 20 maiores em 2021. Fonte: ANS Tabnet 11/abril/2021.

Fonte: Estudo SP4 Comunicação Corporativa

Na segunda tabela, também do estudo da SP4 Comunicação, temos o crescimento das operadoras dividido entre crescimento orgânico e através de aquisições. Podemos observar que apesar da maior parte do crescimento das duas verticalizadas ter sido através de aquisições, elas também apresentaram crescimento orgânico relevante. Cerca de 1,05 milhões de novas vidas foram adicionadas organicamente. Esse crescimento representa 79,5% do crescimento no número de beneficiários no intervalo 2016 até 2021.

Figura 24: Crescimento Orgânico x Aquisição das 20 maiores operadoras do Brasil – dezembro/2016 até dezembro/2021.

20 maiores operadoras em 2021	Crescimento total de beneficiários	Crescimento orgânico	Crescimento por aquisição
INTERMÉDICA (GNDI)	2.417.107	629.107	1.788.000
HAPVIDA	2.176.078	425.078	1.751.000
BRADESCO SAÚDE	-223.110	-223.110	0
AMIL	-773.121	-1.003.121	230.000
SULAMÉRICA SAÚDE	620.435	507.435	113.000
CENTRAL NACIONAL UNIMED - CNU	418.500	223.180	195.320
UNIMED BELO HORIZONTE	185.803	185.803	0
UNIMED RIO	-41.856	-41.856	0
UNIMED PORTO ALEGRE	13.597	3.597	10.000
CASSI	-98.954	-98.954	0
UNIMED SEGUROS	119.426	119.426	0
ASSIM	149.632	149.632	0
PREVENT SENIOR	221.581	221.581	0
UMINED CURITIBA	10.619	10.619	0
UNIMED CAMPINAS	-52.248	-52.248	0
UNIMED VITÓRIA	31.694	31.694	0
UNIMED GOIÂNIA	21.821	21.821	0
UNIMED FESP	-294.632	-294.632	0
UNIMED FORTALEZA	-2.938	-2.938	0
PORTO SAÚDE	74.530	74.530	0

Fonte: ANS Tabnet 11/abril/2021e Balanços publicados pelas operadoras.

Fonte: Estudo - SP4 Comunicação Corporativa

Buscando entender um pouco melhor o desempenho financeiro de diferentes grupos de operadoras e principalmente das duas verticalizadas, foi elaborada uma tabela com dois indicadores financeiros, ROIC e ROE. Os indicadores foram calculados com base no Painel Contábil da ANS e a metodologia de cálculo utilizada está a seguir:

$ROIC = NOPAT / (Dívida Bruta + Patrimônio Líquido)$, onde $NOPAT =$ Resultado operacional – Impostos.

$ROE = LUCRO LÍQUIDO / PATRIMÔNIO LÍQUIDO$

Primeiro, separamos as operadoras em quatro grupos diferentes. As verticalizadas, representadas por GNDI + HAPV. Em seguida, temos todas as operadoras que se encaixam na modalidade medicina grupo. Vale destacar que GNDI + HAPV pertencem a essa modalidade e estão incluídas. O terceiro grupo são novamente todas as operadoras que se encaixam em medicina de grupo, dessa vez sem incluir GNDI + HAPV. Por último, temos operadoras

pertencentes a modalidade de seguradoras especializadas, onde as operadoras têm apenas rede credenciada.

Tabela 4: ROIC e ROE de 4 grupos de operadoras – 2018 até 2021

		2018	2019	2020	2021
GNDI + HAPV	ROIC	21,02%	14,33%	20,62%	3,07%
	ROE	23,18%	15,16%	19,39%	3,04%
Medicina de Grupo	ROIC	8,16%	5,33%	16,89%	-1,70%
	ROE	10,06%	8,63%	14,29%	-0,97%
Medicina de Grupo (EX- GNDI + HAPV)	ROIC	5,44%	2,62%	15,43%	-4,03%
	ROE	7,61%	6,85%	12,50%	-2,81%
Seguradora Especializada	ROIC	6,36%	8,49%	8,42%	-6,03%
	ROE	13,71%	17,64%	13,36%	7,67%

Fonte: Painel Contábil da ANS.

Pode-se observar que o grupo composto por GNDI + HAPV apresenta retornos maiores que os outros três grupos. Os dados corroboram a hipótese de que no modelo verticalizado há um maior alinhamento de incentivos entre operadora e prestadores, o que se traduz em maior eficiência com os recursos disponíveis.

Podemos argumentar também que foi justamente essa maior eficiência que levou ao crescimento no número de beneficiários. Com maior eficiência, as verticalizadas são capazes de oferecer planos de assistência médica a custos menores.

Sobre o tema, Edson Carlos De Marchi, Presidente da fundação Antônio e Helena Zerenner, argumenta:

“O exagero dos incentivos errados foi tão grande que viabilizou um novo modelo de negócio em saúde: as chamadas verticalizadas. Em outras palavras, se eu colocar os atores de saúde debaixo de um mesmo guarda-chuva, e não permitir os tais incentivos errados, eu consigo oferecer um serviço igual por um custo muito menor.” (LONDRES, 2020, p.18)

6. ANÁLISE EMPÍRICA

A figura 17 nos mostra que a variação no emprego formal pode estar relacionada com a variação no número de beneficiários de planos de saúde. O objetivo dessa seção é realizar uma análise empírica para entender se essa relação de fato existe.

6.1. DADOS E METODOLOGIA

Para realizar a análise empírica proposta, utilizaremos dados de 2012 até 2021. O número de beneficiários de planos de saúde foi extraído do Tabnet da ANS. A taxa de desemprego foi baseada em dados do IBGE. O método utilizado na regressão foi o de Mínimo Quadrados Ordinários e para o cálculo foi usado o software GRET. Na regressão, utilizamos o número de beneficiários como variável dependente e a taxa de desemprego como variável explicativa.

6.2. RESULTADOS

Modelo 2: MQO, usando as observações 2012-2021 (T = 10)

Variável dependente: Beneficiários

	coeficiente	erro padrão	razão-t	p-valor	
const	5,15638e+07	1,23568e+06	41,73	1,20e-010	***
Desemprego	-3,10267e+07	1,12959e+07	-2,747	0,0252	**
Média var. dependente	48265427	D.P. var. dependente	1210813		
Soma resid. quadrados	6,79e+12	E.P. da regressão	921318,8		
R-quadrado	0,485349	R-quadrado ajustado	0,421017		
F(1, 8)	7,544500	P-valor(F)	0,025186		
Log da verossimilhança	-150,4093	Critério de Akaike	304,8186		
Critério de Schwarz	305,4237	Critério Hannan-Quinn	304,1547		
rô	0,283441	Durbin-Watson	1,008744		

A partir dos resultados, podemos concluir que a taxa de desemprego é estatisticamente significativa ao nível de 5%. Interpretando os números, temos que um aumento de uma unidade na taxa de desemprego leva a uma redução de 3,08 unidades no número de beneficiários. Ao analisarmos o R-Quadrado ajustado, temos o valor de 0,42, isso nos diz que a taxa de desemprego é responsável por 42% da variação no número de beneficiários. Uma possível explicação reside no fato de que no ano de 2021, 69% dos beneficiários possuíam planos coletivos empresariais.

7. CONCLUSÃO

Da análise dos dados e reflexões apresentadas no presente trabalho, fica claro que existem diversos desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, nos âmbitos público e privado. Desde o subfinanciamento do SUS, representado pelo baixo nível de gasto *per capita* com saúde, e pela baixa proporção desses gastos que são de origem pública, até um possível subdimensionamento do sistema, representado, em parte, pela quantidade de leitos por mil habitantes no Brasil, os obstáculos são muitos.

No setor de saúde suplementar os desafios não são menores, com a escalada do VCMH e o alinhamento de incentivos, por exemplo, representando questões que requerem atenção. Com relação a esse ponto, como foi visto ao longo do trabalho, a concentração dos beneficiários em poucas operadoras tem um lado positivo, uma vez que elimina as operadoras mais frágeis e traz escala para as operadoras mais bem posicionadas.

Por último, tratamos da posição de destaque que as duas principais operadoras verticalizadas ganharam nos últimos anos. Entre 2016 e 2021, GNDI e Hapvida mais que dobraram seu número de beneficiários, e receberam retornos superiores à média das demais operadoras de medicina de grupo e seguradoras especializadas, enquanto o mercado cresceu menos de 3%. Cabe destacar, ainda, a superioridade das duas empresas quando observamos os dois indicadores financeiros propostos, ROIC e ROE.

Entre explicações para esses retornos melhores, é provável que esteja a maior atenção aos custos e conseqüentemente uma maior busca por eficiência e uma maior integração na troca de informações entre operadoras e sua rede de prestadores de serviços. O modelo verticalizado é uma alternativa viável para oferecer serviços de assistência a um custo mais baixo.

Conclui-se, portanto, que existe uma relação entre o número de beneficiários de plano de saúde no Brasil, e a taxa de desemprego do país. Conforme destacado ao longo do trabalho, a explicação mais prováveis para esse fenômeno está relacionada aos tipos de vínculos de contratação—plano de saúde individual, coletivo empresarial, e coletivo por adesão—, mas diante da complexidade do setor de saúde brasileiro não restam dúvidas de que existem diversos outros fatores de influência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Casa Civil. 1988. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 23.06.2022

ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. **Ministério da Saúde**. 1990. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em 25.04.2022

Segundo OMS, ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, índice médio é de 2,4. **AHSEB**. 2014. Disponível em <<https://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>>. Acesso em 24.06.2022

DOS SANTOS, F. P. Saúde Suplementar – Impactos e Desafios da Regulação. **Revista UFG**, Goiânia, v.8, n.2, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48114>>. Acesso em: 20.06.2022

Quem Somos. **ANS**. 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em 24.06.2022

Operadoras de Medicina de Grupo. **ANAB**, 2019. Disponível em <<https://anab.com.br/operadoras-de-medicina-de-grupo/#:~:text=As%20primeiras%20empresas%20de%20Medicina,de%20qualidade%20aos%20seus%20funcion%C3%A1rios.>>>. Acesso em: 28.06.2022

Tabnet. **ANS**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def>. Acesso em 20.06.2022

Painel Contábil da Saúde Suplementar. **ANS**. Disponível em <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJlYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>>. Acesso em 23.06.2022

CAETANO, J.; PIETROBON, L; PRADO, M. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **SciELO Brasil**. 2018. Disponível

em <<https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?lang=pt>>.

Acesso em: 20.04.2022

Formas de contratação de planos de saúde. **ANS**. Disponível em <<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>>. Acesso em 30.09.2021

LONDRES, A. A culpa é do dono: custos de planos de saúde empresariais. Rio de Janeiro. **Editora Autografia**. 2020. Disponível em <https://www.amazon.com.br/culpa-dono-custos-planos-empresariais-ebook/dp/B08LF3RFJL/ref=sr_1_1?_mk_pt_BR=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&dchild=1&keywords=a+culpa+%C3%A9+do+dono&qid=1633056332&sr=8-1>.

Acesso em 20.06.2022

Modalidades dos Planos de Saúde. **Grupo Notredame Intermédica**. 2017. Disponível em <<https://www.gndi.com.br/saude/duvidas-frequentes-sobre-planos-de-saude/artigos/modalidades-dos-planos-de-saude>>. Acesso em 30.04.2022

ALMEIDA, A. As Perspectivas para a consolidação do mercado de saúde no Brasil. **Departamento de Economia PUC-Rio**. 2015. Disponível em:

<http://www.econ.pucRio.br/uploads/adm/trabalhos/files/Antonio_Pedro_Mendes_de_Almeida.pdf>. Acesso em 20.06.2022

ALEXANDER, S. Notas de Aula: Valuation. Seminário de Finanças Corporativas. Departamento de Economia PUC-Rio. Disponível em <https://www.dropbox.com/sh/0xw1zetrSis1mbr/AACT67M5uu4dYr9pz4odDL4xa/11%20VALUATION?dl=0&preview=AULA+T%C3%B3picos+Valuation.pdf&subfolder_nav_tracking=1>. Acesso em 22.06.2022

Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$ 608,3 bilhões em 2017. **Conta-Satélite de Saúde**. 2019. Disponível em: <[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do-PIB-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do- PIB-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017)>. Acesso em 20.04.2022

Carta Bogari 35 - Saúde. **Bogari Capital**. 2021. Disponível em <<http://bogaricapital.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Carta-Bogari-35-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 20.04.2022

CLAUDINO, B. Impacto da verticalização das operadoras de saúde no Brasil. **FGV**. 2019. Disponível em <[Impacto da verticalização das operadoras de saúde no Brasil: uma análise do retorno dos ativos do setor | col:31243 | com:1741 \(fgv.br\)](#)>. Acesso em 22.04.2022

TAKAHASHI, A.C.D. Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano. **Dissertação de Mestrado da Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo**, 2013.

Monteiro, S. É preciso atenção às formas nocivas de concentração na saúde suplementar. **Conjuntura Econômica**. 2022. Disponível em < <https://ibre.fgv.br/blog-da-conjuntura-economica/artigos/e-preciso-atencao-formas-nocivas-de-concentracao-na-saude>>. Acesso em 24.06.2022

A Evolução das 20 maiores operadoras de planos de saúde, em número de beneficiários (2017 – 2021). **SP4 Comunicação Corporativa**. 2022. Disponível em <<https://www.sp4comunicacao.com.br/wp-content/uploads/2022/04/A-evolucao-das-20-maiores-operadoras-de-planos-de-saude-em-numero-de-beneficiarios-2017-2021.pdf>>. Acesso em 25.06.2022

VCMH/IESS. **IESS**. Disponível em <<https://www.iess.org.br/vcmhiess>>. Acesso em 20.05.2022

IPCA – índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. **IBGE**. Disponível em <[Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo | IBGE](#)>. Acesso em 20.05.2022

Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. **ANS**. 2019. Disponível em <[guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf \(ans.gov.br\)](#)>. Acesso em 20.06.2022

PNAD Contínua. **IBGE**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego>. Acesso em 20.06.2022

Public funding of health spending. **OCDE**. 2019. Disponível em <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7f66369c-en/index.html?itemId=/content/component/7f66369c-en>>. Acesso em 20.04.2022

Health expenditure per capita. **OCDE**. 2019. Disponível em <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7f66369c-en/index.html?itemId=/content/component/7f66369c-en>>. Acesso em 20.04.2022

Tabnet. **DATASUS**. Disponível em <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7f66369c-en/index.html?itemId=/content/component/7f66369c-en>>. Acesso em 22.06.2022

População. IBGE. 2022. Disponível em <[IBGE | Projeção da população](#)>. Acesso em 22.06.2022

Hospital Beds (per 1,000 people). **Banco Mundial**. Disponível em <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>>. Acesso em 20.04.2022

Caderno de informação da saúde suplementar. ANS. 2021. Disponível em <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 20.05.2022

Sistema de Contas Nacionais Trimestrais. IBGE. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=pib#evolucao-taxa>. Acesso em 20.06.2022

9. ANEXO

ANEXO 1. DADOS FINANCEIROS DE DETERMINADOS GRUPOS DE OPERADORAS DE SAÚDE

GNDI + HAPV	Qnt. Operadoras		2		2		2		2	
	Ano		2018		2019		2020		2021	
Ativo Total	R\$	6.819.398,00	R\$	11.101.704,00	R\$	14.932.819,00	R\$	20.789.058,00		
Passivo	R\$	3.373.427,00	R\$	5.564.684,00	R\$	6.778.651,00	R\$	8.194.692,00		
Patrimônio Líquido	R\$	3.445.971,00	R\$	5.537.020,00	R\$	8.154.168,00	R\$	12.594.366,00		
Dívida Bruta	R\$	616.257,00	R\$	798.337,00	R\$	1.140.318,00	R\$	1.326.784,00		
NOPAT	R\$	853.786,17	R\$	908.030,25	R\$	1.916.679,51	R\$	427.967,00		
Lucro Líquido	R\$	798.843,00	R\$	839.345,00	R\$	1.580.905,00	R\$	383.191,00		
ROIC		21,02%		14,33%		20,62%		3,07%		
ROE		23,18%		15,16%		19,39%		3,04%		

Medicina de Grupo	Qnt. Operadoras		104		103		99		97	
	Ano		2018		2019		2020		2021	
Ativo Total	R\$	37.195.638,00	R\$	44.137.896,00	R\$	51.405.152,00	R\$	63.909.928,00		
Passivo	R\$	15.322.128,00	R\$	18.220.084,00	R\$	20.051.078,00	R\$	23.791.194,00		
Patrimônio Líquido	R\$	21.873.509,00	R\$	25.917.810,00	R\$	31.354.072,00	R\$	40.118.733,00		
Dívida Bruta	R\$	1.432.197,00	R\$	1.515.801,00	R\$	1.727.937,00	R\$	2.289.475,00		
NOPAT	R\$	1.900.775,97	R\$	1.461.141,99	R\$	5.586.846,21	-R\$	720.133,26		
Lucro Líquido	R\$	2.200.870,00	R\$	2.235.499,00	R\$	4.480.183,00	-R\$	389.772,00		
ROIC		8,16%		5,33%		16,89%		-1,70%		
ROE		10,06%		8,63%		14,29%		-0,97%		

Medicina de Grupo (EX- GNDI +	Qnt. Operadoras		102		101		97		95	
	Ano		2018		2019		2020		2021	
Ativo Total	R\$	30.376.240,00	R\$	33.036.192,00	R\$	36.472.333,00	R\$	43.120.870,00		
Passivo	R\$	11.948.701,00	R\$	12.655.400,00	R\$	13.272.427,00	R\$	15.596.502,00		
Patrimônio Líquido	R\$	18.427.538,00	R\$	20.380.790,00	R\$	23.199.904,00	R\$	27.524.367,00		
Dívida Bruta	R\$	815.940,00	R\$	717.464,00	R\$	587.619,00	R\$	962.691,00		
NOPAT	R\$	1.046.989,80	R\$	553.111,74	R\$	3.670.166,70	-R\$	1.148.100,26		
Lucro Líquido	R\$	1.402.027,00	R\$	1.396.154,00	R\$	2.899.278,00	-R\$	772.963,00		
ROIC		5,44%		2,62%		15,43%		-4,03%		
ROE		7,61%		6,85%		12,50%		-2,81%		

Seguradora Especializada	Qnt. Operadoras		6		6		6		6	
	Ano		2018		2019		2020		2021	
Ativo Total	R\$	33.174.069,00	R\$	35.720.082,00	R\$	41.294.631,00	R\$	41.373.470,00		
Passivo	R\$	17.995.564,00	R\$	19.248.883,00	R\$	23.110.458,00	R\$	23.452.535,00		
Patrimônio Líquido	R\$	15.178.505,00	R\$	16.471.199,00	R\$	18.184.173,00	R\$	17.920.935,00		
Dívida Bruta	R\$	4.447,00	R\$	742,00	R\$	-	R\$	-		
NOPAT	R\$	965.335,32	R\$	1.398.575,97	R\$	1.530.692,64	-R\$	1.080.339,12		
Lucro Líquido	R\$	2.080.559,00	R\$	2.906.111,00	R\$	2.428.775,00	R\$	1.374.680,00		
ROIC		6,36%		8,49%		8,42%		-6,03%		
ROE		13,71%		17,64%		13,36%		7,67%		

Fonte: Painel Contábil da ANS