

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DENILSON QUEIROZ GOMES FERREIRA

OS DETERMINANTES DA INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR
SEGUNDO A TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO

RIO DE JANEIRO
2013

Denilson Queiroz Gomes Ferreira

OS DETERMINANTES DA INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR
SEGUNDO A TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Ana Célia Castro

Rio de Janeiro

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

F383 Ferreira, Denilson Queiroz Gomes.
Os Determinantes da Integração Vertical na Saúde
Suplementar segundo a Teoria dos Custos de Transação /
Denilson Queiroz Gomes Ferreira. -- 2013.
252 p.; 31 cm.

Orientadora: Ana Célia Castro
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-graduação
em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, 2013
Bibliografia: p. 243-248.

1. Saúde Suplementar. 2. Teoria dos Custos de Transação.
3. Economia – Teses. I. Castro, Ana Célia. II. Universidade
Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III.
Título.

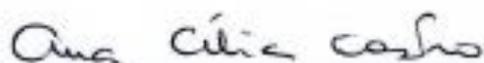
CDD 338.5

Denilson Queiroz Gomes Ferreira

OS DETERMINANTES DA INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR
SEGUNDO A TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Políticas Públicas, Estratégias e
Desenvolvimento, Instituto de Economia,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial à obtenção do título de Doutor em
Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento

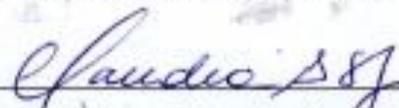
Aprovada em 13/12/2013



Profª. Ana Célia Castro – D.Sc. – UFRJ (Orientadora)



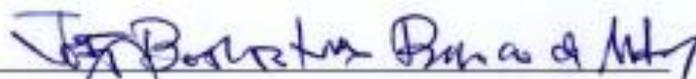
Prof. Alexandre Marinho – D.Sc. – IPEA / UERJ



Profª. Claudia Affonso Silva Araújo – D.Sc. – Coppead/UFRJ



Profª. Cristina de Albuquerque Possas – D.Sc. – FIOCRUZ



Prof. João Boaventura Branco de Matos – D.Sc. – ANS / ESPM



Prof. Ronaldo Fiani – D.Sc. – UFRJ

Rio de Janeiro

2013

RESUMO

FERREIRA, Denilson Queiroz Gomes. **Os Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar segundo a Teoria dos Custos de Transação**. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A tese buscou verificar se os fatores considerados pelas Operadoras de Planos de Saúde quando tomam a decisão de se integrar verticalmente encontram respostas na Teoria dos Custos de Transação. Para tanto, reconstruiu a história dos planos de saúde no Brasil, enfocando o processo de regulamentação do mercado de saúde suplementar, que restringiu mecanismos utilizados para reduzir o comportamento oportunista de beneficiários e prestadores de serviços e que contribuiu para aumentar a complexidade e incerteza. Além disso, o maior ativo específico do setor, a relação médico-paciente, está em grande medida fora das Operadoras. Soma-se aos fatos a impossibilidade de se prever contratualmente todas as circunstâncias futuras e se tem o cenário ideal para a integração vertical em direção aos prestadores de serviços. As demonstrações financeiras das Operadoras entre 2007 e 2011 confirmam a crescente verticalização nas modalidades nas quais é permitida, com destaque para as Cooperativas Médicas. Entrevistas realizadas com gestores de cinco Operadoras, selecionadas dentre aquelas que mais incorreram em despesas assistenciais em rede própria no período 2007-2011, permitiram verificar a presença dos determinantes da integração vertical previstos na Teoria dos Custos de Transação. Constatou-se, ainda, que as referidas Operadoras estão internalizando atividades de prestação de serviços assistenciais e aquisição de insumos, além de desejarem internalizar a gestão da atenção médica dispensada a seus beneficiários, como forma de prover um serviço mais eficaz e sustentável economicamente.

Palavras-chave: Operadoras de Planos de Saúde. Saúde Suplementar. Teoria dos Custos de Transação.

ABSTRACT

FERREIRA, Denilson Queiroz Gomes. **Os Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar segundo a Teoria dos Custos de Transação**. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The thesis verifies if the factors considered by the Health Insurance Companies (HICs) when they decide to integrate vertically are coherent with the Transaction Cost Theory. In order to do so, the history of the health plans in Brazil was reviewed, with a focus on the process of regulation of the health plans market which restricted the mechanisms typically used to refrain opportunistic behavior of clients and service providers, what contributed to increase the market's uncertainty and complexity. Besides, the health market's greatest asset – the doctor-patient relationship – is outside of the HICs control. If you add to these factors the impossibility to put in a contract all possible situations that may happen in the future, you get the ideal scenario for the vertical integration of the HICs with those who provide services for them. The analysis of the HICs' financial statements between 2007 and 2011 confirms an increased verticalization on those niches where it is allowed, with a special emphasis on the Physician Cooperatives. Interviews conducted with the managers of five HICs, selected among those that incurred in the largest expenses for providing healthcare services in their self-owned facilities between 2007 and 2011, allowed for the verification of the existence of the determinants of vertical integration predicted by the Transaction Cost Theory. Moreover, it was also verified that the analyzed HICs are internalizing healthcare assistance and procurement services, besides intending to internalize the management of the medical services provided to their clients, as a way to provide a more efficient and economically sustainable service.

Key words: Health Insurance Companies. Health Care. Transaction Cost Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fatores que influenciam o comportamento oportunista.....	31
Figura 2: Seguros e HMOs no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia.....	45
Figura 3: PPOs no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia	46
Figura 4: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia	46
Figura 5: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Autogestões).....	55
Figura 6: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Cooperativas e Medicinas de Grupo).....	57
Figura 7: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Reposicionamento das Autogestões).....	59
Figura 8: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Administradoras) ...	59
Figura 9: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Seguradoras).....	60
Figura 10: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia (Filantropias)	61
Figura 11: Estrutura integrada entre as ações dos sistemas público e privado.....	73
Figura 12: Diferenças entre os sistemas público e privado	74
Figura 13: Estruturas de governança no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia	230
Figura 14: Forças atuando no <i>continuum</i> Mercado-Hierarquia.....	231
Figura 15: Busca por provisão de serviços médico-hospitalares pelas operadoras entrevistadas	237

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Mudanças Estruturais do Setor de Saúde Suplementar	70
Tabela 2: Categorização das Resoluções da ANS	71
Tabela 3: Características dos atores do setor de saúde suplementar.....	76
Tabela 4: Investimentos – Participações Societárias – Rede Hospitalar Própria – Valores Nominais por Modalidade	80
Tabela 5: Participação dos Investimentos sobre o Ativo, por Modalidade.....	81
Tabela 6: Investimentos – Participações Societárias – Rede Hospitalar Própria – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias.....	82
Tabela 7: Participação dos Investimentos sobre o Ativo, por Operadora – Vinte maiores médias	83
Tabela 8: Imobilizado – Uso Próprio Hospitalar – Valores Nominais por Modalidade.....	85
Tabela 9: Participação do Imobilizado sobre o Ativo, por Modalidade	87
Tabela 10: Imobilizado – Uso Hospitalar Próprio – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	88
Tabela 11: Participação do Imobilizado sobre o Ativo, por Operadora – Vinte maiores médias	89
Tabela 12: Provisão para Contingências Cíveis – Valores Nominais por Modalidade	90
Tabela 13: Participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o Passivo, por Modalidade.....	91
Tabela 14: Provisão para Contingências Cíveis – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	92
Tabela 15: Participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o Passivo, por Operadora – Vinte maiores médias.....	93
Tabela 16: Contraprestações Líquidas – Valores Nominais por Modalidade	94
Tabela 17: Contraprestações líquidas – Participação de cada Modalidade.....	95
Tabela 18: Participação das Contraprestações Líquidas sobre as Receitas Totais, por Modalidade.....	95
Tabela 19: Contraprestações Líquidas – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	96
Tabela 20: Participação das Contraprestações Líquidas sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	97
Tabela 21: Receitas com o SUS – Valores Nominais por Modalidade	98
Tabela 22: Participação das Receitas com o SUS sobre as Receitas Totais, por Modalidade ..	98
Tabela 23: Receitas com o SUS – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	99
Tabela 24: Participação das Receitas com o SUS sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	99
Tabela 25: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Valores Nominais por Modalidade	100
Tabela 26: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Participação de cada Modalidade	101
Tabela 27: Participação das Receitas com Assistência Médico-Hospitalar sobre as Receitas Totais, por Modalidade	102
Tabela 28: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias.....	103
Tabela 29: Participação das Receitas com Assistência Médico-Hospitalar sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias	104
Tabela 30: Consultas Médicas – Valores Nominais por Modalidade.....	106

Tabela 31: Consultas Médicas – Participação de cada Modalidade	106
Tabela 32: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Totais, por Modalidade	107
Tabela 33: Consultas Médicas – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	108
Tabela 34: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	109
Tabela 35: Exames – Valores Nominais por Modalidade.....	110
Tabela 36: Exames – Participação de cada Modalidade	111
Tabela 37: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Modalidade.....	112
Tabela 38: Exames – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	113
Tabela 39: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	114
Tabela 40: Terapias – Valores Nominais por Modalidade.....	114
Tabela 41: Terapias – Participação de cada Modalidade	115
Tabela 42: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Modalidade.....	116
Tabela 43: Terapias – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	117
Tabela 44: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	118
Tabela 45: Internações – Valores Nominais por Modalidade	118
Tabela 46: Internações – Participação de cada Modalidade.....	119
Tabela 47: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Modalidade.....	119
Tabela 48: Internações – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	120
Tabela 49: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	121
Tabela 50: Detalhamento das Internações – Setor – Valores Nominais	123
Tabela 51: Detalhamento das Internações – Setor – Participação de cada Rubrica	124
Tabela 52: Detalhamento das Internações – Autogestões – Valores Nominais	126
Tabela 53: Detalhamento das Internações – Autogestões – Participação de cada Rubrica ...	127
Tabela 54: Detalhamento das Internações – Cooperativas Médicas – Valores Nominais.....	128
Tabela 55: Detalhamento das Internações – Cooperativas Médicas – Participação de cada Rubrica	129
Tabela 56: Detalhamento das Internações – Filantropias – Valores Nominais.....	130
Tabela 57: Detalhamento das Internações – Filantropias – Participação de cada Rubrica....	131
Tabela 58: Detalhamento das Internações – Medicinas de Grupo – Valores Nominais.....	132
Tabela 59: Detalhamento das Internações – Medicinas de Grupo – Participação de cada Rubrica	133
Tabela 60: Detalhamento das Internações – Seguradoras Especializadas em Saúde – Valores Nominais	134
Tabela 61: Detalhamento das Internações – Seguradoras Especializadas em Saúde – Participação de cada Rubrica.....	135
Tabela 62: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Valores Nominais por Modalidade	136
Tabela 63: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Participação de cada Modalidade	137
Tabela 64: Participação Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Modalidade.....	138
Tabela 65: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	138

Tabela 66: Participação dos Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Operadora – Vinte maiores médias	140
Tabela 67: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Valores Nominais por Modalidade	141
Tabela 68: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Participação de cada Modalidade	141
Tabela 69: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Modalidade	142
Tabela 70: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	142
Tabela 71: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Operadora – Vinte maiores médias	143
Tabela 72: Evolução das Despesas em Rede Própria, por Modalidade	144
Tabela 73: Despesas em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	144
Tabela 74: Participação das Despesas em Rede Própria sobre as Despesas Totais, por Modalidade	145
Tabela 75: Consultas Médicas em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	146
Tabela 76: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Médicas Totais, por Modalidade	146
Tabela 77: Exames em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	147
Tabela 78: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Modalidade	147
Tabela 79: Terapias em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	148
Tabela 80: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Modalidade	148
Tabela 81: Internações em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	149
Tabela 82: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Modalidade	149
Tabela 83: Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	150
Tabela 84: Participação dos Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Modalidade	150
Tabela 85: Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade	151
Tabela 86: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Modalidade	152
Tabela 87: Concentração das Despesas Médico-Hospitalares em 2011, por Modalidade.....	153
Tabela 88: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Setor – Valores Nominais	153
Tabela 89: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Setor – Participação	154
Tabela 90: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Autogestões – Valores Nominais.....	155
Tabela 91: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Autogestões – Participação	156
Tabela 92: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Cooperativas Médicas – Valores Nominais	156
Tabela 93: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Cooperativas Médicas – Participação	157
Tabela 94: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Filantropias – Valores Nominais	158

Tabela 95: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Filantropias – Participação	159
Tabela 96: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Medicinas de Grupo – Valores Nominais	160
Tabela 97: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Medicinas de Grupo – Participação	161
Tabela 98: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Seguradoras Especializadas em Saúde – Valores Nominais	162
Tabela 99: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Seguradoras Especializadas em Saúde – Participação	163
Tabela 100: Participação das Glosas sobre as Despesas Totais, por Modalidade	165
Tabela 101: Participação das Glosas sobre as Despesas Totais, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	166
Tabela 102: Participação das Glosas em Consultas Médicas, por Modalidade	167
Tabela 103: Participação das Glosas em Consultas Médicas, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	168
Tabela 104: Participação das Glosas em Exames, por Modalidade	169
Tabela 105: Participação das Glosas em Exames, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	169
Tabela 106: Participação das Glosas em Terapias, por Modalidade	170
Tabela 107: Participação das Glosas em Terapias, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	170
Tabela 108: Participação das Glosas em Internações, por Modalidade	171
Tabela 109: Participação das Glosas em Internações, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	171
Tabela 110: Participação das Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais, por Modalidade	172
Tabela 111: Participação das Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	172
Tabela 112: Participação das Glosas em Demais Despesas Médico-Hospitalares, por Modalidade	173
Tabela 113: Participação das Glosas em Demais Despesas Médico-Hospitalares, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade	174
Tabela 114: Despesas com Pessoal Próprio – Valores Nominais por Modalidade	175
Tabela 115: Despesas com Pessoal Próprio – Participação de cada Modalidade	175
Tabela 116: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais, por Modalidade	176
Tabela 117: Despesas com Pessoal Próprio – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	176
Tabela 118: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias	177
Tabela 119: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais – Operadoras Selecionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde	178
Tabela 120: Honorários Advocatícios – Valores Nominais por Modalidade	178
Tabela 121: Honorários Advocatícios – Participação de cada Modalidade	179
Tabela 122: Participação dos Honorários Advocatícios sobre as Despesas Totais, por Modalidade	179
Tabela 123: Honorários Advocatícios – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	180

Tabela 124: Participação dos Honorários Advocatícios sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias.....	180
Tabela 125: Participação dos Honorários Advocatícios sobre as Despesas Totais – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde	181
Tabela 126: Despesas Judiciais – Valores Nominais por Modalidade	181
Tabela 127: Consultas Médicas – Participação de cada Modalidade	182
Tabela 128: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais, por Modalidade	182
Tabela 129: Despesas Judiciais – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	183
Tabela 130: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias	183
Tabela 131: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde	183
Tabela 132: Resultado do Exercício – Valores Nominais por Modalidade	184
Tabela 133: Resultado do Exercício – Participação de cada Modalidade	185
Tabela 134: Margem de Lucro, por Modalidade	186
Tabela 135: Resultado do Exercício – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias	187
Tabela 136: Margem de Lucro, por Operadora – Vinte maiores médias.....	187
Tabela 137: Margem de Lucro – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde	188

LISTA DE SIGLAS

Abramge	Associação Brasileira de Empresas de Medicinas de Grupo
Anatel	Agência Nacional de Telecomunicações
Aneel	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Cassi	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
Conamge	Conselho Nacional de Medicina de Grupo
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
Diops	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DLP	Doença e Lesão Preexistente
DRG	<i>Diagnosis-Related Groups</i>
HMO	<i>Health Management Organization</i>
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPA	<i>Independent Practice Association</i>
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PEONA	Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
PPO	<i>Preferred Provider Organization</i>
Previc	Superintendência Nacional de Previdência Complementar
PS	Pronto-Socorro
PSP	<i>Provider-Sponsored Plan</i>

RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Susep	Superintendência de Seguros Privados
TCT	Teoria dos Custos de Transação
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCMH	Variação dos Custos Médicos Hospitalares

SUMÁRIO

1. PERGUNTA DA PESQUISA E OBJETIVOS	17
1.1. INTRODUÇÃO	17
1.2. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	19
1.3. RELEVÂNCIA DA PESQUISA (JUSTIFICATIVA).....	20
1.4. RESPOSTAS À PERGUNTA DE PESQUISA.....	22
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1. TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO E OS DETERMINANTES DA INTEGRAÇÃO VERTICAL	23
2.1.1. Racionalidade Limitada	26
2.1.2. Complexidade e Incerteza	27
2.1.3. Oportunismo	28
2.1.4. Especificidade de Ativos.....	31
2.1.5. Estruturas de Governança.....	36
2.1.6. Críticas à Teoria dos Custos de Transação.....	40
2.2. TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO E INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE	42
2.2.1. O exemplo estadunidense.....	44
3. METODOLOGIA	48
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	48
3.2. ABORDAGEM DA PESQUISA	48
3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	49
3.4. LIMITAÇÕES DO MÉTODO	54
4. ESTUDO DE CASO: INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR	55
4.1. HISTÓRICO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO	55
4.1.1. História dos Planos de Saúde no Brasil	55
4.1.2. Gênese da Regulamentação da Saúde Suplementar	61
4.1.3. Ação Reguladora da ANS e a busca de alinhamento entre os Sistemas Público e Privado de Saúde	71
4.1.3.1. Diferenças essenciais entre os sistemas público e privado de saúde	74
4.1.4. Integração Vertical na Saúde Suplementar	77
4.2. ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	80
4.2.1. Investimentos – Participações Societárias Rede Hospitalar Própria	80
4.2.2. Imobilizado – Uso Próprio Hospitalar	84
4.2.3. Provisão para Contingências Cíveis	89
4.2.4. Contraprestações Líquidas / Prêmios Retidos	94
4.2.5. Receitas com o Sistema Único de Saúde (SUS).....	98
4.2.6. Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar	100
4.2.7. Despesas com Consultas Médicas	104
4.2.8. Despesas com Exames	110
4.2.9. Despesas com Terapias	114
4.2.10. Despesas com Internações	118
4.2.10.1. Detalhamento das Despesas com Internações	122
4.2.10.1.1. Despesas Totais do Setor	123
4.2.10.1.2. Autogestões	126
4.2.10.1.3. Cooperativas Médicas	127

4.2.10.1.4.	Filantropias.....	129
4.2.10.1.5.	Medicinas de Grupo.....	131
4.2.10.1.6.	Seguradoras Especializadas em Saúde.....	133
4.2.11.	Despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais.....	135
4.2.12.	Demais Despesas Médico-Hospitalares.....	140
4.2.13.	Evolução das Despesas Médico-Hospitalares.....	143
4.2.13.1.	Despesas Totais do Setor.....	144
4.2.13.2.	Consultas Médicas.....	145
4.2.13.3.	Exames.....	146
4.2.13.4.	Terapias.....	147
4.2.13.5.	Internações.....	148
4.2.13.6.	Outros Atendimentos Ambulatoriais.....	150
4.2.13.7.	Demais Despesas Médico-Hospitalares.....	151
4.2.14.	Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares.....	152
4.2.14.1.	Despesas Totais do Setor.....	153
4.2.14.2.	Autogestões.....	155
4.2.14.3.	Cooperativas Médicas.....	156
4.2.14.4.	Filantropias.....	158
4.2.14.5.	Medicinas de Grupo.....	160
4.2.14.6.	Seguradoras Especializadas em Saúde.....	162
4.2.15.	Recuperação/Ressarcimento por Glosa de Eventos/Sinistros de Assistência Médico-Hospitalar.....	163
4.2.15.1.	Glosas em Consultas.....	167
4.2.15.2.	Glosas em Exames.....	168
4.2.15.3.	Glosas em Terapias.....	169
4.2.15.4.	Glosas em Internações.....	170
4.2.15.5.	Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais.....	172
4.2.15.6.	Glosas nas Demais Despesas Médico-Hospitalares.....	173
4.2.16.	Despesas com Pessoal Próprio.....	174
4.2.17.	Despesas com Honorários Advocatícios.....	178
4.2.18.	Despesas Judiciais.....	181
4.2.19.	Resultado do Exercício.....	184
4.3.	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	188
4.3.1.	Integração Vertical como Mecanismo de Ajuste das Imperfeições do Mercado....	189
4.3.2.	Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar.....	192
4.3.3.	Racionalidade Limitada.....	197
4.3.4.	Complexidade e Incerteza.....	198
4.3.5.	Oportunismo.....	203
4.3.6.	Especificidade de Ativos.....	216
4.3.7.	Desvantagens da Integração Vertical.....	220
5.	CONCLUSÃO.....	224
5.1.	CONCLUSÕES GERAIS SOBRE O ESTUDO.....	224
5.2.	PESQUISAS FUTURAS.....	241
	REFERÊNCIAS.....	243
	REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	249

1. PERGUNTA DA PESQUISA E OBJETIVOS

Quais são os determinantes da integração vertical no mercado de saúde suplementar brasileiro?

O objetivo geral da tese é identificar quais são os fatores considerados pelas Operadoras de Planos de Saúde¹ (OPSs) quando tomam a decisão de adotar uma estrutura verticalizada, comprando ou construindo hospitais e clínicas ambulatoriais (rede prestadora de serviços).

Os objetivos específicos da tese são (i) evidenciar a existência de um movimento de integração vertical por parte das Operadoras de Planos de Saúde em direção à rede prestadora de serviços, internalizando essas atividades; (ii) confrontar os determinantes descritos pela Teoria dos Custos de Transação (TCT) com as evidências trazidas pelas demonstrações financeiras das operadoras e pelas entrevistas realizados com gestores, de modo a verificar em que medida o caso da saúde suplementar pode ser considerado uma evidência empírica dos postulados teóricos; e (iii) verificar, por meio de tais postulados teóricos, em que medida as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) influenciariam a estrutura de governança adotada pelas Operadoras de Planos de Saúde.

1.1. INTRODUÇÃO

Em meados dos anos 80, com a desaceleração da economia mundial e o colapso do sistema comunista, o papel do Estado como executor de ações empresariais foi bastante questionado. A partir de então, a diminuição do aparato estatal – custos, tamanho e funções – tornou-se prática comum e recomendada. Parte das medidas saneadoras da economia mundial previa que, ao Estado, caberia a formulação e controle de políticas públicas, transferindo sua execução para particulares.

No Brasil, um dos reflexos dessa orientação foi a criação, a partir da segunda metade dos anos 90, das agências reguladoras para supervisionar alguns setores econômicos, dentre eles o de planos de saúde privados. Ao contrário de agências reguladoras como a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP), a ANS teve como atribuição cuidar de um mercado até então desregulado, constituído por milhares de

¹ Segundo a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 – marco regulatório do setor –, Operadora de Plano de Saúde Operadora é uma pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere plano privado de assistência à saúde.

operadoras privadas de planos de saúde, que ofereciam serviços médico-hospitalares por meio de milhões de prestadores de serviços, tanto sob seu controle quanto no de terceiros, a dezenas de milhões de beneficiários de plano de saúde².

No esforço de estabelecer um conjunto mínimo de normativos que balizasse a atuação das operadoras de plano de saúde, tanto no que se refere a questões econômico-financeiras quanto assistenciais, em especial no seu relacionamento com beneficiários e prestadores de serviços, a ANS delimitou o escopo das operadoras, fazendo-as a partir de então competir sobre novas bases institucionais, muitas das quais traduzidas como restrições ao antigo modo de fazer negócios. Frente a essas novas exigências e com o desenvolvimento do setor, as Operadoras de Planos de Saúde começaram a buscar estratégias para assegurar sua viabilidade econômica em meio a um ambiente cada vez mais limitante da sua livre atuação. Dentre tais estratégias, uma em curso atualmente é o oferecimento dos serviços médico-hospitalares dentro de sua própria estrutura, seja por meio de construção de hospitais, clínicas e laboratórios, seja pela aquisição junto a terceiros de rede prestadora de serviços.

A presente tese buscou identificar se os fatores considerados pelas Operadoras quando tomam a decisão de oferecer internamente a prestação dos serviços médico-hospitalares vão ao encontro dos determinantes para a integração vertical descritos na Teoria dos Custos de Transação. Sendo assim, pretendeu-se verificar em que medida o caso da saúde suplementar pode ser considerado uma evidência empírica dos postulados da Teoria dos Custos de Transação, algo até então inédito. Até onde as bases de dados acadêmicas puderam demonstrar, não há muitos estudos sobre os determinantes da integração vertical no setor, assim como não existe uma abordagem estruturada e com lastro teórico que identifique eventuais impactos da regulação pela ANS nas decisões das Operadoras de se verticalizarem.

Para alcançar este objetivo, a tese procurou associar a mudança institucional do setor de saúde suplementar ao aumento dos custos de transação, que, por sua vez, levaria à decisão de se integrar verticalmente, decisão esta comprovada empiricamente. Uma vez integrada, a estrutura de governança hierarquizada que englobasse as atividades de planos de saúde e de prestação de serviços médico-hospitalares deveria apresentar redução dos custos de transação, algo que impactaria positivamente a lucratividade e, por conseguinte, a viabilidade econômico-financeira das Operadoras dentro do novo arranjo institucional do setor.

² De acordo com Bahia (1999, p. 185), no ano da edição da Lei nº 9.656/98, marco regulatório do setor, já havia 44,8 milhões de beneficiários vinculados a planos de saúde no Brasil. Em dezembro de 2012, esse número era de 47,9 milhões (ANS, 2013).

A tese está dividida em cinco capítulos. No primeiro, é apresentada a pergunta da pesquisa, seus objetivos, uma introdução ao estudo, bem como sua delimitação, relevância e as respostas esperadas à pergunta da pesquisa. O segundo capítulo é composto pela revisão de literatura, onde são descritos os preceitos da Teoria dos Custos de Transação, que orientaram a análise desta tese. O método de pesquisa utilizado é evidenciado no terceiro capítulo, no qual se encontram os procedimentos utilizados na coleta de dados, assim como sua organização e tratamento. Consta ainda, o tipo e abordagem de pesquisa utilizados, além de suas limitações. O quarto capítulo traz o estudo de caso, iniciando com uma reconstrução da história do mercado de planos de saúde no Brasil, enfatizando o período no qual fora criada a ANS e definida sua missão enquanto ente regulador. Também são apresentadas a análise das demonstrações financeiras das Operadoras e das entrevistas realizadas com gestores de cinco Operadoras de Planos de Saúde, seguidas das discussões acerca dos resultados encontrados pela tese, realizadas por meio da confrontação do referencial teórico com as evidências empíricas obtidas. Por fim, as conclusões gerais do estudo e as sugestões de pesquisas futuras estão reunidas no quinto capítulo.

1.2. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Como o objetivo é identificar os fatores que são considerados pelas Operadoras de Planos de Saúde quando tomam a decisão de adotar uma estrutura verticalizada, confrontá-los com os prescritos pela TCT e verificar em que medida as ações da ANS influenciam o setor a adotar uma ou outra estrutura de governança, outras teorias que não a relacionada ao objetivo e que poderiam influenciar a decisão de cada agente não são exaustivamente discutidas. A premissa adotada é a de que os determinantes da integração vertical evidenciados pela TCT explicam em grande medida o movimento de integração vertical existente no mercado de saúde suplementar brasileiro. Do mesmo modo, não é objeto de análise a conveniência ou não das ações da ANS, apenas se suas ações estariam influenciando a adoção de uma ou outra estrutura de governança.

Para verificar a adoção de uma estrutura de governança mais verticalizada, foram usados os dados contábeis existentes entre 2007 e 2011, obtidos junto à ANS. Tal verificação se deu, principalmente, pelo aumento das despesas incorridas em Rede Própria em um conjunto significativo de Operadoras. Desse modo, quanto mais despesas incorridas em Rede Própria, mais verticalizada é a estrutura de governança de uma dada Operadora. Apesar de ter

vido possível verificar o valor de seus ativos, trata-se de valor contábil, e não valor econômico, algo ainda indisponível e seguramente maior que os expressos nas demonstrações financeiras. A coleta sistematizada de dados referentes aos valores econômicos dos ativos do setor – uma iniciativa que poderia ser encampada pela ANS – certamente permitiria uma dimensão mais fidedigna da verticalização em curso no setor, sob a ótica dos ativos, do que a possível analisando as demonstrações financeiras, sujeitas ao Custo Histórico como Base de Valor (valor de aquisição dos ativos), às Depreciações e às Reavaliações.

Por fim, a durante a etapa de realização das entrevistas, só foi possível ouvir gestores de Cooperativas Médicas, apesar de haver quatro Medicinas de Grupo no público-alvo. Os constantes contatos com Medicinas de Grupo para agendamento de entrevistas se mostraram infrutíferos. Nesse sentido, a análise das considerações dos entrevistados ficou restrita a apenas uma modalidade de Operadora de Plano de Saúde, fazendo com que seus resultados possam apresentar o viés das Cooperativas Médicas. Contudo, é oportuno destacar que são as Cooperativas Médicas a modalidade que mais caminha em direção a uma estrutura verticalizada, como é possível verificar na seção referente à análise das demonstrações financeiras, de modo que as considerações dos referidos gestores são bastante representativas na explicação das motivações de todo o setor.

1.3. RELEVÂNCIA DA PESQUISA (JUSTIFICATIVA)

A tese pretende contribuir para literatura nacional sobre Custos de Transação e trata-se de uma possibilidade de verificar evidências empíricas da teoria que, a princípio, se mostra bastante profícua em explicar as relações de integração vertical em vários setores econômicos, a ponto de Gulati, Lawrence e Puranam (2005, p.415) afirmarem que o estudo sobre relações verticais tem sido dominado pela TCT.

O estudo também é relevante por contribuir para os estudos econômicos acerca do setor de saúde suplementar brasileiro. Consultas às bases de dados acadêmicos demonstram que não há muitos estudos sobre os determinantes da integração vertical no setor, assim como não existe uma abordagem estruturada e com lastro teórico que identifique eventuais impactos da regulação pela ANS nas decisões das Operadoras de Planos de Saúde de se verticalizarem em direção à rede prestadora. O ineditismo desta tese consiste justamente em evidenciar com dados concretos um movimento de integração que a sociedade em geral já verifica pontualmente, bem como assumir que as motivações para a integração vertical no setor

podem ser explicadas à luz de um arcabouço teórico consistente e internacionalmente utilizado para analisar as relações entre agentes de uma mesma cadeia produtiva.

No que se refere à verificação de movimentos em direção à integração vertical e à avaliação de quanto as ações da ANS contribuiriam para tal decisão, a tese permite à agência reguladora e seus *stakeholders* refletirem sobre a importância de se avaliar os impactos de políticas regulatórias, de modo a contribuir para que as mesmas estejam atingindo seus objetivos de forma eficiente e eficaz, haja vista um ambiente social e econômico complexo e em constante mudança (OCDE, 2005, p. 4). Colombo e Tapay (2004, p. 46) relacionam a eficácia de instrumentos regulatórios a seu monitoramento, algo ainda incipiente no Brasil. Há, ainda, o fato de haver um crescente interesse internacional em tornar as políticas regulatórias baseadas em evidências, suportadas por dados empíricos, algo ainda raro (OCDE, 2004b, p. 7/32). Em que pese o fato de o presente estudo não ter pretendido realizar uma ampla análise da política regulatória para o setor, possibilita às comunidades acadêmica e empresarial a verificação de que o formato organizacional do setor está em mudança, algo que pode ser ao menos em parte explicado pela ação ou inação da ANS.

Além da importância para os estudos sobre desenho organizacional e avaliação de políticas regulatórias, a relevância teórica da pesquisa encontra-se no fato de a mesma contribuir para o enriquecimento da literatura acerca do modelo brasileiro de regulação em saúde suplementar. Até o presente momento, alguns autores³ trataram de demonstrar o processo de regulamentação do setor e seus objetivos, sem, contudo, fazer uma avaliação dos impactos da atuação do estado regulador, que contribui para uma nova configuração do mercado.

Sob o prisma prático, a pesquisa tem relevância na medida em que possibilita fazer uma reflexão sobre os rumos do mercado de saúde suplementar, acerca das motivações para que tais rumos tenham sido adotados e sobre a atuação da ANS no mercado⁴, podendo tanto aprimorar seu *modus operandi*⁵ quanto ratificá-lo, considerando os resultados encontrados.

³ Bahia (1999); Gama *et al.* (2002); Teixeira, Bahia e Vianna (2002), Mesquita (2002); Carvalho e Cecílio (2007), dentre outros.

⁴ Relatório da OCDE afirma que, apesar da significativa produção de dados pela ANS, ainda “há uma falta de compreensão dos impactos sociais dos planos de saúde privados, assim com sua contribuição para o desempenho do sistema de saúde como um todo” (OCDE, 2008b, p. 327).

⁵ Por meio da “melhoria da legislação e dos normativos regulatórios, da revisão do estoque de regulação e utilização de ferramentas regulatórias para melhorar o desempenho econômico” (OCDE, 2008b, p. 338).

1.4. RESPOSTAS À PERGUNTA DE PESQUISA

A hipótese testada é de que há um movimento em direção à integração vertical por parte das Operadoras de Planos de Saúde, que passam a oferecer dentro da sua própria estrutura organizacional serviços antes contratados junto ao mercado. Assim sendo, admite-se a hipótese de que há mudanças da estrutura de governança ao menos de parte das Operadoras de Planos de Saúde, mudanças estas em direção a uma estrutura de mercado mais hierárquica.

Diante do fato, pressupõe-se que os determinantes da integração vertical evidenciados pela TCT explicam em grande medida o movimento de integração vertical existente no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Adicionalmente, pressupõe-se que as normas emanadas pela ANS contribuem para que o mercado de saúde suplementar se direcione para a uma estrutura de governança que integre verticalmente Operadoras de Planos de Saúde e Rede Prestadora, notadamente hospitais e clínicas. Uma das explicações para tal movimento seria a necessidade verificada por esses dois agentes de reduzir os custos de transação da relação entre operadora e hospital/clínica, que podem estar aumentando a partir da atuação do ente regulador.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO E OS DETERMINANTES DA INTEGRAÇÃO VERTICAL

A teoria econômica clássica assume como premissa a existência de um mercado perfeito, no qual informação é completa e flui suavemente entre os agentes – que são racionais –, os equipamentos funcionam eficientemente e o ambiente é estável, previsível e certo. Sob tais condições, os recursos são aplicados essencialmente na produção de bens e serviços, uma vez que o custo que incorrem os participantes para realizar as trocas é mínimo. Como resultado, as partes envolvidas no processo de troca operam de maneira autônoma e independente, sendo o mercado composto por indivíduos – e não organizações – que compram e vendem interagindo diretamente uns com os outros (STILES; MICK; WISE, 2001, p. 86).

A Teoria dos Custos de Transação foi inaugurada com o artigo seminal de Ronald H. Coase “*The Nature of the Firm*”, escrito em 1937 e que se preocupava em responder uma pergunta singela, porém bastante complexa: por que empresas existem? Por trás desta pergunta estava o questionamento das motivações que levavam à existência de relações hierárquicas e de reunião de etapas distintas de um processo produtivo em um mesmo local, ao invés de serem realizadas cada uma em um local distinto por um agente econômico distinto, como era o caso da indústria calçadista estadunidense até o final do século XIX (BUCHELI; MAHONEY; VAALER, 2010, p. 864).

Ainda em seu artigo seminal, Coase argumenta que a larga adoção de empresas como forma organizacional implica não somente o fracasso da ideia de mercado perfeito, como também evidencia que há relevantes custos além daqueles associados à produção de bens e serviços. Existiriam, também, custos relacionados à coordenação do processo produtivo, por exemplo, custos de identificar fornecedores, de reunir recursos humanos e físicos em um único local de produção, de determinar o volume a ser produzido, de estabelecer preços de vendas, de distribuir os produtos, dentre outros. Coase acreditava, ainda, que o surgimento de uma forma organizacional em particular seguiria um padrão previsível, que poderia ser identificado examinando dimensões específicas das transações que compõem o processo produtivo.

Apesar de a teoria econômica reconhecer a existência de custos de transação – como aqueles associados ao ato de comprar e vender um produto –, seu enfoque era voltado exclusivamente para os custos de se produzir tal produto, ou seja, os custos de produção. Isto se dava porque, para a teoria econômica, os custos de transação não seriam relevantes, portanto poderiam ser negligenciados. Os economistas neoclássicos respondem a pergunta posta por Coase afirmando que os determinantes do agrupamento de um certo conjunto de processos produtivos e a formação de uma empresa são fatores tecnológicos, como economia de escala e de escopo.

Contudo, a existência de uma empresa implicava o reconhecimento que certo conjunto de processos produtivos, por alguma razão, foi organizado sob uma mesma estrutura, sendo integrado verticalmente dentro de uma mesma empresa. A razão encontrada por Coase (1937) para que determinadas etapas do processo produtivo estivessem dentro de uma mesma empresa – e outras etapas não – foi a existência de custos de troca (transação) que não poderiam ser ignorados. Assim sendo, a existência de etapas dentro de uma empresa e não atuando de forma independente no mercado poderia ser explicada pela relevância que os custos de se recorrer ao mercado haviam alcançado.

Sendo tais custos de recorrer ao mercado (custos de transação) relevantes, iniciaram-se os estudos sobre as condições que faziam com que tais custos se tornavam relevantes a ponto de impactar as decisões dos agentes econômicos. Além disso, como existem algumas etapas do processo produtivo dentro das empresas e outras fora delas, começaram os questionamentos de quais seriam os limites ideais de uma empresa: até quando seria interessante produzir dentro de uma mesma empresa e a partir de que ponto era mais interessante recorrer ao mercado.

Para Williamson (1975), a integração vertical também pode ser influenciada por características associadas à eficiência de uma dada forma organizacional, a qual chama de estrutura de governança. A eficiência de tal estrutura de governança seria inversamente proporcional ao custo de organizar o sistema econômico, isto é, o custo de negociar e redigir contratos e o custo de monitorá-los e torná-los executáveis (LEIBLEIN; MILLER, 2003).

A TCT afirma que a empresa busca selecionar uma estrutura de governança que minimize tanto os custos de produção quanto os de transação. De acordo com Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 861), seu objetivo prescritivo é comparar os custos de produção e de troca de bens e serviços ao longo do tempo entre indivíduos em um mercado *versus* estruturas alternativas nas quais indivíduos internalizam aspectos da transação via relação de

emprego/hierárquica, ao invés de contratos com indivíduos externos à estrutura, substituindo mercados por hierarquias burocráticas. E um dos objetivos normativos da TCT é verificar em quais circunstâncias a internalização de atividades dentro de uma empresa é uma opção mais eficiente do que realizar transações no mercado (BUCHELI; MAHONEY; VAALER, 2010, p. 861).

De acordo com Mahoney (2005), a TCT tem raízes teóricas em várias disciplinas, dentre as quais se destacam economia, estratégia empresarial, teoria das organizações (que, por sua vez, abrange sociologia, ciência política e psicologia social), psicologia cognitiva, marketing e direito (especialmente no que se refere a direitos de propriedade).

Estudos empíricos têm provido a TCT de fortes e consistentes resultados atestando a relação entre ativos específicos e estruturas de governança. Dentre esses, destacam-se Monteverde e Teece (1982); Walker e Weber (1984); Masten (1994); e Masten, Meehan e Snyder (1989). Após trinta anos de pesquisas teóricas e empíricas, revistas em Mahoney (2005), verifica-se que alguns determinantes descritos pela TCT⁶, se apresentam sistematicamente como fatores que aumentam a probabilidade de transferir as transações dos mercados para hierarquias burocráticas.

Araújo Jr. (2013, p. 43) exemplifica os custos de transação como aqueles referentes

à busca de parceiros adequados; à negociação do escopo dos contratos; ao estabelecimento de rotinas de controle de qualidade dos insumos adquiridos; à definição dos critérios de reajuste de preços em face de inovações tecnológicas e outras mudanças nas condições de mercado; à fiscalização das regras acordadas; e à escolha de mecanismos de solução de controvérsias.

Como apresentado em Fiani (2008), custos de transação são aqueles que os agentes enfrentam toda a vez que recorrem ao mercado, ou “os custos de negociar, redigir e garantir o cumprimento de um contrato”, sendo o contrato/transação a unidade básica de análise. E, para o contrato ser alçado a essa importância, faz-se necessário que a premissa microeconômica de simetria de informação seja desmistificada: a TCT desconsidera a hipótese de que comprador e vendedor conhecem todas as características relevantes do objeto de troca.

Além de desconsiderar a simetria de informação, os teóricos dos custos de transação descrevem um conjunto de hipóteses que fariam com que os custos de transação fossem significativos. Seriam, portanto, fatores determinantes dos custos de transação: (i) racionalidade limitada, (ii) complexidade e incerteza, (iii) oportunismo e (iv) especificidade de ativos (FIANI, 2008).

⁶ Transações de pequenos números (*small-numbers bargaining*) e alta especificidade de ativos.

2.1.1. Racionalidade Limitada

A premissa de racionalidade limitada trazida por Williamson à Teoria dos Custos de Transação tem sua origem nos estudos de Herbert Simon (1947). Para Simon, o comportamento humano sofre limitações neurofisiológicas e de linguagem, reduzindo a capacidade que uma pessoa tem de acumular, processar e transmitir informações. Desse modo, mesmo tentando ser deliberadamente racional, o ser humano não o conseguiria por completo, daí o fato de sua racionalidade ser limitada por esses fatores. Assim sendo, os contratos não são escritos de forma a antecipar todas as circunstâncias futuras, porque é impossível prevê-las com acuracidade. Dessa forma, todos os contratos são incompletos e sujeitos a renegociações e à possibilidade de comportamento oportunista (LEIBLEIN; MILLER, 2003).

Simon (1957) ressalta a inutilidade de modelos decisórios estritamente racionais e maximizadores de utilidade, nos quais há a certeza absoluta do que está por vir e conhecimento das distribuições de probabilidade de eventos incertos. Propõe, em seguida, a criação de modelos mais próximos da realidade, que considerassem as restrições existentes de capacidade humana de processamento de informações.

Para Simon (1978), o dilema do indivíduo maximizador de utilidade só poderia ser resolvido de duas maneiras: (i) mantinha-se a hipótese de onisciência, racionalidade e maximização de utilidade, desde que a computação desta situação ótima fosse simples o suficiente para torná-la possível – o que significa a construção de um modelo de mundo também simplificado; ou (ii) conceber modelos cujo objetivo não seja encontrar uma solução maximizadora, e tão somente uma solução que satisfaça a necessidade do tomador de decisão, possibilitando decisões suficientemente boas a um custo razoável. Com este modelo, portanto, seria possível uma representação do mundo muito mais ampla e realista. Segundo o autor (1978, p. 353):

O modelo clássico exige o conhecimento de todas as alternativas que estejam abertas à escolha. Ele exige o conhecimento completo de, ou pela capacidade de analisar, as consequências que se seguirão a cada uma das alternativas. Exige a certeza das avaliações, presentes e futuras, feitas pelo decisor a respeito destas consequências. Exige a habilidade de comparar as consequências, não importando quão diversas e heterogêneas, em termos de uma medida consistente de utilidade. A tarefa, então, era substituir o modelo clássico por um que descreveria como as decisões podiam ser (e provavelmente eram) feitas quando as alternativas de pesquisa [de informações] tinham de ser procuradas, as consequências de escolher alternativas em particular eram conhecidas apenas de maneira muito imperfeita, devido tanto à capacidade limitada de análise quanto à incerteza do mundo exterior e o decisor não possuísse uma função de utilidade geral e consistente para comparar alternativas heterogêneas.

Na década de 50, Simon (1957) propôs então, em oposição à hipótese neoclássica de onisciência do agente econômico, a Teoria da Racionalidade Limitada (*bounded rationality*), que, apesar de continuar assumindo a hipótese de que agente econômico era racional, possui algumas diferenças cruciais em relação ao modelo do *Homo economicus*, uma vez que não assumia que estes agentes possuíam conhecimento total de informações e probabilidades de eventos futuros, e sim que a decisão racional ocorreria dentro dos limites informacionais disponíveis aos agentes. Tais limites poderiam ser de ordem institucional, como informações confidenciais e relatórios internos, ou financeira, como o custo de se conseguir a informação.

Percebe-se, portanto, que o conceito de satisfação de necessidades se insere na análise da tomada de decisão. Ao contrário do conceito de maximização de utilidade, coloca que o agente, antes de tomar uma decisão, possui um nível mínimo de aspiração de quão boa deve ser a alternativa a ser escolhida, não necessariamente ótima. A partir de então, ao analisar as informações disponíveis que tem, o tomador de decisão fará uma escolha tão logo encontre uma opção que satisfaça seu nível mínimo de aspiração, satisfazendo sua necessidade e, portanto, encerrando sua busca por informações (CIARELLI, 2005, p. 19).

2.1.2. Complexidade e Incerteza

A racionalidade limitada torna-se um fator determinante dos custos de transação quando está associada a um ambiente de complexidade e incerteza. Segundo Simon (1978, p. 349):

Pode até ser que a teoria clássica possa ser consertada suficientemente para lidar com uma vasta gama de situações onde a incerteza e adivinhação não tenham um papel central – ou seja, lidar com o comportamento de economias que são relativamente estáveis e não estejam muito distantes do equilíbrio. Todavia, um forte argumento pró-substituição da teoria clássica por um modelo de racionalidade limitada começa a aparecer quando examinamos situações envolvendo a tomada de decisão sob incerteza e competição imperfeita. Estas situações a teoria clássica jamais foi preparada para lidar e nunca lidou satisfatoriamente.

Ao se deparar com uma decisão complexa, a análise de todas as alternativas possíveis se mostra extremamente custosa e demorada, fazendo com que o tomador de decisão a tome sem avaliar pormenorizadamente os impactos de todas as alternativas disponíveis. Essa incerteza faz com que haja dificuldades em definir as probabilidades associadas a cada decisão que pode afetar a transação. E a consequência da combinação entre racionalidade limitada, complexidade e incerteza é a geração de assimetrias de informação, exatamente o oposto da hipótese microeconômica clássica, fazendo com que as partes envolvidas na transação tenham entre si diferentes níveis de informação, podendo influenciar o resultado final da transação.

Existindo a assimetria de informações, há sempre a incerteza sobre preços e quantidades demandadas no futuro, complexidade do produto transacionado e, na maioria dos casos, será muito arriscado trocar esses bens ou serviços sem uma relação formal (YEPES, 2004, p. 37).

A incerteza também pode ser definida como a falta de conhecimento sobre os diferentes estágios da natureza, como eventos futuros e novas invenções. Quando há incerteza presente entre relações altamente interdependentes em estágios do processo produtivo, respostas coordenadas são necessárias para que este transcorra de modo eficiente. Se a incerteza vem de flutuações no volume de bens transacionados (por exemplo, flutuações de demanda), uma resposta coordenada se faz necessária para que se atenuem o aumento dos custos da produção, o excesso de capacidade, estoques e gargalos em cada estágio da cadeia produtiva. A incerteza pode surgir também de mudanças tecnológicas em algum estágio do processo, quando se faz necessário mudar a forma de fazer as coisas, os insumos utilizados e entregues aos estágios subsequentes (SUTCLIFFE; ZAHEER, 1998).

2.1.3. Oportunismo

O resultado final da transação poderá ser influenciado a partir do momento em que cria condições para os agentes agirem de forma oportunista, isto é, manipulando as assimetrias de informação de modo a apropriar-se do fluxo de lucros (quase-rendas). Como explica Fiani (2008), oportunismo é a transmissão de informações seletivas, distorcidas e promessas auto-desacreditadas sobre o comportamento futuro do próprio agente. Nesse último caso, o agente assume compromissos que ele sabe de antemão que não cumprirá. Como a contraparte não sabe previamente a sinceridade dos agentes com os quais transaciona, há dificuldades na execução e renovação de contratos.

A ideia de oportunismo é uma premissa sobre a natureza humana, que seria agir de acordo com os próprios interesses sem se preocupar com a moralidade da ação, ou seja, a busca do auto-interesse com dolo. Ghoshal e Moran (1996) afirmam que, para Oliver Williamson, uma das razões para a existência das empresas é sua superior habilidade em atenuar o oportunismo humano por meio de controles hierárquicos que não são acessíveis em mercados.

A coordenação necessária aos diferentes estágios em um ambiente de incerteza, com mudanças imprevisíveis, pode ser difícil de assegurar caso tais estágios operem de forma independente. Relações de mercado são governadas por meios de contratos e, quanto maiores sejam as possíveis mudanças, maiores serão as contingências que podem afetar tais contratos.

Nos mercados, a negociação será mais custosa porque cada parte independente pode receber, interpretar e reagir de maneira diferente a cada contingência que aparece. Com isso, a tendência de se comportar de maneira oportunista também aumenta, e essa falta de confiança leva a cenários sub-ótimos para ambas as partes, gerando custos excessivos e favorecendo a integração.

Já a estrutura hierárquica – empresa – pode substituir o processo de negociação do mercado por um processo decisório sequencial e adaptativo, sendo possível agir de maneira mais suave. A autoridade gerencial pode rapidamente resolver os conflitos surgidos por diferentes interpretações e tem o direito de mudar os ativos envolvidos nos diferentes estágios de acordo com as decisões tomadas. Além disso, a falta de incentivos em se comportar de modo oportunista e a presença de treinamento e experiências comuns geradas pelas repetidas interações interpessoais facilitam a coordenação e a comunicação entre os estágios.

A assimetria das informações também traz consigo problemas de mensuração. Como o vendedor tem mais informação sobre as reais características do produto que o comprador, o problema de mensuração faz com que o vendedor seja estimulado a se comportar de maneira oportunista, empregando matéria-prima barata, reduzindo a qualidade do serviço e esforços, por exemplo. Se essas duas partes são independentes, a principal forma de reduzir o risco de oportunismo é estabelecer um contrato que incorpore complexas formas de medição para as características que se deseja que tenha o produto transacionado. Como o contrato será sempre incompleto em razão da racionalidade limitada, tal solução não apenas implica altos custos de negociação e monitoramento, como não reduz de modo significativo o risco de oportunismo.

Dentro de uma única estrutura hierarquizada, a atividade de provisão do produto não é avaliada com base nas características dos bens produzidos e sim pelo comportamento e procedimentos empregados para obtê-lo. Apesar desse sistema de baixo incentivo ainda permitir o comportamento oportunista – como sabotar o serviço (*shirking*) –, a estrutura hierárquica o reduz sobremaneira por meio de grande controle hierárquico (*fiat*), supervisão direta de atividades, descrições de tarefas detalhadas e propriedade dos ativos essenciais utilizados no processo produtivo (DIEZ-VIAL, 2007, p. 1022).

Para Thompson (1967), há duas fontes de incertezas para as organizações: (i) as oriundas do ambiente, como explica Fiani (2008), que são resultado da complexidade e dinamismo das tecnologias e mercados; e (ii) as oriundas da própria organização, resultado dos comportamentos discricionários dos indivíduos. Uma das vantagens da hierarquia seria, portanto, reduzir a incerteza vinda do ambiente criando uma atmosfera de conformidade,

obediência (*compliance*) dentro da empresa, escolhendo ainda variáveis ambientais – tecnológicas, por exemplo – que apresentarão, dentro da empresa, menor grau de volatilidade.

Para Williamson (1985), a incerteza influencia os custos da empresa de várias maneiras. Como a incerteza aumenta o número de contingências que podem existir em um contrato, aumentam os custos de redigir e criar mecanismos que garantam o seu cumprimento. Além disso, quanto maior a incerteza, maior o problema de coordenação entre as atividades, gerando custos decorrentes da mal adaptação entre tais atividades. A incerteza também dificulta a habilidade de mensurar a contribuição de cada atividade, dificultando a localização exata de pontos de ineficiências (*shirking*) do processo. Com isso, caminha-se rumo a uma única estrutura hierárquica, na qual a probabilidade de ineficiências diminui porque, como dito, a estrutura hierárquica facilita o controle e mensuração das atividades dentro de uma empresa. Williamson (1975) afirma que, aumentando o grau de centralização da autoridade e controle administrativo, a integração alinha interesses das partes envolvidas na troca, prevê reconciliação via controle hierárquico e permite um processo decisório sequencial e adaptativo.

Diez-Vial (2007, p. 1021) afirma que a integração vertical favorece a coordenação entre atividades, uma vez que substitui os incentivos de mercado (preços) por um controle hierárquico (*fiat*) e uma adaptação centralizada entre as etapas produtivas, fazendo-as seguir uma às outras de modo mais harmônico. Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 875) ressaltam, porém, que o problema de coordenação entre atividades de distintos agentes de mercado tem sido em muito atenuado por sistemas de tecnologia da informação. Quando tais sistemas são específicos para uma relação comprador-vendedor, até a vulnerabilidade de uma parte às ameaças da outra⁷ é mitigada em virtude da existência de custos irrecuperáveis (afundados) relevantes para ambas.

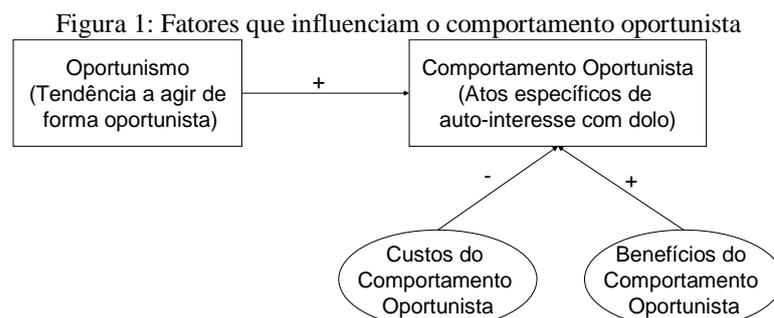
Ghoshal e Moran (1996, p.18) diferenciam oportunismo de comportamento oportunista (atitude de comportamento) ao mesmo tempo em que afirmam que Williamson, apesar de reconhecer esses dois sentidos, não faz distinção entre os impactos deles na decisão pela forma de governança. Uma atitude oportunista significaria uma inclinação, propensão a agir de maneira oportunista. Já o comportamento oportunista seria o ato, a prática em si.

Para Williamson (1985), oportunismo está positivamente relacionado aos benefícios de tal comportamento e negativamente relacionado às salvaguardas existentes, como controles e

⁷ É chamado de problema do refém (*hold up risk*), quando uma das partes da transação – a que realizou o investimento em um ativo específico – fica vulnerável a ameaças da contraparte de encerrar a relação. Tal conceito será detalhado no item sobre especificidade de ativos.

monitoramento, que aumentam a percepção dos custos associados ao comportamento oportunista. Ghoshal e Moran (1996, p. 19) inferem dos postulados de Williamson que o oportunismo enquanto atitude – tendência a agir de forma oportunista – é uma característica inata que não varia de acordo com o contexto.

O comportamento oportunista – atos específicos de auto-interesse com dolo –, ao contrário, seria influenciado pelo contexto. Não apenas pela tendência oportunista em si, como também pelos custos e benefícios associados a tal comportamento oportunista, como demonstrado na figura a seguir.



Fonte: Ghoshal e Moran (1996, p. 19)

Para Ghoshal e Moran (1996, p.20), não apenas o comportamento oportunista como também o oportunismo seriam afetados, ainda, por disposições individuais e pelas situações que moldam as percepções dos indivíduos.

O oportunismo pode acontecer *ex-ante* ou *ex-post*, isto é, antes ou depois de a transação acontecer. São exemplos, respectivamente, a seleção adversa e o risco moral (*moral hazard*). A seleção adversa ocorre quando uma parte negocia uma transação cujos compromissos já sabe de antemão que não têm condições de cumprir. Já o risco moral ocorre quando uma parte interpreta critérios mal definidos nos contratos de forma a permitir que seus custos sejam reduzidos e seus lucros, aumentados (apropriação de quase-rendas).

Diez-Vial (2007, p. 1021) ressalta, todavia, que a adoção de uma estrutura hierárquica pode ocorrer ainda que sem a presença do oportunismo, uma vez que, independentemente dele, a incerteza aumenta os custos de governança e de coordenação ao longo da cadeia produtiva.

2.1.4. Especificidade de Ativos

A última condição que se faz necessária para que os custos de transação sejam relevantes a ponto de afetar o bom funcionamento dos mercados é a especificidade de ativos, quando somente um número limitado de agentes está apto a participar e as transações ocorrem

em pequeno número. Especificidade de ativos é definida por Williamson (1985) como sendo o grau no qual um dado ativo em uma transação é mais valioso nessa transação específica do que no seu segundo melhor uso. Diez-Vial (2007, p. 1021) define como o grau que investimentos não-reempregáveis são necessários para dar suporte à troca entre dois estágios do processo produtivo. Os problemas associados aos ativos específicos ocorrem porque, uma vez realizado os investimentos em tais ativos, comprador e vendedor passam a ter uma relação exclusiva ou quase exclusiva.

Enquanto há bens que, se não utilizados por um cliente, podem ser facilmente vendidos a um segundo cliente, determinados bens são especialmente valiosos para um cliente específico. Caso esse cliente específico não se interesse mais pelo bem, o fluxo de lucros gerados pela venda para um segundo cliente será bem menor, seja pelo baixo preço que o comprador se dispõe a pagar, seja pelos altos custos que o vendedor terá para tornar o bem atrativo a outros compradores.

Como exemplo, Leiblein e Miller (2003) citam o caso de um fornecedor de autopeças que produz uma peça específica para uma determinada montadora de automóveis. Esse fornecedor estará sujeito ao problema do refém caso, após realizar os investimentos necessários à produção dessa peça específica, a montadora de automóveis decida baixar seu preço de compra. Nessa situação, o fornecedor ficaria instigado a estabelecer regras contratuais com cláusulas de segurança ou tentar, de algum modo, reduzir a especificidade da peça de tal maneira que ela pudesse ser comercializada sem grandes perdas a outras montadoras. Nesse caso, a integração vertical permitira anular as ineficiências geradas em virtude da necessidade de se resguardar do problema do refém e alinhar incentivos à criação de ativos específicos, por meio do acesso a controles administrativos que tornariam a transação mais frequente e cooperativa do que em um processo de troca via mercado.

Quanto mais baixo for o valor que pode ser recuperado do investimento ou maior seja o custo de reconversão para ser usado em outro cliente, maior será seu risco e menor a possibilidade de que se invista em um nível ótimo para que o produto ou serviço seja de boa qualidade. Quando o risco é muito alto, ou seja, o ativo é muito específico, é mais provável que as partes decidam unir suas atividades.

De um modo geral, quanto maior a especificidade do ativo, melhor se torna a alternativa de se reunir este processo em uma única estrutura. Quando não há essa especificidade e é possível redigir termos contratuais que dêem segurança entre as partes, será muito melhor contratar via mercado do que produzi-lo internamente. E entre essas duas formas extremas

existem muitas outras alternativas que variam de acordo com a intensidade do risco associado a ativos específicos e a factibilidade de se chegar a um contrato que defina claramente as obrigações entre as partes (FIANI, 2008).

Tais investimentos específicos fazem com que o investidor dependa da transação e permite o não-investidor agir de modo oportunista, gerando o problema do refém (*hold up risk*) descrito por Klein, Crawford e Alchian (1978). É chamado de problema do refém quando uma das partes da transação – a que realizou o investimento em um ativo específico – fica vulnerável a ameaças da contraparte de encerrar a relação. Utilizando-se de tais ameaças, a contraparte pode obter condições mais vantajosas do que a do início da transação. Como descrito em Klein, Crawford e Alchian (1978), quanto maior o investimento em ativos específicos, maior a probabilidade de surgirem comportamentos oportunistas, uma vez que esses ativos criam fluxo de lucros (quase-rendas) sujeitos ao problema do refém.

Para Williamson (1975), a integração vertical é uma boa resposta ao problema do refém, uma vez que alinha os interesses das partes envolvidas na troca, provê regras e procedimentos administrativos para reconciliar possíveis diferenças de interesses e permite um processo decisório mais efetivo e sequencialmente adaptativo.

Quando as transações acontecem via mercado, o investidor não consegue se proteger do comportamento oportunista adequadamente porque um contrato que previsse todas as possíveis contingências futuras seria por demais custoso ou até impossível de ser redigido. Já dentro de uma empresa, promovendo a integração vertical entre duas etapas da cadeia produtiva, há uma natural redução do incentivo ao comportamento oportunista entre duas etapas, dado que há um controle hierárquico (*fiat*) sobre a ação dos indivíduos, que premia o bom comportamento e pune aqueles considerados indesejáveis. Além disso, a estrutura verticalizada confere maior perenidade às transações, encorajando o desenvolvimento de ativos humanos específicos – como rotinas organizacionais, linguagens e códigos de comunicação – que tornam os empregados mais dependentes da empresa e os faz menos suscetíveis a se comportar de maneira oportunista (KLEIN, 2000).

Para que o risco gerado por atitudes oportunistas seja significativo é necessário que os ativos sejam específicos, pois a existência de grande número de substitutos disponíveis no mercado tornaria menos custosa a substituição de uma das partes e reduziria sobremaneira a probabilidade de uma das partes agir de forma oportunista.

A literatura da TCT também alerta para a existência de transformações fundamentais: o fato de transações inicialmente de grandes números se tornarem de pequenos números com o

passar do tempo, em virtude de vantagens da empresa *first-mover*, a partir do momento em que esta terá maior conhecimento sobre seus clientes do que seus concorrentes. Williamson (1998, p. 43) se refere a alternativas de governança que são privilegiadas em relação às alternativas rivais que chegam depois.

Neste momento convém destacar as fontes de especificidades de um ativo: (i) de localização; (ii) física/*design*; (iii) de capital humano; e (iv) ativos dedicados, estes últimos surgem quando um fornecedor faz um investimento que, exceto pela perspectiva de venda de uma quantidade expressiva do produto para um determinado cliente, não seria realizado (FIANI, 2008).

Yepes (2004, p. 38) também cita uma quinta fonte de especificidade:

(v) ativos específicos no tempo, que são aqueles que devem estar disponíveis tão logo ocorra a necessidade e não permitem a possibilidade de buscar alternativas (energia elétrica, por exemplo).

No que se refere à especificidade física/*design*, Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 869) citam exemplo da decisão do abatedouro estadunidense *Swift* de internalizar os custos de construir vagões ferroviários refrigerados. Quando a tecnologia de refrigeração foi criada, no final do século XIX, um mundo de novas possibilidades se abriu para os abatedouros, dado que, a partir daquele momento, a vida útil da carne bovina foi aumentada sobremaneira, e os abatedouros – hoje, inclusive, chamados de frigoríficos – puderam atender mercados geograficamente distantes dos locais de produção. A *Swift*, por exemplo, poderia atender os mercados do leste estadunidense a partir de áreas de produção situadas em Chicago.

Havia, entretanto, a questão da construção de vagões ferroviários refrigerados que deveriam existir para que a carne bovina pudesse ser transportada a baixo custo pela via férrea. Como a construção de tais vagões só atenderia a *Swift*, as ferrovias *Grand Trunk* e *B&O Railroad* concordaram em transportar a carne, mas não produzir os vagões. Tratavam-se, portanto, de ativos com limitados usos alternativos e com alto grau de especificidade. O segundo melhor uso dos vagões refrigerados praticamente inexistia, enquanto os vagões tradicionais poderiam ser facilmente realocados entre os demais clientes. Com isso, as ferrovias buscavam evitar o problema do refém (*hold up risk*). Coube à *Swift*, e posteriormente a outros abatedouros, construir não somente tais vagões como também estações refrigeradas ao longo da via férrea e filiais nas cidades nas quais comercializava sua produção.

Quanto à especificidade de localização e de ativos dedicados, tem-se o exemplo da *United Fruit Company*. Até o final do século XIX, o consumo de bananas era considerado hábito de famílias abastadas, pois o custo de trazê-las do Caribe até os Estados Unidos, por meio dos portos de Nova Orleans e Nova Iorque, era altíssimo e frequentemente as frutas chegavam em condições impróprias para consumo.

Até 1860, o percurso era realizado por embarcações a vela, o que tornava o tempo de transporte longo por demais. A partir de 1870, o transporte começou a ser realizado por navios a vapor, trazendo as frutas mais rapidamente para os mercados consumidores. Após a introdução dos vapores no transporte das bananas, centenas de importadoras foram criadas, contudo apenas duas dezenas sobreviveriam na virada do século (BUCHELI; MAHONEY; VAALER, 2010, p. 871). Isso porque a coordenação entre produtores, transportadores e distribuidores nos Estados Unidos se apresentava extremamente difícil e custosa devido à distância entre eles e à falta de serviços de comunicação a baixo custo.

Apenas com a criação da *United Fruit Company*, em 1899, tais problemas começaram a ser contornados, por meio da adoção de uma estrutura verticalizada, resultado da fusão de ativos de dois empreendedores: Minor Keith e Andrew Preston. Keith era dono de uma abrangente via férrea na América Central e de várias plantações de bananas, além de controlar o mercado de bananas do sudoeste dos Estados Unidos. Preston era proprietário da *Great White Fleet*, uma companhia de navegação a vapor, de plantações de bananas nas Índias Ocidentais⁸ e controlava o mercado de bananas do nordeste dos Estados Unidos. A fusão das atividades de todos esses empreendimentos fez com que houvesse uma ampla integração vertical, para frente (*forward*) e para trás (*backward*) do mercado de bananas.

Uma das subsidiárias da *United Fruit Co.*, a *Fruit Dispatch Co.*, era responsável, inclusive, por organizar campanhas para educar os estadunidenses a respeito dos benefícios nutricionais das bananas. A *United Fruit Co.* ainda se tornou a acionista majoritária das companhias de navegação *Hamburg Line* e *Elders & Fyffes*, garantindo o controle dos mercados de bananas da Alemanha e Reino Unido. Ainda criou, em 1913, a *Tropical Radio & Telegraph Company* para manter constante comunicação entre as embarcações e as plantações. Além disso, construía hospitais, estradas e alojamentos para seus empregados nas áreas de plantio, que eram bastante carentes de infraestrutura.

Em suma, *United Fruit Co.* internalizou a maioria das atividades da cadeia produtiva da banana – produção, transporte e distribuição – de modo a minimizar os custos de transação

⁸ Reunião das colônias britânicas no Caribe.

que eram inerentes ao mercado de bens altamente perecíveis. De artigo de luxo em 1860, a banana em 1910 já era considerada uma fruta extremamente barata e acessível ao consumo das classes trabalhadoras.

A respeito do capital humano, Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 869), citam exemplos da empresa de máquinas de costura *Singer* e das gigantes do setor elétrico *General Electric* e *Westinghouse*, que na primeira metade do século XX internalizaram atividades ligadas a marketing e vendas, desenvolvendo melhor a compreensão das empresas acerca da necessidade de seus clientes, fazendo com que houvesse investimentos especializados em treinamento de pessoal e maior conhecimento do mercado no qual atuavam. No caso das empresas do setor elétrico, o investimento em equipe de vendas especializada aconteceu devido ao fato de os equipamentos elétricos se tornarem tecnologicamente mais complexos. Com isso, a atividade de vendas foi se tornando mais específica e se tornou necessária sua internalização para que pudesse atender de melhor forma as necessidades dos compradores.

2.1.5. Estruturas de Governança

Racionalidade limitada, complexidade e incerteza, oportunismo e especificidade de ativos são os fatores determinantes para a relevância dos custos de transação e, conseqüentemente, para a adoção de uma estrutura de governança mais ou menos hierarquizada dentro de uma cadeia de produção. Uma empresa verticalizada engloba etapas do processo produtivo que poderia estar sob o controle de uma segunda empresa.

A vantagem de uma estrutura verticalizada/hierarquizada advém da relação de autoridade que ocorre dentro dessa estrutura. Ao contrário do que ocorre no mercado, na empresa hierárquica um agente pode definir o que o segundo deverá executar, dentre um conjunto de ações possíveis. Tal relação de autoridade traz algumas importantes vantagens, como o fato de não ser necessário antecipar todas as circunstâncias futuras, contornando os problemas derivados da racionalidade limitada, e o fato de não ser necessário recontratar sucessivamente a transação, reduzindo significativamente os custos de transação onde existe especificidade de ativos.

Fiani (2008) explica que a decisão de se integrar ou não verticalmente para economizar custos de transação deve ser vista à luz do grau de especificidade de ativos e da frequência que tais transações ocorram. Quanto mais frequentes e com mais ativos específicos sejam as transações, maior a tendência de se adotar uma estrutura de governança hierarquizada, na qual

várias etapas da cadeia produtiva estejam reunidas em uma única empresa. O extremo oposto são transações não-específicas, que envolvem a troca de ativos padronizados.

Baseados nessas duas características, especificidade de ativos e frequência das transações, tem-se colocadas três estruturas de governança, apresentadas por Fiani (2008) como o arcabouço institucional no qual a transação é realizada, ou o conjunto de instituições e tipos de agentes diretamente envolvidos na realização da transação e na garantia de sua execução. São elas:

(i) *Governança pelo Mercado*, adotada em transações não-específicas com frequência recorrente ou ocasional. A situação mais extrema vista com frequência atualmente são os contratos *spot*, no qual a relação é totalmente transparente porque não há assimetrias de informações e não há necessidade de manter uma relação de longo prazo para garantir o êxito comercial. Este tipo de relação contratual não tem nenhum custo de transação relevante, dado que o preço que se paga pelo produto reflete exclusivamente seus custos de produção, incluindo o de oportunidade de capital (YEPES, 2004, p. 37). Fiani (2008, p. 275) afirma se tratar, ainda, de um tipo de contrato que reduz sensivelmente os problemas de adaptação entre as partes envolvidas, dado que a previsão de situações futuras que afetariam a transação é desnecessária em virtude de a transação somente ocorrer quando dela se precisa.

Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 864) dão como exemplo extremo de transações via mercado as existentes nos Estados Unidos entre 1790 e 1840, denominadas sistema *putting-out*. Nesse sistema, comerciantes compravam as matérias-primas, entregavam aos trabalhadores em suas residências e recolhiam o resultado da produção para organizar as vendas dos artigos completos. Esse sistema era caracterizado pela completa separação das tarefas, sendo um clássico exemplo da especialização de tarefas descrita por Adam Smith (1776). Um dos setores que utilizavam o sistema *putting-out* era o calçadista estadunidense.

O sistema parecia bastante adequado a um ambiente com baixo custo capital; tecnologias, transportes e telecomunicações precários; além de preservar a autonomia dos trabalhadores, que eram remunerados de acordo com a quantidade de peças produzidas, e não por salário fixo por hora ou mês. Os problemas associados a esse sistema – e que ilustra os problemas da governança pelo mercado – referem-se à coordenação de trabalhadores em locais geograficamente distintos, acumulação substancial de estoque, perda de materiais durante o processo – às vezes por fraude –, atrasos na produção devido a um sistema de transporte pouco confiável e qualidade do produto irregular – tanto inter quanto intra-locais de produção. Esse último problema, o da qualidade dos produtos, sempre foi encarado também

como uma consequência de sistema de remuneração por peças. Nesse tipo de estrutura, muitas pessoas estão disponíveis para realizar o trabalho, além de as tarefas não exigirem treinamento especializado, investimentos recíprocos e uma relação empregado-empregador. Além disso, comerciante e trabalhadores podiam negociar e renegociar condições contratuais a todo instante e a necessidade de investimentos específicos era baixa (BUCHELI; MAHONEY; VAALER, 2010, p. 866).

(ii) *Governança Trilateral*, na qual é exigida a especificação *ex-ante* de uma terceira parte, tanto na avaliação da execução da transação quanto na solução de eventuais litígios, indicadas para transações ocasionais de caráter misto ou específico; e

(iii) *Governança Específica de Transação*, na qual os ativos objetos da transação têm ao menos algum grau de especificidade e as transações são recorrentes. Na Governança Específica de Transação existem dois tipos de estruturas: o contrato de relação, no qual as partes envolvidas preservam sua autonomia; ou uma estrutura única e hierárquica, qual seja, uma empresa.

Um dos primeiros movimentos em direção a uma estrutura hierarquizada foi o sistema *inside-contracting*, outra importante forma de organização da produção presente nos Estados Unidos durante século XIX, adotada por minas de carvão, tipografias, fábricas de armas e de locomotivas, por exemplo. Nele, os trabalhadores eram reunidos em um único local de trabalho e suas tarefas estavam submetidas à supervisão de um capataz. A remuneração de tais trabalhadores permanecia, contudo, baseada na quantidade de peças produzidas.

Graças à reunião dos trabalhadores em um local único de trabalho e sob supervisão direta, a qualidade daquilo que era produzido pode ser mais facilmente mensurada e controlada durante todas as etapas da produção, algo que no sistema *putting-out* só era possível por meio da seleção da matéria-prima e verificação do produto final (NORTH, 1981, p.168). À medida que os salários foram se tornando fixados por hora ou mês, e não por peças, somado ao fato de estarem reunidos em um único local de trabalho, a estrutura de governança hierárquica se estabelecia nos moldes que se vê nos dias atuais. Com a nova forma de remuneração, os trabalhadores passaram a se sentir mais seguros para investir em treinamentos mais específicos em equipamentos e procedimentos fabris. Williamson (1975) também destaca que há um maior senso de comprometimento com a empresa – ao invés de se comprometer com um projeto particular –, além de os trabalhadores serem mais cooperativos e dispostos a serem supervisionados e auditados.

Uma empresa teria como vantagem o fato de suportar as pressões de mercado e dar tempo necessário aos empreendedores para executar atividades inovadoras. Atividades essas que, em um primeiro momento, não é fácil de identificar, dependendo muito da presunção dos tomadores de decisão. Por exemplo, montadoras de automóveis americanas percebem a compra de componentes como uma atividade rotineira, enquanto as japonesas as percebem como crucial para a produção de inovações (GHOSHAL; MORAN, 1996, p. 35).

Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 875) ressaltam, também, que empresas pioneiras que buscam comercializar novos produtos e serviços podem requerer especial coordenação entre as atividades de pesquisa, produção, distribuição e serviço de pós-venda, fazendo-as optar por estruturas verticalizadas para aliar com investimentos em equipamentos e conhecimento específicos. Como exemplo, tem-se a Monsanto que, ao decidir comercializar uma nova geração de herbicidas na década de 80 e sementes transgênicas na década de 2000, optou por uma estrutura verticalizada, com controle hierárquico (*fiat*) e inovação interna para construir novos mercados, assim como as companhias estadunidenses no final do século XIX.

Williamson (1998, 1999) reconhece que a estrutura de governança adotada pela empresa é resultado não apenas das especificidades dos ativos transacionados atualmente como também dos investimentos em ativos específicos anteriores. Sendo assim, a estrutura de governança também teria certo grau de *path dependence* (LEIBLEIN; MILLER, 2003).

Mercados e empresas são importantes na análise de Williamson porque ambos têm um papel importante em dois processos-chave que conduzem o desenvolvimento de economias capitalistas: a obtenção de eficiência e a adaptação a mudanças. Ghoshal e Moran (1996) identificam, inclusive, o conceito de eficiência como uma das premissas da TCT. A eficiência dentro de regras predefinidas deve ser o balizador para o alcance dos resultados desejáveis.

Como as circunstâncias de uma dada transação podem torná-la mais efetiva que outras, tanto os mercados quanto as empresas são instituições necessárias para fazer as sociedades capitalistas tão eficientes quanto possível na alocação e uso dos recursos (GHOSHAL; MORAN, 1996, p. 31).

À medida que as transações vão ganhando características específicas, as potenciais economias de escala que o mercado oferece vão se reduzindo, enquanto os custos de negociar, redigir, implementar e verificar a execução adequada dos contratos aumentam. Como resultado, tem-se que a especificidade dos ativos direciona as transações para dentro de uma estrutura hierarquizada, verticalizada.

2.1.6. Críticas à Teoria dos Custos de Transação

Ghoshal e Moran (1996) afirmam que a TCT tem sido criticada por vários motivos, dentre eles: por ter uma ideologia oculta⁹ sobre a natureza humana e eficácia dos mercados (*framework* de falha do mercado); por não representar o que ocorre na realidade, por seu viés etnocêntrico (relacionamento competitivo entre pessoas *versus* relacionamento colaborativo de culturas não ocidentais); por ignorar o contexto no qual as ações humanas são tomadas; e por uma visão não coletiva da motivação humana (individualismo) em detrimento de uma também exagerada visão de coletividade que seria inerente aos controles institucionais. Para os autores, a TCT está sendo usada não como uma teoria positiva sobre práticas de negócios e sim com uma teoria normativa de decisões e *design* organizacionais.

Williamson não descreveria os mecanismos pelos quais o oportunismo é criado ou reduzido (GHOSHAL; MORAN, 1996, p. 17). Os autores também se referem ao potencial de profecia autocumprida da TCT, na medida em que consideram que todos estão sujeitos a um comportamento oportunista, os gestores das empresas adotam estruturas de governança para mitigar a possibilidade desse comportamento, fazendo com que a hierarquia surja não pela ameaça do comportamento oportunista *per se*, mas pela percepção de que ele inevitavelmente ocorrerá.

Dentre as críticas à solução de integração vertical para atenuar o oportunismo, há aquelas no sentido de que muitos mecanismos de controle e monitoramento dentro da empresa fazem com que a motivação e autonomia dos funcionários diminuam, reduzindo também a eficiência do processo e a rapidez das respostas, se comparado a soluções de mercado. Ghoshal e Moran (1996, p.25) também destacam que o controle social dentro da hierarquia pode mudar comportamento sem necessariamente modificar a atitude dos indivíduos.

Fortes mecanismos de controle racional dentro da hierarquia, segundo Ouchi (1983) também podem influenciar negativamente na construção de um sentimento de grupo (controle social) e afetar negativamente o comprometimento dos funcionários. O contexto social seria necessário para construir a confiança e o comprometimento que são condições para a manutenção da cooperação.

Para Ouchi (1979, p. 845), controles como os propostos pela TCT, chamados de controles racionais, devem ser utilizados apenas quando seus resultados podem ser mensurados. Quando isso não é possível, é melhor adotar formas de controle social dos funcionários de modo a atenuar o comportamento oportunista. Como Thompson (1967)

afirma que incerteza é a primeira inimiga da mensurabilidade, Ghoshal e Moran (1996, p. 28) concluem que os mecanismos de controle social são os mais indicados em ambientes com alta incerteza, tendo os controles racionais descritos por Williamson um papel secundário na busca pela eficiência.

Para Ghoshal e Moran (1996, p. 27), o aumento de controles racionais via estrutura hierárquica (i) faz crescer a dependência organizacional por esses controles; (ii) substitui a adesão voluntária às normas pelo cumprimento compulsório e restrito ao que estabelecem os regulamentos; e (iii) torna mais difícil a detecção de comportamentos oportunistas e aumenta gradativamente o custo de remover tais controles, gerando burocracia em excesso.

Coase (1988) indica que a TCT falharia ao explicar porque empresas competidoras de uma mesma indústria, expostas ao mesmo tipo de transações, adotam estruturas de governança diferentes por longos períodos de tempo.

A TCT também ignoraria em grande parte a natureza dinâmica da eficiência. Em todos os estudos de Williamson, eficiência seria tratada como algo estático. Além da eficiência, Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 874) destacam que mudanças fundamentais no ambiente econômico podem levar a drásticas mudanças nos custos de transação, sendo necessária a revisão das vantagens e desvantagens de dada estrutura de governança. Langlois e Robertson (1995) abordaram a TCT de um modo dinâmico e verificaram que, quando uma mudança tecnológica é introduzida em uma relação, a parte que a introduziu depende esforços no sentido de explicar e convencer a contraparte dos benefícios em adotá-la. Quando há confiança de que a nova tecnologia trará melhorias, o processo necessitará de substituição de ativos e de aprendizagem de novas rotinas e experiências. Caso contrário, a contraparte pode ficar relutante em adaptar o relacionamento à nova tecnologia e uma nova estrutura de governança pode emergir

Para Ghoshal e Moran (1996, p. 36), controle hierárquico (*fiat*) também é ineficiente em atividades que exigem dos funcionários inovação, criatividade e liderança, algo que *ex ante* é difícil de diferenciar de oportunismo. Para os autores, a missão/objetivo empresarial cumpre nas empresas o papel que os preços têm nos mercados. Enquanto a adaptação nos mercados se dá via preço, a adaptação organizacional é conduzida pela percepção de seus membros de ajuste entre os objetivos organizacionais e os seus próprios. Tais objetivos seriam a grande vantagem em relação aos mercados, uma vez que moldam valores, objetivos e expectativas de seus membros, e alteram sua percepção do balanço entre estímulos e contribuições.

⁹ Para os autores, a TCT, notadamente nos trabalhos de Oliver Williamson, teria como premissas a descrença na

2.2. TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO E INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE

Os custos de transação descritos pela TCT também são verificados no mercado de saúde. A informação é incompleta ou tão excessiva que os participantes não conseguem incorporá-la totalmente no processo decisório. Inúmeras regulações intervêm no processo de prestação de serviços de saúde, seja na prestação do serviço em si, seja em seu financiamento. Existem altas barreiras de entradas e de saídas no mercado. Os agentes que compõem os estágios da cadeia produtiva buscam seus próprios interesses, frequentemente profissionalmente justificados, às expensas dos demais agentes. Recursos são alocados de maneira sub-ótima e o ambiente é imprevisível, instável e altamente incerto (STILES; MICK; WISE, 2001).

As transações no setor de assistência à saúde ocorrem por meio de uma complexa interação entre pacientes, prestadores, financiadores e demais *stakeholders*. Algumas dessas transações são concretas e observáveis. Entretanto, a maioria das transações é intangível e abstrata, como o próprio conceito de saúde e doença. Graças a esse cenário, os custos de coordenação entre as diversas atividades da cadeia produtiva são bastante altos e decisivos para a adoção de uma ou outra estrutura organizacional. Em uma estrutura na qual tal coordenação encontra-se centralizada, os custos de transação tendem a ser menores.

Quando o médico não pertence a um hospital ou clínica, trata-se de uma integração vertical incompleta. Caso ele mantenha um vínculo empregatício com o hospital/clínica, a integração vertical desses elos da cadeia produtiva estará completa. Há, ainda, a integração entre o terceiro pagador e hospitais/clínicas, buscando fazer com que a produção e o pagamento por serviços de saúde aconteçam dentro de uma única estrutura (YEPES, 2004).

Uma das explicações teóricas para a integração entre operadoras e hospitais/clínicas é dada por Yepes (2004, p.36): é a atenção básica, ambulatorial, que determina em boa medida os níveis de utilização dos recursos de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs) e também dos recursos empregados em tratamentos de alta complexidade. Como, no Brasil, essa atenção básica se dá não somente em consultórios particulares como também clínicas ambulatoriais e em ambientes hospitalares, há incentivos para a integração. Além disso, há o fato de se poder controlar boa parte dos custos assistenciais, de prestação de serviços, que é a essência dos custos das atividades das operadoras.

eficácia dos mercados e a conseqüente necessidade de intervenção do Estado para corrigir suas falhas.

A cadeia produtiva dos serviços de saúde inclui uma sequência de produtores que transformam insumos (equipamentos, material médico-hospitalar, medicamentos, dentre outros) em serviços de saúde que são prestados a pacientes. E tal cadeia tem uma peculiaridade que a transforma única em relação a outras cadeias produtivas: a forma com a qual o médico atua e determina a demanda por serviços de saúde após o primeiro contato com o paciente. Ainda quando o médico esteja fora da estrutura do hospital/clínica, é ele quem determina o que fazer e o que gastar dentro de uma unidade hospitalar. E tais gastos são pagos por um terceiro que não o médico: seja o Estado no caso da saúde pública, sejam as Operadoras de Planos de Saúde no caso da saúde suplementar, seja o próprio paciente.

Sendo assim, tanto as atividades das Operadoras de Plano de Saúde quanto as dos prestadores de serviços funcionam sob grandes imperfeições derivadas de assimetrias de informações, levando a falhas de mercados que geram perdas de bem-estar. Na presença de assimetria de informações, o usuário final não está em condições de avaliar os atributos técnicos da qualidade e se limita a avaliar o que é observável, como os aspectos relacionais e de comodidade. Daí a grande importância, por exemplo, que a hotelaria tem na avaliação dos serviços de saúde. Tais atributos, ainda que possam estar associados à boa qualidade técnica, também podem ocultar fatores que exponham a má qualidade do processo (YEPES, 2004).

Para Yepes (2004, p. 48), o caminho tradicionalmente encontrado em mercados com essas características é a regulação, embora o autor afirme que é difícil que a regulação consiga corrigir os defeitos que se originam dessas falhas, podendo criar até uma maior confusão de normas. O autor sugere como melhor alternativa a existência de agentes – no caso, as operadoras –, que sejam bem informados e que possam assessorar melhor o usuário em suas decisões. Tal solução, contudo, não dissipa o oportunismo gerado pela assimetria de informação, e parte da premissa do estabelecimento de uma relação de absoluta confiança entre comprador e vendedor, algo de pouca viabilidade prática.

Como se pode verificar, a cadeia produtiva de saúde é particularmente complexa, uma vez que o paciente alterna entre prestadores de serviços, especialidades, locais de atenção (ambulatórios, hospitais, centros de SADTs, dentre outros) e fases do ciclo saúde-doença (urgente, crônica, reabilitação, dentre outras). Tais alterações ocorrem em vários sentidos e não de uma forma unidirecional, fazendo com que cada estágio da cadeia não esteja sempre na mesma sequência produtiva.

Diante dessa estrutura complexa e pelo fato de o paciente entrar em contato com múltiplos locais de produção de serviços de saúde, faz-se necessário que alguém assuma a

função de coordenação destes componentes. Usualmente, quando tal coordenação existe, é realizada pelo médico. O que as Operadoras de Planos de Saúde pretendem ao se verticalizar é que a função de coordenação seja internalizada para a sua estrutura, de modo a tornar o processo mais eficiente em termos econômicos. Outra vantagem da adoção de uma estrutura hierárquica apontada por Stiles, Mick e Wise (2001) é a maior liberdade no que se refere às exigências regulatórias e obtenção de margens de lucros, cujo exemplo empírico pode ser observado pela revisão dos normativos da ANS que dão tratamento diferenciado a Operadoras de Planos de Saúde que possuem estrutura verticalizada (rede própria).

Yepes (2004, p. 40) afirma que esse componente de coordenação é tradicionalmente ignorado pela literatura econômica, dado que considera que o volume de prestação de serviços é uma variável exógena à cadeia produtiva. Entretanto, a forma como se organizam os prestadores de serviços para responder às exigências do mercado e dos terceiros pagadores seria essencialmente endógena. E a coordenação necessária à cadeia produtiva da saúde é em muito dificultada pelo sistema de remuneração existente, baseado no pagamento por eventos, gerando grandes ineficiências e má qualidade do serviço prestado, porque os processos são tão complexos e fragmentados que as probabilidades de erro são muito altas.

Em que pesem as vantagens da integração vertical para a coordenação da produção dos serviços de saúde, a estrutura de governança hierárquica também apresentaria desvantagens, segundo Yepes (2004, p. 49): desincentivaria a inovação, a competitividade e a eficiência dos custos de produção.

2.2.1. O exemplo estadunidense

A experiência mais bem sucedida em termos de coordenação das atividades ligadas à prestação de serviços de saúde é a vivenciada pelas *Health Management Organizations* (HMOs) estadunidenses a partir da década de 80. Tal coordenação é realizada dentro da organização, pela figura de um médico ou de uma equipe interdisciplinar apoiada por um sistema de informação que permita realizar um monitoramento permanente de todos os eventos, médicos, rede prestadora e pacientes, de modo que seja possível chegar a um resultado muito melhor do que o obtido em um sistema descoordenado.

Os estudos sobre integração vertical entre Operadoras de Plano de Saúde e prestadores de serviço de saúde são mais profícuos e numerosos sobre a experiência vivenciada nos Estados Unidos. Naquele país, o tipo de seguro saúde tradicional era baseado no reembolso/indenização ao paciente após a utilização dos serviços de saúde prestados por

terceiros, não havendo nenhuma relação entre o pagador e o prestador de serviços. Esse modelo gerou um crescimento acelerado dos custos em saúde. Como a maioria dos seguros saúde era contratada por empregadores, o custo associado à indução de demanda e ao risco moral simplesmente era transferido ao preço (prêmio) pago pelo seguro.

Diante dos sucessivos aumentos, os empregadores começaram a buscar formas alternativas de seguro, mais baratas e/ou eficientes. A única maneira percebida de controlar o aumento dos custos dos planos era estabelecer, de algum modo, uma relação entre operadora e prestador. Esse seguro era conhecido como seguro de pré-pagamento e era oferecido por HMOs, que existiam desde a década de 70, contudo não haviam conquistado parcela significativa do mercado. As HMOs de *staff* tinham como características possuírem hospitais próprios e médicos assalariados, ou seja, uma estrutura hierárquica entre operadora e prestadores de serviço. Já as HMOs de grupo não tinham rede prestadora própria, mas uma rede com a qual assinavam contrato de exclusividade. A partir de então, o mercado estadunidense de seguro saúde incorporava uma nova estrutura de governança.

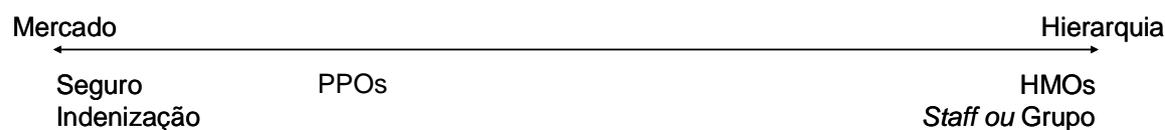
Figura 2: Seguros e HMOs no *continuum* Mercado-Hierarquia



A explicação para ter rede prestadora própria era que, de outro modo, não era possível controlar o gasto médico, não pela limitação do gasto médico e sim pela adoção de modelos de atenção proativos, centrados na promoção de saúde e prevenção de doenças, orientados a manter a população sã e prestar uma atenção eficaz sem relegar a eficiência. Para que esse modelo de atenção aconteça, faz-se necessária que a função de coordenação fosse extremamente bem conduzida e que houvesse uma rede prestadora exclusiva.

Essa nova estrutura de governança permitiu que as HMOs rapidamente conquistassem o mercado outrora dominado pelas seguradoras. E para fazer frente ao novo modelo de competição, as seguradoras iniciaram um processo de referenciamento de prestadores de serviços, conveniando médicos e hospitais e clínicas para obter descontos de preços que também eram interessantes para os pacientes, dado que uma parcela do custo total era paga pelo paciente a título de co-participação (franquia). O nome dessa nova estrutura era *Preferred Provider Organization* (PPO) e se situava entre os extremos representados pelo seguro de indenização de um lado e as HMOs de outro.

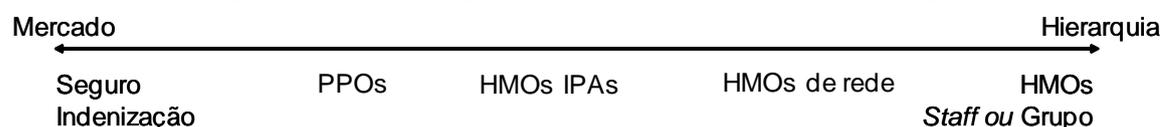
Figura 3: PPOs no *continuum* Mercado-Hierarquia



Fonte: Elaboração própria

As PPOs conquistaram uma parcela de mercado que desejava ter uma rede mais ampla de prestadores e, para fazer frente a elas, as HMOs desenharam planos de saúde com redes mais abertas, compostas por prestadores agrupados em pequenas redes e consultórios denominados *Independent Practice Associations* (IPAs) ou por redes maiores que incluíam médicos de várias especialidades, consultórios e hospitais, chamados HMOs de rede.

Figura 4: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia



Fonte: Elaboração própria

Com isso, o mercado americano de planos de saúde se organizou em torno de cinco estruturas de governança, listadas a seguir de acordo com sua posição no *continuum* mercado-hierarquia (YEPES, 2004, p. 44):

(i) Seguros de indenização, com liberdade total de escolha, porém muito custoso pois não há como controlar o gasto médico;

(ii) PPOs, com liberdade total de escolha, porém com incentivos para utilizar prestadores referenciados pela operadora, uma maior capacidade de controlar os custos por meio de preços mais baixos. Resta, contudo, a dificuldade de controlar os custos devido à incapacidade de controlar a frequência e a intensidade da utilização dos serviços por parte dos médicos;

(iii) HMOs tipo IPA, que somente reconhecem os serviços prestados pelos médicos das IPAs com as quais têm contrato. Com isso, pode haver melhor controle das frequências e intensidade de uso, além de obter descontos nos preços dos serviços prestados. O plano de saúde é mais barato porque é mais fácil controlar os custos, entretanto o usuário tem menor poder de escolha e o controle de custos ainda é frágil, dado que as IPAs são entidades independentes que têm contratos com várias HMOs e é muito difícil uma única HMO alterar os padrões de utilização dos recursos;

(iv) HMOs de rede, similar às tipo IPAs, só que com uma rede mais ampla. Em contrapartida, a liberdade de escolha se torna mais restrita; e

(v) HMOs de *staff* ou grupo, com restrição máxima de escolha, controle estrito de custos e, por conseguinte, preços mais baixos.

Outro fato importante é que as HMOs, quando entravam em mercados dominados por seguradoras, não encontravam rede de prestadores com capacidade de gestão suficiente para compartilhar riscos – uma de suas inovações – e melhorar a qualidade do serviço prestado. Afinal, o modelo tradicional é baseado em alta especialização, atenção hospitalar e centrado na prática médica individual sem supervisão. Com esse modelo, era impossível conseguir a coordenação necessária, motivo pelo qual uma estrutura verticalizada foi criada de modo a permitir que tal coordenação acontecesse em seu interior (YEPES, 2004, p. 45).

Também existiu, ainda que com menos intensidade, um movimento de integração vertical por parte dos médicos em direção às Operadoras de Planos de Saúde. O exemplo mais antigo é o sistema *Blue Cross/Blue Shield*, contudo seu objetivo era garantir recursos aos hospitais e médicos, e eram sem fins lucrativos. Com o advento das HMOs, médicos resistentes às mudanças, que geraram supervisão a sua prática e limitaram sua autonomia, criaram os *Providers-Sponsored Plans* (PSPs), integrando a função de operadora. Essa estrutura, todavia, não foi muito frutífera por várias razões, dentre as quais Yepes (2004, p. 46) destaca a seleção adversa de clientes, pois o mercado natural dos médicos era a população enferma e não a sã, extremamente necessária para diluir o risco trazido por seus pacientes.

Além disso, os médicos não possuíam a disciplina necessária para manter seus padrões de gastos dentro dos limites economicamente viáveis para serem cobertos pelas receitas com o pagamento dos planos de saúde. Também não tinham *know how* suficiente em atividades como auditoria, sistemas de informação e coordenação interdisciplinar, análise atuarial, gestão financeira e de riscos, captação de clientes, dentre outras.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

O estudo pode ser classificado como Investigação Exploratória e Investigação Descritiva (GIL, 2002). A investigação exploratória está relacionada com a abrangência do estudo sobre o movimento de integração vertical na saúde suplementar, uma vez que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre o assunto. Trata-se, ainda, de uma investigação descritiva na medida em que também buscou descrever o histórico de regulação do setor, tentou identificar a existência de associação entre variáveis – notadamente, a integração vertical e seus determinantes segundo a TCT –, seja por meio da análise dos dados disponibilizados pela ANS, seja por meio de entrevistas com gestores de planos. Segundo Gil (2002, p. 42), as investigações exploratórias e descritivas são as habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

3.2. ABORDAGEM DA PESQUISA

Como o estudo assumiu características de investigação exploratória e descritiva, possui características de um estudo de caso intrínseco, pois o caso constitui o próprio objeto de pesquisa (STAKE *apud* DENZIN; LINCOLN, 2000). Desta maneira, permite um estudo profundo e exaustivo de um único objeto, o setor de saúde suplementar brasileiro e o comportamento de dois de seus agentes a partir da criação da ANS, propiciando seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2002).

Contudo, ao confrontar a estratégia de pesquisa adotada para este estudo com os critérios de classificação propostos por Yin (2010), foi possível perceber que a mesma se enquadra não somente como um estudo de caso, mas também como um estudo histórico. Para o autor, estas duas estratégias são adequadas para estudos que não necessitem de controle sobre os eventos comportamentais.

E para assegurar significância aos resultados do estudo de caso, foram utilizadas múltiplas fontes de dados (YIN, 2010), como as investigações bibliográfica e documental, além de entrevistas em profundidade.

3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

No que se refere à coleta de dados, o estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos (GIL, 2002), pois pode se valer tanto de dados de gente quanto de dados de papel. E, de acordo com os preceitos de Rossman e Rallis (*apud* CRESWELL, 2003), o pesquisador deve ir ao local onde estão os participantes para desenvolver sua pesquisa.

Após uma revisão de literatura baseada na Teoria dos Custos de Transação, com enfoque nos determinantes da integração vertical descritos em Williamson (1975), a tese utiliza o mercado de saúde suplementar brasileiro para verificar se a recente tendência de integração vertical entre Operadoras de Planos de Saúde e rede prestadora de serviços, especialmente hospitais e clínicas ambulatoriais, pode ser explicada à luz da TCT.

Inicialmente, torna-se necessário fazer um resumo histórico da regulação do mercado de saúde suplementar. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para contextualizar o mercado de planos de saúde. Artigos acadêmicos, teses e publicações da ANS foram visitados para fazer uma síntese histórica do setor. Com isso, buscou-se identificar as implicações que a regulação trouxe consigo e seu potencial de mudança estrutural do setor.

Em seguida, foram analisados os dados contábeis disponibilizados pela ANS, nos quais é possível verificar os ativos, passivos, receitas e, sobretudo, despesas referentes à rede própria. Atualmente, trata-se da fonte mais sistematizada – se não a única – de dados sobre a rede própria do setor de saúde suplementar. Aumentos nos ativos, nas receitas e nas despesas em rede própria indicam um maior grau de verticalização de uma dada operadora, modalidade¹⁰ ou de todo o setor.

Após solicitação, a Agência gentilmente cedeu os dados econômico-financeiros enviados anualmente pelas Operadoras de Planos de Saúde, denominado Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops). Destes, foram desconsiderados os dados referentes à assistência odontológica, enfocando somente na assistência médico-hospitalar.

¹⁰ Os normativos da ANS estabelecem que as Operadoras de Planos de Saúde Médico-Hospitalares devem ser classificadas nas seguintes modalidades: Administradora de Benefícios, Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde.

Tais dados foram obtidos desde sua instituição, ou seja, desde o ano de 2001, até o último ano disponível quando da disponibilização, que foi o de 2011. Apesar de ser um documento trimestral, foram solicitados e utilizados os dados referentes a dezembro de cada ano, pois consolidavam as informações dos respectivos exercícios contábeis. Após o recebimento dos dados, disponibilizados por meio de arquivo do programa Microsoft Access, iniciou-se o seu tratamento. A primeira constatação foi que as informações referentes à rede própria só passaram a aparecer detalhada nos balanços das Operadoras de Planos de Saúde a partir de 2007, conforme o disposto na Resolução Normativa nº 136, de 31 de outubro de 2006. Até então, as informações contábeis das Operadoras restringiam-se ao detalhamento da forma de pagamento do plano de saúde pelo beneficiário, isto é, se o seu preço era pré ou pós-estabelecido. Com isso, os dados utilizados na presente tese se restringiram aos anos de 2007 a 2011.

Do período com informações disponíveis sobre a rede própria das Operadoras de Planos de Saúde, cada rubrica contábil constante no Diops que permitia a distinção de ativos, passivos, receitas ou despesas médico-hospitalares em rede própria foi analisada e confrontada ora com os valores totais da respectiva conta contábil, ora com os valores encontrados na rede credenciada e outras formas de contratação (por exemplo, reembolso de gastos médicos).

Desse modo, foram feitas centenas de consultas a bases de dados em Microsoft Access, que resultaram tabelas que foram trabalhadas por meio do programa Microsoft Excel. Tais tabelas permitem identificar os saldos de cada Operadora, individualmente, em cada rubrica contábil. Por questão de conveniência e limitação de espaço físico para apresentar todos esses relatórios na tese¹¹, esses relatórios foram consolidados por modalidade de Operadora de Plano de Saúde, além de ter sido disponibilizada uma relação com vinte Operadoras de Planos de Saúde, selecionadas por representarem os maiores saldos médios anuais de cada rubrica analisada. Além disso, cada consolidação traz consigo duas tabelas: a primeira informando os valores nominais de cada rubrica e a segunda informando a participação daquela rubrica em relação ao valor total da respectiva conta contábil ou em relação ao valor das rubricas que representam saldos em rede credenciada e outras formas de contratação.

¹¹ De toda sorte, tais relatórios encontram-se de posse do autor em arquivos eletrônicos para fins de registro e pesquisas futuras.

Esse conjunto de informações, reunidos em tabelas, permite não somente verificar a evolução anual da rede própria – do setor, de cada modalidade e, no limite, de cada operadora –, como também fazer constatações sobre as especificidades de cada modalidade – que nada mais são que estruturas de governança distintas – quanto a movimentos em direção à integração vertical. Importante ressaltar, ainda, que 22 grupos de contas contábeis foram analisados, de modo que foi possível identificar também que direção a integração vertical está tomando, por exemplo, se está caminhando em direção a internalizar as despesas com exames e não as despesas com consultas médicas. O objetivo da análise das contas contábeis é identificar a natureza das receitas e, principalmente, os custos¹³ assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde. Desse modo, foi possível verificar a evolução dos gastos assistenciais incorridos em rede própria das Operadoras, buscando verificar os movimentos em direção à integração vertical.

Também foi possível verificar se as Operadoras de Planos de Saúde que possuem estrutura verticalizada possuem um perfil de despesas distinto das demais. Para tanto, foi analisado um grupo de onze Operadoras de Planos de Saúde, que vem a ser o conjunto de Operadoras que aparecerem ao menos em quatro das seis listas¹⁴ das vinte maiores médias de despesas médico-hospitalares. O objetivo desta seleção foi verificar a evolução das Operadoras que mais vezes foram listadas no *ranking* de despesas médico-hospitalares próprias *vis-à-vis* as Seguradoras Especializadas em Saúde, impedidas legalmente de ter rede própria. Com isso, buscou-se observar se uma amostra das operadoras que estão investindo em rede própria possui um perfil de despesas compatível com o que se preconizaria pela Teoria dos Custos de Transação. Isto porque é presumido pela TCT que uma operadora verticalizada – ou seja, que tenha uma rede de hospitais e clínicas ambulatoriais próprios – tenha relativamente menores custos classificados como assistenciais e maiores custos administrativos que as demais, evidenciando uma redução dos custos de transação por meio da adoção de uma estrutura hierárquica.

Após a análise da tendência de verticalização do setor, buscou-se fazer entrevistas com os gestores dessas onze Operadoras Seleccionadas. Os contatos para a realização das entrevistas buscavam agendar um tempo de 30 minutos com o CEO (*Chief Executive Officer*) ou com o Gestor de Recursos Próprios de uma dada Operadora. A escolha por esses

¹³ Apesar de haver uma distinção contábil entre gasto, custo e despesa, a presente tese trata os três termos como sinônimos, reconhecendo que a correta nomenclatura é aquela estabelecida na rubrica contábil do Diops pela ANS.

¹⁴ Cada lista representa uma subconta contábil: Despesas com (i) Consultas Médicas, (ii) Exames, (iii) Terapias, (iv) Internações, (v) Outros Atendimentos Ambulatoriais e (vi) Demais Despesas Médico-Hospitalares.

executivos do alto escalão hierárquico se deveu ao fato de se pretender ouvir gestores que estivessem diretamente envolvidos com as decisões referentes à criação e/ou manutenção de serviços próprios, no intuito de verificar quais foram as motivações existentes para que a decisão de se verticalizar fosse tomada, bem como compreender as consequências de tal decisão.

Como se tratou de um número reduzido de Operadoras, a forma de condução da pesquisa exploratória foi buscar evidências dos determinantes para a integração vertical também por meio de entrevistas em profundidade com tais gestores. Buscou-se fazer perguntas da maneira mais aberta possível para, posteriormente, verificar o quanto suas respostas traziam consigo os determinantes da integração vertical segundo a TCT.

O roteiro não exaustivo de temas incluía os seguintes:

- ✓ Motivações para manter rede própria;
- ✓ Vantagens e desvantagens da rede própria;
- ✓ Interesse em ter os médicos (geradores de demanda) sob a mesma estrutura;
- ✓ Representatividade da rede própria como fonte de receitas;
- ✓ Grau de influência da localização geográfica na decisão de se construir/adquirir rede própria;
- ✓ Percepção de abusos praticados na rede credenciada;
- ✓ Disputas judiciais com a rede credenciada e beneficiários;
- ✓ Relacionamento entre as atividades da operadora e da rede prestadora (própria e credenciada);
- ✓ Nível de autonomia da rede própria;
- ✓ Como se dá a apuração de resultado nessa unidade de negócio;
- ✓ Evidências de redução da incerteza quanto à demanda por serviços de saúde;
- ✓ Evidências de melhorias na mensuração da qualidade do serviço prestado;
- ✓ Contribuição da regulação do setor e da ação da ANS para a decisão de possuir rede própria;
- ✓ Custos de monitoramento da rede própria *versus* contratada (por exemplo, glosas);
- ✓ Grau de influência da localização geográfica na decisão de se integrar;
- ✓ Dificuldade em avaliar o valor dos bens transacionados usando os preços de mercado;
- ✓ Importância da incorporação de mudanças tecnológicas e de conhecimento para a execução eficiente das atividades.

Das onze Operadoras Seleccionadas, uma, a Amil Saúde Ltda. (ex-Medial), não existe formalmente desde outubro de 2012, tendo sua carteira sido incorporada pela Amil Assistência Médica Internacional S.A. Restaram, portanto, dez operadoras como público-alvo para as entrevistas.

Os contatos para o agendamento de entrevistas foram realizados entre agosto e novembro de 2013. Do referido conjunto de operadoras, foi possível entrevistar três Diretores-Presidentes e dois Superintendentes de Recursos Próprios das seguintes: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa de Médicos; Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.; Unimed Porto Alegre Sociedade Coop. de Trab. Médico Ltda.; e Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico;

Das cinco operadoras restantes, três informaram por correspondência eletrônica não ser possível a realização de entrevistas. Foram elas: Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda, Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico e Unimed Grande Florianópolis-Cooperativa de Trabalho Médico. Por fim, as operadoras Amil Assistência Médica Internacional S.A. e Intermédica Sistema de Saúde S/A não encontraram, por motivos diversos, espaço na agenda até novembro de 2013 para a realização das entrevistas, tampouco informaram não ser possível sua realização.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 11 e 23 de setembro de 2013, na sede das Operadoras, tendo duração entre 55 e 65 minutos. Foram gravadas, transcritas e enviadas aos entrevistados para as suas considerações durante o mês outubro de 2013.

Em virtude do critério de seleção adotado, dentre as Operadoras Seleccionadas, sete eram Cooperativas Médicas e quatro Medicinas de Grupo. Infelizmente, não foi possível entrevistar nenhum gestor de Medicinas de Grupo, apesar dos contatos constantes para este fim. Nesse sentido, a análise das considerações dos entrevistados ficou restrita a apenas uma modalidade de operadora de plano de saúde, fazendo com que seus resultados possam apresentar o viés das Cooperativas Médicas. Contudo, é oportuno destacar que são as Cooperativas Médicas a modalidade que mais caminha em direção a uma estrutura verticalizada, de modo que as considerações dos referidos gestores são bastante representativas na explicação das motivações de todo o setor. Cabe, ainda, registrar a disponibilidade e interesse desses gestores sobre o tema, tendo prontamente atendido ao pedido de entrevista e ficado todos o dobro do tempo solicitado quando do agendamento das mesmas.

Após a transcrição das entrevistas, trechos dos depoimentos de cada um dos gestores foram selecionados, agrupados e confrontados com os determinantes da integração vertical colocados pela TCT. O resultado da análise destas cinco entrevistas está localizado no final do quarto capítulo da presente tese.

3.4. LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Apesar da abrangência quanto à coleta de dados, os estudos de caso e histórico requerem do pesquisador imparcialidade ao descrever os fatos, de maneira a não demonstrar juízo de valor (CRESWELL, 2003). A principal crítica, a estudos como o histórico e o de caso, refere-se à falta de procedimentos metodológicos rígidos. Exige, portanto, redobrada atenção do pesquisador tanto no planejamento quanto na coleta e análise dos dados, de forma a minimizar o efeito dos vieses (GIL, 2002, p. 54).

Tais características limitam o estudo na medida em que as conclusões obtidas não poderão ser generalizadas estatisticamente e a extrapolação dos resultados nesse sentido é bastante reduzida (YIN, 2010), embora seu objetivo primaz seja o de proporcionar uma visão global do problema ou identificar fatores que o influenciam ou por ele são influenciados (GIL, 2002. p. 55).

Em que pese suas limitações estatísticas, o presente estudo de caso é passível da generalização analítica descrita por Yin (2010, p. 61), na qual a TCT foi usada como um padrão com o qual foram comparados os resultados empíricos do estudo de caso. Caso haja outros casos que demonstrem apoiar a TCT, a replicação poderia ser afirmada, assim como se tais casos pudessem apoiar a TCT e não apoiar uma teoria concorrente, algo ainda mais robusto.

A análise de documentos, dados e entrevistas permitiu colher evidências da relação entre integração vertical e TCT, sendo impossível estabelecer com total veracidade uma relação de causa-efeito perfeita, dada as inúmeras variáveis que interferem na decisão das Operadoras em possuir rede própria ou não. Por definição, o estudo de caso torna-se, então, uma visão limitada da realidade, no tempo e no espaço, sob a ótica daquele que o elaborou.

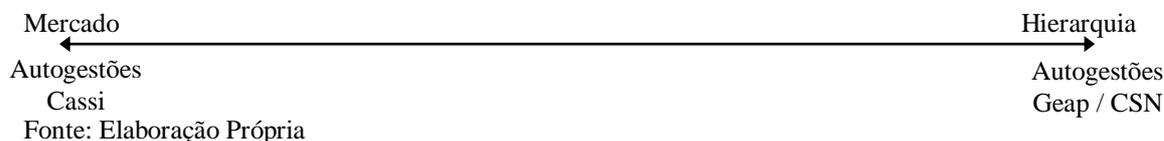
4. ESTUDO DE CASO: INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

4.1. HISTÓRICO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO

4.1.1. História dos Planos de Saúde no Brasil

O início da prestação de serviços de saúde por grupos empresariais remonta à primeira metade do século XX, quando do início da industrialização brasileira. Inicialmente, existiam as caixas de assistências à saúde, como a do Banco do Brasil (Cassi¹⁵), que reembolsavam despesas com serviços médico-hospitalares e medicamentos; e as entidades patronais, como a que deu origem à Geap Fundação de Seguridade Social¹⁶, e empresas que contavam com seu próprio aparato para a prestação de serviços médico-hospitalares, com o objetivo de manter a capacidade produtiva de sua força de trabalho. A Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), por exemplo, mantinha um hospital para o atendimento de seus trabalhadores desde 1942, criado antes mesmo da usina siderúrgica, ainda no canteiro de obras para a sua construção (FERREIRA, 2005, p. 169). Naquele momento, estava presente no Brasil o que, décadas depois, viria a ser denominada uma empresa de autogestão dos serviços médico-hospitalares, que tinham em seu espectro desde o simples reembolso de despesas até a prestação dos serviços médico-hospitalares diretamente aos beneficiários. Em comum, a participação do empregador no financiamento das respectivas despesas. Sendo assim, as estruturas de governança adotadas pelas autogestões variavam desde uma totalmente integrada com a prestação de serviços até outra na qual tais serviços eram prestados por agentes do mercado, como demonstrado na figura a seguir, inspirada em Yepes (2004).

Figura 5: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Autogestões)



Na década de 50, surgem as associações de médicos de hospitais privados ou reunião de tais profissionais e seus consultórios, que oferecem um conjunto de serviços médico-hospitalares a trabalhadores de uma dada empresa em troca de uma mensalidade fixa. Com

¹⁵ Fundada em 27 de janeiro de 1944.

¹⁶ Fundada em 29 de setembro de 1945, como assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI).

isso, o enfoque de racionalização de custos médicos se insere no interior das recém criadas medicinas de grupo.

De acordo com Barbosa (1973 *apud* DINIZ, 1997, p. 31), o surgimento das medicinas de grupo se deveu a uma greve mal sucedida na empresa Ultragaz, que resultou na extinção do serviço de assistência médica disponibilizado aos funcionários. Um dos médicos desempregados, Juljan Czapski, teve a ideia de reunir os demais médicos demitidos e oferecer o serviço de assistência médica a uma recauchutadora de pneus, a Tyresoles, que pertencia a um amigo. Apesar de a Ultragaz ter revisto a decisão e convidado os médicos demitidos a retornarem à empresa, estes preferiram oferecer seus serviços nos moldes como eles eram prestados à Tyresoles. A empresa criada, Policlínica Geral, seguiu incorporando em sua carteira grandes clientes como a Motores Diesel e as montadoras Volkswagen e Chrysler.

De acordo com Bahia (1999, p. 30), os trabalhos pioneiros sobre o “empresariamento da medicina”, contudo, adotam como marco inicial do processo de expansão o ano de 1966, quando ocorreu a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e a Lei Orgânica da Previdência Social passou a permitir às empresas oferecer atendimento médico a seus empregados por meio de serviços próprios ou contratados junto a terceiros.

Nesse momento, os chamados convênios-empresa são firmados entre grandes empresas e grupos médicos para a prestação de serviços aos trabalhadores urbanos, em especial os localizados no Estado de São Paulo, intermediados pela Previdência Social. Em contrapartida, esta se desobrigava ao atendimento dos empregados de tais empresas, que, por sua vez, eram dispensadas de parte da contribuição devida. Além disso, boa parte dos serviços médico-hospitalares do INPS também era oferecida por meio de contratos de prestação de serviços de particulares, transformando-o no maior comprador de serviços médicos do país.

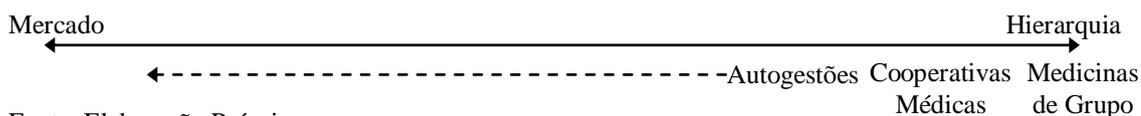
A partir dos incentivos trazidos pelo INPS, grandes empresas que adotavam estrutura semelhante à da CSN começaram a comprar serviços, complementares aos que ofereciam, de empresas especializadas, conhecidas atualmente como medicina de grupo e cooperativas médicas, e que ofereciam seus recursos próprios para a prestação de serviços. O estágio seguinte que as grandes empresas tomaram foi deixar a cargo de tais empresas todos os serviços médico-hospitalares, desonerando a contratante de grandes estruturas concebidas para a prestação de tais serviços.

As cooperativas médicas começam a se tornar relevantes a partir de então e se diferenciavam essencialmente pela promessa de preservação da autonomia médica, enquanto as medicinas de grupo subordinariam tal autonomia ao lucro dos proprietários dos hospitais.

Segundo Bahia (1999, p. 188), seus fundadores eram vinculados a setores da esquerda brasileira, motivo pelo qual o ideário cooperativista foi adotado em contraposição às medicinas de grupo¹⁷.

Nesse momento, uma cooperativa de médicos de Santos, denominada Unimed Santos, fundada em 1967 e que atuava inicialmente introduzindo a comercialização de planos de saúde a pessoas físicas, assume posição de destaque ao firmar, no início da década de 70, contrato com a petroquímica Union Carbide para atender seus funcionários. Nos anos seguintes, outras empresas petroquímicas seguem o mesmo caminho, fazendo com que a Unimed Santos já tivesse, em 1972, cerca de 10 mil beneficiários.

Figura 6: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Cooperativas e Medicinas de Grupo)



Fonte: Elaboração Própria

Outras características marcantes das cooperativas médicas em seus primórdios, que a diferenciavam das medicinas de grupo, foram (i) o início da comercialização de planos para pessoas físicas, não lastreados em um vínculo coletivo; (ii) o fato de terem apenas os consultórios de seus cooperados como rede própria, contra hospitais e clínicas próprios mantidos pelas medicinas de grupo; (iii) terem se desenvolvido com mais intensidade em cidades do interior do Brasil, ao contrário das medicinas de grupo, centradas nas grandes cidades, especialmente as do estado de São Paulo; e (iv) não estarem tão atreladas aos convênios-empresa intermediados pela Previdência Social, como as medicinas de grupo.

Após a chegada de grandes multinacionais ao país na década de 60 – que traziam consigo a prestação de serviços de saúde direta ou indiretamente no escopo de seus departamentos de recursos humanos – e a consolidação de grandes empresas estatais, novo estímulo é oferecido pelo governo, em 1974, às empresas que prestam serviços médicos ou os contratam de outras empresas privadas: a dedução dos gastos com saúde do imposto de renda (BAHIA, 1999, p. 34). Além disso, boa parte das medicinas de grupo existentes à época

¹⁷ Em que pese May (1996 *apud* BAHIA, 1999, p. 211) reconhecer que, ao final da década de 90, pouca diferença existisse entre o relacionamento cooperado-cooperativa e o médico contratado-medicina de grupo.

gozava do *status* de instituição filantrópica, fato que as desonerava sobremaneira e perdurou até a década de 90.

Em 1979, contudo, há um revés no processo expansionista, quando o INPS deixa de mediar a existência de convênios entre empresas e Operadoras de Planos de Saúde. Com isso, alguns desses convênios foram encerrados, embora já existissem em grande número convênios que eram firmados sem a interveniência do INPS, demonstrando a viabilidade de um modelo mais autônomo. Alguns autores, como Medici (1991, p. 12), associam a baixa expansão na década de 70 também à efetividade da prestação de serviços públicos por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Após o processo de redemocratização do país, que culminou na promulgação da Constituição de 1988, novo ciclo expansionista das atividades de Operadoras de Planos de Saúde é verificado, contribuindo para tanto (i) um declínio da qualidade da assistência médico-hospitalar pública, oriunda da universalização da saúde e do acesso a ela; (ii) modificações na legislação referente à atuação dos seguros saúde, estes oferecidos por companhias seguradoras; e (iii) a manutenção de incentivos fiscais para quem optasse pela contratação de um plano de saúde privado.

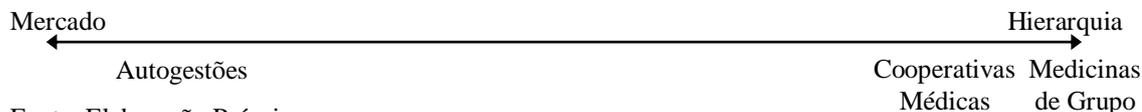
Novas medicinas de grupo, de origem carioca e abrangência nacional – ao contrário das pioneiras paulistas – surgem e ganham fatias expressivas do mercado, tornando-se líderes, como Golden Cross e Amil. Em comum, a relevante participação de planos individuais em suas carteiras. Por outro lado, empresas e profissionais de saúde veem sua remuneração cada vez mais se atrelar a prestação de serviços a operadoras de planos, tornando-se excessivamente dependentes, a ponto de serem adquiridos por estas¹⁸.

Além desses fatores, Bahia (1999, p. 57) sugere uma migração da atuação das empresas que faziam pagamento direto aos prestadores de serviços por consultas e internações para um modelo intermediado por Operadoras de Planos de Saúde. No caso do serviço público, essa contratação dos planos de saúde foi intermediada pela criação de inúmeras entidades de previdência fechada ou pela utilização de entidades profissionais, que realizavam a contratação de planos e seguros de saúde. Nesse momento, há uma sensível diminuição das organizações classificadas como autogestões que assumem para si a prestação direta dos serviços médico-hospitalares, tornando-as a partir de então demandantes dos planos e seguros de saúde ofertados no mercado. As autogestões remanescentes acabam por adotar um modelo

¹⁸ Bahia (1999, p. 192) cita o caso de um tradicional laboratório carioca que se insurgiu contra a Amil e a Golden Cross, decidindo não atender a esses planos por conta dos preços estipulados para os seus serviços. Após tal decisão, o laboratório foi à falência e as duas operadoras o compraram.

de contratação direta dos serviços junto a seus prestadores, diminuindo em muito sua estrutura própria para prestação de serviços de saúde.

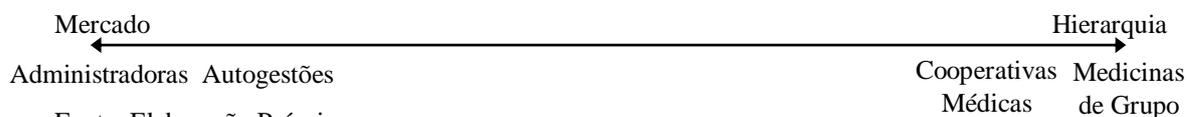
Figura 7: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Reposicionamento das Autogestões)



Fonte: Elaboração Própria

A terceirização dos serviços médico-hospitalares por parte das autogestões e o surgimento de planos próprios vinculados a sindicatos e associações de trabalhadores fez com que uma nova modalidade empresarial tomasse forma na década de 80. Tratava-se das administradoras de planos de saúde, que eram responsáveis pela gestão administrativa de um plano de saúde de outrem, sendo responsável por questões cadastrais, contratação de rede prestadora de serviços, recebimento e pagamento de faturas e fornecimento de informações gerenciais às empresas contratantes. Com isso, surge no setor uma modalidade que não tem rede própria tampouco beneficiários, sendo responsável apenas pelo fluxo administrativo de um plano de saúde.

Figura 8: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Administradoras)



Fonte: Elaboração Própria

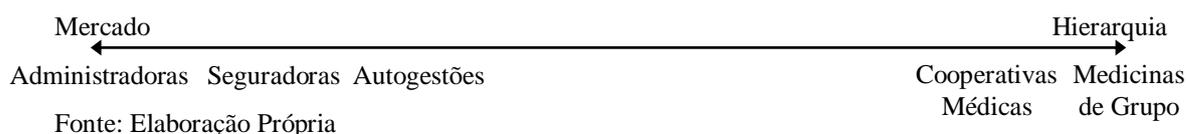
Notadamente nos anos 90, as medicinas de grupo e cooperativas médicas adotam uma estrutura gerencial mais complexa, diversificando sua atuação, criando seguradoras, empresas de alimentação e farmácias, além de adquirirem hospitais. Soma-se a isso a introdução de mecanismos do mercado segurador, como o co-pagamento de despesas médico-hospitalares por parte dos beneficiários dos planos de saúde, o compartilhamento de risco com outras empresas do setor, além do ingresso de capital internacional no setor de planos de saúde, por meio de associações com operadoras locais.

Na visão de muitos, as medicinas de grupo e cooperativas médicas eram estágios primitivos de um setor que, ao se tornar mais refinado e complexo, rumaria para um modelo mais sofisticado de atendimento às demandas por saúde, por meio de reembolsos de despesas e valendo-se de instrumentos atuariais utilizados há muito pelas seguradoras. De certo modo, o modelo empresarial das seguradoras era o paradigma a ser perseguido pelos defensores da sofisticação do mercado de planos de saúde. Às medicinas de grupo existentes restaria o atendimento de funcionários de empresas localizadas em sua área de atuação. Não se

imaginava, portanto, que medicinas de grupo seriam viáveis a nível nacional caso continuassem a adotar as mesmas práticas gerenciais.

Apesar de sua atuação estar regulamentada desde o Decreto Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a Sul América Seguros administrar o plano da montadora Ford desde 1967, as seguradoras só viram as apólices de seguro saúde se tornar relevantes e atraentes em suas carteiras após a edição da Resolução CNSP nº 16, de 20 de dezembro de 1988, que continha a permissão da Superintendência de Seguros Privados (Susep) para que as mesmas adotassem um modelo similar aos das medicinas de grupo e cooperativas médicas, passando-lhes a ser permitido o credenciamento de prestadores de serviços, que ficaria conhecido como referenciamento. Esse mecanismo permitiu às seguradoras organizar redes referenciadas de abrangência nacional e se valer de ganhos de escala e redirecionamento de demanda como estratégias de redução de custos. Com isso, verifica-se um expressivo crescimento da participação das seguradas, especialmente na segunda metade da década de 90.

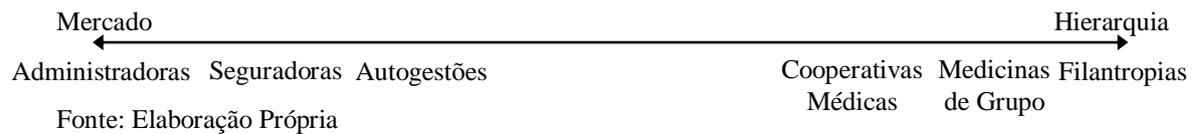
Figura 9: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Seguradoras)



Ainda assim, as modalidades empresariais que se distanciam do modelo tradicional do mercado segurador teriam, na visão de alguns autores (BAHIA, 1999, p. 179) maior capacidade de barganha com os provedores em virtude da capacidade de direcionar clientes e negociar preços mais favoráveis com os prestadores que receberão a demanda direcionada. Daí a importância da Resolução CNSP nº 16/88, que permitiu o referenciamento de prestadores por parte das seguradoras, oferecendo a elas tal possibilidade de redução de custos. Normativos seguintes, como a Circular nº 5, de 9 de março de 1989, deram mais flexibilidade às seguradoras quanto às coberturas obrigatórias, com cada uma podendo definir a abrangência de suas apólices.

A última modalidade a tomar forma de maneira autônoma foi a Filantropia, grupo que representava as operadoras que conseguiram preservar o *status* de instituição filantrópica mesmo após a regulamentação do setor, a partir de 1998. O reconhecimento das Filantropias como modalidade independente se dá por meio da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, já elaborada pela ANS no uso de suas atribuições. Os serviços de assistência à saúde eram essencialmente oferecidos por meio de seus próprios hospitais e clínicas, sendo, portanto, a modalidade mais verticalizada do setor.

Figura 10: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia (Filantropias)



Com o tardio, porém relevante, ingresso das seguradoras no mercado de saúde suplementar, verifica-se que a mediação entre as demandas dos clientes e a oferta de serviços por meio dos prestadores poderia ocorrer de maneiras distintas: por meio de organizações voltadas a operações financeiras, como as seguradoras, ou por meio de empresas que se formam pela associação de provedores de seus próprios serviços. Constatase, ainda, que, desde sua origem, os planos de saúde estão associados ao provimento de cobertura a trabalhadores assalariados.

O tamanho do setor e sua complexidade aumentam de tal modo que, segundo Bahia (1999, p. 155),

um conjunto de problemas dos médicos e proprietários de estabelecimentos de saúde com as empresas de assistência suplementar é mencionado com a intenção de observar o surgimento de instâncias de negociação de conflitos que sinalizam novos contornos para o desenvolvimento do mercado de planos e seguros.

Ao final da década de 90, percebe-se que as maiores medicinas de grupo e cooperativas médicas iniciam uma estratégia de investimentos em rede própria para prestação dos serviços médico-hospitalares, com a construção e aquisição de hospitais, clínicas e centros de diagnósticos, algo que, se por um lado parece ser frontalmente contra aos ideários iniciais das cooperativas médicas, por outro permitira a racionalização do consumo de serviços de saúde. Apesar dos investimentos em rede própria, o setor ainda é caracterizado pelo traço comum a todas as modalidades, o credenciamento de provedores autônomos de serviços (BAHIA, 1999, p. 262/331).

4.1.2. Gênese da Regulamentação da Saúde Suplementar

O final da década de 80 foi marcado por um amplo debate nacional sobre os reflexos das mudanças mundiais, como o desmantelamento do bloco socialista, na organização do Estado brasileiro. Na área da saúde, os reflexos da crise de financiamento do Estado fizeram com que vertentes de críticas à atuação estatal discutissem propostas de privatização da assistência médico-hospitalar, nas quais geralmente estava contida a preservação de alguma atividade estatal com o enfoque regulatório.

Inicialmente vinculada às discussões mais amplas acerca da privatização da Previdência Social, a questão da regulação dos planos e seguros de saúde ganha espaço próprio a partir da Constituição de 1988, que não mais vincularia a transferência de recursos da Previdência

Social para a saúde, sob a alegação de enfoque na questão crônica da viabilidade da concessão de benefícios, sobretudo as aposentadorias.

Assim sendo, a regulamentação específica do setor começou a ser discutida pelo Governo Federal no final da década de 80 (BAHIA, 1999, p. 247-279; GAMA *ET AL.*, 2002, p. 74-76) e reunia uma agenda formulada por entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, instâncias de Ministérios como Fazenda, Justiça e Saúde, o Congresso Nacional e as Assembleias Legislativas de alguns estados. Como temas da agenda havia a definição da natureza privada com fins lucrativos da atividade, ampliação de cobertura e definição do *locus* regulatório das empresas.

Na esfera governamental, desde 1989 a pauta teve a Susep, vinculada ao Ministério da Fazenda, como virtual condutora, muito em virtude do fato de já regulamentar o seguro saúde, algo que para muitos era o estágio evolutivo final do mercado de saúde suplementar. Como consequência da ação da Susep, a regulamentação discutida tinha como foco a adoção de regras econômico-financeiras que criassem barreiras de entradas a empresas de assistência à saúde no mercado, algo temido por medicinas de grupo e cooperativas médicas; impedissem a evasão fiscal por meio do caráter filantrópico de boa parte do setor; e combatessem a tendência de concentração do mesmo.

Pelo lado das medicinas de grupo e cooperativas médicas, era crescente o receio de que suas atividades fossem enquadradas sob o Decreto Lei nº 73/66, tornando-as seguradoras e passíveis de ajustes significativos em seu *modus operandi*, que poderiam descaracterizá-las e até mesmo extingui-las. Em 1987, um projeto de lei do Executivo chegou a ser enviado ao Congresso, com o apoio dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, mas não prosperou.

Adicionalmente, a ampliação da atuação das seguradoras no mercado de saúde, por meio da introdução do referenciamento de prestadores em dezembro de 1988, trouxe consigo a discussão acerca da necessidade de regulamentação de todo o setor, algo que seria uma vantagem competitiva às seguradoras. Tentando se antecipar ao problema latente, as medicinas de grupo criaram em 1990 o Conselho Nacional de Medicina de Grupo (Conamge), que seria um órgão de auto-regulação, visando traçar normas de conduta para assegurar qualidade na oferta de serviços médico-hospitalares.

Durante o governo Collor, os conflitos entre as visões distintas que possuíam a Susep e a Associação Brasileira de Empresas de Medicinas de Grupo (Abramge) fizeram com que a discussão se arrastasse para além da gestão do presidente deposto. Para tanto, a Abramge teria se valido de alianças com personalidades políticas e também contribuiu o fato de haver uma

discussão mais patente, que era a questão dos atrasos a pagamentos de prestadores vinculados ao então recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 1999, p. 251-252). Em contrapartida à postergação da regulamentação, novos agentes eram incorporados ao debate enquanto o tempo passava, como entidades médicas e órgãos de defesa do consumidor.

Dentre a precariedade regulatória destacava-se o fato de as Operadoras de Planos de Saúde não sofrerem qualquer tipo de regulamentação, algo que gerou estruturas organizacionais no setor à margem da atividade atuarial que dá lastro aos seguros de saúde, sendo que muitas operadoras sequer tinham registros individuais dos beneficiários de contratos coletivos.

A demanda por regulamentação do setor de planos e seguros de saúde privado também vinha de consumidores, insatisfeitos com o aumento dos preços ainda que em tempos de planos de estabilização monetária e com restrições de cobertura que as operadoras lhes impunham, questões estas muitas vezes transferidas para a mídia, órgãos de defesa do consumidor e para o Judiciário (BAHIA, 1999, p. 20).

O aumento dos conflitos na relação operadora-beneficiário somado à promulgação do Código de Defesa do Consumidor fez com que a Susep instituísse, por meio da Resolução CNSP nº 31, de 22 de dezembro de 1994, a Apólice de Garantia Compreensiva, que não podia restringir a cobertura de qualquer doença, à exceção das preexistentes, tratamentos experimentais, epidemias, entre outros. Tratava-se, portanto, de uma apólice padronizada que assegurava um leque de cobertura bastante amplo. Adicionalmente, para que o beneficiário contratasse qualquer outra apólice, deveria declarar conhecer a de Garantia Compreensiva e optar pela mais restritiva. Desse modo, um instrumento regulatório era criado para tentar atender as demandas da sociedade por mais regulação no setor de saúde suplementar.

Para além da Apólice de Garantia Compreensiva, a Susep incorporou à agenda questões de interesse de usuários e entidades médicas, além de buscar estimular a entrada de capital estrangeiro no setor. Até então, a atuação do Ministério da Saúde ficava restrita à operacionalização de um instrumento que ressarcisse ao SUS as despesas referentes a beneficiários de planos de saúde.

Em 1995, foi divulgado pelo Banco Mundial um estudo denominado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90”, que continha recomendações específicas para a intervenção do governo no setor de planos e seguros privados. A partir da constatação de que “a regulamentação atual do seguro saúde privado é totalmente inadequada” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 159), identifica a pouca eficácia da

regulamentação dos seguros saúde até então e sugere a extensão da abrangência da regulação às demais Operadoras de Planos de Saúde, deixando-a a cargo de órgãos reguladores estaduais. Além de questões de sustentabilidade financeira, o relatório aponta para a necessidade de regulamentação de questões assistenciais, ainda que tais aspectos fossem de atribuição de órgãos distintos.

Em um primeiro momento, as entidades de defesa do consumidor e gestores do Ministério da Saúde entenderam que regulação do setor de saúde supletiva, como era denominada a saúde suplementar à época, deveria ser realizada pela área econômica do governo, uma vez que a origem do debate se deveu a questões como estímulo à competição e substituição de empresas de menor porte, com gestão de risco pouco sofisticada, que não conseguiriam adotar os padrões mínimos estabelecidos às seguradoras (BAHIA, 1999, p. 59). Com a crescente movimentação financeira do segmento e o acirramento da disputa entre Operadoras de Planos de Saúde e seguros de saúde, a área econômica do governo entendeu ser o momento favorável à entrada de seguradoras internacionais e, para tanto, um novo marco regulatório precisava ser concebido.

Entretanto, a regulamentação do setor só ganhou força quando a arena de discussões fora transferida do executivo para o legislativo nacional, com adicional impulso da exposição midiática do crescente número de denúncias de consumidores contra os abusos praticados pelas empresas do setor, a “falência” da Golden Cross, após associação com o grupo americano Cigna, e de tentativas frustradas de estados como São Paulo e Pernambuco legislarem sobre a questão dos planos de saúde, isso já em 1997. Nesse momento, a iniciativa do debate ficou a cargo de associações médicas, de entidades de defesa do consumidor e do Congresso Nacional. Questões como restrições de cobertura, até então de pouco destaque na agenda, assumem protagonismo no debate.

Ainda que marginalmente, outros agentes que não a Susep faziam, desde 1993, tentativas isoladas de incitar a regulação “assistencial” do mercado de saúde suplementar. Como exemplos, têm-se o Projeto de Lei nº 93/93 do Senador Iram Saraiva vedando a negativa de cobertura para determinadas doenças, a Resolução CFM nº 1401 do Conselho Federal de Medicina, também de 1993, contrária às limitações de cobertura para clientes de planos e seguros de saúde. Em 1995, projeto de lei buscando regulamentar o ressarcimento ao SUS é apresentado e, um ano depois, outro projeto procura autorizar a abertura do mercado a empresas estrangeiras. Em suma, havia uma efervescência social muito grande em torno do tema, que até então não encontrava espaço na agenda para ser debatido amplamente pela

sociedade, motivados pela “auto-exclusão das negociações de atores diretamente envolvidos com o tema e não explicitação dos interesses em disputa” (BAHIA, 1999, p. 256).

Quando tais questões assistenciais entraram no debate, o papel da Susep na condução das discussões começou a ser questionado, sendo enviadas propostas ao parlamento no sentido de atribuir ao Ministério da Saúde a atividade de regulação dos aspectos assistenciais do setor. Consolidariam, a partir de então, alianças entre agentes do setor para o alcance de objetivos comuns, como a ampliação da cobertura dos produtos ofertados, unindo órgãos de defesa do consumidor e entidades médicas (VIEIRA; VILARINHO, 2004, p. 16).

Entre 1996 e 1997, dois projetos de lei foram concebidos no âmbito do Ministério da Saúde. O primeiro incorporava as demandas dos integrantes do Conselho Nacional de Saúde, entidades médicas e de defesa do consumidor, enquanto o segundo era fruto de um grupo de trabalho com representantes dos Ministérios da Fazenda, Justiça e Saúde, mais voltado a questões econômico-financeiras.

Um terceiro projeto, apresentado à Câmara pelo Deputado pefelista Marcus Vinícius de Campos, é o primeiro que dá um tom propositivo à discussão e sugere a criação de uma Agência Nacional de Saúde Supletiva, vinculada ao Ministério da Saúde, que seria o órgão regulador do mercado de planos de saúde. Tal projeto era a materialização da proposta defendida pelas cooperativas médicas, que buscavam diferenciar os planos dos seguros de saúde, além de deslocar o *locus* regulatório para fora da Susep.

Ao final de 1997, o Executivo pressionava para que fosse encaminhado projeto por parte da Câmara, pois, do contrário, interviria por meio de medida provisória. Coube ao Deputado Pinheiro Landim, do PMDB, enviar o projeto de Lei nº 4.425/94¹⁹, que suscitou um amplo debate, pois grande parte dos envolvidos ficou descontente. Novamente, a polarização ficou entre os que defendiam o aperfeiçoamento do mercado, internacionalizando-o, e aqueles defensores da ampliação da cobertura e institucionalização das formas empresariais existentes.

Além da natural inércia de quem era beneficiado pela ausência de regulamentação, Bahia (1999, p. 259) atribui à “baixa eficácia institucional do Ministério da Saúde”, traduzida eufemisticamente como “falta de estrutura”, um dos motivos para que o redesenho institucional do mercado de planos de saúde fosse transferido do Ministério e do Legislativo para o Executivo.

¹⁹ Que viria a ser o encaminhamento do Projeto de Lei nº 93/93, do Senador Iram Saraiva.

Apenas em setembro de 1996, a Câmara dos Deputados criou uma comissão para examinar o tema, que, nos meses seguintes, aperfeiçoou o projeto, culminando na redação de um substitutivo ao projeto do Deputado Landim, aprovado em setembro de 1997, constando pontos como a abertura do setor ao capital estrangeiro, constituição de reservas financeiras para fazer frente aos riscos assumidos e diversas restrições de cobertura. Tal projeto teve boa repercussão perante a Abrange, as autogestões e as seguradoras, contudo foi rechaçado por entidades médicas e de defesa do consumidor, além das cooperativas médicas.

Ao chegar ao Senado, casa com maior receptividade aos itens “assistenciais” da regulação, o projeto encontrou resistências a sua condução, de modo que seu relator, o Senador pedetista Sebastião Rocha, suprimiu tantos artigos que o descaracterizou, forçando uma retomada da discussão em torno da regulamentação do mercado de saúde suplementar.

Questões como a entrada do capital internacional eram entendidas por entidades médicas e parlamentares como a viabilização do *managed care* no Brasil, forma de gerenciamento do cuidado médico que prevê, dentre outros, o compartilhamento de risco entre Operadoras de Planos de Saúde e prestadores de serviços, que poderiam passar a receber uma quantia fixa por beneficiários sob sua responsabilidade, ao invés da tradicional remuneração por procedimento. Por outro lado, entidades de defesa do consumidor – por conta da incorporação tecnológica e possibilidade de aumentar a concorrência – e as modalidades empresariais – candidatas a se associarem ao capital internacional – viam com bons olhos a abertura do mercado brasileiro.

A indicação de um dos interlocutores no Senado sobre o tema, o Senador José Serra, do PSDB, para Ministro da Saúde fez com que houvesse uma guinada na condução da discussão acerca da regulamentação. Até então fragmentada por diversos interesses no Legislativo e conduzida no âmbito do Executivo pela Susep, a pauta regulamentadora passaria a ser conduzida pelo Ministério da Saúde. Já empossado Ministro, José Serra – que seria futuro candidato à sucessão de Fernando Henrique Cardoso na Presidência da República –, foi ao Senado para tentar encontrar uma proposta que permitisse acomodar os diversos interesses envolvidos.

Bahia (1999, p. 275) elenca os seguintes pontos da proposta capitaneada pelo Ministro José Serra: (i) ampliação de coberturas para eventos e procedimentos por meio de planos segmentados por regime assistencial; (ii) revisão da exclusão de transplante de órgãos; (iii) estabelecimento de nova regra para aumento de preços para pessoas maiores de 60 anos; (iv) revisão do conceito de doenças e lesões preexistentes (DLPs); (v) definição do Ministério da

Saúde como órgão responsável pela regulação assistencial e a Susep, para questões econômico-financeiras, ambas com direito a veto; (vi) permissão para entrada do capital estrangeiro; (vii) ressarcimento ao SUS; e (viii) definição de prazo de permanência para manutenção de cobertura para desempregados e aposentados.

Como se tratava de uma proposta que englobava a maioria dos interesses dos agentes envolvidos, as novas regras encontraram a adesão necessária para que pudessem ser aprovadas no Senado, fato que veio ocorrer em maio de 1998. Em 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656 é sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, tornando-se o marco regulatório dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Contudo, ao se deparar com o escrutínio dos agentes envolvidos, a legislação precisou ser continuamente aprimorada, por meio de edições de medidas provisórias, 44 ao todo, sendo a primeira – MP nº 1665 – editada apenas um dia depois da sanção da Lei nº 9.656, contendo pontos já acordados com os parlamentares que aprovarem o marco legal sancionado no dia anterior.

Conforme se esgotava o prazo de cada Medida Provisória, o que ocorria a cada 30 dias, o governo era obrigado a editar uma nova – quando houvesse alteração no seu texto – ou reeditar a mesma, até que o Congresso a colocasse em pauta. Uma síntese das principais alterações trazidas pelas medidas provisórias pode ser visualizada a seguir (ABRAMGE, 2013):

- ✓ MP 1665, de 04/06/1998 - excluiu a obrigatoriedade de oferta do plano referência às empresas que operassem exclusivamente planos odontológicos e estabeleceu o prazo máximo de carência em 24 horas da formalização do contrato para a cobertura de casos de urgência e emergência. **Criou o Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU** (g.n.), órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- ✓ MP 1730-7, de 07/12/1998 - suspendeu exigências da Lei e adiou prazos para o cumprimento de algumas exigências para efeito de registro das empresas e, também, para o registro de seus produtos, que ficaram provisoriamente registradas no Ministério da Saúde. Adiou para 03/12/1999 a obrigatoriedade de as operadoras e seguradoras disponibilizarem aos consumidores o plano referência. Proibiu aos prestadores de serviço ou profissionais de saúde manter contrato ou credenciamento com operadoras que não tivessem registro para funcionamento e comercialização.
- ✓ MP 1801-9, de 28/01/1999 - estipulou que a partir de 03/12/1999 os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato ou credenciamento com operadoras e seguradoras que não tivessem registro para funcionamento e comercialização.
- ✓ MP 1801-14, de 17/06/1999 - garantiu às operadoras de planos e seguros reajuste dos contratos por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, devendo os mesmos serem adaptados até 31/10/1999 para a repactuação da cláusula de reajuste, em virtude de acordo estabelecido entre as seguradoras e o Ministério da Saúde.

✓ MP 1908-17, de 27/08/1999 - acabou com a obrigatoriedade de adaptação dos contratos antigos, celebrados até 31/12/1998, facultando aos consumidores a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto na Lei nº 9.656.

✓ MP 1908-18, de 24/09/1999 - definiu o que vem a ser Plano Privado de Assistência à Saúde e Operadora de Planos e Carteira. Como consequência, aquelas seguradoras que operavam contratos nos moldes dos planos ficaram obrigadas a enquadrá-los como produtos, serviços ou contratos que apresentem, com garantia de cobertura financeira de riscos por assistência médica, hospitalar e odontológica, além do estabelecimento de características que os diferenciem de atividade exclusivamente financeira, e, ainda, a apresentarem plano de sucessão para transferência da carteira ou do conjunto de carteiras, no mercado de operação de planos privados. **É transferida do Ministério da Fazenda (Susep) para o Ministério da Saúde toda fiscalização financeira e de prestação de serviços das operadoras** (g.n.).

✓ MP 1908-20, de 25/11/1999 - acabou com a exigência da cobertura assistencial odontológica no plano referência e **transferiu para a Agência Nacional de Saúde Suplementar a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde** (g. n.). Definiu como limite o prazo de 31/03/2000 para a comercialização dos produtos, serviços e contratos das seguradoras sem enquadrá-los como planos, estabelecendo que estes mesmos contratos sejam mantidos até 31/12/2001 sendo obrigatória a apresentação, até 31/12/2000, do plano de sucessão ou transferência da carteira no mercado de operação de planos privados. Poderá, ainda, a ANS prorrogar a comercialização destes contratos até 31/12/2000 e a manutenção dos mesmos e a faculdade de constituição de operadora até 31/12/2002.

✓ MP 1976-24, de 09/03/2000 - mudou a forma de convocação das reuniões do CONSU que passou a ser feita sempre que for convocada por seu Presidente (Art. 35-B, § 4º).

✓ MP 1976-30, de 28/08/2000 - delega à ANS a fixação de diretrizes gerais para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras, adequando-as quando houver diretrizes estabelecidas pelo CONSU (Art. 35-A, Parágrafo Único).

✓ MP 1976-33, de 23/11/2000 - alterou o art. 27, fixando a multa, de que trata o art. 25, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 e não superior a R\$ 1.000.000,00. Também incluiu, no art. 29, nove parágrafos que prevêm, excepcionalmente, a suspensão da aplicação de penalidade, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada da ANS, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

✓ MP 1976-34, de 21/12/2000 - excluiu do texto da Lei o artigo em que trata das pessoas jurídicas não constituídas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso, **as seguradoras, que deverão constituir sociedades seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde** (g.n.), até 1º de julho de 2001, conforme previsto na edição da MP 2064, de 22/12/2000, reeditada em 27/12/2000 como MP 2122-1, e em 26/01/2001 como MP 2122-2, depois convertida em Lei nº 10.185, em 12/02/2001, dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

✓ MP 2097-36, de 26/01/2001 - foram acrescentados cinco parágrafos ao art. 23 que trata da aplicação do regime de liquidação extrajudicial; incluídos os arts. 24-A, 24-B, 24-C e 24-D, tratando, respectivamente, sobre a indisponibilidade dos bens dos administradores das operadoras em regime de liquidação extrajudicial, das atribuições e competências do Diretor Técnico, Diretor Fiscal e do responsável pela alienação da carteira, dos créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde como preferenciais a todos os demais, exceto os de natureza

trabalhista e tributários, e sobre a aplicação da liquidação extrajudicial das operadoras em consonância com as Leis nºs 6.024, de 13/03/1974, e 6.435, de 15/07/1977, e ao Decreto-Lei nº 73, de 21/11/1966. Foi incluído no art. 32, através do § 4º, o percentual de acréscimos no caso de ressarcimento não efetuado no prazo previsto, e, através do § 5º, a possibilidade de inscrição em dívida ativa da ANS, com cobrança judicial dos respectivos créditos de valores não recolhidos no prazo previsto. Alterou-se no art. 35-D, o limite de aplicação de multas que passou a ser de R\$ 1.000.000,00. A redação dos arts. 35-J e 35-L foi alterada em virtude da ampliação do art. 24. Foram alterados, inclusive, os arts. 4º, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28/01/2000, abrindo a possibilidade de aplicação de desconto de 30% para as operadoras que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, de filantropia e de odontologia e que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares, referentes a seus planos e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao SUS; a aplicação de desconto de 5% sobre o montante devido, para operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários; e a possibilidade de parcelamento dos débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar com a perda dos descontos previstos.

✓ Lei nº 10.223, de 15/05/2001 - incluiu o Art. 10-A que dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

✓ MP 2097-40, de 24/05/2001 - alterou o art. 23 da Lei 9.656/98 não sujeitando as operadoras a falência ou insolvência civil, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial. Entretanto, em vista de relatório do liquidante extrajudicial, a ANS poderá autorizar a falência ou insolvência civil da operadora. Alterou, também, o art. 20, § 9º da Lei 9.961, passando de trinta para cinquenta por cento a redução dos valores do Anexo III da referida Lei, no caso de empresas com número de usuários inferior a vinte mil

✓ MP 2177-43, de 27/07/2001 - alterou o Art. 8º da Lei 9.656/98, que trata requisitos para obter autorização de funcionamento às operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo o Art. 8º-A, que trata de requisitos que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem seguir para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou produtos. **Incluiu ainda o Art. 12-A, que deu poderes para a ANS autorizar a comercialização ou disponibilização de produtos com segmentações, subsegmentações e exigências diferenciadas (g.n.).**

✓ MP 2177-44, de 24/08/2001 - excluiu o § 3º, do art. 8º, que trata sobre o registro do responsável técnico junto aos Conselhos Regionais de Medicina ou Odontologia. Excluiu também o Art. 8-A, que estabeleceu requisitos para as operadoras de planos privados de assistência à saúde para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou produtos. Incluiu os § 3º e 4º no Art. 9º, dispondo sobre procedimentos e penalidades às operadoras.

Boa parte da edição de Medidas Provisórias referia-se a questões de prazos para migração dos produtos e operadoras de um ambiente não regulado para outro regulado, assim como a definição mais precisa do escopo da regulação que, ao final, seria realizada por um órgão independente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Medida Provisória 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, convertida em 28 de janeiro de 2000 na Lei nº 9.961/00. Questões quanto à introdução do *managed care* estadunidense foram colocadas e retiradas de pauta, por força de representantes das entidades médicas.

Para Bahia (1999, 9.278), a criação da ANS encontrava respaldo de agências internacionais como o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, que pregavam que a regulação estatal do setor privado de saúde seria uma forma de reorganizar os sistemas de saúde a partir da concessão de subsídios à demanda e estímulos à competição entre provedores de serviços e operadoras privadas de planos e seguros saúde.

Após três anos de acomodação dos interesses dos diversos agentes, ficou configurada a essência da lei que regulamentaria o setor (CONASS, 2007b, p. 47-48): (i) planos segmentados por regimes assistenciais (ambulatório ou hospitalar); (ii) determinação de reajustes para planos individuais; e (iii) prazo de exclusão para doenças e lesões preexistentes, dentre outros. Para Carvalho e Cecílio (2007, p. 2172), o fato de aspectos assistenciais, inicialmente deixados à margem da legislação, terem sido conduzidos à posição de destaque representava a vitória da aliança entre entidades médicas e de consumidores, que defendiam iniciativas que mudariam estruturalmente o setor, idealizadas como demonstrado a seguir:

Tabela 1: Mudanças Estruturais do Setor de Saúde Suplementar

MUDANÇAS ESTRUTURAIS DO SETOR		
ANTES DA REGULAMENTAÇÃO		DEPOIS DA REGULAMENTAÇÃO
Operadoras (empresas)	<p>Livre atuação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Legislação do tipo societário ✓ Controle deficiente 	<p>Atuação controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autorização de funcionamento ✓ Regras de operação sujeitas à intervenção e liquidação ✓ Exigências de garantias financeiras ✓ Profissionalização da gestão
Assistência à saúde e acesso (produto)	<p>Livre atuação</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Livre definição de cobertura assistencial ✓ Seleção de risco ✓ Exclusão de usuários ✓ Livre definição de carências ✓ Livre definição de reajustes ✓ Modelo centrado na doença ✓ Ausência de sistema de informações ✓ Contratos nebulosos 	<p>Atuação controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Qualificação da atenção integral à saúde ✓ Proibição da seleção de risco ✓ Proibição da rescisão unilateral dos contratos ✓ Definição e limitação das carências ✓ Reajustes controlados ✓ Internação sem limites ✓ Modelo de atenção com ênfase nas ações de promoção e prevenção de doenças ✓ Sistemas de informações como insumo estratégico ✓ Contratos mais transparentes

Fonte: CONASS (2007b, p. 46)

Para Bahia (1999, p. 285), contudo, a vitória poderia ser atribuída à equipe econômica do governo e às seguradoras, que lograram êxito em assegurar presença quase exclusiva dos interesses empresariais em boa parte do processo de regulamentação governamental. Conclui-se, portanto, que os enfoques divergentes existentes quando da regulamentação do setor persistiram até mesmo quando avaliado o resultado final do processo.

4.1.3. Ação Reguladora da ANS e a busca de alinhamento entre os Sistemas Público e Privado de Saúde

O embate sobre questões assistenciais e econômico-financeiras continuou pós-regulamentação e se instalou também no interior da ANS. Durante seus primeiros anos, o enfoque assistencial foi deixado em segundo plano, tendo a agência reguladora concentrado seus esforços normativos à edição de regras de estruturação do mercado e de natureza econômico-financeira, como demonstra o quadro a seguir:

Tabela 2: Categorização das Resoluções da ANS

Grupos	Resoluções da ANS
Normatização para estrutura e funcionamento do mercado	60
Agência: Funcionamento e Financiamento	56
Econômico-financeiro	31
Regimes Especiais	30
Sistema de Informações e Monitoramento do Mercado	21
Ressarcimento ao SUS	19
Cobertura Assistencial	10
TOTAL	227

Fonte: ANS (*apud* CONASS, 2007b, p. 42)

No que se refere ao relacionamento com o sistema público de saúde, a interface mais evidente entre os dois sistemas era o mecanismo de ressarcimento ao SUS, previsto na Lei nº 9.656/98. Por este mecanismo, deveriam as Operadoras de Planos de Saúde indenizar o SUS quando este prestasse atendimentos que os consumidores de planos de saúde teriam assegurado em virtude de sua contratação.

No entanto é visível que, a partir da gestão do médico sanitário Fausto dos Santos, iniciada em 2004, a ANS assume uma postura de maior integração com os objetivos do Ministério da Saúde, voltando suas ações para o atingimento de um padrão de cobertura assistencial que preze pela integralidade, atendendo, desse modo, também aos anseios de entidades médicas e de defesa do consumidor que são especialmente interessadas em questões assistenciais.

A esse respeito, Bahia (1999, p. 285) já se ressentia da “ausência do movimento sanitário” durante o processo de regulamentação da saúde suplementar. Passados os primeiros anos nos quais as atenções foram centradas a normas para organizar e delimitar o mercado, percebia-se que a presença de médicos sanitários na gestão da ANS indicava que esta parcela, sub-representada no processo de regulamentação do setor, passou a partir de então a colocar suas demandas no escopo da regulação, notadamente questões relacionadas ao relacionamento entre os sistemas público e privado, buscando uma visão integrada do todo.

Nesse sentido, a nova orientação que compunha o rol de atuação da ANS é em muito encontrada em manuais de orientação à gestão do SUS, concebendo a regulação sobre todo o sistema de saúde brasileiro, independentemente de seu financiamento ser público ou privado. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007a, p. 19), a necessidade de atuação do Estado no setor saúde advém da necessidade de garantir que os recursos disponíveis sejam alocados com eficiência e equidade. E, segundo a mesma fonte (p.23-24), a regulação em saúde pode ser separada em duas dimensões: (i) regulação social e econômica; e (ii) regulação gerencial.

A regulação social e econômica teria como objetivos²⁰ a equidade e a justiça; a eficiência econômica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar o indivíduo a possibilidade de fazer escolhas. Já a regulação gerencial seria, na verdade, relativa às operações necessárias para assegurar que se atinja os objetivos da regulação social e econômica.

Seria dever da regulação gerencial enfatizar a eficiência e efetivo gerenciamento dos recursos humanos e materiais, buscando interferir nas seguintes dimensões:

- ✓ Regulação da qualidade e eficiência da atenção: avaliação do custo-benefício das intervenções, capacitação dos profissionais de saúde, avaliação dos prestadores com estabelecimento de padrões de excelência;
- ✓ Regulação do acesso: definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços;
- ✓ Regulação dos prestadores: definição de contratos, formas de pagamento que estimule a produção de ações e serviços necessários, distribuição geográfica adequada ao acesso da população às ações e serviços de saúde;
- ✓ Regulação da oferta de insumos e tecnologias: avaliação de eficiência e efetividade, definição de elencos e preços;
- ✓ Regulação da força de trabalho: estabelecimento de regras para a formação, registros de profissionais e avaliação de desempenho.

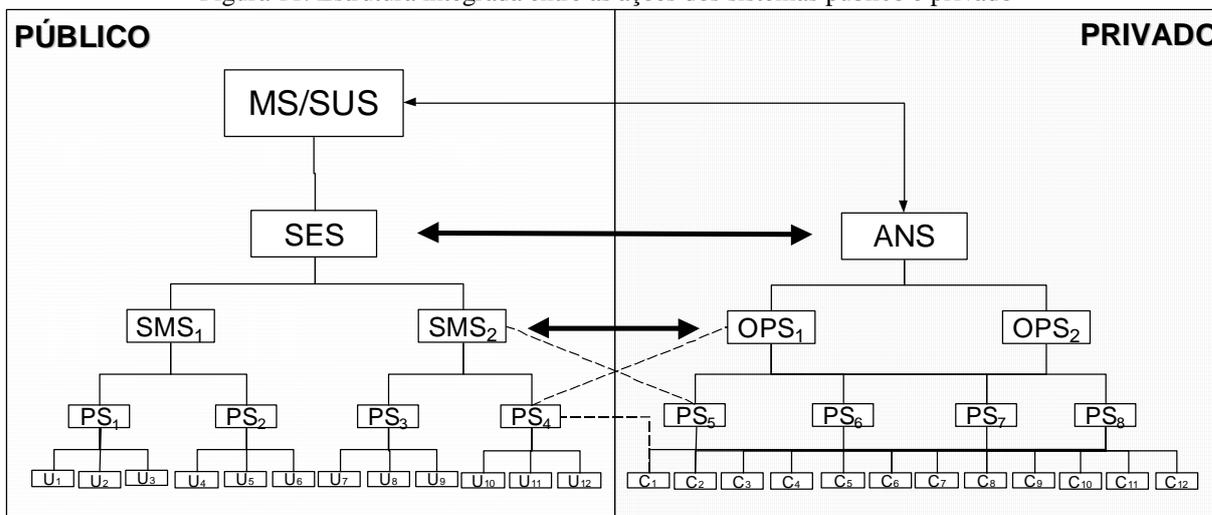
Considerando os objetivos da regulação gerencial, é possível perceber que as ações da ANS estão alinhadas com este arcabouço teórico, concebidos inicialmente para o SUS. Como exemplo de ações, pode-se citar a criação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); o programa de Qualificação Setorial; as regras de contratualização com a rede prestadora; o estabelecimento de um Padrão para Troca de Informações em Saúde

²⁰ Também encontrados em Saltman e Busse (2002 *apud* BANCO MUNDIAL, 2003, p. 223).

Suplementar (TISS); a criação de uma gerência para avaliar a incorporação de novas tecnologias; dentre outras.

E, diante do alinhamento de objetivos, é possível que as instâncias governamentais responsáveis pelo sistema de saúde brasileiro, notadamente Ministério da Saúde e ANS, concebam uma estrutura integrada entre as ações do sistema público e privado para alcance dos objetivos mútuos, identificando ainda similaridades entre os agentes de um e de outro sistema, como demonstra a figura a seguir:

Figura 11: Estrutura integrada entre as ações dos sistemas público e privado



Legenda: MS – Ministério da Saúde; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; PS – Prestador de Serviços; U – Usuário; OPS – Operadora de Planos de Saúde; C – Consumidor.
Fonte: Elaboração própria

Admitido tais objetivos comuns, coloca-se a ANS a partir da gestão Fausto dos Santos em busca de ações integradas que mantenham a autarquia alinhada estrategicamente aos objetivos do SUS²¹.

Desse modo, a ANS teria atribuições análogas às das Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) que, segundo o CONASS (2007a, p. 21), assumiriam “as funções de coordenadoras e articuladoras do sistema de saúde e de reguladoras, especialmente, na organização de ações e serviços, de forma integrada, com base nos princípios adequados de escala e quantidade”.

Quanto às Operadoras de Planos de Saúde, teriam funções similares às Secretarias Municipais de Saúde: receber recursos e contratar rede prestadora adequada às necessidades epidemiológicas da população coberta, zelando pela eficiência e equidade (CONASS, 2007a, p. 19).

²¹ Alinhamento este reconhecido pelo Ministério da Saúde (OCDE, 2008b, p. 232).

Apesar de concebidos esquematicamente para funcionar de modo independente na produção da assistência à saúde, os dois sistemas também se comunicam na base, contudo deveria ser apenas em situações idealmente esporádicas. Por exemplo, um consumidor de plano de saúde C1 pode ser atendido pela rede pública de sua cidade. Quando isto ocorre, tanto a rede quanto o SUS serão ressarcidos das despesas incorridas pela Operadora de Plano de Saúde.

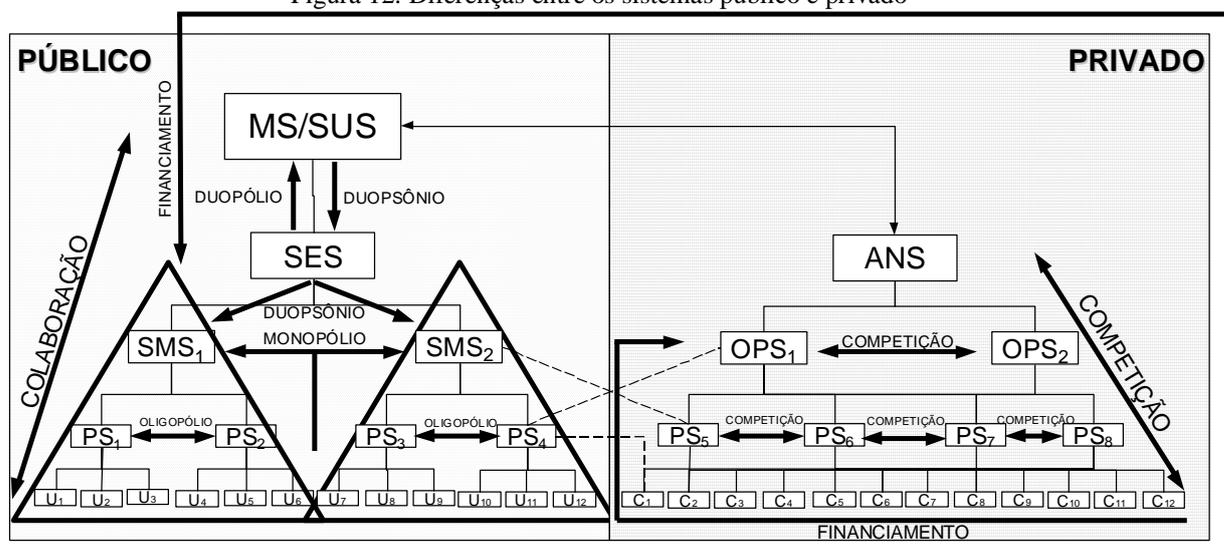
Outra situação de integração da base dos dois sistemas é a contratação de prestadores de serviços. É bastante comum operadoras credenciarem hospitais da Santa Casa de Misericórdia em cidades pequenas, bem como hospitais universitários, ambos recebedores de recursos do SUS. E o contrário também acontece: diante da insuficiência de rede prestadora pública em alguma região, o gestor do SUS é autorizado a contratar rede prestadora particular e remunerá-la pela tabela SUS.

4.1.3.1. Diferenças essenciais entre os sistemas público e privado de saúde

“Temos dois sistemas de saúde, o público e o privado. Funcionam de forma totalmente diferente”.
(JATENE, 2008, p. 34)

Apesar de uma macroestrutura isomórfica, é importante tecer comentários sobre diferenças importantes entre os sistemas público e privado de saúde. O não reconhecimento das peculiaridades de cada um deles pode explicar o porquê de determinadas ações adotadas pelo SUS surtirem o efeito desejado e, quando adotadas pela ANS, não produzirem o mesmo resultado em seu sistema, como é o caso de ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Figura 12: Diferenças entre os sistemas público e privado



Legenda: MS – Ministério da Saúde; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; PS – Prestador de Serviços; U – Usuário; OPS – Operadora de Planos de Saúde; C – Consumidor.

Fonte: Elaboração própria

A primeira diferença entre os dois sistemas está no objetivo final de seus agentes: enquanto no sistema público gestores e produtores de assistência à saúde objetivam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde²², na saúde suplementar operadoras e prestadores de serviços buscam a maximização dos lucros²³, muitas vezes em detrimento de políticas tidas como ideais, todavia com retorno de longo prazo, como programas de promoção à saúde e prevenção de doença.

A segunda diferença está no financiamento: enquanto o sistema público é financiado através de um conjunto de recursos captados primordialmente fora do próprio sistema – através de dotações orçamentárias das três esferas governamentais –, o financiamento da saúde suplementar se dá dentro do próprio sistema, sendo seus responsáveis aqueles que receberão a prestação do serviço. Incentivos governamentais ocorrem de maneira indireta, como isenções tributárias a Operadoras de Planos de Saúde e deduções fiscais a pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos, fazendo com que parte da sociedade sequer saiba que existam.

Por fim, o relacionamento entre os agentes talvez seja a diferença primordial. O SUS foi concebido de modo a integrar as ações de todos os participantes, gerando um relacionamento colaborativo e coordenado entre os agentes, muito em virtude de objetivos não conflitantes e dependência mútua. Como demonstrado na figura anterior, a essência do relacionamento inter-agentes é duopolista/duopsônica. Os recursos, de modo geral, são recebidos através de duas fontes: do SUS em sua grande maioria, ou através de dotação orçamentária dos tesouros estaduais e municipais. E o SUS, por sua vez, caso não possa “comprar” os serviços das Secretarias Municipais de Saúde (SMSs), terá que gerenciar diretamente a prestação do serviço, seja pela construção de hospitais federais ou pela contratação de prestadores particulares. Geograficamente, os “recebedores” de recursos são monopolistas, ou seja, a SMS1 demonstrada anteriormente não compete diretamente por recursos e usuários da SMS2²⁴. Os usuários, por sua vez, têm disponível uma única rede prestadora e, diante da impossibilidade de escolher outra rede, envidam esforços para melhorar a existente.

²² Objetivo descrito na Lei Orgânica da Saúde, segundo o § 1º do art. 2º da Lei nº 8.080/90.

²³ Segundo o Banco Mundial (2003, p. 219), regulação governamental é crucial para que agentes privados contribuam para objetivos sociais.

²⁴ Na imensa maioria dos casos, sequer deseja atender cidadãos oriundos de outros municípios que venham sobrecarregar sua rede.

Já a saúde suplementar está organizada de forma competitiva, tanto inter (CARVALHO; CECÍLIO, 2007, p. 2171) quanto intra-agentes²⁵. Como demonstra Viera e Vilarinho (2004, p. 12-14), os objetivos de cada agente são bastante distintos e por vezes conflituosos:

Tabela 3: Características dos atores do setor de saúde suplementar

Ator	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fonte de poder
Operadoras de Planos de Saúde não filantrópicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não intervenção do estado; ✓ Mercado interno fechado; ✓ Desempenho e crescimento econômico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Supressor das deficiências do Estado no provimento de serviços de saúde à população. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poderio econômico; ✓ <i>Lobby</i> junto ao Poder Legislativo; ✓ Estrutura organizacional presente nos três níveis da Federação.
A classe médica (prestadores de serviços)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Legitimação social no contexto da saúde; ✓ Participação no repasse de recursos; ✓ Manutenção dos benefícios fiscais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação política nas esferas do governo visando interesses no âmbito da saúde suplementar e pública; ✓ Provimento da assistência à saúde da população, no âmbito público e privado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Código de ética; ✓ Organização em associações, conselhos e federação, com poderes para cassar registros profissionais; ✓ Bancada no Poder Legislativo.
O consumidor de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Legitimação do direito à assistência privada à saúde com qualidade e a preço justo, no contexto brasileiro; ✓ Influência na formulação legal e no controle do campo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação política nas esferas do Judiciário e do Legislativo; ✓ Controle da assistência à saúde da população, no âmbito privado, mediando sua exploração econômica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Legitimidade social da saúde como um bem de todos; ✓ Constituição Federal 1988; ✓ Código de Defesa do Consumidor; ✓ Tribunal de Justiça; ✓ PROCON; ✓ IDEC.
ANS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equilibrar econômica e socialmente a prestação dos serviços privados de saúde à população, em harmonia com o sistema de saúde público. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regular as atividades do campo, na forma de resoluções normativas e propostas de lei; ✓ Regular a exploração econômica do campo, dentro da égide da liberdade de mercado, mas preservando os interesses sociais; ✓ Articular, com os principais atores do campo, políticas de interesse comum; ✓ Intervir no equilíbrio financeiro dos sistemas do SUS e privado, de modo a preservar as respectivas competências. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A capacidade de legislar na sua esfera de competência; ✓ O sistema de mandato de 3 anos dos seus diretores; ✓ Recursos financeiros próprios; ✓ A infra-estrutura físico-funcional própria.

Fonte: Compilação dos Quadros 1, 3, 4 e 5 apresentados por Viera e Vilarinho (2004, p. 12-14)

²⁵ Ainda que se verifiquem comportamentos anti-competitivos, como negociação de preços através de entidades representativas (p.ex.: associação de operadoras vs. associação de prestadores de serviços).

Além da competição por recursos inter-agentes, as Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços têm de enfrentar a existência de concorrência. Ao contrário das SMSs, as Operadoras de Planos de Saúde não possuem monopólio geográfico, logo competem entre si por consumidores. Estes, seja individual ou coletivamente, decidem em qual plano ingressar considerando fatores como preço e rede credenciada. E os Prestadores de Serviços buscam se diferenciar pela qualidade dos serviços, tentando influenciar as Operadoras por meio da formação da opinião de seus consumidores e tendo a seu favor o fato de poder gerar a demanda por seus próprios serviços.

4.1.4. Integração Vertical na Saúde Suplementar

Diante do panorama descrito na seção anterior, a integração vertical entre operadoras e rede prestadora pode se mostrar uma alternativa viável, uma vez que asseguraria uma maior coordenação das atividades e objetivos colocados para o setor. Tenderia a saúde suplementar, portanto e na medida do possível, a apresentar uma estrutura isomórfica à concebida como ideal para o SUS. E a integração vertical com os prestadores seria a opção viável às Operadoras de Planos de Saúde, dado que a incorporação das atividades regulatórias inerentes à ANS ou às SESs não é possível, apesar de inicialmente tentada com a auto-regulação por meio do Coname. Com isso, a relação entre esses dois elos da cadeia produtiva da saúde se aproximaria daquela vista dentro do SUS, na qual a SMS possui sua própria rede de Prestadores de Serviço, idealmente unidos dentro de uma mesma estrutura como forma de dar respostas mais coordenadas às demandas do setor.

Em suma, é razoável supor que parcela dos agentes do mercado de saúde suplementar, inclusive a ANS, veja a integração entre Operadoras de Planos de Saúde com seus prestadores de serviços um meio de obter uma coordenação colaborativa no intuito de alcançar os objetivos concebidos pelo sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo em que asseguraria a viabilidade econômico-financeira das atividades.

Alguns movimentos regulatórios são simbólicos na busca pelos objetivos de eficiência e, principalmente, equidade²⁶: a utilização da *community rating*²⁷ em planos individuais, buscando assegurar um subsídio cruzado entre grupos etários (ANDRADE, 2000, p. 16); estabelecimento de um rol mínimo de procedimentos; fixação do tempo máximo de exclusão de cobertura para doenças e lesões preexistentes; obrigatoriedade da oferta de um plano

²⁶ Que, segundo o CONASS (2007a, p. 19) norteariam a regulação em saúde em busca do bem-estar social.

referência; estímulos contábeis a programas de promoção e prevenção (ANS, 2005); controle de preços dos planos individuais; dentre outros.

Contudo, tais movimentos nem sempre conseguem atingir seus objetivos, resultando em comportamentos indesejáveis do mercado, como jovens buscando contratar planos coletivos, operadoras desestimuladas a realizar programas de promoção e prevenção, agravos²⁸ para cobertura de DLPs com preços proibitivos, operadoras focando em planos coletivos²⁹.

A despeito do fato de quão bem estariam atingindo os objetivos propostos por tais movimentos, é possível que a resposta dada pelas Operadoras aos novos e graduais desafios que são colocados a cada ano pela ANS seja internalizar as atividades de prestação de serviços aos usuários de planos de saúde, assumindo não apenas a função de coordenação do “micro-sistema de saúde” que representa sua carteira, como também a produção dos cuidados. Caso os postulados da Teoria dos Custos de Transação estejam corretos, seria factível inferir que tal movimento é resultado do aumento dos custos de negociar, redigir e garantir o cumprimento dos contratos necessários às transações entre Operadoras e rede prestadora. Sendo assim, ao estimular ações que visem à integralidade da atenção à saúde por parte das Operadoras, a ANS pode estar contribuindo para a construção de uma configuração do mercado saúde suplementar verticalizada.

Movimentos anteriores à criação da ANS já eram verificados desde a década de 90, em grandes medicinas de grupo e cooperativas médicas, no sentido de adquirir hospitais e centros de diagnóstico. Contudo, mais recentemente percebe-se que tal estratégia parece estar se difundindo.

Este movimento de integração das atividades é, até certo ponto, comum na saúde suplementar, em virtude da assimetria de informações entre seus participantes, de o produtor³⁰ do custo controlar a quantidade do serviço que é oferecido – podendo gerar sobreutilização –, do melhor gerenciamento e, sobretudo, conhecimento dos custos incorridos. Ocorre que, ao contrário do que se verificava historicamente, o movimento de integração se dá em sentido contrário: enquanto antes da regulação pela ANS era habitual um grupo de hospitais se unir

²⁷ Metodologia utilizada na precificação de apólices coletivas: tem como premissa risco homogêneo entre os participantes e sobre a base fazem-se os cálculos de custos *per capita* dos planos (TEIXEIRA; BAHIA; VIANNA, 2002, p. 19).

²⁸ Valor adicional à mensalidade do plano para que o mesmo forneça cobertura às DLPs.

²⁹ Muitas vezes com pouquíssimos beneficiários e criados sob frágeis vínculos associativos. Tal estratégia é chamada de “maquiagem de balanço” por grupos de defesa do consumidor (OCDE, 2008b, p. 131).

³⁰ Médico e demais prestadores de serviço.

para constituir um plano de saúde³¹, após a entrada em cena da agência reguladora, percebe-se que são as Operadoras de Planos de Saúde que adquirem hospitais e clínicas. Apenas como exemplo, dos grandes competidores do mercado, apenas as seguradoras de plano de saúde – e em virtude de vedação legal – não possuem rede própria de prestação de serviços³². Unimed, Amil e Hapvida, dentre outras, têm em sua estratégia corporativa a necessidade de se prestar o serviço por meio de unidades próprias.

Informações obtidas no *site* da Medial³³ justificariam a opção por rede própria:

Estrutura verticalizada oferece ganhos de escala e vantagens de custo: a rede própria permite oferecer serviços de saúde de alta qualidade aos beneficiários e administrar melhor os custos e procedimentos médico-hospitalares. Na rede própria são adotados procedimentos eficazes, aliados à sofisticação tecnológica dos hospitais e laboratórios, e gestão de protocolos. Com ferramentas de vanguarda tecnológica, é possível manter os custos médicos em níveis adequados enquanto os beneficiários dispõem de eficácia no tratamento médico.

Nossa rede própria de serviços de saúde oferece vantagens significativas de custo. Aproximadamente metade de nossos custos médico-hospitalares incorre em nossa Rede Própria. Administramos 10 hospitais, com um total de 1.252 leitos, e 48 centros médicos. Nossa rede própria nos permite oferecer serviços de saúde de alta qualidade e melhor administrar nossos custos médico-hospitalares junto à rede credenciada, por meio da parametrização de custos e procedimentos.

Dentre as vantagens destacadas, o controle sobre o serviço prestado – tanto no que tange à qualidade quanto à quantidade –, menores custos e ganhos de escala. Além das vantagens citadas pela Medial, têm-se aquelas fornecidas pela própria regulação, que assegura às operadoras de planos mantenedoras de rede própria a constituição de reservas técnicas menores que as demais operadoras, significando mais dinheiro em caixa para as primeiras.

Entretanto, e apesar das vantagens descritas, não há registros de hospitais mantidos por Operadoras de Planos de Saúde que atendam somente aos beneficiários da operadora proprietária. Para assegurar a escala necessária para manter um hospital ou um centro médico, as operadoras não podem prescindir das receitas advindas com a prestação de serviços de saúde a beneficiários de suas concorrentes.

³¹ Como, por exemplo, o grupo Assim no Rio de Janeiro, cujos sócios são 16 hospitais e clínicas da região metropolitana do Rio de Janeiro.

³² Há a informação de uma grande seguradora de plano de saúde que cogitou a abertura de uma outra empresa apenas para poder investir em hospitais próprios.

³³ Uma operadora de planos de saúde considerada exemplo de boas práticas de gestão, com suas ações dentre as mais negociadas na Bovespa, e que teve seu controle acionário comprado pela Amil Assistência Médica Internacional S.A. em novembro de 2009.

4.2. ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos com a análise das demonstrações financeiras anuais das Operadoras de Planos de Saúde entre os anos de 2007 a 2011, demonstrações essas que passaram a discriminar a evolução patrimonial, de receitas e de despesas da rede hospitalar própria.

4.2.1. Investimentos – Participações Societárias Rede Hospitalar Própria

Analisando as demonstrações financeiras enviadas pelas Operadoras de Planos de Saúde à ANS referentes ao final de cada exercício, o primeiro subgrupo de contas que evidencia a evolução da participação da rede própria no setor é o “Investimentos” do Ativo. Nele, há uma conta 1321 “Participações Societárias – Rede Hospitalar Própria” na qual as operadoras registram seus investimentos na rede hospitalar própria, consideradas como investimentos de caráter permanente, que são classificados como Subsidiárias Integrais, Controladas ou Coligadas.

Analisando todas as operadoras médico-hospitalares durante o período 2007-2011, verifica-se um crescimento errático no período, destacando-se principalmente o ano de 2010 como aquele que teve maior registro de Investimentos de operadoras em empresas que compunham sua rede hospitalar própria, com destaque para as Medicinas de Grupo, que chegaram a possuir R\$ 1,7 bilhão em tais investimentos. Oportuno ressaltar que, por vedação legal, as Administradoras de Benefícios e as Seguradoras Especializadas em Saúde não podem ter rede hospitalar própria³⁴.

Tabela 4: Investimentos – Participações Societárias – Rede Hospitalar Própria – Valores Nominais³⁵ por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-
Autogestão	284.488,41	275.418,08	443.277,07	211.618,09	275.418,08
Cooperativa Médica	51.094.115,83	69.001.119,07	126.589.981,14	104.941.909,84	69.001.119,07
Filantropia	5.009.360,57	4.805.949,01	4.443.304,00	13.048.067,57	4.805.949,01
Medicina de Grupo	168.625.355,36	441.113.747,86	335.857.444,70	1.669.249.525,08	441.113.747,86
Seguradora Especializada em Saúde	-	-	-	-	-
Total geral	225.013.320,17	515.196.234,02	467.334.006,91	1.787.451.120,58	515.196.234,02

Fonte: Elaboração própria

³⁴ Vide Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000 e alterações posteriores.

³⁵ A título de informação, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) entre 2007 e 2011 foi de, respectivamente, 4,46%; 5,90%; 4,31%; 5,91%; e 6,50% (IPEADATA, 2013). O IPCA, desde junho de 1999, é o índice utilizado pelo Banco Central do Brasil para o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no sistema de metas de inflação, sendo considerado o índice oficial de inflação do país.

De modo a verificar se o aumento absoluto no valor investido também caracteriza o crescimento relativo dos Investimentos em rede hospitalar própria, verificou-se se o aumento de tais Investimentos representou um crescimento de sua participação relativa nos Ativos Totais das operadoras.

Tabela 5: Participação dos Investimentos sobre o Ativo, por Modalidade

Modalidade	Inv/Ativo 2007	Inv/Ativo 2008	Inv/Ativo 2009	Inv/Ativo 2010	Inv/Ativo 2011	Média
Administradora de Benefícios	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Autogestão	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cooperativa Médica	0,63%	0,49%	0,82%	0,61%	0,36%	0,58%
Filantropia	0,10%	0,09%	0,10%	0,26%	0,21%	0,15%
Medicina de Grupo	2,92%	6,45%	4,22%	17,11%	4,16%	6,97%
Seguradora Especializada em Saúde	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total geral	0,27%	1,09%	0,90%	3,08%	0,84%	1,24%

Fonte: Elaboração própria

Percebe-se que o subgrupo Investimentos em Rede Hospitalar Própria representa um percentual pequeno dos Ativos Totais das operadoras, seja pelo grande volume de recursos financeiros que têm de gerir, fazendo com que a participação do Ativo Não Circulante seja menor do que em outros setores da economia; seja pelo fato de poderem incorporar a Rede Hospitalar Própria a seu Imobilizado, ou seja, não seria constituída uma empresa específica para a operação de atividades hospitalares. Analisando a tabela anterior, verifica-se que o destaque para as Medicinas de Grupo durante o ano de 2010 se mantém, quando o Investimento realizado representou 17,11% dos ativos totais das operadoras classificadas sob essa modalidade. Tal movimento abrupto refletiu também no aumento da participação dos Investimentos em Rede Hospitalar Própria de todo o setor: em 2010, a participação de tais investimentos nos ativos totais representou 3,08%, mais do que o triplo do maior percentual registrado em anos anteriores.

Analisando os números relativos, também é possível destacar o crescimento de tais investimentos no segmento de Filantropias, que teve seu percentual de participação duplicado durante o período analisado. Verifica-se, ainda, que, apesar de haver algum Investimento de Autogestões, seu valor relativo é desprezível. Em suma, pode-se dizer que a evolução de tais investimentos durante o período analisado se deveu a movimentos de operadoras classificadas sob a modalidade Filantropia e Medicina de Grupo, ambas com seu ápice em 2010. As Cooperativas Médicas, ao contrário, tiveram seu ápice de participação – seja relativa, seja absoluta – registrado em 2009 e, a partir de então, os investimentos em empresas que compunham sua rede hospitalar própria vêm perdendo participação, tendo registrado em 2011 uma participação relativa inferior a de 2007, quando se inicia o período de análise.

Reconhecendo a heterogeneidade do setor, o presente estudo buscou identificar quais operadoras tiveram a maior relevância para a composição dos Investimentos em Rede

Hospitalar Própria durante o período analisado. Das 147 Operadoras de Planos de Saúde que informaram Investimentos em Rede Hospitalar Própria em algum ano analisado, fez-se uma tabela com as 20 que apresentaram as maiores médias anuais. Somadas a participação média de tais operadoras, constata-se que 20 operadoras representam 91,49% dos Investimentos em Rede Hospitalar Própria no período, com amplo destaque para a Medicina de Grupo Amil Assistência Médica Internacional, responsável por 53,74% de tais investimentos. Em segundo lugar da lista, também aparece uma empresa do grupo econômico Amil, a Amil Saúde Ltda. (antiga Medial Saúde), com 6,17%. E, em quarto lugar, aparece outra empresa do grupo Amil, a Amico Saúde Ltda. Somadas, as três empresas tiveram uma participação de 63,7% de todo o Investimento em Rede Hospitalar Própria do setor, com os números indicando que existe, a partir de 2008, uma estratégia por parte desse grupo de Investimentos em Rede Hospitalar Própria, que pode ter sido implementada por meio de constituição de novas empresas ou aquisição de empresas hospitalares já constituídas.

Os números do grupo Amil são tão relevantes que, sozinhos, explicam a variação desses Investimentos durante todo o período, especialmente o expressivo crescimento verificado no setor em 2010.

Tabela 6: Investimentos – Participações Societárias – Rede Hospitalar Própria – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTER	Medicina de Grupo	1.292.826,45	246.411.796,55	105.909.402,84	1.286.396.093,52	246.411.796,55	377.284.383	53,74%	53,74%
2	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	11.981.342,30	42.743.455,48	56.574.576,40	62.677.064,60	42.743.455,48	43.343.979	6,17%	59,92%
3	CENTRO TRASMONTANO DE SAO	Medicina de Grupo	-	-	74.906.992,31	116.291.749,61	-	38.239.748	5,45%	65,36%
4	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	-	56.164.886,26	16.677.834,41	2.955.649,52	56.164.886,26	26.392.651	3,76%	69,12%
5	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉD	Medicina de Grupo	21.188.783,73	21.476.196,73	24.644.125,95	22.872.018,31	21.476.196,73	22.331.464	3,18%	72,30%
6	PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LT	Medicina de Grupo	-	-	-	107.435.313,17	-	21.487.063	3,06%	75,36%
7	PROMÉDICA - PROTEÇÃO MEDICA	Medicina de Grupo	9.073.172,31	15.913.169,27	15.764.690,20	14.942.036,30	15.913.169,27	14.321.247	2,04%	77,40%
8	UNIMED SERGIPE - COOPERATIVA	Cooperativa Médica	7.742.358,77	11.989.206,49	13.686.064,74	15.039.875,05	11.989.206,49	12.089.342	1,72%	79,13%
9	UNIMED FRANCA - SOCIEDADE CO	Cooperativa Médica	8.341.743,81	12.437.507,51	12.139.342,89	9.357.199,90	12.437.507,51	10.942.660	1,56%	80,68%
10	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TR	Cooperativa Médica	-	-	46.196.443,84	-	-	9.239.289	1,32%	82,00%
11	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE	Medicina de Grupo	45.052.811,40	48.814,80	45.373,50	-	48.814,80	9.039.163	1,29%	83,29%
12	UNIMED DE CATANDUVA - COOP	Cooperativa Médica	8.344.122,05	8.125.594,45	9.225.855,82	9.944.442,90	8.125.594,45	8.753.122	1,25%	84,53%
13	SANTAMALIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	8.948.121,42	8.971.695,68	8.699.449,28	7.267.501,43	8.971.695,68	8.571.693	1,22%	85,76%
14	PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTD	Medicina de Grupo	9.939.717,57	14.795.264,51	-	-	14.795.264,51	7.906.049	1,13%	86,88%
15	SAÚDE MEDICOL S/A.	Medicina de Grupo	6.652.211,20	7.137.209,66	7.123.541,65	7.055.668,37	7.137.209,66	7.021.168	1,00%	87,88%
16	UNIMED DE SANTA BARBARA D'O	Cooperativa Médica	6.977.493,11	6.783.512,67	6.434.945,80	8.013.706,69	6.783.512,67	6.998.634	1,00%	88,88%
17	ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU	Filantropia	4.499.444,91	4.282.194,53	3.928.413,77	7.831.733,65	4.282.194,53	4.964.796	0,71%	89,59%
18	SAMED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNC	Medicina de Grupo	7.143.186,07	6.028.539,14	2.127.128,74	2.262.100,49	6.028.539,14	4.717.899	0,67%	90,26%
19	UNIMED DE GUARATINGUETA-CO	Cooperativa Médica	-	5.600.000,00	5.600.000,00	5.600.000,00	5.600.000,00	4.480.000	0,64%	90,90%
20	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDAD	Cooperativa Médica	-	2.252.435,80	2.252.435,80	14.176.929,75	2.252.435,80	4.186.847	0,60%	91,49%

Fonte: Elaboração própria

Ressalta-se, ainda, os Investimentos realizados pelas Medicinas de Grupo Centro Transmontano de São Paulo e Pró-Saúde Planos de Saúde, que, apesar de pontuais, levaram as respectivas operadoras à terceira e sexta posição da lista.

Mais uma vez demonstrando a heterogeneidade do setor, apesar de a participação das Cooperativas Médicas terem se reduzido ao longo do período de análise, verifica-se que há sete Cooperativas entre as 20 maiores médias de Investimentos em Rede Hospitalar Própria. Juntas, representaram 8,08% dos Investimentos do setor, com destaque para o investimento realizado pela Unimed-Rio em 2009, da ordem de R\$ 46,2 milhões.

A modalidade Filantropia é representada na lista apenas pela Associação Dr. Bartholomeu Tacchini, com Investimentos médios da ordem de R\$ 5,0 milhões, representando 0,71% do total investido pelas operadoras médico-hospitalares.

A partir desse momento, a análise recairá sobre os valores relativos dos Investimentos em Rede Hospitalar Própria, ou seja, quais operadoras tiveram a maior média de participação de tais Investimentos sobre seus ativos totais. Verifica-se que, em relação à tabela anterior – que tratava dos valores absolutos –, dez operadoras têm participação expressiva nos Investimento do setor, tanto no que se refere a valores absolutos quanto relativos. Outras dez surgem a partir desse novo critério de análise.

Tabela 7: Participação dos Investimentos sobre o Ativo, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	Inv/Ativo 2007	Inv/Ativo 2008	Inv/Ativo 2009	Inv/Ativo 2010	Inv/Ativo 2011	Média
1	PROMÉDICA - PROTEÇÃO MÉDICA A EMP	Medicina de Grupo	34,9%	47,8%	48,2%	31,2%	27,4%	37,9%
2	SAÚDE MEDICOL S/A.	Medicina de Grupo	30,5%	38,3%	45,2%	36,1%	23,8%	34,8%
3	SÃO DOMINGOS SAÚDE- ASSISTÊNCIA M	Medicina de Grupo	33,7%	31,4%	40,0%	39,5%	26,7%	34,2%
4	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A	Medicina de Grupo	42,3%	33,9%	32,9%	23,7%	18,5%	30,3%
5	BENEPLAN PLANO DE SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	0,0%	37,5%	33,4%	38,7%	23,6%	26,6%
6	SANTA RITA SISTEMA DE SAUDE S/C LTDA	Medicina de Grupo	22,7%	18,0%	42,2%	46,3%	3,4%	26,5%
7	CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	Medicina de Grupo	0,0%	0,0%	56,5%	66,1%	0,0%	24,5%
8	UNIMED DE GUARATINGUETA-COOPERAT	Cooperativa Médica	0,0%	34,5%	30,5%	29,3%	25,6%	24,0%
9	UNIMED FRANCA - SOCIEDADE COOPERA	Cooperativa Médica	29,6%	27,0%	22,2%	16,1%	19,4%	22,9%
10	PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTDA.	Medicina de Grupo	36,5%	39,6%	0,0%	0,0%	33,8%	22,0%
11	UNIMED DE CATANDUVA - COOPERATIVA	Cooperativa Médica	38,0%	16,5%	17,5%	19,7%	17,2%	21,8%
12	SOCIEDADE BENECAPI DE ASSISTÊNCIA À	Medicina de Grupo	46,1%	28,5%	0,0%	0,0%	32,2%	21,4%
13	SANTAMALIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	26,1%	25,7%	21,3%	14,5%	12,9%	20,1%
14	SAMED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉD	Medicina de Grupo	30,1%	25,5%	9,8%	9,4%	22,7%	19,5%
15	SÃO FRANCISCO ASSISTÊNCIA MÉDICA LT	Medicina de Grupo	0,0%	0,0%	25,1%	57,3%	0,0%	16,5%
16	CEAM BRASIL - PLANOS DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	0,0%	0,0%	0,0%	77,4%	0,0%	15,5%
17	VITALLIS SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	25,6%	21,7%	16,1%	0,0%	10,5%	14,8%
18	GARANTIA DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,0%	52,8%	0,0%	0,0%	17,9%	14,1%
19	UNIMED LESTE PAULISTA COOPERATIVA	Cooperativa Médica	15,2%	15,3%	15,0%	12,5%	11,0%	13,8%
20	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACION	Medicina de Grupo	0,1%	18,9%	5,5%	38,2%	6,2%	13,8%

Fonte: Elaboração própria

As duas primeiras da lista, Promédica e Saúde Medicol, apresentam um comportamento semelhante: a participação dos Investimentos em Rede Hospitalar Própria aumenta em relação aos seus Ativos Totais entre 2007 e 2009, para então apresentar uma redução. Tal movimento pode ser explicado pelo aumento dos Ativos Totais de ambas as empresas, dado que o valor absoluto dos Investimentos não sofreu grandes alterações entre 2009 e 2011, como pode ser verificado ao retornar a análise para o valor absoluto dos Investimentos das duas operadoras.

Destaca-se também o movimento efetuado em 2010 pelo Centro Trasmontano de São Paulo, que não se repete nos demais anos do período analisado. O fato de os Investimentos de 2010 não aparecerem no ano de 2011 indica que a operadora pode ter incorporado a seus CNPJ suas Subsidiárias Integrais, Controladas ou Coligadas, ou ainda tê-las vendido um ano após sua aquisição, algo que é bem menos provável.

Das quatro cooperativas médicas que figuram a lista, três também figuravam a lista dos vinte maiores saldos médios de Investimentos em Rede Hospitalar Própria: Unimed de

Guaratinguetá, Unimed de Franca e Unimed de Catanduva, todas situadas no estado de São Paulo. Destaque para a Unimed de Guaratinguetá, que iniciou sua participação em 2008, investindo R\$ 5,6 milhões. Oportuno mencionar ainda a queda relativa dos Investimentos sobre Ativos Totais da Unimed de Catanduva, gerada por um aumento de seus Ativos Totais e não por uma decisão de desinvestimento.

Registra-se o movimento feito pela Ceam Brasil em 2010, cujos investimentos representaram 77,4% de seus Ativos Totais e observa-se, também, que a Amil Assistência Médica Internacional, apesar de ser uma empresa de R\$ 4 bilhões em ativos ao final de 2011, conserva uma relevante participação de Investimentos em Rede Hospital Própria, tendo em 2010 chegado a 38,2%. O volume de seus Investimentos é tão expressivo que, mesmo caindo para 6,2% de seus Ativos Totais em 2011, ainda é o maior entre todas as operadoras de saúde e representa 47,8% de todos os Investimentos em Subsidiárias Integrais, Controladas ou Coligadas que compõem sua Rede Hospitalar Própria. Se for acrescentado o volume investido por duas outras empresas do Grupo Amil, Amil Saúde e Amico Saúde, esse percentual sobe para 67,0%. Em suma, em 2011 ao menos dois terços dos Investimentos em Subsidiárias Integrais, Controladas ou Coligadas que compunham a Rede Hospitalar Própria do setor de saúde suplementar estava sob o controle do Grupo Amil.

4.2.2. Imobilizado – Uso Próprio Hospitalar

O próximo subgrupo do Ativo das operadoras a ser analisado é o Imobilizado. De acordo com o Plano de Contas da ANS, classificam-se sob a rubrica “Uso Próprio Hospitalar” todos os Imóveis, Instalações, Máquinas e Equipamentos, Hardware e Softwares de Informática, Móveis e Utensílios, Veículos e Outras Imobilizações que sejam de propriedade da Operadora de Plano de Saúde e que sirvam de uso para a prestação de serviços médico-hospitalares.

O resultado apresentado na tabela a seguir é o somatório das respectivas subcontas, compondo, portanto, o Imobilizado de Uso Próprio Hospitalar das Operadoras de Planos de Saúde entre os anos de 2007 e 2011.

Fazendo a análise de todo o setor, percebe-se um crescimento de 40,2% entre 2007 e 2011, sendo que houve uma redução do Imobilizado entre 2010 e 2011. Considerando o período 2007-2010, o crescimento seria de 45,4%. Oportuno destacar que estes registros se dão pelo custo de aquisição dos itens imobilizados, sendo assim ano a ano os saldos das subcontas não são reajustados pela variação de qualquer indexador, o que dá segurança para

afirmar que há um crescimento real do Imobilizado de Uso Próprio Hospitalar. Além disso, as contas sofrem um ajuste a menor: à medida que o tempo decorre, os saldos são diminuídos em razão da depreciação dos bens. Considerando que, apesar disso, há um aumento nominal no saldo das subcontas, não é incorreto assumir que o setor vinha, desde 2007 até 2010, aumentando a aquisição de bens destinados à prestação direta de serviços de saúde.

Tabela 8: Imobilizado – Uso Próprio Hospitalar – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	1.372.809,93	1.691,00	113.028,14	540.173,51
Autogestão	10.635.716,56	23.569.989,76	27.066.134,68	27.524.737,85	36.295.607,33
Cooperativa Médica	922.883.181,79	1.103.024.435,78	1.340.001.507,95	1.716.456.196,71	1.838.696.284,12
Filantropia	1.734.626.345,18	1.744.922.860,37	1.697.769.263,40	2.032.059.917,11	1.756.121.686,41
Medicina de Grupo	816.215.040,32	969.024.455,42	1.059.271.425,78	1.291.327.993,44	1.252.018.722,55
Seguradora Especializada em Saúde	-	3.918.730,78	-	-	-
Total geral	3.484.360.283,85	3.845.833.282,04	4.124.110.022,81	5.067.481.873,25	4.883.672.473,92

Fonte: Elaboração própria

Em cinco anos de análise, o saldo de tais bens aumentou em R\$ 1,4 bilhão, demonstrando que ao menos uma parcela das operadoras de saúde está adotando como estratégia a prestação direta de serviços de saúde. Nesse ponto, convém evidenciar a participação das Cooperativas Médicas, que foram a modalidade de operadoras que mais investiram, em termos absolutos, em Imobilizações para Uso Próprio Hospitalar no período. A referida modalidade inicia o período de análise com Imobilizações da ordem de R\$ 922,9 milhões e encerra 2011 com saldo de R\$ 1,8 bilhão, ou seja, com um acréscimo de 99,2%, praticamente dobrando o valor destinado à prestação direta de serviços. Esse movimento, que foi constante em todo o período de análise, é um indício de que as Cooperativas Médicas estão se movendo para a prestação de serviços que vão além das tradicionais consultas médicas de seus cooperados, prestando mais serviços de saúde por meio de hospitais, clínicas ambulatoriais ou serviços de apoio à diagnose e terapia.

Em seguida, por saldo das imobilizações, estão as Filantropias, que apresentaram saldos entre 2007 e 2011 relativamente estáveis, da ordem de R\$ 1,7 bilhão. A exceção foi o ano de 2010, quando houve um aumento de 17,1% do saldo das imobilizações, que, entretanto, voltou a seus valores históricos quando do encerramento de 2011. Um valor expressivo de imobilizações para uso próprio na modalidade Filantropia é previsível, haja vista as especificidades desta modalidade. A origem dessas Operadoras de Planos de Saúde está justamente na prestação, inicialmente voluntária e gratuita, de serviços de saúde. Portanto, é natural que as Imobilizações para Uso Próprio sejam parcela relevante de seus Ativos Totais e do total de Imobilizações para esse fim de todo o setor de saúde suplementar. Afinal, além da

prestação dos serviços para seus beneficiários, as Filantropias também prestam serviços às demais Operadoras de Planos de Saúde e ao SUS.

Distinta da estabilidade vivenciada pelas Filantropias está a modalidade Medicina de Grupo: ainda que com vigor menos expressivo que as Cooperativas Médicas, as Medicinas de grupo também investem em Imobilizações para Uso Próprio Hospitalar e em escala crescente. A modalidade inicia 2007 com saldo da ordem de R\$ 816,2 milhões e atinge seu ápice em 2010, com R\$ 1,29 bilhão. Em 2011, há uma pequena redução deste saldo, que pode ser atribuído às depreciações dos bens, passando para R\$ 1,25 bilhão. Relativamente, houve um crescimento de 53,4% do saldo de Imobilizações para Uso Próprio Hospitalar entre 2007-2011, evidenciando que também as Medicinas de Grupo estão aumentando sua participação no total de bens utilizados na prestação direta de serviços de saúde. Se o período de análise fosse entre 2007 e 2010, o crescimento seria ainda maior, de 58,2%. A exemplo das Cooperativas Médicas, verifica-se que até 2010 o crescimento dos saldos das imobilizações foi constante, apresentando uma redução em relação ao ano anterior apenas em 2011, e sendo de apenas 3,0%.

Relevante também analisar a evolução das Autogestões. Apesar de os valores absolutos em 2011 representarem 0,7% das Imobilizações de Uso Próprio Hospitalar, a modalidade foi a que mais cresceu em termos relativos. As Autogestões apresentam um crescimento consistente ao longo dos anos, partindo de R\$ 10,6 milhões em 2007 e encerrando 2011 com R\$ 36,3 milhões, correspondendo a um aumento de 241,3%. Isso demonstra que a utilização de rede própria vem despertando interesse até mesmo de Autogestões que, salvo desvios, tem atualmente uma missão original distinta da prestação direta de serviços de saúde. Nesse segmento, destacam-se as Imobilizações feitas pela Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul, Caixa de Assistência dos Empregados do BANEBA e Associação Beneficente dos Empregados das Empresas Arcelor Mittal Brasil – ABEB. Juntas, representaram 84,8% das Imobilizações em 2011.

Pelo que os dados demonstram, apenas as modalidades Administradora de Benefícios e Seguradora Especializada em Saúde, ambas com vedações legais quanto à prestação direta de serviços de saúde, não apresentaram evolução em seus saldos. O valor atribuído às Seguradoras Especializadas em Saúde no ano 2008 provavelmente tratou-se de um equívoco contábil do Grupo Sul América. O mesmo pode se atribuir a um conjunto de oito Administradoras de Benefícios que, em períodos distintos, fizeram lançamentos equivocados nessas subcontas.

Se comparados com os Ativos Totais das operadoras, verifica-se que o Imobilizado para Uso Próprio Hospitalar não acompanha seu crescimento, tendo sua participação reduzida de 9,48% em 2007 para 8,09% em 2011, o que pode significar uma melhora relativa do Ativo Circulante das Operadoras de Planos de Saúde. Desconsiderados os percentuais das Administradoras de Benefícios e das Seguradoras Especializadas em Saúde, pelos motivos já citados, percebe-se que essa queda relativa é em grande parte atribuída às Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo. As Cooperativas Médicas tiveram uma queda entre 2007 e 2011 de 1,6 p.p., enquanto dentre as Medicinas de Grupo esse valor foi de 2,0 p.p.

Tabela 9: Participação do Imobilizado sobre o Ativo, por Modalidade

Modalidade	Imob/Ativo 2007	Imob/Ativo 2008	Imob/Ativo 2009	Imob/Ativo 2010	Imob/Ativo 2011	Média
Administradora de Benefícios	0,00%	12,96%	0,02%	0,05%	0,12%	2,63%
Autogestão	0,18%	0,37%	0,38%	0,34%	0,41%	0,34%
Cooperativa Médica	11,54%	8,08%	8,88%	10,31%	9,91%	9,74%
Filantropia	30,54%	27,55%	30,58%	32,44%	48,90%	34,00%
Medicina de Grupo	14,69%	15,08%	14,25%	14,12%	12,65%	14,16%
Seguradora Especializada em Saúde	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Total geral	9,48%	8,29%	8,10%	8,91%	8,09%	8,57%

Fonte: Elaboração própria

As Autogestões e as Filantropias fizeram movimento oposto, por razões distintas. As Autogestões tiveram crescimento relativo de suas Imobilizações de Uso Próprio Hospitalar sobre os Ativos Totais, acompanhando, ainda que com menor intensidade, o crescimento percebido nos valores absolutos de suas imobilizações. Já as Filantropias tiveram crescimento relativo de suas imobilizações por conta da perda de participação do Ativo Circulante, isto é, mesmo mantendo ao longo dos anos o mesmo patamar de valor absoluto nas imobilizações, as Filantropias viram a participação relativa aumentar em virtude da diminuição de seus Ativos Totais, que em 2007 eram da ordem de R\$ 5,7 bilhões e encerraram 2001 com R\$ 3,6 bilhões, evidenciando uma piora na capacidade de pagamento de curto prazo dessa modalidade.

Analisando individualmente as Imobilizações de Uso Próprio Hospitalar das Operadoras de Planos de Saúde, verifica-se que tal ativo é bem mais difundido e pulverizado que Investimentos em Participações Societárias. Entre 2007 e 2011, 669 Operadoras de Planos de Saúde informaram em seus balanços possuir algum ativo imobilizado que utiliza para a prestação direta de serviços de saúde. Deste conjunto, foram destacados os vinte maiores saldos de Imobilizações de Uso Próprio Hospitalar na tabela a seguir.

Tabela 10: Imobilizado – Uso Hospitalar Próprio – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	152.190.341,70	167.881.152,98	172.930.959,54	173.620.161,43	197.413.843,05	172.807.291,74	4,04%	4,04%
2	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	75.892.919,81	104.087.635,32	163.503.866,55	214.952.579,80	231.888.622,59	158.065.124,81	3,69%	7,73%
3	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	Medicina de Grupo	67.476.459,02	69.912.830,12	69.848.312,01	214.354.185,75	213.897.010,63	127.097.759,51	2,97%	10,70%
4	COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA S	Filantropia	222.033.991,69	231.256.849,49	70.594.543,10	59.669.301,90	-	116.710.937,24	2,73%	13,42%
5	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	59.745.716,70	93.747.148,05	123.083.228,08	146.187.245,48	158.476.207,78	116.247.909,22	2,72%	16,14%
6	HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVAO	Filantropia	32.594.815,35	41.108.756,34	122.563.457,19	121.148.478,83	130.167.229,04	89.516.547,35	2,09%	18,23%
7	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	62.571.801,27	81.015.162,49	83.508.698,38	84.903.954,75	118.026.915,06	86.005.306,39	2,01%	20,24%
8	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA	Filantropia	83.938.167,02	82.825.773,08	83.907.109,29	83.039.993,52	86.830.929,78	84.108.394,54	1,96%	22,20%
9	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	69.309.929,24	71.991.800,20	75.886.240,99	84.314.752,30	94.612.888,70	79.223.122,29	1,85%	24,05%
10	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA	Filantropia	125.365.318,00	64.491.375,92	63.241.854,34	87.090.238,68	-	68.037.757,39	1,59%	25,64%
11	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	22.862.271,38	59.332.488,99	72.542.946,52	83.824.374,02	95.485.238,44	66.809.463,87	1,56%	27,20%
12	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	Filantropia	64.634.594,86	64.253.095,58	65.328.369,73	67.804.301,80	68.287.141,26	66.061.500,65	1,54%	28,75%
13	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Filantropia	57.503.790,80	58.131.670,76	57.010.656,24	59.255.066,10	70.462.224,75	60.472.681,73	1,41%	30,16%
14	UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	53.285.377,06	54.693.992,53	58.745.780,12	58.999.902,06	56.321.728,36	56.409.356,03	1,32%	31,48%
15	UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	8.548.107,60	20.443.016,86	34.580.138,69	81.860.825,02	107.259.618,18	50.538.341,27	1,18%	32,66%
16	CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	Filantropia	48.988.149,18	47.970.846,49	50.790.545,91	49.469.254,00	52.888.835,85	50.021.526,29	1,17%	33,83%
17	CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE	Filantropia	38.926.824,70	38.419.886,46	37.630.550,10	90.564.749,75	41.097.448,97	49.327.892,00	1,15%	34,98%
18	ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA	Filantropia	29.381.582,91	35.551.565,66	46.147.831,37	54.182.528,04	66.241.875,42	46.301.076,68	1,08%	36,06%
19	POLICLIN S/A SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR	Medicina de Grupo	41.529.727,45	49.159.572,46	49.293.325,95	46.017.131,16	40.931.907,90	45.386.332,98	1,06%	37,12%
20	ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE	Filantropia	41.496.630,66	41.909.801,07	42.773.132,75	54.319.128,27	41.214.450,05	44.342.628,56	1,04%	38,16%

Fonte: Elaboração própria

A maior pulverização das Imobilizações pode ser verificada pela análise da tabela anterior, representando os vinte maiores saldos médios 38,16% do total de Imobilizações, denotando que a posse de bens destinados à prestação direta de serviços de saúde é algo bastante difundido entre as Operadoras de Planos de Saúde, que, por sua vez, vêm aumentando os recursos destinados a esse fim.

Dentre as operadoras com maior saldo médio durante o período analisado está a Amil Saúde Ltda., com 4,04%. Outra empresa do Grupo Amil, a Amico Saúde aparece em quinto lugar, com 2,72% do saldo médio total.

Destaca-se a participação das Filantropias entre os maiores saldos, representando metade da amostra selecionada, assim como a descontinuidade de duas delas: Comunidade Evangélica Luterana São Paulo e Santa Casa de Misericórdia da Bahia, que tiveram seus saldos diminuídos ano a ano até a efetivação de seu descredenciamento junto à ANS, ambos ocorridos em 2012.

Dentre os saldos individualizados, registram-se as operadoras que apresentaram maiores variações positivas entre 2007 e 2011. A Unimed de Piracicaba teve um aumento de 1.155% em seu saldo, representando a maior variação durante o período. A operadora inicia o período de análise com R\$ 8,5 milhões em Imobilizações e praticamente dobra o valor entre 2008 e 2010, encerrando o período de análise apresentando em 2011 saldo de R\$ 107,3 milhões.

A segunda maior variação é da Medicina de Grupo Green Line Sistema de Saúde S.A., com aumento de 318%, encerrando 2011 com o saldo em imobilizações de R\$ 95,5 milhões. A terceira maior variação é de uma Filantropia, o Hospital Maternidade Frei Galvão, com 299% de aumento. Outra Medicina de Grupo, a Sociedade Portuguesa de Beneficência, com acréscimo de 217% entre 2007 e 2011, figura a quarta maior variação de imobilizações, seguida pela Unimed BH, com 206%.

Passando a analisar o percentual relativo entre as Imobilizações de Uso Próprio Hospitalar das Operadoras de Planos de Saúde e seus Ativos Totais, verificamos a natural predominância das Filantropias no topo da lista, como demonstrado na tabela que segue.

Tabela 11: Participação do Imobilizado sobre o Ativo, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Imob/Ativo 2007	Imob/Ativo 2008	Imob/Ativo 2009	Imob/Ativo 2010	Imob/Ativo 2011	Média
1	402796	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	Medicina de Grupo	69,29%	81,80%	82,61%	89,11%	89,32%	82,43%
2	330337	SOCIEDADE OPERÁRIA HUMANITÁRIA	Filantropia	78,55%	76,43%	82,40%	84,89%	84,15%	81,28%
3	329207	CENTRO POPULAR PRO-MELHORAMENTOS DE BOM JESUS	Medicina de Grupo	86,54%	84,60%	68,46%	79,50%	83,46%	80,51%
4	345741	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	Filantropia	82,70%	83,06%	81,26%	78,05%	75,05%	80,02%
5	411841	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MUZAMBINHO	Filantropia	67,88%	72,03%	83,84%	84,89%	80,92%	77,91%
6	321931	CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	Filantropia	88,67%	81,17%	74,04%	64,59%	66,71%	75,04%
7	363111	HOSPITAL DE CARIDADE DE VARGEM GRANDE DO SUL	Filantropia	77,09%	70,71%	71,96%	73,49%	80,76%	74,80%
8	327328	CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA S/C LTDA	Medicina de Grupo	91,63%	73,69%	75,06%	70,99%	55,49%	73,37%
9	323977	MISERICORDIA DE BRAGANÇA PAULISTA	Filantropia	72,90%	71,68%	75,07%	71,66%	74,34%	73,13%
10	315516	CENTRAL MÉDICA DE PREVENÇÃO LTDA.	Medicina de Grupo	57,13%	87,36%	75,24%	73,28%	69,62%	72,53%
11	315681	HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVAO	Filantropia	67,05%	67,66%	81,79%	73,38%	71,25%	72,23%
12	322920	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARARAS	Filantropia	73,14%	69,27%	69,38%	69,77%	77,59%	71,83%
13	306045	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPÁ	Filantropia	74,26%	74,00%	70,19%	67,46%	69,78%	71,14%
14	414956	HOSPITAL EVANGÉLICO DE RIO VERDE	Filantropia	76,45%	72,75%	72,18%	68,94%	61,57%	70,38%
15	384054	BENEFICENCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZONIA	Filantropia	73,29%	71,49%	74,20%	70,01%	62,29%	70,26%
16	410365	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS	Filantropia	75,25%	64,96%	64,30%	70,34%	72,24%	69,42%
17	354350	STA CASA MIS N SRA FÁTIMA E BENEF PORTUGUESA DE ARARAQUARA	Filantropia	78,40%	74,35%	64,63%	69,63%	59,52%	69,31%
18	408514	FUNDAÇÃO GERALDO CORREA	Filantropia	75,47%	63,22%	67,38%	68,07%	70,27%	68,88%
19	335762	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LEME	Filantropia	62,71%	65,52%	73,30%	66,83%	73,75%	68,42%
20	329355	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA	Filantropia	68,38%	74,98%	68,05%	65,14%	64,24%	68,16%

Fonte: Elaboração própria

Apenas quatro Medicinas de Grupo figuram a lista dos 20 maiores saldos médios relativos em Imobilizações, destacando-se em primeiro lugar a Sociedade Portuguesa de Beneficência, com média de 82,43% dos Ativos Totais alocados em Imobilizações durante o período analisado, tendo apresentado um crescimento de 20,0 p.p. entre 2007 e 2011.

Comportamento contrário apresentou a terceira Medicina de Grupo da lista, a Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, que apresentou redução de 36,1 p.p. durante o período de análise.

4.2.3. Provisão para Contingências Cíveis

Uma das evidências de aumento dos custos de transação pode ser verificada pela análise dos custos judiciais que as empresas têm. À medida que se aumentam os gastos com disputas judiciais, verifica-se que houve um aumento dos custos de negociar, redigir, monitorar e, principalmente, tornar tais contratos executáveis (LEIBLEIN; MILLER, 2003), tendo que, por vezes utilizar a figura do Poder Judiciário. Em suma, um significativo acréscimo de valores transitando por contas que envolvem a participação do Judiciário evidencia o aumento dos custos de transação de uma empresa ou setor.

Como forma de evidenciar as despesas das Operadoras de Planos de Saúde com disputas judiciais, o presente estudo passa, a partir de agora, a analisar a subconta responsável pelos registros dos valores que as empresas estimam incorrer com disputas judiciais cíveis. Tais despesas são aquelas que as Operadoras de Planos de Saúde incorrem por transferir sua relação comercial, seja com fornecedores ou clientes, para a esfera judiciária. Nessa subconta

está, portanto, os valores que as operadoras estimam gastar com o cumprimento de ordens judiciais, sejam elas obrigações de fazer ou de caráter indenizatório, no que se refere a seu relacionamento com os seus beneficiários e seus prestadores de serviços.

Pode-se presumir, desse modo, que um acréscimo na subconta Provisão para Contingências Cíveis seja um indicativo de que uma parcela dos custos de transação das operadoras esteja aumentando.

Importante ressaltar, ainda, que a Provisão para Contingências Cíveis é o reconhecimento *ex-ante*, em um dado exercício contábil, de uma obrigação previsível, embora ainda não tenha se concretizado. Ou seja, refere-se a quanto as operadoras estimam gastar com disputas judiciais na esfera cível, podendo o valor de fato gasto ser maior ou menor do que o estimado. Ainda assim, tais provisões são de suma relevância para analisar o comportamento das operadoras quanto à decisão de se integrar verticalmente para diminuir seus custos de transação, uma vez que tal decisão levará em conta não apenas o efetivamente gasto até um dado momento, como também o quanto a operadora estimar gastar dali por diante.

Como a tabela a seguir demonstra, em números absolutos, o valor estimado de Contingências Cíveis mais que triplica durante os cinco anos de análise. O saldo de “Provisão para Contingências Cíveis salta de R\$ 322,3 milhões em 2007 para R\$ 990,7 milhões em 2011. Esse crescimento é verificado não apenas no início e fim do período de análise como também se analisado ano a ano.

Tabela 12: Provisão para Contingências Cíveis – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	78.972,24	15.090,00	15.145,39
Autogestão	9.062.015,17	42.868.322,50	39.578.875,98	67.748.786,57	68.577.929,63
Cooperativa Médica	120.412.091,36	204.796.816,93	283.115.260,04	344.933.730,30	375.884.627,04
Filantropia	19.036.580,82	33.800.408,80	44.596.878,86	45.536.801,41	55.235.674,46
Medicina de Grupo	84.015.719,10	105.691.600,08	194.042.838,39	145.839.808,86	171.621.323,43
Seguradora Especializada em Saúde	89.812.259,53	103.805.234,70	108.421.910,47	234.525.901,72	319.396.214,18
Total geral	322.338.665,98	490.962.383,01	669.834.735,98	838.600.118,86	990.730.914,13

Fonte: Elaboração própria

Analisando-se as operadoras por modalidade, verifica-se que são as Cooperativas Médicas aquelas que mais provisionam valores para Contingências Cíveis, tendo encerrado o período de análise com R\$ 375,9 milhões destinados a esse fim. Contudo, o maior crescimento ocorreu nas Autogestões, que entre 2007 e 2011 apresentaram um crescimento do saldo de 657%, passando de R\$ 9,1 milhões para R\$ 68,6 milhões ao final do período.

A única modalidade que apresentou redução, em algum momento, do valor provisionado foi a Medicina de Grupo que, entre 2009 e 2010, apresentou redução de saldo,

para haver novo acréscimo no exercício de 2011. As Administradoras de Benefícios, por serem poucas e não possuírem beneficiários ou rede prestadora, apresentaram saldos inexpressivos durante todo o período.

As Filantropias tiveram seu saldo aumentado no período em 190% e as Medicinas de Grupo, em 104%, que foram as menores variações. Coincidentemente ou não, tratam-se das duas modalidades mais verticalmente integradas no que se refere a Imobilizações. Por outro lado, as Seguradoras Especializadas em Saúde, Autogestões e as Cooperativas Médicas, as menos integradas, tiveram crescimento no período de, respectivamente, 256%, 657% e 212%.

Apesar da relevância dos saldos absolutos da subconta “Provisão para Contingências Cíveis”, há que se pesar ainda um eventual crescimento das obrigações das Operadoras de Planos de Saúde, que poderia evidenciar que o saldo absoluto está apenas acompanhando o crescimento das operadoras. Com o intuito de verificar esse efeito, foi calculado um indicador que representa o valor percentual do saldo das Provisões para Contingências Cíveis dividido pelo total das obrigações com terceiros das Operadoras de Planos de Saúde, ou seja, pelo seu Passivo composto não apenas das obrigações de curto prazo (Passivo Circulante) como também daquelas de longo prazo (Passivo Não Circulante).

Como é demonstrado pela tabela a seguir, também se verifica um crescimento das Contingências Cíveis em termos relativos, praticamente dobrando sua participação no total de obrigações com terceiros das Operadoras de Planos de Saúde.

Tabela 13: Participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o Passivo, por Modalidade

Modalidade	Cont/Passivo 2007	Cont/Passivo 2008	Cont/Passivo 2009	Cont/Passivo 2010	Cont/Passivo 2011	Média
Administradora de Benefícios	0,00%	0,00%	0,89%	0,10%	0,06%	0,21%
Autogestão	0,41%	4,30%	3,19%	4,76%	3,90%	3,31%
Cooperativa Médica	3,63%	5,25%	6,05%	6,75%	5,89%	5,51%
Filantropia	3,32%	5,19%	6,06%	5,52%	5,74%	5,17%
Medicina de Grupo	3,37%	3,25%	5,63%	3,81%	3,89%	3,99%
Seguradora Especializada em Saúde	3,22%	2,86%	2,59%	6,06%	7,45%	4,44%
Total geral	2,84%	3,95%	4,68%	5,56%	5,56%	4,52%

Fonte: Elaboração própria

Assim como em valores absolutos, os saldos em relação ao total do Passivo das operadoras apresentam crescimento ano a ano, passando de 2,84% em 2007 para 5,56% em 2011. O crescimento relativo mais expressivo se deu entre as Seguradoras Especializadas em Saúde, saindo de 3,22% em 2007 para 7,45% em 2011. Verifica-se, ainda nessa modalidade, uma inicial redução da participação das Contingências Cíveis entre 2008 e 2009 para, a partir de 2010, apresentar um crescimento relevante.

As Autogestões, apesar de provisionarem menor percentual em relação a seus passivos, foram a modalidade que houve maior crescimento anual, uma vez que passou de 0,41% para 3,90% de seu Passivo.

Apesar de não ter havido redução na participação das Contingências Cíveis, as Medicinas de Grupo foram as operadoras que apresentaram um comportamento mais estável, tendo elevado tal participação apenas em 0,52 p.p.

Das cerca de 1.400 Operadoras de Planos de Saúde credenciadas no período junto à ANS, 555 provisionaram algum valor a título de Contingências Cíveis entre 2007 e 2011, sendo apresentados a seguir os 20 maiores saldos médios da referida subconta.

Tabela 14: Provisão para Contingências Cíveis – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializ	21.961.001,63	22.506.200,92	24.830.168,07	117.940.714,87	187.201.757,36	74.887.968,57	11,30%	11,30%
2	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializ	56.079.206,03	65.048.947,46	65.820.819,49	83.386.117,30	75.898.303,45	69.246.678,75	10,45%	21,76%
3	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	29.639.245,97	47.324.665,77	46.193.118,68	63.720.483,51	64.385.835,28	50.252.669,84	7,59%	29,34%
4	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	27.414.767,85	24.407.037,93	51.555.915,47	42.673.445,94	45.584.907,98	38.327.215,03	5,79%	35,13%
5	UNIMED SALVADOR COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica			35.116.574,55	30.864.288,05	32.052.266,00	19.606.625,72	2,96%	38,09%
6	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	12.034.957,18	14.150.591,26	31.827.652,46	17.592.987,04	21.718.314,42	19.464.900,47	2,94%	41,02%
7	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializ	6.864.149,93	8.603.827,05	7.637.200,58	21.968.683,22	42.329.003,52	17.480.581,90	2,64%	43,66%
8	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO	Autogestão		15.195.989,59	18.139.538,80	21.905.886,36	22.375.200,31	15.523.323,01	2,34%	46,01%
9	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL	Medicina de Grupo	-	13.693.840,55	14.406.573,26	17.581.735,77	22.857.948,37	13.708.019,59	2,07%	48,08%
10	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	2.267.992,13	2.182.598,83	25.042.218,03	11.458.762,66	15.855.316,79	11.361.377,69	1,71%	49,79%
11	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	2.008.137,66	3.975.114,07	5.888.612,14	15.056.586,87	27.690.119,66	10.923.714,08	1,65%	51,44%
12	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	9.169.971,35	10.157.997,46	9.314.430,84	9.523.862,99	16.153.452,53	10.863.943,03	1,64%	53,08%
13	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica		15.417.803,19	15.417.803,19	15.417.803,19	4.920.026,98	10.234.687,31	1,54%	54,62%
14	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA	Cooperativa Médica	8.901.811,58	8.044.708,36	7.394.971,50	7.384.415,13	10.264.535,16	8.398.088,35	1,27%	55,89%
15	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP.DE TR	Cooperativa Médica	964.432,73	1.441.699,07	3.973.363,89	9.636.110,45	23.281.943,11	7.859.509,85	1,19%	57,08%
16	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	4.960.000,00	8.838.000,00	22.018.251,38	-	1.561.001,75	7.475.450,63	1,13%	58,21%
17	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIV	Cooperativa Médica	2.264.502,30	2.264.502,30	10.418.696,36	16.347.550,74	5.016.017,46	7.262.253,83	1,10%	59,30%
18	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica	1.979.176,68	4.191.427,16	7.693.711,86	5.637.610,78	15.616.037,62	7.023.592,82	1,06%	60,36%
19	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATI	Cooperativa Médica	200.000,00	6.800.000,00	6.832.920,13	7.144.660,37	9.163.680,03	6.028.252,11	0,91%	61,27%
20	GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	Autogestão				14.822.796,99	12.897.624,60	5.544.084,32	0,84%	62,11%

Fonte: Elaboração própria

Como era de se esperar, as operadoras com maiores números de beneficiários – por conseguinte, maior número de transações – figuram o topo da lista. Percebe-se, por exemplo, que nenhuma Filantropia está listada entre os maiores saldos médios.

A primeira observação que pode ser feita a respeito da lista é que muitas operadoras iniciaram o provisionamento de valores expressivos durante o período de análise, como é o caso da Unimed Salvador, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), Golden Cross, Unimed de Manaus e Geap Fundação de Seguridade Social. Dentre aqueles que iniciaram o provisionamento até 2007, a maior variação individual ficou a cargo da Unimed Grande Florianópolis, que em 2007 havia provisionado somente R\$ 200 mil e encerra 2011 com um provisionamento de R\$ 6,0 milhões. Outras duas Unimeds, Porto Alegre e Campinas também apresentam crescimento expressivo de suas provisões.

As duas maiores Seguradoras Especializadas em Saúde aparecem no topo da lista e juntas, respondem por 35,03% da média anual das Provisões para Contingências Cíveis do setor para o período analisado. A primeira da lista, Bradesco Saúde, teve, inclusive, a quarta maior variação individual entre as 20 primeiras médias: passou de R\$ 22,0 milhões em 2007 para R\$ 187,2 milhões em 2011, que vem a ser o maior saldo da subconta dentre todas as operadoras do setor. O segundo maior saldo é do Grupo Sul América, que tem seus

beneficiários divididos em duas empresas, a Sul América Companhia de Seguro de Saúde e a Sul América Saúde. Juntas, possuem uma provisão da ordem de R\$ 118,2 milhões.

O terceiro maior saldo de provisões é do Grupo Amil, no valor de R\$ 65,3 milhões distribuídos entre Amil Assistência Médica Internacional, Amico Saúde e Amil Saúde.

O maior saldo de provisões entre as Cooperativas Médicas pertence à Unimed Curitiba, que dobrou seu saldo ao longo dos anos analisado e encerrou 2011 com um valor de R\$ 64,4 milhões. Juntas, os 20 maiores saldos médios representam 62,11% de todos os recursos provisionados para Contingências Cíveis do setor de saúde suplementar.

Fazendo uma análise da participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o Passivo Total das operadoras, percebe-se a maior incidência de Cooperativas Médicas entre as 20 maiores médias no período em estudo. Apenas duas Filantropias, duas Medicinas de Grupo e duas Autogestões compõem as maiores médias.

Tabela 15: Participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o Passivo, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Modalidade	Cont/Passivo 2007	Cont/Passivo 2008	Cont/Passivo 2009	Cont/Passivo 2010	Cont/Passivo 2011	Média
1	UNIMED DE BRUSQUE COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	30,35%	46,46%	58,70%	56,04%	62,26%	50,76%
2	UNIMED VALE DO PIQUIRI-COOPERATIVA DE TRAB	Cooperativa Médica	69,78%	49,85%	39,79%	30,59%	0,00%	38,00%
3	UNIMED ARAGUARI COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	1,50%	1,17%	66,93%	60,12%	56,92%	37,33%
4	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	34,79%	44,37%	34,30%	37,78%	28,95%	36,04%
5	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASA BRANCA	Filantropia	0,00%	0,00%	0,00%	82,32%	97,17%	35,90%
6	FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS COOPERATIVA	Cooperativa Médica	47,55%	39,92%	7,62%	24,85%	40,31%	32,05%
7	UNIMED ALTO VALE - COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	38,33%	33,36%	26,07%	24,53%	20,37%	28,53%
8	UNIMED DO OESTE DA BAHIA COOPERATIVA DE TR	Cooperativa Médica	45,59%	32,95%	24,39%	22,94%	14,57%	28,09%
9	SOCIEDADE BENEFICENTE UNIÃO OPERÁRIA DE AR	Medicina de Grupo	34,91%	27,10%	22,51%	22,54%	28,74%	27,16%
10	CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	Filantropia	44,11%	21,53%	24,14%	24,41%	20,00%	26,84%
11	COOPERATIVA DE USUÁRIOS ASSISTÊNCIA MÉDICC	Medicina de Grupo	26,64%	28,62%	29,80%	28,32%	19,01%	26,48%
12	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BAN	Autogestão	38,71%	23,55%	16,64%	33,66%	19,37%	26,39%
13	UNIMED NORTE CAPIXABA - COOPERATIVA DE TRA	Cooperativa Médica	50,12%	41,49%	19,52%	15,53%	1,91%	25,71%
14	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO IN	Autogestão	0,00%	76,74%	34,73%	10,22%	5,90%	25,52%
15	UNIMED ALTO SÃO FRANCISCO COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	16,39%	15,88%	11,84%	44,45%	39,00%	25,51%
16	UNIMED DE LINS - COOPERATIVA DE TRABALHOS	Cooperativa Médica	18,83%	29,17%	25,84%	23,19%	27,69%	24,94%
17	UNIMED DE FERNANDOPOLIS - COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	29,01%	32,17%	21,94%	19,34%	15,41%	23,57%
18	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	28,35%	24,81%	20,43%	16,59%	25,71%	23,18%
19	UNIMED DO RIO GRANDE DO NORTE, FEDERACAO	Cooperativa Médica	18,48%	17,98%	27,23%	24,94%	23,66%	22,46%
20	ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Autogestão	19,81%	20,90%	25,45%	20,76%	18,43%	21,07%

Fonte: Elaboração própria

Evidenciando o comportamento heterogêneo do setor no que se refere à constituição de provisões, percebem-se grandes alterações dos percentuais ano a ano. Em relação à tabela com os saldos individuais das operadoras, apenas a Unimed Curitiba figura em ambas as listas. Não é possível verificar um comportamento homogêneo ao comparar os saldos em Provisões para Contingências Cíveis e o Passivo Total das operadoras da tabela anterior. Por exemplo, enquanto há operadoras cuja participação das referidas Provisões sofreram substancial acréscimo – como Unimed Araguari, Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca e Unimed Alto São Francisco –, outras operadoras tiveram redução na participação, como é o caso Unimed Vale do Piquiri, Unimed do Oeste da Bahia e Unimed Norte Capixaba. Apesar da redução significativa verificada nas três últimas operadoras ao longo do período de análise,

tal redução não foi suficiente para retirá-las da lista de maiores médias de participação das Provisões para Contingências Cíveis sobre o seu Passivo Total.

4.2.4. Contraprestações Líquidas / Prêmios Retidos

O próximo item das demonstrações financeiras a ser analisado é a Conta Contraprestações Líquidas/Prêmios retidos. Na referida conta, estão contabilizadas todas as receitas auferidas pelas operadoras com a venda de planos médico-hospitalares, à exceção apenas de planos odontológicos. Trata-se de uma conta cujo saldo líquido já exclui valores restituídos a ou cancelados por seus beneficiários. Também inclui os mecanismos de corresponsabilidade e cosseguro. Em suma, refere-se à conta na qual são contabilizadas as receitas oriundas da atividade-fim das operadoras, que é a comercialização de planos de saúde.

Como a tabela a seguir demonstra, os valores absolutos arrecadados pelas operadoras vêm crescendo ao longo dos anos a uma taxa média de 12,0% a.a., com um crescimento mais significativo no último ano analisado, 2011. A modalidade que mais contribuiu entre 2007 e 2011 para o aumento de tais receitas foi as Seguradoras Especializadas em Saúde, cuja taxa de crescimento médio foi de 14,17% a.a. Em seguida vêm as Cooperativas Médicas com crescimento médio de 13,19% a.a. e as Medicinas de Grupo, com 11,45% a.a., já abaixo da média do setor. Em 2011, as Operadoras de Planos de Saúde tiveram arrecadação líquida de R\$ 82,3 bilhões, o que representa 2% do PIB brasileiro. Ainda a título de comparação, as receitas do setor em 2010 com planos médicos hospitalares superaram em 12,2% o gasto público federal com saúde no referido ano, último disponível³⁶.

Tabela 16: Contraprestações Líquidas – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	98.319,60	-	239.941,18	83.488,97	0,01
Autogestão	6.401.109.820,08	7.029.134.131,16	7.651.716.597,94	8.146.665.886,08	9.165.596.262,65
Cooperativa Médica	18.464.566.866,14	21.581.937.569,43	23.484.957.856,53	25.963.998.484,12	30.311.712.918,59
Filantropia	1.929.370.463,76	2.218.054.393,26	1.571.364.396,18	1.728.590.698,94	1.914.453.602,81
Medicina de Grupo	15.627.106.480,53	17.653.435.168,19	19.494.051.827,13	21.315.110.828,06	24.114.116.087,42
Seguradora Especializada em Saúde	9.878.923.826,49	11.036.588.126,86	12.315.390.076,18	13.778.082.401,32	16.781.966.061,69
Total geral	52.301.175.776,60	59.519.149.388,90	64.517.720.695,14	70.932.531.787,49	82.287.844.933,17

Fonte: Elaboração própria

Quanto à participação de cada modalidade sobre o total arrecadado de receitas com venda de planos de saúde, percebe-se uma relativa estabilidade, com uma pequena tendência de crescimento das Seguradoras Especializadas e Cooperativas Médicas em detrimento das Filantropias e Autogestões. Tal estabilidade pode ser verificada pela tabela a seguir.

³⁶ Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/e07bnominal.htm>. Acesso em 18/05/2013.

Tabela 17: Contraprestações líquidas – Participação de cada Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Autogestão	12,24%	11,81%	11,86%	11,49%	11,14%
Cooperativa Médica	35,30%	36,26%	36,40%	36,60%	36,84%
Filantropia	3,69%	3,73%	2,44%	2,44%	2,33%
Medicina de Grupo	29,88%	29,66%	30,22%	30,05%	29,30%
Seguradora Especializada em Saúde	18,89%	18,54%	19,09%	19,42%	20,39%
Total geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria

O fato mais interessante sobre a arrecadação de receitas, contudo, se dá a partir da análise da participação das receitas com venda de planos de saúde em relação às receitas totais das operadoras. O que se percebe é que havia, até 2010, uma tendência generalizada no setor de redução da participação das receitas com comercialização de planos de saúde sobre as receitas totais. Tal tendência é revertida em 2011, contudo encerra o período de análise em um patamar 4 p.p. inferior ao verificado em 2007.

Tabela 18: Participação das Contraprestações Líquidas sobre as Receitas Totais, por Modalidade

Modalidade	MH/RT 2007	MH/RT 2008	MH/RT 2009	MH/RT 2010	MH/RT 2011	Média
Administradora de Benefícios	40,81%	0,00%	109,47%	5,10%	0,00%	31,08%
Autogestão	39,37%	80,44%	77,19%	76,40%	81,89%	71,06%
Cooperativa Médica	80,08%	80,24%	77,60%	73,65%	74,97%	77,31%
Filantropia	44,53%	43,95%	29,67%	29,89%	34,87%	36,58%
Medicina de Grupo	95,04%	94,82%	93,26%	90,61%	91,94%	93,14%
Seguradora Especializada em Saúde	93,81%	86,27%	87,75%	86,66%	88,29%	88,56%
Total geral	84,43%*	82,56%	80,24%	77,84%	80,39%	81,09%

Fonte: Elaboração própria

Oportuno ressaltar que as únicas tendências de aumento da participação são verificadas nas modalidades Administradora de Benefícios, que só aparecem com valores nessas contas por equívoco contábil, e Autogestão.

Quanto a essa última modalidade convém esclarecer que os dados referentes a 2007 estão distorcidos pelo fato de algumas Autogestões terem informado no plano de contas à ANS suas receitas totais, inclusive com a parcela previdenciária de sua arrecadação, gerando uma incorreção nos dados. Apenas cinco fundações³⁷ foram responsáveis por receitas totais da ordem de R\$ 7,5 bilhões. Esse é o principal motivo para o percentual de 39,37% verificado nas Autogestões em 2007. Tal equívoco foi corrigido a partir de 2008, motivando o presente estudo a excluir as Autogestões da média geral do setor em 2007. Sem as Autogestões, a participação das receitas médico-hospitalares sobre o total arrecadado pelas operadoras foi de 84,43%.

³⁷ Fundações Cepes, Fapes, Forluminas, Eletros e Telos.

Da análise da tabela anterior percebe-se que as operadoras vêm buscando, notadamente entre 2007 e 2010, alternativas outras para compor suas receitas, que não sua atividade-fim, que é a comercialização de planos de saúde. Dentre as receitas acessórias, destacam-se receitas financeiras e possíveis receitas com a prestação direta de serviços de saúde a terceiros, seja ao SUS, seja a beneficiários de outras Operadoras de Planos de Saúde ou até mesmo diretamente a clientes por meio de pagamento de consultas, exames e internações.

Das 1.015 operadoras que informaram à ANS o recebimento de alguma receita durante o período de análise, as 20 com maiores receitas médias com comercialização de planos de saúde médico hospitalar representaram 48,72% do total arrecadado pelo setor. O primeiro lugar foi alcançado pela Bradesco Seguros, tendo arrecadado uma média de R\$ 5,5 bilhões por ano durante o período de análise. Em seguida, vem a Amil Assistência Médica Internacional, que representou o maior crescimento absoluto durante o período de análise, iniciando em 2007 com R\$ 2,4 bilhões de receitas e encerrando em 2011 com R\$ 6,7 bilhões. Oportuno destacar que, em 2011, as receitas da Amil Saúde Ltda. (ex- Medial) foram incorporadas à Amil Assistência Médica Internacional S.A. Caso fosse somada a média de receita de outra empresa do Grupo Amil, a Amico Saúde, o Grupo passaria a Bradesco Saúde – e sua controlada Mediservice – no valor de arrecadação durante o período de análise, totalizando média anual R\$ 6,4 bilhões.

Tabela 19: Contraprestações Líquidas – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	005711	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	4.126.443.201,24	4.620.984.231,40	5.357.356.807,34	5.923.524.739,56	7.585.960.794,72	5.522.853.954,85	8,38%	8,38%
2	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	2.385.147.427,30	3.015.669.678,15	3.353.462.302,66	3.998.650.928,38	6.713.590.180,11	3.893.304.103,32	5,91%	14,29%
3	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	2.206.213.752,54	2.528.027.243,93	2.907.794.096,53	3.510.865.911,02	4.295.125.954,31	3.089.605.391,67	4,69%	18,97%
4	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	1.624.635.977,63	1.743.083.355,70	1.849.435.201,20	1.930.109.181,11	2.343.261.827,40	1.898.105.108,61	2,88%	21,85%
5	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	1.224.573.708,48	1.537.270.952,61	1.879.831.699,86	2.090.743.693,47	2.482.476.309,82	1.842.979.272,85	2,80%	24,65%
6	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	1.208.849.383,58	1.733.746.901,39	1.526.980.247,65	1.727.181.353,51	2.055.582.625,44	1.650.468.102,31	2,50%	27,15%
7	006246	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	1.556.036.621,67	1.400.799.108,10	1.392.181.789,17	1.427.180.708,95	1.494.626.517,31	1.454.164.949,04	2,21%	29,36%
8	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	1.361.492.942,36	1.878.496.439,94	2.110.058.099,38	1.858.740.613,99	-	1.441.757.619,13	2,19%	31,55%
9	403911	GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL	Medicina de Grupo	1.102.271.124,43	1.274.402.283,06	1.466.081.185,29	1.454.713.179,49	1.613.978.109,94	1.382.289.176,44	2,10%	33,64%
10	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	914.367.915,43	1.109.945.579,71	1.316.080.997,46	1.526.581.844,24	1.773.408.333,27	1.328.076.934,02	2,01%	35,66%
11	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	1.020.505.444,62	1.140.371.408,85	1.285.892.878,62	1.453.253.848,52	1.664.592.720,95	1.312.923.260,31	1,99%	37,65%
12	323080	GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	Autogestão	1.152.538.165,41	1.178.369.483,69	1.298.372.505,81	1.415.503.840,01	1.442.075.447,28	1.297.371.888,44	1,97%	39,62%
13	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	903.516.719,36	1.061.859.776,59	1.023.620.984,67	1.086.815.593,23	1.289.507.476,19	1.073.064.110,01	1,63%	41,25%
14	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	631.882.706,42	781.477.560,09	874.246.621,75	1.069.339.107,49	1.360.342.884,98	943.477.776,15	1,43%	42,68%
15	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	586.819.868,52	650.496.894,02	724.236.188,48	817.697.278,95	989.992.069,19	753.848.459,83	1,14%	43,82%
16	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	617.035.133,80	678.864.643,22	716.682.324,14	805.094.947,41	893.153.659,51	742.166.141,62	1,13%	44,95%
17	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	547.399.594,44	624.252.525,70	694.499.383,24	802.593.243,06	950.106.394,29	723.770.228,15	1,10%	46,05%
18	000582	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	513.050.964,71	642.749.347,85	652.729.634,36	700.718.480,06	829.293.381,02	667.708.361,60	1,01%	47,06%
19	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	467.150.898,70	523.274.625,88	579.751.944,85	630.646.553,55	749.489.997,44	590.062.804,08	0,90%	47,96%
20	333689	MEDISERVICE ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE	Medicina de Grupo	398.793.801,71	478.365.588,56	498.009.823,21	517.121.097,35	617.869.116,10	502.031.885,39	0,76%	48,72%

Fonte: Elaboração própria

A terceira colocação no ranking é de outra tradicional participante do setor, a Sul América Seguros Saúde S.A. que, juntamente com outra empresa do Grupo, a Sul América Companhia de Seguro Saúde, tiveram receitas médias da ordem de R\$ 4,5 bilhões anuais.

O quarto lugar em arrecadação média é da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, a primeira das duas Autogestões que compõem a lista. Por fim, destaca-se a participação das Cooperativas Médicas que, se juntas, alcançariam o primeiro lugar da lista com R\$ 8,6 bilhões de receitas médias anuais. Como pode ser vista na tabela anterior, as três

maiores Cooperativas Médicas estão localizadas nas três maiores cidades do Brasil: Unimed Rio, Unimed Paulistana e Unimed BH.

Quando se analisa a participação relativa das receitas com comercialização de planos de saúde sobre as receitas totais das 20 operadoras com maiores médias, constata-se que a tendência de redução da participação das receitas com planos é verificada também dentre elas, com destaque para as reduções significativas verificadas na Bradesco Saúde³⁸, nas operadoras do Grupo Amil e na Central Nacional Unimed, com reduções entre 2007 e 2011 de até 17 p.p.

Tabela 20: Participação das Contraprestações Líquidas sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	MH/RT 2007	MH/RT 2008	MH/RT 2009	MH/RT 2010	MH/RT 2011	Média
1	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	104,2%	85,7%	89,2%	83,6%	87,5%	90,0%
2	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A	Medicina de Grupo	99,1%	96,6%	95,8%	92,8%	93,8%	95,6%
3	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	96,6%	95,3%	95,6%	95,0%	94,6%	95,4%
4	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO	Autogestão	85,0%	87,5%	85,8%	86,9%	90,7%	87,2%
5	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MED	Cooperativa Médica	83,8%	82,8%	84,6%	82,7%	82,7%	83,3%
6	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIV	Cooperativa Médica	86,1%	98,0%	78,2%	64,4%	77,3%	80,8%
7	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	82,7%	79,1%	79,3%	74,0%	80,0%	79,0%
8	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	95,8%	97,4%	97,5%	94,5%	0,0%	77,1%
9	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL	Medicina de Grupo	98,5%	98,9%	92,5%	93,5%	96,6%	96,0%
10	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	95,6%	97,4%	94,5%	96,0%	96,8%	96,1%
11	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI	Cooperativa Médica	84,3%	82,7%	83,5%	83,1%	83,2%	83,4%
12	GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	Autogestão	84,7%	98,2%	84,8%	92,2%	97,0%	91,4%
13	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	94,8%	95,8%	90,6%	81,6%	79,3%	88,4%
14	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA C	Cooperativa Médica	96,8%	95,1%	95,4%	87,6%	87,3%	92,4%
15	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	74,5%	72,4%	70,7%	69,1%	72,2%	71,8%
16	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	86,4%	86,5%	83,1%	83,4%	84,3%	84,7%
17	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP.DE T	Cooperativa Médica	74,8%	77,7%	76,8%	76,1%	74,8%	76,0%
18	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	93,2%	95,9%	95,2%	93,9%	93,1%	94,3%
19	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRAB	Cooperativa Médica	84,5%	83,9%	82,3%	80,2%	81,1%	82,4%
20	MEDISERVICE ADMINISTRADORA DE PLANOS D	Medicina de Grupo	93,0%	93,2%	93,2%	92,6%	92,8%	93,0%

Fonte: Elaboração própria

Assim como no setor como um todo, verifica-se na maioria das operadoras da lista anterior que o ano de 2011 representou um ponto de inflexão à tendência de redução da participação da receitas com comercialização de planos médico-hospitalares sem, contudo, regressar ao patamar do ano inicial de análise.

Tendências individuais contrárias, ou seja, de aumento da participação ao longo do período, também podem ser verificadas, como ocorre com as duas Autogestões da lista: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e Geap Fundação de Seguridade Social.

³⁸ O valor de 104,2% referente à Bradesco Saúde em 2007 se refere a equívocos de lançamentos contábeis.

4.2.5. Receitas com o Sistema Único de Saúde (SUS)

Uma das possíveis origens de receitas das Operadoras de Planos de Saúde é aquela arrecadada com prestação direta de serviços de saúde por meio de consultórios, hospitais e clínicas próprios. Dentre os potenciais clientes dessa prestação de serviços está o SUS. Analisando a prestação de serviços que Operadoras de Planos de Saúde fazem em suas unidades, percebe-se que a venda de serviços ao SUS vem crescendo ao longo do período analisado, apresentando um crescimento nominal de 72,17% entre 2007 e 2011, com um crescimento anual médio de 14,6%.

Tabela 21: Receitas com o SUS – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Cooperativa Médica	-	6.168,56	-	73.368,96	1.414.300,67
Filantropia	713.021.632,47	878.085.194,00	1.075.134.815,31	1.221.655.296,80	1.267.760.505,38
Medicina de Grupo	64.687.119,39	80.166.335,23	93.890.415,91	98.264.905,58	69.796.236,61
Total geral	777.708.751,86	958.257.697,79	1.169.025.231,22	1.319.993.571,34	1.338.971.042,66

Fonte: Elaboração própria

Em que pese a remuneração do SUS ser motivo de constantes questionamentos por parte da rede contratada, que alega sua defasagem em relação aos custos dos procedimentos, a sua participação em alguns segmentos do setor de saúde suplementar é verificado, especialmente dentre as Filantropias. Como era de se esperar, por sua atuação na prestação de serviços tanto na esfera pública quanto privada, as Filantropias concentram mais de 90% das receitas do setor de saúde suplementar com o SUS, seguida à distância pelas Medicinas de Grupo, em geral oriundas de instituições filantrópicas.

Faz-se perceptível, também, o crescimento relativo de tais receitas sobre o total auferido pelas respectivas operadoras. Como a tabela a seguir evidencia, ao contrário das receitas com mensalidades de planos, as receitas com o SUS vêm aumentando sua participação, que era de 19,66% em 2007 e encerrou o período de análise com 24,04%. Analisando a modalidade mais representativa, as Filantropias, percebe-se que a participação do SUS aumentou de 23,43% para 27,12% durante o período, um acréscimo de 3,7 p.p.

Tendência semelhante é verificada nas Medicinas de Grupo que, em 2010 chegaram o dobrar a participação do SUS em suas receitas, encerrando 2011 com 5,9 p.p. acima do verificado em 2007.

Tabela 22: Participação das Receitas com o SUS sobre as Receitas Totais, por Modalidade

Modalidade	SUS/Receitas 2007	SUS/Receitas 2008	SUS/Receitas 2009	SUS/Receitas 2010	SUS/Receitas 2011	Média
Cooperativa Médica	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,32%	0,07%
Filantropia	23,43%	24,72%	26,42%	27,12%	27,12%	25,76%
Medicina de Grupo	9,57%	22,08%	22,29%	20,91%	15,47%	18,06%
Total geral	19,66%	22,87%	24,32%	24,60%	24,07%	23,10%

Fonte: Elaboração própria

Das 100 operadoras que apresentaram alguma receita oriunda do SUS entre 2007 e 2011, estão listadas na tabela a seguir as 20 que mais receberam recursos do SUS. Como presumível, a lista é dominada por Filantropias, tendo apenas uma Medicina de Grupo. Juntas, representaram 60,92% do total de receitas que o setor de saúde suplementar arrecadou com prestação de serviços ao SUS. Fica evidenciado, ainda, que boa parte das vinte operadoras praticamente dobrou as receitas com o SUS entre 2007 e 2011.

Tabela 23: Receitas com o SUS – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE	Filantropia	70.427.443,70	80.668.876,37	87.577.630,10	103.458.537,28	130.471.903,13	94.520.878,12	8,49%	8,49%
2	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA	Filantropia	39.391.725,00	42.505.865,42	51.283.913,82	56.954.957,31	66.497.311,54	51.326.754,62	4,61%	13,11%
3	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LIMEIRA	Filantropia	34.625.756,79	37.868.109,40	42.793.707,72	46.023.636,45	49.345.863,06	42.131.414,68	3,79%	16,89%
4	CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	Filantropia	28.245.881,81	28.509.146,59	38.607.509,70	54.821.497,40	52.373.142,11	40.511.435,52	3,64%	20,53%
5	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Filantropia	22.842.768,33	26.761.855,02	37.028.115,36	51.912.786,85	57.401.723,94	39.189.449,90	3,52%	24,05%
6	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS	Filantropia	29.727.803,58	32.501.645,84	37.524.546,35	37.807.341,38	39.429.517,59	35.398.170,95	3,18%	27,24%
7	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA	Filantropia	22.193.688,29	26.929.317,41	38.217.793,11	41.956.527,08	46.861.236,39	35.231.712,46	3,17%	30,40%
8	FUNDAÇÃO GERALDO CORREA	Filantropia	22.956.557,39	30.558.878,12	40.030.138,63	37.202.658,61	43.598.744,33	34.861.395,42	3,13%	33,53%
9	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA	Filantropia	32.473.971,00	39.959.276,83	41.855.047,91	48.947.041,30	48.947.041,30	32.647.067,41	2,93%	36,47%
10	FUNDAÇÃO PADRE ALBINO	Filantropia	27.930.817,89	30.863.284,91	35.469.351,70	33.793.039,88	34.683.403,73	32.547.979,62	2,92%	39,39%
11	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTES CLAROS	Filantropia		29.766.957,11	35.669.827,11	33.909.195,49	41.760.954,05	28.221.386,75	2,54%	41,93%
12	ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE IJUI	Filantropia	19.100.903,07	22.736.472,04	25.976.446,55	34.111.867,14	38.953.628,67	28.175.863,49	2,53%	44,46%
13	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA	Filantropia	17.788.022,67	23.689.572,49	26.223.039,81	31.449.897,34	30.684.189,07	25.966.944,28	2,33%	46,79%
14	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA	Filantropia	14.621.857,33	21.716.285,81	27.935.665,95	27.518.486,96	34.897.194,53	25.337.898,12	2,28%	49,07%
15	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITORIA	Filantropia	13.973.658,00	22.703.373,56	27.383.902,70	29.580.861,86	31.010.132,99	24.930.385,82	2,24%	51,31%
16	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRACICABA	Filantropia	12.564.381,92	21.758.681,15	24.598.582,31	28.028.698,13	32.507.593,65	23.891.587,43	2,15%	53,46%
17	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS	Filantropia	14.536.726,59	16.356.943,92	21.916.548,20	26.428.658,49	30.556.711,63	21.959.117,77	1,97%	55,43%
18	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	Filantropia	12.388.342,10	15.146.323,86	19.327.819,54	25.713.190,30	31.843.448,10	20.883.824,78	1,88%	57,31%
19	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAQUAR	Medicina de Grupo	13.806.785,06	17.625.625,21	21.802.424,52	22.786.542,87	25.456.203,78	20.295.516,29	1,82%	59,13%
20	SOCIEDADE LITERÁRIA E CARITATIVA SANTO AGOSTINHO	Filantropia	20.713.130,41	21.792.036,61	26.228.532,51	30.741.559,68	-	19.895.051,84	1,79%	60,92%

Fonte: Elaboração própria

A participação das receitas com o SUS sobre os totais dessas 20 operadoras apresenta bastante heterogeneidade, não evidenciando, portanto, a tendência verificada quando da análise do comportamento do setor. Enquanto há dez operadoras cuja participação do SUS vem aumentando entre 2007 e 2011, outras dez apresentam comportamento inverso, de redução da participação do SUS.

Tabela 24: Participação das Receitas com o SUS sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	SUS/Receitas 2007	SUS/Receitas 2008	SUS/Receitas 2009	SUS/Receitas 2010	SUS/Receitas 2011	Média
1	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE	Filantropia	76,36%	76,07%	78,68%	80,32%	73,07%	76,90%
2	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA	Filantropia	34,30%	34,49%	36,96%	37,50%	42,04%	37,06%
3	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LIMEIRA	Filantropia	50,87%	49,60%	49,95%	49,81%	49,57%	49,96%
4	CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	Filantropia	51,89%	42,23%	47,97%	54,77%	44,99%	48,37%
5	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Filantropia	10,50%	10,90%	14,25%	17,16%	13,62%	13,28%
6	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS	Filantropia	14,73%	15,09%	15,82%	14,36%	13,54%	14,71%
7	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA	Filantropia	48,29%	45,61%	48,39%	46,47%	46,38%	47,03%
8	FUNDAÇÃO GERALDO CORREA	Filantropia	42,33%	41,36%	50,86%	42,48%	40,23%	43,45%
9	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA	Filantropia	13,60%	13,97%	12,42%	13,29%	0,00%	10,66%
10	FUNDAÇÃO PADRE ALBINO	Filantropia	38,25%	43,98%	41,24%	36,71%	34,52%	38,94%
11	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTES CLAROS	Filantropia	0,00%	41,41%	40,39%	36,11%	37,19%	31,02%
12	ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE IJUI	Filantropia	54,00%	56,24%	49,31%	55,68%	56,62%	54,37%
13	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA	Filantropia	37,67%	41,91%	39,76%	37,64%	30,32%	37,46%
14	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA	Filantropia	18,65%	23,46%	27,30%	24,31%	25,64%	23,87%
15	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITORIA	Filantropia	24,69%	31,58%	32,78%	32,94%	30,20%	30,44%
16	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRACICABA	Filantropia	19,46%	24,25%	23,16%	24,80%	25,69%	23,47%
17	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS	Filantropia	32,64%	31,31%	35,03%	35,94%	35,70%	34,13%
18	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	Filantropia	16,07%	16,22%	18,41%	20,70%	22,63%	18,81%
19	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAQUAR	Medicina de Grupo	59,17%	56,83%	64,17%	57,28%	68,10%	61,11%
20	SOCIEDADE LITERÁRIA E CARITATIVA SANTO AGOSTINHO	Filantropia	35,63%	33,98%	37,10%	35,53%	0,00%	28,45%

Fonte: Elaboração própria

4.2.6. Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar

Assim como a prestação direta de serviços ao SUS, outra forma que as operadoras têm de diversificar sua fonte de receitas, considerando o decréscimo da participação de sua atividade-fim na arrecadação total, é disponibilizar sua rede própria a terceiros, mediante remuneração por esse serviço.

Com essas receitas, ao decidirem se integrar com a rede prestadora, as Operadoras de Planos de Saúde passar a administrar uma atividade que não seria, sob a luz dos normativos e planos de contas da ANS, sua atividade principal³⁹. Entende-se, portanto, que um aumento de tais receitas pode evidenciar a diversificação de atividades e uma tendência de integração vertical do setor, na medida em que as Operadoras de Planos de Saúde estão mudando a estrutura de seu faturamento anual, em direção a atividades outras que não a comercialização de planos de saúde e a consequente gestão do risco da carteira.

A tabela a seguir apresenta as receitas arrecadadas pelas Operadoras de Planos de Saúde com a prestação de serviços médico-hospitalares a terceiros que não o SUS, ou seja, a outros planos de saúde ou a clientes particulares. Como é possível verificar, em termos nominais, houve um crescimento de 113,7% entre 2007 e 2011, representando um crescimento médio anual de 20,9%.

Tabela 25: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	48.937,29	26.853,22	26.332,35	25.970,61
Autogestão	323.668.104,04	56.531.089,29	84.762.980,33	117.013.641,84	128.382.834,08
Cooperativa Médica	3.168.631.729,29	3.970.886.641,00	5.272.935.370,50	6.580.736.577,91	8.032.888.616,07
Filantropia	1.106.818.831,50	1.253.128.529,16	1.233.262.501,57	1.376.962.567,95	1.496.296.017,19
Medicina de Grupo	373.474.153,16	439.172.376,90	575.002.312,03	789.410.577,52	967.568.646,40
Total geral	4.972.592.817,99	5.719.767.573,64	7.165.990.017,65	8.864.149.697,57	10.625.162.084,35

Fonte: Elaboração própria

Excetuando-se as Administradoras de Benefícios, que têm receitas irrisórias registradas por equívoco contábil, e as Seguradoras Especializadas em Saúde, também proibidas

³⁹ O próprio marco legal do setor, a Lei nº 9.656/98, ao definir planos de saúde e Operadoras de Planos de Saúde, não prevê a rede própria como seu objeto principal:

Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

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

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

legalmente de prestar esse tipo de serviços, todas as demais modalidades acompanharam o crescimento de receitas verificado no setor durante o período de análise.

Importante ressaltar que os dados das Autogestões referentes a 2007 estão distorcidos pelo fato de algumas Autogestões terem informado no plano de contas à ANS, além de suas receitas totais, inclusive com a parcela previdenciária de sua arrecadação, receitas recebidas do patrocinador como sendo de terceiros, gerando uma incorreção nos dados⁴⁰. Devido a isso, o estudo desconsiderou, para a análise das receitas com operações de assistência médico-hospitalar das Autogestões, os dados de 2007.

A modalidade que mais teve crescimento em sua participação nas receitas geradas foi a de Cooperativas Médicas. Em 2007, esta modalidade detinha 63,7% do total das receitas com operações de assistência médico-hospitalar, ao passo que, em 2011, viu esse valor aumentar 11,9 p.p., encerrando o período com 75,6% do total das receitas geradas. Em seguida vem as Medicinas de Grupo, com crescimento de 1,6 p.p. no período, encerrando 2011 com 9,1% de participação.

Tabela 26: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Participação de cada Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Autogestão	6,51%	0,99%	1,18%	1,32%	1,21%
Cooperativa Médica	63,72%	69,42%	73,58%	74,24%	75,60%
Filantropia	22,26%	21,91%	17,21%	15,53%	14,08%
Medicina de Grupo	7,51%	7,68%	8,02%	8,91%	9,11%
Total geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Enquanto as Autogestões mantiveram uma estabilidade entre 2008 e 2011, encerrando o período com 1,2% de participação e crescimento de apenas 0,2 p.p., percebe-se uma redução da participação das Filantropias, que, ao menos em tese, seria a modalidade na qual tais receitas apresentariam maior coerência com sua atividade-fim. Contudo, o que se constata é uma consistente redução de sua participação no total de receitas geradas: inicia o período de análise com 22,3% do total arrecadado, vê tal percentual cair ano a ano, até encerrar 2011 com 14,1%, ou seja, 8,2 p.p de redução.

⁴⁰ Geap, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo foram responsáveis por lançamentos equivocados da ordem de R\$ 298,5 milhões.

A relevância das receitas com operações de assistência médico-hospitalar se torna mais evidente quando se analisa a participação destas sobre as receitas totais das respectivas operadoras, como demonstra a tabela seguinte. Verifica-se claramente a tendência de aumento de tais receitas, da ordem de 6,2 p.p. em cinco anos.

Tabela 27: Participação das Receitas com Assistência Médico-Hospitalar sobre as Receitas Totais, por Modalidade

Modalidade	OAMH/RT 2007	OAMH/RT 2008	OAMH/RT 2009	OAMH/RT 2010	OAMH/RT 2011	Média
Administradora de Benefícios	0,00%	83,95%	77,14%	78,00%	79,49%	63,72%
Autogestão	2,09%	0,72%	0,95%	1,21%	1,27%	1,25%
Cooperativa Médica	13,87%	14,89%	17,55%	18,79%	20,04%	17,03%
Filantropia	30,88%	30,37%	27,16%	26,95%	27,84%	28,64%
Medicina de Grupo	4,70%	4,88%	5,70%	7,11%	9,42%	6,36%
Total geral	9,97%	11,99%	13,37%	14,56%	16,14%	13,20%

Fonte: Elaboração própria

Sob esse prisma de análise, a modalidade na qual as receitas com prestação de serviços médicos a outras operadoras e a particulares mais cresceu em relevância foi as Medicinas de Grupo, que viram a receita mais que dobrar durante os anos sob investigação, representando 9,42% de todas as receitas que arrecadaram em 2011.

Em segundo aparecem as Cooperativas Médicas, com crescimento de 6,2 p.p no período. Inicia com 13,87% em 2007, apresenta crescimento consistente ao longo dos anos e encerra 2011 com 20,04% de suas receitas oriundas da prestação de serviços por meio de sua rede própria. A tendência de crescimento também é verificada nas Autogestões. Excluindo-se 2007, constata-se que também há crescimento entre 2008 e 2011, em que pese o baixo valor relativo desse tipo de receita em sua arrecadação total.

Novamente, verifica-se que a única modalidade que apresenta diminuição da participação das receitas com operações de assistência médico-hospitalar são as Filantropias, com redução de 3,0 p.p. durante o período. Algo que, não necessariamente implica dizer que as Filantropias estejam arrecadando mais com comercialização de planos de saúde, haja vista a redução apresentada nesse quesito quando o mesmo foi analisado anteriormente. O que os números sugerem é que a contrapartida dessa redução pode estar sendo a maior prestação de serviços ao SUS que, durante o mesmo período, teve crescimento de 3,7 p.p.

Partindo para investigação das operadoras individualmente, consta-se a participação eloquente das Cooperativas Médicas nas receitas com prestação de serviços de sua rede própria a outras operadoras e clientes particulares. Das 724 operadoras que informaram alguma receita desse tipo entre 2007 e 2011, 17 das vinte maiores médias anuais são de Cooperativas Médicas. Juntas, estas 17 operadoras representam 31,26% do total de arrecadação do setor.

Tabela 28: Receitas com Assistência Médico-Hospitalar – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011	Média	%	% Acumulado
1	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	185.086.042	17.819.859	410.230.146	412.735.137	432.374.035	291.649.044	3,90%	3,90%
2	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	190.109.440	233.207.173	256.201.776	286.055.048	321.720.727	257.458.833	3,45%	7,35%
3	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica		255.189.865	258.665.202	325.123.674	392.481.997	246.292.148	3,30%	10,65%
4	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP.DE TRAB.MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	175.934.985	175.457.292	208.775.942	236.519.766	296.273.905	218.592.278	2,93%	13,58%
5	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	152.752.654	176.101.755	191.510.565	219.549.457	241.231.961	196.229.278	2,63%	16,20%
6	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	161.444.845	165.674.881	166.751.605	183.185.977	195.144.226	174.440.207	2,34%	18,54%
7	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED E HOSP LTDA	Cooperativa Médica	91.721.172	118.067.446	132.643.654	162.255.906	209.090.001	142.755.636	1,91%	20,45%
8	327999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	Filantropia	126.017.948	140.973.417	176.078.492	191.275.320		126.869.035	1,70%	22,15%
9	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo		29.238.136	52.979.725	205.519.076	306.379.290	118.823.246	1,59%	23,74%
10	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	77.944.259	96.359.092	114.564.364	129.101.045	173.703.530	118.334.458	1,58%	25,32%
11	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	86.158.074	92.796.594	103.406.924	114.314.105	137.024.103	106.739.960	1,43%	26,75%
12	321273	UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	67.050.976	76.994.835	87.981.378	101.225.459	117.106.781	90.071.886	1,21%	27,96%
13	355721	UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MEDICO	Cooperativa Médica	58.737.918	70.645.310	77.168.609	100.802.636	131.480.868	87.767.068	1,18%	29,13%
14	344397	UNIMED NOVA IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	47.938.327	58.321.560	68.973.964	82.659.984	102.589.989	72.096.765	0,97%	30,10%
15	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	Cooperativa Médica	0		53.398.843	135.094.439	167.664.371	71.231.531	0,95%	31,05%
16	342556	ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI	Filantropia	58.934.477	74.005.062	66.624.178	75.221.220	77.928.552	70.542.698	0,94%	32,00%
17	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	48.812.752	62.948.348	70.035.798	77.745.568	88.209.821	69.550.457	0,93%	32,93%
18	342084	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	39.144.684	57.057.310	67.135.651	72.147.672	89.062.202	64.909.504	0,87%	33,80%
19	335100	UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	48.687.108	54.810.472	62.772.051	72.224.575	82.133.146	64.125.470	0,86%	34,65%
20	351202	UNIMED DE RIBEIRAO PRETO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	46.081.545	55.104.366	60.815.619	67.971.075	84.602.394	62.915.000	0,84%	35,50%

Fonte: Elaboração própria

Da análise dessas Cooperativas Médicas, percebe-se que estão localizadas em grandes centros urbanos, especialmente em capitais, e oferecem os serviços de sua rede própria para uma ampla gama de beneficiários de outros planos de saúde e clientes particulares, não limitando, portanto, ao atendimento de seus próprios beneficiários.

As exceções às Cooperativas Médicas ficam por conta de duas Filantropias e uma Medicina de Grupo. A maior média dentre as Filantropias da lista é a Santa Casa de Misericórdia da Bahia que, entretanto, descontinuou suas atividades de operadora de planos de saúde em 2011 e teve seu credenciamento autorizado pela ANS em 2012.

No sentido contrário, ou seja, de ingresso nesse tipo de atividade, esteve a Medicina de Grupo Amico Saúde Ltda., do Grupo Amil. A operadora não apresentava receitas com prestação de serviços médicos próprios a terceiros em 2007. Tais receitas começam a figurar suas demonstrações financeiras a partir de 2008 e tem um salto relevante entre 2009 e 2010, passando de R\$ 53,0 milhões para R\$ 205,5 milhões. Encerra o período de análise com receitas da ordem de R\$ 306,4 milhões, representando a quarta maior arrecadação dentre as Operadoras de Planos de Saúde durante o ano de 2011.

Outra nova entrante nesse tipo de serviço foi a Unimed-Rio, que não apresenta receita em 2007 e, já em 2008, encerra o ano com R\$ 255,2 milhões de arrecadação, tendo crescimento consistente nos anos seguintes até arrecadar R\$ 392,5 milhões em 2011, o segundo maior faturamento do referido ano. No topo da lista encontra-se a Unimed Paulista com faturamentos superiores a R\$ 400 milhões a partir de 2009.

Os mesmos passos tomados por Amico Saúde e Unimed-Rio foram dados pela Unimed Fortaleza que, a partir de 2009, apresenta faturamento com prestação de serviços médicos próprios a terceiros, tendo triplicado tais receitas até 2011, quando obteve R\$ 167,7 milhões.

Ratificando a tendência de crescimento desse tipo de receita, apenas em duas ocasiões houve operadoras que apresentaram redução de faturamento anual comparado com o ao anterior: Unimed Paulistana em 2008 e Associação Dr. Bartholomeu Tacchini em 2009.

Analisando a participação das receitas com operações de assistência médico-hospitalar em relação às receitas totais das 20 maiores médias de faturamento dentre as operadoras, percebe-se que há relativa estabilidade nos números, com uma leve tendência ao crescimento de modo geral.

Tabela 29: Participação das Receitas com Assistência Médico-Hospitalar sobre as Receitas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Razão Social	Modalidade	OAMH/RT 2007	OAMH/RT 2008	OAMH/RT 2009	OAMH/RT 2010	OAMH/RT 2011	Média
1	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	13,2%	1,0%	21,0%	15,4%	16,3%	13,4%
2	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	24,1%	26,0%	25,0%	24,2%	23,4%	24,5%
3	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	0,0%	13,8%	11,6%	12,9%	13,1%	10,3%
4	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	24,0%	21,8%	23,1%	22,4%	23,3%	22,9%
5	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	12,6%	12,8%	12,4%	12,6%	12,1%	12,5%
6	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	43,1%	38,9%	34,1%	33,5%	32,1%	36,3%
7	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED E HOSP LTDA	Cooperativa Médica	26,3%	28,9%	29,7%	30,9%	34,3%	30,0%
8	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	Filantropia	52,8%	49,3%	52,2%	52,0%	0,0%	41,3%
9	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,0%	2,6%	4,7%	15,4%	18,8%	8,3%
10	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	22,5%	23,5%	24,4%	23,3%	26,0%	23,9%
11	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	18,7%	18,4%	19,1%	18,4%	19,8%	18,9%
12	UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	39,4%	40,0%	40,9%	42,1%	42,0%	40,9%
13	UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MEDICO	Cooperativa Médica	28,6%	30,2%	28,4%	31,2%	36,1%	30,9%
14	UNIMED NOVA IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	29,5%	31,3%	31,0%	34,3%	37,7%	32,7%
15	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	Cooperativa Médica	0,0%	0,0%	7,6%	17,2%	18,1%	8,6%
16	ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI	Filantropia	47,5%	54,7%	45,6%	46,1%	43,1%	47,4%
17	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	22,4%	25,4%	25,0%	24,7%	24,9%	24,5%
18	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	12,1%	15,2%	14,9%	13,6%	14,8%	14,1%
19	UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	21,3%	20,7%	22,1%	21,8%	22,9%	21,8%
20	UNIMED DE RIBEIRAO PRETO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	23,0%	24,7%	24,3%	23,5%	24,8%	24,1%

Fonte: Elaboração própria

Movimentos mais incisivos da participação dessas receitas nas operadoras listadas só são vistos em três casos. A Unimed Grande Florianópolis apresenta uma redução considerável da participação de tal receita no decorrer dos anos, encerrando 2011 com uma diminuição de 11 p.p. em relação aos 43,1% de participação aferida em 2007.

No sentido oposto, tem-se a Amico Saúde e a Unimed de Fortaleza. A Amico Saúde cresceu 16,2 p.p. desde que iniciou o registro de seu faturamento com esse tipo de prestação de serviços, em 2008. Partiu inicialmente de 2,6% do total das receitas em 2008 para 18,8% em 2011. Já a Unimed Fortaleza apresentou crescimento de 10,6 p.p. desde o surgimento de tais receitas em suas demonstrações financeiras, em 2009, quando correspondiam 7,6% das receitas totais.

4.2.7. Despesas com Consultas Médicas

A partir desse momento, o presente estudo analisará a evolução das despesas médico-hospitalares das Operadoras de Planos de Saúde. O enfoque principal é verificar o comportamento de tais despesas quanto ao tipo de relacionamento com o prestador do serviço, ou seja, se a despesa foi gerada em rede própria ou por terceiros, sejam eles constantes da rede

credenciada das operadoras ou não. Nesse último caso, tais despesas seriam ressarcidas aos beneficiários por meio de reembolso, uma forma de prestação de serviços que é de fornecimento obrigatório para as Seguradoras Especializadas em Saúde e facultativo para as demais. Comumente, o sistema de reembolso é oferecido a alguns usuários que se dispõem a pagar por um produto relativamente mais caro e que permite a livre escolha quando da prestação de serviço médico-hospitalar.

As tabelas a seguir demonstram as despesas que o setor de saúde suplementar teve com rede própria, assim como os compara com as despesas totais das Operadoras de Planos de Saúde que, em algum ano do período analisado, tiveram despesas com rede própria.

Um crescimento na participação das despesas na rede própria seria um forte indicativo que as operadoras não apenas estão investindo mais em ativos e gerando mais receitas em sua rede, como também estão direcionando suas despesas para esse tipo de contratação. Tal movimento seria mais uma evidência do movimento em direção a uma estrutura hierárquica entre operadoras de plano e rede prestadora de serviços, isto é, em direção à integração vertical.

Importante destacar, uma vez mais, que as Administradoras de Benefícios e as Seguradoras Especializadas em Saúde não aparecem na análise por estarem legalmente impedidas de oferecer assistência médico-hospitalar por meio de rede própria.

A primeira categoria de despesas a ser analisada é a composta pelas Consultas Médicas, que corresponde ao total de atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

A tabela a seguir demonstra as despesas consolidadas por modalidade com Consultas Médicas prestadas em Rede Própria. Observa-se uma redução do valor gasto com Consultas Médicas prestadas em Rede Própria até 2009 para, a partir de 2010, haver uma elevação dos valores nominais. Ainda assim, os valores gastos em 2011, da ordem de R\$ 4,2 bilhões, são inferiores aos verificados em 2007, de R\$ 4,8 bilhões.

Analisando a variação dos anos 2007 e 2011, constata-se que todas as modalidades sofreram redução dos valores gastos, à exceção das Autogestões. A esse propósito, importante destacar que, por se tratar de um conjunto pequeno de 18 operadoras, é possível identificar quais foram as operadoras que mais cresceram seus gastos com consultas em rede própria: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e Associação Beneficente dos Empregados das Empresas Arcelor Mittal Brasil – ABEB. Em contrapartida, a Caixa de

Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul teve tais despesas registradas apenas nos anos de 2008 e 2009, sendo responsável, portanto, pelo salto verificado em 2008, assim como a queda percebida em 2010, quando não mais registros despesas com consultas médicas em rede própria.

Tabela 30: Consultas Médicas – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Consultas RP 2007	Consultas RP 2008	Consultas RP 2009	Consultas RP 2010	Consultas RP 2011
Autogestão	10.929.720,53	146.068.527,40	159.548.662,04	54.037.564,79	66.566.413,35
Cooperativa Médica	3.732.159.231,93	3.802.977.721,26	3.115.707.159,92	3.302.244.438,45	3.490.455.814,87
Filantropia	113.328.741,39	94.296.928,68	33.745.656,84	44.553.308,92	71.510.756,94
Medicina de Grupo	985.431.049,82	540.784.099,14	607.566.277,41	767.220.373,80	619.418.783,21
Total geral	4.841.848.743,67	4.584.127.276,48	3.916.567.756,21	4.168.055.685,96	4.247.951.768,37

Fonte: Elaboração própria

Nas demais modalidades, percebe-se que os valores gastos com Consultas Médicas em Rede Própria vinham diminuindo em valores nominais até 2009, quando, então, verifica-se um novo movimento em direção ao aumento dos gastos, ainda que não retorne aos valores incorridos em 2007.

Dado sua pequena representatividade, em comparação às demais modalidades, as Autogestões, pelo movimento já mencionado de apenas duas operadoras, foram a modalidade que apresentou maior crescimento relativo, saindo de 0,23% de participação em 2007 para alcançar 1,57% ao final de 2011.

Contudo, o maior crescimento em pontos percentuais apresentado foi das Cooperativas Médicas, que representavam 77,08% das consultas em rede própria em 2007 e terminaram 2011 com 82,17% de participação, ou seja, crescimento de 5,1 p.p. A maior participação das Cooperativas Médicas nesse tipo de despesa é natural, uma vez que são constituídas por cooperados médicos, que compõem sua rede própria. Isso significa que a principal motivação para existência de uma Cooperativa Médica é justamente poder ofertar os serviços de seus cooperados aos beneficiários de planos de saúde.

Tabela 31: Consultas Médicas – Participação de cada Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Autogestão	0,23%	3,19%	4,07%	1,30%	1,57%
Cooperativa Médica	77,08%	82,96%	79,55%	79,23%	82,17%
Filantropia	2,34%	2,06%	0,86%	1,07%	1,68%
Medicina de Grupo	20,35%	11,80%	15,51%	18,41%	14,58%
Total geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Apesar da peculiaridade das Cooperativas Médicas, que as fazem ter maior participação nesse segmento, o seu crescimento durante os cinco anos de análise se deu em detrimento a uma redução da participação das Medicinas de Grupo, que apresentaram queda de 5,8 p.p.

durante o período de análise. Em um percentual menor, verifica-se também redução das Consultas Médicas em Rede Própria dentre as Filantropias, que encerram 2011 com 0,7 p.p. a menos que em 2007.

A tabela a seguir evidencia a participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre o total de Consultas Médicas pagas pelas Operadoras de Planos de Saúde. Como pode ser visto, há uma redução significativa de sua participação durante os anos analisados. Em 2007, 68,93% das Consultas Médicas do setor de saúde suplementar era realizado em rede própria. Esse percentual apresentou uma queda de 12,6 p.p. até 2011, quando passa a representar menos da metade das despesas totais com Consultas Médicas.

Essa redução é percebida em todas as modalidades, indicando que, se há integração vertical em curso no setor, essa não pode ser evidenciada pela evolução das Consultas Médicas em Rede Própria, demonstrando que o resultado dos esforços das Operadoras de Planos de Saúde pode estar se concentrando em outros segmentos, que não na relação entre médico e paciente, cada vez mais distante da hierarquia das Operadoras de Planos de Saúde.

Tal constatação é relevante pelo fato de a relação médico-paciente ser, talvez, o ativo mais específico do setor de saúde suplementar e, em sendo assim, à luz da Teoria dos Custos de Transação, seria um dos ativos primeiros a serem verticalmente integrados. Ocorre, contudo, que a categoria médica é uma das mais organizadas não apenas em nível nacional como também em mundial, o que representa um contraponto ao desequilíbrio de poder econômico em favor das Operadoras de Planos de Saúde⁴¹. Outra explicação possível é que o crescimento da demanda por consultas médicas, que em 2011 representaram 130,3% do valor gasto em 2007, esteja crescendo em um ritmo no qual a capacidade que tem a rede própria do setor não consegue atender.

Tabela 32: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Totais, por Modalidade

Modalidade	CRP/CT 2007	CRP/CT 2008	CRP/CT 2009	CRP/CT 2010	CRP/CT 2011	Média
Autogestão	46,32%	43,48%	41,95%	13,72%	21,51%	33,40%
Cooperativa Médica	86,46%	85,41%	67,38%	64,93%	61,87%	73,21%
Filantropia	43,29%	38,62%	14,90%	19,04%	26,31%	28,43%
Medicina de Grupo	40,68%	25,62%	26,65%	28,95%	21,16%	28,61%
Total geral	68,93%	64,17%	52,14%	49,83%	46,42%	56,30%

Fonte: Elaboração própria

⁴¹ O poder de organização da categoria médica é tal que as Operadoras de Planos de Saúde utilizam como critério para remuneração dos médicos Lista de Procedimentos Médicos e Coeficiente de Honorários elaborados pela Associação Médica Brasileira (AMB). Além disso, na década de 90, várias “centrais de convênios” foram criadas por associações médicas para intermediar a negociação sobre honorários médicos (BAHIA, 1999, p. 168).

As Autogestões tiveram sua maior queda anual em 2010, ano no qual a Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul deixou de registrar despesas com Consultas Médicas em Rede Própria.

Dentre as reduções de participação de Consultas Médicas em Rede Própria, a verificada entre as Cooperativas Médicas é a mais intrigante, pois, como dito, a prestação de tal serviço seria a razão primeira de sua existência, ao menos sob o prisma de seus cooperados. Contudo, a parcela referente a serviços de terceiros em geral aumenta 24,6 p.p. durante os anos sob análise, e de forma consistente, indicando que sistemas de reembolsos e prestação de serviços por cooperados de outras cooperativas médicas, situadas em regiões distintas, estão ocorrendo cada vez mais.

As Filantropias apresentaram grande redução até 2009, quando as Consultas Médicas em Rede Própria chegaram a representar um terço da participação obtida em 2007. Porém, a partir de 2010, a parcela em Rede Própria apresenta crescimento, ainda que encerre 2011 em um patamar bem inferior ao apresentado em 2007.

As Medicinas de Grupo não fugiram da tendência de queda verificada no setor, apresentando grande redução da participação já em 2008, quando perde 15,1 p.p. para as Consultas Médicas realizadas por terceiros. Nos dois anos seguintes apresenta ligeira recuperação para, em 2011, ser verificada nova queda, finalizando o período com 21,16% das Consultas Médicas sendo realizadas em Rede Própria.

Analisando a evolução individual das Operadoras de Planos de Saúde, constata-se que 608 registraram alguma despesa com Consulta Médica prestada em Rede Própria. Como era de se esperar, pelas características anteriormente mencionadas, as Cooperativas Médicas lideram a lista de operadoras com as maiores despesas médias durante o período analisado. As vinte primeiras operadoras representaram 48,41% do total gasto com Consultas Médicas em Rede Própria.

Tabela 33: Consultas Médicas – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Consultas RP 2007	Consultas RP 2008	Consultas RP 2009	Consultas RP 2010	Consultas RP 2011	Média	%	% Acumulado
1	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO	Cooperativa Médica	397.568.676,95	209.229.981,32	261.523.641,32	306.895.236,00	379.344.741,20	310.912.455,36	7,14%	7,14%
2	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	256.352.514,19	298.588.074,49	344.712.485,70	385.822.141,06	214.177.731,68	299.930.589,42	6,89%	14,04%
3	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	521.212.945,95	673.789.910,74				239.000.571,34	5,49%	19,53%
4	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	372.791.599,81	14.829.795,12	52.688.188,14	153.672.181,86	100.306.306,86	138.857.614,36	3,19%	22,72%
5	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	112.006.037,53	132.608.960,27	131.414.684,88	143.124.217,84	129.918.676,14	129.814.515,33	2,98%	25,70%
6	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MEDICO	Cooperativa Médica	86.383.590,11	91.889.523,62	100.533.463,20	108.824.828,43	130.365.093,70	103.599.299,81	2,38%	28,08%
7	301337	UNIMED PAUJISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	68.759.163,69	96.638.932,77	107.163.523,27	105.449.799,15	125.294.066,48	100.661.097,07	2,31%	30,40%
8	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	83.299.337,02	86.384.767,25	104.453.751,73	102.189.632,28	105.693.599,48	96.404.217,55	2,22%	32,61%
9	303976	UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	124.880.940,91	108.630.617,36	58.315.456,36	65.230.789,70	72.021.628,57	85.815.886,58	1,97%	34,58%
10	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	Cooperativa Médica	65.196.929,29	73.003.376,37	82.050.954,23	90.233.855,04	97.474.174,79	81.591.857,94	1,87%	36,46%
11	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	69.253.410,26	87.800.512,12	120.603.127,22	92.713.409,71		74.074.091,86	1,70%	38,16%
12	327689	UNIMED MACÉIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	83.001.104,27	93.238.835,05	52.451.401,78	49.791.794,58	36.414.077,68	62.979.442,67	1,45%	39,61%
13	343731	UNIMED SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC. COOP. SERV. MEDIC	Cooperativa Médica	71.933.614,52	77.700.273,50	39.004.002,98	49.364.201,50	52.494.807,17	58.099.379,93	1,34%	40,94%
14	357391	UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	47.826.107,60	46.869.994,16	50.737.007,47	60.989.136,48	64.628.747,47	54.210.198,64	1,25%	42,19%
15	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVI	Cooperativa Médica	64.306.068,63	55.631.605,01	44.656.334,42	40.118.919,90	44.276.352,95	49.797.856,18	1,14%	43,33%
16	368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Medicina de Grupo	25.074.336,29	35.722.354,05	60.666.221,68	88.881.157,46	35.965.501,60	49.261.914,22	1,13%	44,47%
17	342084	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	56.092.594,24	60.273.109,81	60.856.176,44	30.833.235,24	31.929.841,30	47.996.991,41	1,10%	45,57%
18	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	37.998.674,73	38.497.828,01	41.465.709,14	47.521.209,70	57.976.574,51	44.691.999,22	1,03%	46,60%
19	413534	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MA	Autogestão		96.518.768,28	106.867.763,24			40.677.306,30	0,93%	47,53%
20	379697	PRO-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXT	Medicina de Grupo	106.562.410,12	45.483.273,78	23.754.380,17	14.907.996,51		38.141.612,12	0,88%	48,41%

Fonte: Elaboração própria

Verifica-se pela lista que as Unimed localizadas em capitais e regiões metropolitanas são as responsáveis pelas maiores despesas. Unimed Rio e Unimed BH, juntas, representam 14,04% de todas as despesas com Consultas Médicas em Rede Própria, com participação de cada uma da ordem de 7%.

A primeira Medicina de Grupo a ser listada é a Amil Assistência Médica Internacional S.A., com 3,19% do total, o que significou despesas médias no período da ordem de R\$ 138,9 milhões. Outras Medicinas de Grupo listadas tem características regionais, como a Intermédica Sistema de Saúde S.A. e a Hapvida Assistência Médica Ltda.

Das 20 operadoras listadas, apenas sete apresentaram crescimento dos valores nominais pagos a título de Consultas Médicas em Rede Própria se comparados os anos de início e fim do período. No somatório, as vinte operadoras gastaram R\$972,2 milhões a menos em 2011 se comparados com as despesas realizadas em 2007.

Quando se analisa a participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Totais das vinte operadoras listadas, verifica-se que essa amostra segue a mesma tendência de todo o setor de saúde suplementar, apresentando redução durante o período de análise.

Apenas duas das vinte operadoras listadas tiveram crescimento do percentual de Consultas Médicas em Rede Própria: Unimed Paulistana e Unimed Nordeste do Rio Grande do Sul, que cresceram, respectivamente, 7,5 p.p. e 2,1 p.p.

Tabela 34: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	CRP/CT 2007	CRP/CT 2008	CRP/CT 2009	CRP/CT 2010	CRP/CT 2011	Média
1	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO	Cooperativa Médica	99,2%	99,4%	98,0%	98,0%	97,7%	98,4%
2	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	91,3%	91,2%	90,5%	88,3%	78,4%	88,0%
3	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	99,2%	99,3%	0,0%	0,0%	0,0%	39,7%
4	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	52,3%	4,0%	12,4%	29,6%	10,6%	21,8%
5	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	62,2%	58,5%	51,9%	51,3%	45,5%	53,9%
6	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	84,7%	84,7%	86,8%	80,7%	78,0%	83,0%
7	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	51,4%	57,6%	60,5%	58,5%	58,9%	57,4%
8	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	97,9%	98,1%	98,5%	98,3%	98,0%	98,2%
9	303976	UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	100,0%	99,9%	99,4%	94,1%	93,4%	97,4%
10	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	79,8%	76,5%	75,2%	74,1%	73,3%	75,8%
11	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	37,5%	39,9%	46,4%	37,1%		32,2%
12	327689	UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,2%	99,6%
13	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED E	Cooperativa Médica	100,0%	100,0%	77,3%	75,9%	76,7%	86,0%
14	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	76,5%	72,5%	74,7%	71,3%	75,2%	74,1%
15	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVI	Cooperativa Médica	83,5%	88,3%	85,2%	86,7%	85,7%	85,9%
16	368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Medicina de Grupo	27,8%	33,7%	44,0%	42,4%	14,3%	32,4%
17	342084	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	99,3%	99,4%	62,8%	44,1%	41,9%	69,5%
18	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	89,9%	87,6%	87,6%	87,4%	86,2%	87,7%
19	413534	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MA	Autogestão		100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	40,0%
20	379697	PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXT	Medicina de Grupo	93,6%	84,3%	79,8%	76,7%		66,9%

Fonte: Elaboração própria

No mais, o panorama é de redução das Consultas Médicas em Rede Própria, destacando-se a redução de 57,5 p.p da Unimed Cuiabá, seguida da redução de 41,7 p.p. da Amil Assistência Médica Internacional S.A. Convém destacar que a abrupta redução da

participação da Central Nacional Unimed se deveu a um redesenho organizacional da Unimed em âmbito nacional, redirecionando seus beneficiários às filiadas locais.

4.2.8. Despesas com Exames

Se as despesas com Consultas Médicas não indicam um movimento em direção à integração vertical, o mesmo não se pode dizer quando o objeto de análise é a despesas com a realização de exames. Estas despesas correspondem ao total de procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Como visto a seguir, o valor gasto com Exames em Rede Própria praticamente dobrou em cinco anos, passando de R\$ 1,0 bilhão em 2007 para R\$ 2,0 bilhões em 2011, com maior crescimento ocorrido no último ano da análise.

Tabela 35: Exames – Valores Nominiais por Modalidade

Modalidade	Exames RP 2007	Exames RP 2008	Exames RP 2009	Exames RP 2010	Exames RP 2011
Autogestão	3.433.567,13	6.744.644,13	4.687.964,14	2.389.244,17	6.597.944,84
Cooperativa Médica	626.608.199,43	745.086.725,46	928.649.326,04	949.786.445,14	1.244.529.728,91
Filantropia	105.610.446,78	126.875.246,00	85.602.580,03	86.347.122,35	94.983.452,47
Medicina de Grupo	311.638.183,66	479.048.154,51	431.104.914,47	514.258.342,89	662.012.304,89
Total geral	1.047.290.397,00	1.357.754.770,10	1.450.044.784,68	1.552.781.154,55	2.008.123.431,11

Fonte: Elaboração própria

As Autogestões apresentam dois momentos de grande crescimento: 2008, em razão de registros da Saúde BRB – Caixa de Assistência, e 2011, com a e Associação Beneficente dos Empregados das Empresas Arcelor Mittal Brasil – ABEB.

Já o comportamento das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo se apresenta mais consistente ano a ano, ditando a tendência de crescimento verificada no período. As Cooperativas Médicas são a modalidade que mais realizam exames em sua rede própria e teve tais despesas duplicadas entre 2007 e 2011, com crescimento nominal em todos os anos analisados. O mesmo crescimento é verificado com as Medicinas de Grupos, em que pese ter havido redução dos valores nominiais entre 2008 e 2009. As Medicinas de Grupo incorreram em R\$ 331,6 milhões em despesas com Exames realizados em Rede Própria no ano de 2007 e encerrou os anos sob análise com despesas de R\$ 662,0 milhões, ou seja, um crescimento de 112,4%.

A modalidade que destoia da tendência geral são as Filantropias, que reduziram suas despesas com Exames em Rede Própria em 2009, para, a partir de então, apresentar crescimento, ainda que não retorne ao maior valor apurado no período, que foi de R\$ 126,9

milhões em 2008. Desse modo, as Filantropias encerraram 2011 com despesas nominais menores que quando do início da análise.

A perda de participação relativa das Filantropias pode ser verificada quando do estudo da participação de cada modalidade sobre o total das despesas realizadas com Exames em Rede Própria. Enquanto as Autogestões têm participação relativamente estável no período, as Filantropias veem sua participação cair ano a ano, terminando o período com 4,73% das despesas em Rede Própria.

Tabela 36: Exames – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Exames RP 2007	Exames RP 2008	Exames RP 2009	Exames RP 2010	Exames RP 2011
Autogestão	0,33%	0,50%	0,32%	0,15%	0,33%
Cooperativa Médica	59,83%	54,88%	64,04%	61,17%	61,97%
Filantropia	10,08%	9,34%	5,90%	5,56%	4,73%
Medicina de Grupo	29,76%	35,28%	29,73%	33,12%	32,97%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As Cooperativas Médicas, ao contrário, elevaram sua participação no período em 2,1 p.p., tendo, entretanto, seu ápice em 2009, quando os Exames em Rede Própria chegaram a representar 64,04% do total desse tipo de despesa.

A mesma oscilação pode ser verificada na participação das Medicinas de Grupo, só que em sentido contrário à das Cooperativas Médicas ano a ano, indicando que as despesas dessas duas modalidades, em virtude de sua representatividade, acabam ditando a tendência do setor. Nas Medicinas de Grupo, o maior aumento de participação ocorreu em 2008, quando suas despesas representaram 35,28% do total incorrido pelo setor. Em 2009 sua participação retorna ao patamar de 2007, para novamente se elevar em 2010, para cerca de 33,0%, que se repetirá em 2011.

Ao comparar a relação de despesas na rede própria e despesas totais com Exames, nota-se que houve crescimento de sua participação relativa, ou seja, as operadoras que incorrem em despesas com rede própria estavam, em 2011, direcionando mais recursos para esse tipo de prestação de serviços do que em 2007. Em 2011, os Exames realizados em Rede Própria representaram 24,21% do total de despesas de tais operadoras com Exames, revertendo uma tendência de queda que estava sendo desenhada em 2009 e 2010.

O crescimento mais consistente no período foi verificado entre as Cooperativas Médicas, que apresentou pequena redução em comparação ao ano anterior apenas em 2010, encerrando 2011 com uma participação 5,5 p.p. superior ao verificado em 2007.

Tabela 37: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Modalidade

Modalidade	ERP/ET 2007	ERP/ET 2008	ERP/ET 2009	ERP/ET 2010	ERP/ET 2011	Média
Autogestão	27,87%	34,87%	21,26%	7,93%	8,23%	20,03%
Cooperativa Médica	20,14%	20,92%	23,23%	21,94%	25,68%	22,38%
Filantropia	39,56%	40,88%	31,46%	30,06%	30,35%	34,46%
Medicina de Grupo	17,89%	26,27%	18,81%	19,82%	21,66%	20,89%
Total geral	20,41%	23,76%	22,02%	21,44%	24,21%	22,37%

Fonte: Elaboração própria

As Medicinas de Grupo vêm a seguir, com crescimento de 3,8 p.p no período, o mesmo apresentado quando analisado o total de operadoras que tiveram despesas em rede própria. Contudo, os movimentos ano a ano das Medicinas de Grupo demonstram grande variação, com a participação dos Exames em Rede Própria tendo alcançado 26,27% em 2008, para em seguida cair a 18,81% e, a partir de 2010, apresentar novamente crescimento.

Na contramão do movimento verificado entre as Cooperativas Médicas e as Medicinas de Grupo estão as Filantropias e Autogestões. As Filantropias, assim como visto nas Consultas em Rede Própria, vêm apresentando redução da sua participação, com destaque para a redução ocorrida em 2009. Ainda assim, por suas características, essa modalidade ainda tem o maior percentual de realização de Exames em Rede Própria, se comparado com as demais modalidades. Tal movimento em direção à rede credenciada e a terceiros pode significar que as Filantropias estão ampliando sua rede credenciada, deixando, portanto, de oferecer seus serviços essencialmente nas unidades hospitalares que deram origem às suas atividades. É factível supor, portanto, que as Filantropias estariam caminhando para uma estrutura menos hierárquica, ao menos no que se refere a consultas e exames. Tal hipótese deve, contudo, ser analisada também sob os demais enfoques do presente estudo para se chegar a uma conclusão nesse sentido.

A menor participação da realização de Exames em Rede Própria é das Autogestões, que têm a menor participação de Exames em Rede Própria sobre o total de Exames realizados, como era de se esperar. Novamente, sua pouca representatividade no que se refere a número de operadoras faz com que movimentos individuais influenciem decisivamente os números da modalidade. Esse é o caso da grande redução apresentada entre 2008 e 2010, que pode ser explicada basicamente pelo comportamento de três operadoras: Associação Beneficente dos Empregados das Empresas Arcelor Mittal Brasil – ABEB, Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul e AGROS - Instituto UFV de Seguridade Social. A tímida entrada dessas três operadoras fez com que grandes despesas totais com exames

fossem acrescidas a uma base pequena de despesas em rede própria, fazendo com que o percentual se reduzisse bastante.

Da análise das operadoras individualmente, verifica-se que 548 delas incorreram em algumas despesas com Exames em Rede Própria durante o período. As 20 maiores despesas médias anuais estão listadas a seguir e demonstram que participaram com 52,87% do total das despesas em rede própria do setor.

Tabela 38: Exames – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Exames RP 2007	Exames RP 2008	Exames RP 2009	Exames RP 2010	Exames RP 2011	Média	%	% Acumulado
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	33.493.015,88	210.978.283,63	49.660.227,61	173.366.721,05	214.749.724,83	136.449.594,60	9,20%	9,20%
2	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	63.123.240,90	68.702.532,60	80.910.034,15	82.529.765,14	92.341.736,36	77.521.461,83	5,23%	14,43%
3	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	38.218.476,35	37.980.496,83	35.962.178,50	42.271.824,77	203.205.629,57	71.527.721,20	4,82%	19,25%
4	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	34.927.439,86	41.263.050,63	45.839.332,10	50.948.512,35	85.768.187,66	51.749.304,52	3,49%	22,74%
5	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA	Cooperativa Médica	32.477.346,99	45.938.248,14	47.444.970,93	55.472.994,43	67.061.138,08	49.678.939,71	3,35%	26,09%
6	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	48.173.380,30	41.867.372,84	61.562.037,62	81.854.036,30		46.691.365,41	3,15%	29,24%
7	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TR	Cooperativa Médica	22.373.989,13	21.614.948,45	31.119.800,66	45.920.409,98	64.542.649,91	37.114.359,63	2,50%	31,74%
8	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	24.589.996,14	22.451.267,68	24.519.169,67	34.182.162,59	41.374.417,01	29.423.402,62	1,98%	33,72%
9	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	12.545.275,67	27.231.299,30	30.881.747,33	35.645.816,94	40.204.085,75	29.301.645,00	1,98%	35,70%
10	314218	ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA S	Filantropia	51.718.477,64	60.107.833,95	10.403.264,79	10.191.532,09	11.200.772,17	28.724.376,13	1,94%	37,63%
11	327689	UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	136.524,14		61.901.961,19	33.598.861,03	46.269.019,21	28.381.273,11	1,91%	39,55%
12	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ES	Cooperativa Médica	22.077.757,73	25.377.962,57	28.303.636,31	25.954.711,29	33.968.599,67	27.136.533,51	1,83%	41,38%
13	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	27.770.592,88	27.020.484,99	28.995.214,73	23.960.920,23	20.127.848,75	25.575.012,32	1,72%	43,10%
14	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDI	Cooperativa Médica	28.167.999,83	33.707.704,58	28.979.818,39	15.285.903,35	17.209.128,16	24.670.110,86	1,66%	44,76%
15	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	11.357.259,86	32.642.774,05	53.222.422,49	15.884.373,86	9.397.897,26	24.500.945,50	1,65%	46,42%
16	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	8.177.619,36	7.957.903,09	12.311.270,17	16.439.615,56	17.073.135,50	23.191.908,74	1,56%	47,98%
17	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	11.056.689,95	20.482.857,82	20.103.905,90	19.627.062,93	21.870.261,72	18.628.155,66	1,26%	49,24%
18	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABAL	Cooperativa Médica	13.745.888,98	16.755.892,59	18.859.939,43	19.991.900,77	21.296.178,02	18.129.959,96	1,22%	50,46%
19	348295	UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	20.915.167,55	14.348.414,08	24.815.800,99	15.695.666,21	14.269.424,99	18.008.894,76	1,21%	51,67%
20	312851	UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE T	Cooperativa Médica	13.833.035,93	15.121.565,19	17.632.348,65	18.961.498,34	23.125.963,82	17.734.882,39	1,20%	52,87%

Fonte: Elaboração própria

No topo da lista está a Amil Assistência Médica Internacional S.A., com média de 9,20% de tudo o que foi gasto pelo setor com Exames em Rede Própria. Outras duas empresas do Grupo Amil, Amico Saúde Ltda. e Amil Saúde, figuram, respectivamente, no terceiro e sexto lugares. Juntas, as empresas do grupo responderam por 17,17% das despesas do setor no período, saltando de R\$ 119,9 milhões em 2007 para R\$ 418,0 milhões em 2011, um crescimento de 248,6%. Outras duas Medicinas de Grupo regionais figuram a lista: o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro e a Intermédica Sistema de Saúde Ltda.

A lista, contudo, é dominada por Cooperativas Médicas, 14 no total, com destaque para a Unimed Campinas, a Cooperativa Médica que mais despesas com Exames incorreu em sua Rede Própria, e para a Unimed Maceió que, apesar de ter intensificado sua atuação na Rede Própria apenas em 2009, já figura o décimo primeiro lugar na lista das maiores despesas.

A única Filantropia da lista é Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão, que, assim como verificado durante a análise das Filantropias em geral, vem reduzindo suas despesas na rede própria: após iniciar o período com despesas anuais de R\$ 60,1 milhões, encerra 2011 com R\$ 11,2 milhões.

Verificando a participação das despesas com Exames em Rede Própria sobre as despesas totais com Exames, percebe-se que, das treze variações positivas no período, a maior foi da Unimed Maceió, que iniciou o período com apenas 0,2%, viu tal participação aumentar para 54,2% em 2009 e encerrou 2011 com 59,8% dos Exames sendo realizados em Rede

Própria. Em seguida tem-se a Amico Saúde, com aumento de 19,7 p.p., e a Intermédica Sistema de Saúde, com 16,5 p.p., destacando-se 2011 como o ano de maior variação.

Tabela 39: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	ERP/ET 2007	ERP/ET 2008	ERP/ET 2009	ERP/ET 2010	ERP/ET 2011	Média
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	5,6%	42,8%	8,7%	24,3%	17,4%	19,7%
2	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	56,1%	54,9%	57,4%	57,6%	58,2%	56,9%
3	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	25,5%	30,7%	10,3%	13,4%	45,2%	25,0%
4	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA D	Cooperativa Médica	31,6%	32,2%	30,9%	29,9%	36,8%	32,3%
5	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIV	Cooperativa Médica	72,4%	76,9%	76,1%	75,6%	75,4%	75,3%
6	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	21,0%	16,1%	19,3%	18,1%		14,9%
7	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TR	Cooperativa Médica	19,0%	17,6%	20,9%	25,4%	27,9%	22,2%
8	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO N	Cooperativa Médica	33,8%	31,4%	34,7%	33,4%	34,1%	33,5%
9	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRAB	Cooperativa Médica	39,5%	60,8%	61,3%	59,3%	56,4%	55,5%
10	314218	ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA S	Filantropia	58,3%	68,2%	51,9%	53,3%	59,8%	58,3%
11	327689	UNIMED MACEIO COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	0,2%	0,0%	54,2%	29,5%	59,8%	28,7%
12	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ES	Cooperativa Médica	98,6%	98,5%	98,5%	85,7%	84,1%	93,1%
13	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	41,8%	38,3%	42,3%	35,3%	27,2%	37,0%
14	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica	28,3%	27,1%	23,7%	36,0%	38,3%	30,7%
15	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	7,4%	15,9%	20,7%	6,5%	3,5%	10,8%
16	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	7,8%	5,4%	7,2%	8,4%	24,4%	10,6%
17	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA	Cooperativa Médica	24,8%	28,6%	29,8%	33,6%	32,9%	29,9%
18	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	43,6%	44,3%	43,1%	42,8%	41,5%	43,0%
19	348295	UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	94,3%	84,4%	85,9%	84,1%	83,1%	86,3%
20	312851	UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE T	Cooperativa Médica	49,9%	42,1%	40,4%	37,7%	42,3%	42,5%

Fonte: Elaboração própria

A maior redução verificada foi 14,6 p.p. no Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro, seguido de perto pela Unimed do Estado do Paraná, com 14,5 p.p. Apesar da redução, a Unimed do Estado do Paraná ainda é a operadora listada com maior índice de realização de Exames em sua Rede Própria, com 84,1% em 2011. Oportuno ressaltar que a inexistência e participação da Amil Saúde Ltda. em 2011 se deveu à sua incorporação pela Amil Assistência Médica Internacional S.A.

4.2.9. Despesas com Terapias

As despesas com terapias correspondem ao total de atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas. Tratamentos como hemodiálise e fisioterapia, por exemplo, encontram-se classificados sob esta rubrica.

As Terapias em Rede Própria cresceram 148,7% durante o período, passando de R\$ 159,2 milhões em para R\$ 395,8 milhões em 2011. O maior crescimento foi verificado em 2008, quando houve crescimento de 94,6% em relação ao período anterior. Entre 2008 e 2010 houve relativa estabilidade, apresentando um crescimento mais acentuado em 2011.

Tabela 40: Terapias – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Terapias RP 2007	Terapias RP 2008	Terapias RP 2009	Terapias RP 2010	Terapias RP 2011
Autogestão	1.499.826,02	2.541.851,77	1.615.310,12	1.492.443,16	1.822.463,29
Cooperativa Médica	102.529.910,83	221.441.374,88	227.408.528,02	269.577.497,91	340.669.363,74
Filantropia	8.562.502,59	9.510.657,94	12.930.337,61	18.710.191,20	17.325.070,97
Medicina de Grupo	46.604.100,17	76.262.495,67	71.275.524,32	47.369.807,22	36.019.787,48
Total geral	159.196.339,61	309.756.380,26	313.229.700,07	337.149.939,49	395.836.685,48

Fonte: Elaboração própria

As Cooperativas Médicas foram as operadoras que mais cresceram durante o período, 232,3%, encerrando 2011 com R\$ 340,7 milhões de despesas. De todas as modalidades, apenas as Medicinas de Grupo apresentaram redução em 2011 das despesas incorridas na Rede Própria.

Comparando a participação de cada modalidade ao longo dos anos sobre o total gasto, percebe-se a consistência do crescimento das Cooperativas Médicas, constatado em todos os anos sob análise. Em 2011, 86,06% de todas as despesas com terapias em Rede Própria foi incorrido por Cooperativas Médicas, o que significou um crescimento de 21,7 p.p.

Esse crescimento das Cooperativas Médicas se deu sobre todas as modalidades, porém especialmente sobre as Medicinas de Grupo, que viram sua participação cair de 29,27% para 9,10% em cinco anos, uma queda de 20,2 p.p. Percebe-se, portanto, que a integração vertical em direção às Terapias é uma estratégia que vem sendo percebida nas Cooperativas Médicas e, dada sua relevância, influenciou os números de todo o setor.

Tabela 41: Terapias – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Terapias RP 2007	Terapias RP 2008	Terapias RP 2009	Terapias RP 2010	Terapias RP 2011
Autogestão	0,94%	0,82%	0,52%	0,44%	0,46%
Cooperativa Médica	64,40%	71,49%	72,60%	79,96%	86,06%
Filantropia	5,38%	3,07%	4,13%	5,55%	4,38%
Medicina de Grupo	29,27%	24,62%	22,76%	14,05%	9,10%
Total geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Percebe-se, ainda, que apesar de as Filantropias terem mais do que dobrado as despesas próprias com Terapias durante o período, esse crescimento não foi suficiente para acompanhar o crescimento do setor, puxado pelas Cooperativas. Assim sendo, a participação das Filantropias sobre o total gasto no setor apresentou redução de 1,0 p.p. entre 2007 e 2011.

O baixo crescimento das Autogestões fez com que não conseguissem acompanhar o crescimento do setor e perdessem participação, deixando os 0,94% obtidos em 2007 para alcançar apenas 0,46% em 2011.

Percebe-se, portanto, que, apesar de apenas as Medicinas de Grupo terem reduzido suas despesas no período, o acentuado crescimento das Cooperativas Médicas fez com que esta modalidade tenha conseguido aumentar sua participação nas Terapias oferecidas pela rede Própria das operadoras, representando 86,06% de todas as despesas incorridas em Rede Própria no setor durante o ano de 2011.

Partindo para a análise da participação das Terapias em Rede Própria sobre o total gasto com Terapias, verifica-se um crescimento de 1,9 p.p durante o período, representando, ao final de 2011, 25,66% das despesas totais com Terapias.

Tabela 42: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Modalidade

Modalidade	TRP/TT 2007	TRP/TT 2008	TRP/TT 2009	TRP/TT 2010	TRP/TT 2011	Média
Autogestão	67,26%	50,86%	30,39%	17,81%	19,59%	37,18%
Cooperativa Médica	22,38%	27,54%	27,51%	29,87%	31,96%	27,85%
Filantropia	29,76%	26,58%	24,82%	30,79%	28,43%	28,08%
Medicina de Grupo	25,77%	25,60%	21,90%	13,63%	8,86%	19,15%
Total geral	23,76%	27,10%	25,89%	25,55%	25,66%	25,59%

Fonte: Elaboração própria

O baixo crescimento relativo dessas despesas no agregado oculta mudança sensíveis dentro de cada modalidade. As Cooperativas Médicas, por exemplo, tiveram crescimento das Terapias em Rede Própria consistente no período, passando 22,38% das Terapias totais em 2007 para 31,96% em 2011. Isso representou um crescimento de 9,6 p.p. e transformou as Cooperativas Médicas na modalidade que mais realiza Terapias em Rede Própria do setor.

O segundo lugar fica com as Filantropias, que tiveram sua participação oscilando no período, encerrando 2011 com 1,3 p.p. a menos do que em 2007. Em seguida estão as Autogestões, que em 2011 realizavam em Rede Própria terapias que representaram 19,59% do total realizado. A expressiva queda em 2009 se deveu ao fim de lançamentos nessa rubrica por parte da Saúde BRB - Caixa de Assistência.

Destaca-se, ainda, a redução verificada nas Medicinas de Grupo que, ao contrário das Cooperativas Médicas, viram a participação das Terapias em Rede Própria caírem ano a ano, e em 2011 representou 8,86% de suas Terapias Totais. Em comparação a 2007, as Terapias em Rede Própria apresentaram queda de 16,9 p.p., indicando que tais atividades estão sendo, cada vez mais, contratadas no mercado.

O crescimento da participação das Cooperativas Médicas fica evidenciado quando se lista as 20 operadoras que apresentaram as maiores médias anuais de despesas com Terapias em Rede Própria. Da referida lista, apenas quatro operadoras não são Cooperativas Médicas.

Das 462 operadoras que apresentaram alguma despesa com Terapias em Rede Própria no período de análise, as vinte maiores médias anuais representaram 58,90% de tudo o que foi gasto pelo setor. As dezesseis Cooperativas Médicas com maiores despesas representaram 48,90% do total incorrido pelo setor. Das vinte operadoras, apenas quatro apresentaram valores nominais em 2011 menores do que no primeiro ano de registro desse tipo de despesa.

Tabela 43: Terapias – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Terapias RP 2007	Terapias RP 2008	Terapias RP 2009	Terapias RP 2010	Terapias RP 2011	Média	%	% Acumulado
1	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	19.688.446,02	18.385.971,37	23.384.918,18	30.907.949,32	38.877.936,82	26.249.044,34	8,59%	8,59%
2	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TR	Cooperativa Médica	11.148.315,66	12.625.138,62	17.025.404,73	18.967.074,59	23.308.906,79	16.614.968,08	5,43%	14,02%
3	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	646.771,90	44.448.766,65	35.780.521,20			16.175.211,95	5,29%	19,31%
4	335100	UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRAB	Cooperativa Médica	7.609.734,49	13.214.560,86	14.845.244,31	16.311.469,13	19.854.743,54	14.367.150,47	4,70%	24,01%
5	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO EST	Cooperativa Médica	7.282.862,24	9.279.794,52	10.689.322,28	11.663.774,69	15.384.779,74	10.860.106,69	3,55%	27,56%
6	348295	UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	2.788.924,08	5.587.078,77	20.432.004,19	6.744.761,25	14.099.803,73	9.930.514,40	3,25%	30,81%
7	369659	UNIMED DE BAURUR COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica		11.708.060,78	11.754.307,41	11.721.303,50	12.106.202,27	9.457.974,79	3,09%	33,90%
8	367397	UNIMED CAMPINA GRANDE - COOPERATIVA DE TR	Cooperativa Médica		22.766.155,68	18.406.847,23	2.106.665,99	2.362.938,55	9.128.521,49	2,99%	36,89%
9	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	5.915.855,08	8.869.615,37	9.975.330,13	11.190.776,66	3.939.729,70	7.978.261,39	2,61%	39,50%
10	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	2.703.995,98	3.826.257,99	5.185.966,55	8.604.665,08	13.747.011,43	6.813.579,41	2,23%	41,73%
11	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDIC	Cooperativa Médica		33.323.637,70				6.664.727,54	2,18%	43,91%
12	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica		4.923.006,32	5.472.731,15	8.637.985,75	13.790.734,27	6.564.891,50	2,15%	46,06%
13	371254	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP. DE TRABALH	Cooperativa Médica	2.281.830,58	2.359.410,93	2.991.224,02	8.919.321,48	13.644.835,78	6.039.324,56	1,98%	48,03%
14	334561	UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABAL	Cooperativa Médica	876.438,01	4.982.610,17	6.311.573,57	6.889.040,57	9.050.929,91	5.622.118,45	1,84%	49,87%
15	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	4.924.512,23	5.496.951,18	5.616.945,06	5.541.150,62	5.826.173,94	5.481.146,61	1,79%	51,66%
16	342556	ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI	Filantropia	2.775.083,62	4.784.786,99	5.469.083,05	7.621.599,27	6.155.359,70	5.361.182,53	1,75%	53,42%
17	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	6.163.957,28	4.702.665,72	4.570.747,72	4.327.535,79	4.044.851,51	4.761.951,60	1,56%	54,97%
18	325074	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	2.355.814,66	3.379.465,13	1.043.289,15	8.125.005,98	6.465.036,83	4.273.722,35	1,40%	56,37%
19	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA	Cooperativa Médica	3.904.917,67	3.315.239,60	3.188.440,93	4.144.077,52	5.305.247,43	3.971.584,63	1,30%	57,67%
20	312851	UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TR	Cooperativa Médica	3.698.225,68	3.474.430,15	3.481.697,51	3.669.675,87	4.439.312,85	3.752.668,41	1,23%	58,90%

Fonte: Elaboração própria

Do mesmo modo que o verificado quando da análise das modalidades, percebe-se redução dos valores incorridos por duas das três Medicinas de Grupo, em especial pela Amil Assistência Médica Internacional Ltda., que parece ter descontinuado as terapias em Rede Própria a partir de 2010. A segunda Medicina de Grupo que aparece na lista, o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro, também apresentou redução das despesas, com as despesas de um ano sempre inferior ao do ano anterior.

Em contrapartida, a Unimed Campinas, que lidera esse tipo de despesa, praticamente dobrou os valores incorridos, representando sozinha 8,59% das despesas anuais médias com Terapias em Rede Própria.

O maior crescimento nominal também é de uma Cooperativa Médica, a Unimed Blumenau que multiplicou por 10 seus valores nominais, encerrando 2011 com R\$ 9,1 milhões em despesas. Em seguida, aparecem Unimed Goiânia e Unimed Sorocaba, que tiveram em 2011 despesas quatro vezes maiores do que em 2007.

Analisando a participação das Terapias em Rede Própria sobre as despesas com Terapias em geral, percebe-se que algumas operadoras vêm ampliando seus gastos em rede própria, com destaque para as Unimeds de Blumenau, Regional Maringá, João Pessoa e Campinas, além da Medicina de Grupo Green Line Sistema de Saúde S.A. As maiores participações de Terapias em Rede Própria, superando os 80%, são das Unimeds de Blumenau, Estado do Paraná e Sorocaba e da Filantropia Associação Dr. Bartholomeu Tacchini.

Tabela 44: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	TRP/TT 2007	TRP/TT 2008	TRP/TT 2009	TRP/TT 2010	TRP/TT 2011	Média
1	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	41,1%	36,7%	43,1%	60,4%	68,3%	49,9%
2	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	44,6%	42,2%	43,9%	29,9%	32,4%	38,6%
3	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	100,0%	42,0%	30,2%	0,0%	0,0%	34,4%
4	335100	UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	52,8%	52,2%	58,1%	63,8%	64,5%	58,3%
5	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL	Cooperativa Médica	98,4%	99,1%	98,8%	90,3%	89,1%	95,1%
6	348295	UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	78,8%	78,2%	90,9%	77,1%	84,8%	82,0%
7	369659	UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica		80,8%	79,6%	76,5%	76,5%	62,7%
8	367397	UNIMED CAMPINA GRANDE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica		99,6%	97,1%	34,2%	39,2%	54,0%
9	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	14,8%	19,8%	17,6%	16,9%	8,1%	15,4%
10	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	17,9%	16,9%	21,9%	29,3%	39,3%	25,1%
11	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	0,0%	100,0%				20,0%
12	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	0,0%	31,3%	34,6%	42,4%	41,5%	30,0%
13	371254	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	24,3%	19,1%	23,3%	53,8%	68,5%	37,8%
14	334561	UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	16,6%	72,0%	75,3%	83,9%	90,3%	67,6%
15	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	34,9%	31,1%	29,4%	21,4%	18,1%	27,0%
16	342556	ASSOCIAÇÃO DR. BARTHOLOMEU TACCHINI	Filantropia	67,8%	92,0%	92,2%	92,7%	89,3%	86,8%
17	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	22,2%	15,9%	17,3%	14,5%	12,2%	16,4%
18	325074	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	17,0%	28,3%	28,1%	45,5%	55,5%	34,9%
19	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	69,2%	58,8%	54,8%	52,5%	55,8%	58,2%
20	312851	UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	63,2%	56,5%	55,6%	53,8%	55,4%	56,9%

Fonte: Elaboração própria

No sentido contrário caminharam as Medicinas de Grupo Amil Assistência Médica Internacional S.A. e Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. e as Unimed Grande Florianópolis e Porto Alegre, que reduziram sua participação em pelo menos 10 p.p.

4.2.10. Despesas com Internações

A partir desse momento, será analisado o item que representa as maiores despesas de uma operadora de planos de saúde: as internações. As despesas com Internações correspondem ao valor total de internações prestadas a paciente admitido para ocupar leito hospitalar, seja ele de enfermaria, quarto ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.

Analisando o setor como um todo, percebe-se um crescimento nominal de 156,3% no período, crescimento este verificado ano a ano. Em 2011, as despesas com Internações em Rede Própria foram da ordem de R\$ 4,8 bilhões.

Tabela 45: Internações – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Internações RP 2007	Internações RP 2008	Internações RP 2009	Internações RP 2010	Internações RP 2011
Autogestão	1.137.711,04	1.287.670,80	972.401,20	234.816,20	4.260.164,35
Cooperativa Médica	893.893.241,71	1.143.812.833,89	1.400.768.005,71	1.781.473.463,47	2.361.453.260,29
Filantropia	159.958.410,61	240.862.575,68	326.560.988,82	375.087.712,50	421.863.808,86
Medicina de Grupo	834.170.072,07	959.801.063,29	1.075.778.869,24	2.336.875.148,87	2.054.215.086,23
Total geral	1.889.159.435,43	2.345.764.143,66	2.804.080.264,97	4.493.671.141,04	4.841.792.319,73

Fonte: Elaboração própria

Pela tabela anterior, constata-se que todas as modalidades apresentaram crescimento de suas despesas com Internações em Rede Própria, à exceção das Autogestões, que usualmente não possuem uma estrutura própria que permita atendimentos de alta complexidade.

Impressiona, ainda, o salto dado em 2010 pelas Medicinas de Grupo, que dobraram suas despesas em Rede Própria em um ano. Ainda assim, se analisado todo o período, verifica-se que as Cooperativas Médicas são a modalidade que mais incorre nesses tipos de despesas.

Da análise da participação de cada modalidade nas despesas do setor se verifica que, à exceção de 2010, as Cooperativas Médicas têm as maiores despesas.

Tabela 46: Internações – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Internações RP 2007	Internações RP 2008	Internações RP 2009	Internações RP 2010	Internações RP 2011
Autogestão	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Cooperativa Médica	47,3%	48,8%	50,0%	39,6%	48,8%
Filantropia	8,5%	10,3%	11,6%	8,3%	8,7%
Medicina de Grupo	44,2%	40,9%	38,4%	52,0%	42,4%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Analisando apenas os anos de 2007 e 2011, percebe-se relativa estabilidade da distribuição de tais despesas entre as modalidades. Verifica-se, ainda, que Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo representaram em todos os anos mais de 88% das despesas em Rede Própria.

Quando comparadas com as despesas totais com internações, as despesas com rede própria tiveram um crescimento de 3,1 p.p. entre 2007 e 2011. Contudo, entre esses anos, o comportamento oscilou bastante, com destaque para a redução verificada em 2008 e o aumento de 12,7 p.p. verificado em 2010.

O comportamento errático verificado entre 2008 e 2010 pode ser explicado pela evolução da participação das Medicinas de Grupo. Como pode ser observado na tabela a seguir, após sofrer uma redução de 16,0 p.p. em 2008, a modalidade tem um crescimento expressivo em 2010, 31,4 p.p. a mais do que o percentual verificado em 2009.

Tabela 47: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Modalidade

Modalidade	IRP/IT 2007	IRP/IT 2008	IRP/IT 2009	IRP/IT 2010	IRP/IT 2011	Média
Autogestão	13,33%	7,46%	4,47%	0,99%	5,56%	6,36%
Cooperativa Médica	25,51%	25,40%	26,20%	28,58%	30,38%	27,21%
Filantropia	56,66%	59,04%	61,63%	62,21%	60,17%	59,94%
Medicina de Grupo	46,01%	30,01%	28,65%	60,05%	44,49%	41,84%
Total geral	33,69%	28,86%	29,05%	41,79%	36,77%	34,03%

Fonte: Elaboração própria

A redução da participação também é verificada nas Autogestões, em virtude de suas características de prover em rede própria apenas serviços de baixa complexidade, geralmente ambulatoriais.

Movimento oposto foi verificado entre as Cooperativas Médicas e Filantropias, que apresentaram crescimento durante o período. As Cooperativas Médicas encerraram o período com 30,38% de suas despesas com Internações sendo realizadas em Rede Própria, apresentando um crescimento de 4,9 p.p. Por sua vez, as Filantropias apresentaram um crescimento de 3,5 p.p.

Dentre as modalidades, a que mais incorre em despesas com Internações em Rede Própria são as Filantropias, com 60,17%, seguidas das Medicinas de Grupo, com 44,49% em 2011. Apesar de apresentar o maior e mais consistente crescimento no período, as Cooperativas Médicas gastam bem menos em sua rede própria: 30,38% das despesas totais com internações.

Importante verificar que as Medicinas de Grupo perderam participação da rede própria em 2008, que se manteve relativamente estável em 2009 e deu um salto em 2010, salto este que já havia sido verificado quando da análise dos valores nominais de tais despesas. As Medicinas de Grupo tinham 29,05% de suas despesas com internações em rede própria em 2009 e, já em 2010, viram essa participação aumentar 31,4 p.p em apenas um ano, encerrando 2010 com 60,05%. Em 2011, apresentou nova redução, terminando com 44,49%, algo que representou um retorno ao patamar verificado em 2007, primeiro ano sob análise.

A explicação para esse movimento abrupto verificado nas Medicinas de Grupo é encontrada pela análise individual das vinte operadoras com maiores despesas médias anuais em Internações em Rede Própria. Das 534 operadoras que informaram alguma despesa dessa ordem, a Amil Assistência Médica Internacional S.A. foi sozinha responsável por 13,95% das despesas do setor. E isso foi conseguido apenas com as despesas registradas a partir de 2010, superiores a R\$ 1,0 bilhão. As despesas incorridas pela Amil Assistência Médica Internacional S.A. sozinhas explicam a reversão da tendência de queda existente até 2009 dentre as Medicinas de Grupo.

Tabela 48: Internações – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Internações RP 2007	Internações RP 2008	Internações RP 2009	Internações RP 2010	Internações RP 2011	Média	%	% Acumulado
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	37.302,06	-	-	1.269.551.771,91	1.016.056.785,45	457.129.171,88	13,95%	13,95%
2	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	171.681.449,47	174.743.133,21	158.333.926,23	197.484.094,38	211.467.478,61	182.742.016,38	5,58%	19,53%
3	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	185.621.147,88	257.205.563,27	272.806.158,57	123.418.974,90	-	167.810.368,92	5,12%	24,65%
4	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	98.766.676,63	91.295.553,25	109.293.364,16	91.129.813,02	93.524.820,71	96.802.045,55	2,95%	27,60%
5	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	66.092.961,04	68.545.621,46	74.018.159,35	74.552.368,54	83.048.769,91	73.251.576,06	2,24%	29,83%
6	302147	PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	-	24.486.184,58	79.677.686,92	105.350.284,02	156.651.260,44	73.233.083,19	2,23%	32,07%
7	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	26.437.842,36	-	75.283.549,69	109.007.590,15	131.912.176,13	68.528.231,67	2,09%	34,16%
8	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	49.645.254,19	59.116.813,89	65.785.569,96	73.131.570,94	68.935.128,94	63.322.867,58	1,93%	36,09%
9	379697	PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXT	Medicina de Grupo	33.502.106,55	80.771.674,75	101.863.377,65	76.626.718,04	-	58.552.775,40	1,79%	37,88%
10	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVI	Cooperativa Médica	14.472.475,78	53.950.127,65	58.191.578,64	69.404.538,80	69.318.038,70	53.607.351,91	1,62%	39,50%
11	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI	Cooperativa Médica	19.712.971,89	56.117.248,72	47.232.551,40	52.992.362,17	66.097.707,37	48.430.568,31	1,48%	40,98%
12	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL D	Cooperativa Médica	41.462.474,16	44.978.892,64	49.690.633,25	41.788.084,44	47.964.484,56	45.176.913,81	1,38%	42,36%
13	325074	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	17.176.869,77	19.907.817,93	7.680.023,70	59.490.500,31	99.487.058,57	40.748.454,06	1,24%	43,60%
14	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	35.208.442,76	19.734.826,93	13.890.330,34	59.829.150,36	71.284.198,47	39.989.389,77	1,22%	44,82%
15	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	-	-	-	190.084.709,29	38.016.941,86	1.166	1,16%	45,98%
16	314218	ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTO	Filantropia	-	-	54.336.872,80	60.401.783,72	70.805.007,26	37.108.732,76	1,13%	47,11%
17	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	31.933.692,24	33.419.181,02	38.029.557,88	39.834.225,82	41.361.614,85	36.915.654,36	1,13%	48,24%
18	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	28.893.814,22	31.005.469,43	35.914.905,89	37.212.659,22	44.112.815,92	35.427.932,94	1,08%	49,32%
19	339954	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Filantropia	28.680.507,66	31.141.624,45	35.534.619,39	35.000.929,72	46.072.485,65	35.286.033,37	1,08%	50,40%
20	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	28.952.166,57	32.350.366,89	33.112.643,42	39.834.655,18	41.848.949,88	35.219.756,39	1,07%	51,47%

Fonte: Elaboração própria

Das vinte operadoras listadas, apenas três apresentam redução nominal das despesas com Internações em Rede Própria, sendo que uma, Amil Saúde Ltda., foi descredenciada, e outra, Pró-saúde Planos de Saúde, encontrava-se em Liquidação Extrajudicial. Ou seja, apenas o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. teve redução de seus valores nominais entre 2007 e 2011 e, mesmo assim, não foi uma redução significativa.

Além disso, percebe-se que a relevância do tema para as Medicinas de Grupo, que aparecem nos quatro primeiros lugares na lista e juntas somaram 27,60% do total das despesas em rede própria. Convém destacar que, além da já mencionada Amil Assistência Médica Internacional S.A., outras operadoras iniciaram seus registros de Internações em Rede Própria apenas a partir de 2008 e, ainda assim, figuram a lista de maiores médias anuais. É o caso da Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda., da Unimed BH e da Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão. Esse início de atividades indica que tais operadoras tiveram o funcionamento de seus hospitais próprios durante o período de análise.

As dezessete operadoras que apresentaram crescimento das despesas, apresentaram em um patamar superior a 100% se comparados os anos inicial e final do período, destacando as operadoras Green Line Sistemas de Saúde Ltda., Unimed Nordeste do Rio Grande do Sul e Unimed Paulistana.

Quando observada a participação das Internações em Rede Própria sobre o total de internações das vinte operadoras listadas, percebe-se que a tendência de crescimento verificado quando da análise de todo o setor não se verifica em todas as operadoras.

Tabela 49: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	IRP/IT 2007	IRP/IT 2008	IRP/IT 2009	IRP/IT 2010	IRP/IT 2011	Média
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	21,44%	0,00%	0,00%	90,77%	45,18%	31,48%
2	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	67,47%	52,25%	45,73%	47,45%	42,34%	51,05%
3	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	38,43%	39,84%	32,00%	26,54%		27,36%
4	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	86,20%	83,16%	82,60%	73,46%	68,68%	78,82%
5	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	41,26%	36,03%	38,08%	36,19%	36,34%	37,58%
6	302147	PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,00%	38,43%	73,21%	80,97%	88,44%	56,21%
7	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	5,34%	0,00%	10,94%	14,97%	15,18%	9,29%
8	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	24,00%	24,53%	23,00%	22,33%	18,23%	22,42%
9	379697	PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXT	Medicina de Grupo	94,25%	73,73%	81,82%	85,92%		67,15%
10	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVI	Cooperativa Médica	51,52%	47,51%	47,63%	51,75%	50,26%	49,73%
11	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI	Cooperativa Médica	32,04%	80,98%	77,32%	77,95%	79,29%	69,52%
12	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DA	Cooperativa Médica	99,02%	99,10%	99,22%	82,10%	79,62%	91,81%
13	325074	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	46,24%	46,45%	58,98%	63,07%	73,91%	57,73%
14	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP.DE TRAB.MÉDICO	Cooperativa Médica	17,63%	9,82%	6,50%	19,22%	21,01%	14,84%
15	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica					33,77%	6,75%
16	314218	ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTO	Filantropia			82,62%	82,47%	85,00%	50,02%
17	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	42,66%	41,66%	39,75%	36,77%	33,79%	38,93%
18	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	20,23%	18,85%	20,21%	20,05%	20,18%	19,90%
19	339954	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Filantropia	37,64%	37,58%	40,67%	41,25%	39,93%	39,42%
20	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	39,22%	43,42%	44,48%	48,24%	45,14%	44,10%

Fonte: Elaboração própria

A Amil Assistência Médica Internacional S.A., por exemplo, tem um crescimento abrupto em 2010, atingindo 90,77% do total de internações realizadas em rede própria.

Todavia, em 2011 esse percentual cai para 45,18%, motivado pela incorporação da Amil Saúde Ltda. (ex-Medial Saúde). Isso indica que as despesas com internações dessas operadoras estão crescendo em um ritmo mais acelerado que sua capacidade de direcioná-las para a rede própria. Quando iniciam as atividades de um hospital, um salto nessas despesas é verificado, como ocorreu com Unimed BH em 2011.

Das operadoras listadas, entre 2007 e 2011, é possível verificar crescimento da participação das Internações em Rede Própria em metade delas, destacando-se o crescimento observado na Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda, Unimed João Pessoa e Green Line Sistema de Saúde S.A.

Contudo, verifica-se que a variação positiva de tais despesas em cada uma das operadoras é muito maior que a variação negativa da outra metade das operadoras selecionadas. Ou seja, se analisados o somatório das Internações em Rede Própria das operadoras listadas, verificar-se-á um crescimento de sua participação sobre as Internações Totais, em grande parte puxada pelo movimento da Amil Assistência Médica Internacional S.A.

4.2.10.1. Detalhamento das Despesas com Internações

As despesas com internações têm uma peculiaridade em relação às demais, que é seu maior detalhamento em grupos de despesas: honorários médicos, exames, materiais, medicamentos e outras despesas. Graças a esse detalhamento, é possível verificar a estrutura de custos das internações e, para fins desse estudo, comparar a estrutura obtida pelos dados em rede própria e confrontá-la com aquelas despesas geradas em rede credenciada ou por atendimento particular, que foi objeto de reembolso por parte das operadoras.

Em tese, é razoável supor que, pela ótica de custos de produção, não existam motivos para que a estrutura de despesas varie entre hospital próprio e hospital de terceiros, haja vista que a grande maioria dos tratamentos dados em ambos deve atender a protocolos médicos estabelecidos. Também não é verificada uma segmentação de especialidade médica em cada tipo de hospital a ponto de se poder afirmar, por exemplo, que tratamentos de baixa complexidade estão na rede própria e os de alta complexidade, em rede credenciada. Quando isso ocorre, geralmente a baixa e média complexidades estão na Saúde Suplementar e a alta complexidade no SUS. Não impactaria, portanto, as subcontas Internações e sim a de Ressarcimento ao SUS.

4.2.10.1.1. Despesas Totais do Setor

A análise das despesas incorridas por todo o setor⁴² indica que houve um expressivo crescimento nominal em cinco anos, da ordem de 165% em todo o setor, sendo que em rede própria o crescimento foi um pouco menor, de 156%. Ainda assim, em que pese referir-se a valores nominais, esse crescimento é em muito superior a qualquer índice de variação de preços, inclusive o índice de variação dos custos médicos hospitalares (VCMH) das internações, que foi 54,5% no período (IESS, 2012). Também é maior que o aumento do número de beneficiário de planos médico-hospitalares, que foi de 19,5% no período (ANS, 2013).

Em suma, há um crescimento real das despesas com internações que as fizeram praticamente dobrar no período de análise, sem que houvesse uma contrapartida equivalente na variação dos custos e/ou no número de beneficiários. Isso demonstra que a evolução das despesas médico-hospitalares em geral, e de internações em particular, é de difícil previsão por parte das operadoras, gerando um grau de complexidade na gestão sustentável da carteira e uma incerteza quanto à necessidade de caixa para honrá-las. Além disso, não se pode descartar a existência de oportunismo na relação contratual, haja vista que são os hospitais os próprios direcionadores da demanda. Isso faz com que um deliberado ou um suposto menor controle de seus gastos seja refletido em uma fatura maior a ser cobrada dos planos de saúde, algo que o beneficiaria.

Tabela 50: Detalhamento das Internações – Setor – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	721.454.854,80	802.162.804,17	818.153.156,77	1.485.742.462,68	1.664.234.322,35
Exames RP	93.110.893,79	166.319.040,11	221.524.579,38	396.900.478,63	515.763.097,12
Terapias RP	74.718.331,28	67.707.333,95	90.720.996,88	125.436.317,91	154.904.735,64
Materiais RP	210.051.332,09	274.323.785,94	363.409.636,90	854.227.931,19	762.561.743,36
Medicamentos RP	190.485.127,61	289.299.753,30	359.755.008,65	567.393.019,52	531.239.358,26
Outras Despesas RP	602.731.740,43	752.791.326,44	949.643.002,73	1.062.709.450,40	1.211.953.347,54
Total RP	1.892.552.280,00	2.352.604.043,91	2.803.206.381,31	4.492.409.660,33	4.840.656.604,27
Honorários CRED	1.718.166.140,24	3.004.578.772,37	3.106.934.416,65	2.946.616.472,65	5.019.571.588,02
Exames CRED	622.039.150,50	1.075.127.840,97	1.433.681.105,83	1.454.033.659,51	1.660.605.324,96
Terapias CRED	267.018.238,26	289.425.343,04	437.751.286,40	459.543.204,39	964.171.702,69
Materiais CRED	1.953.459.198,33	2.666.276.125,64	3.612.968.744,05	4.202.052.928,23	5.550.536.754,77
Medicamentos CRED	1.377.819.083,13	2.151.218.027,45	2.512.820.137,64	2.988.165.175,14	3.511.546.599,77
Outras Despesas CRED	3.883.406.555,76	4.657.559.394,62	5.368.490.050,55	6.846.617.882,93	9.460.765.273,57
Total CRED	9.821.908.366,22	13.844.185.504,09	16.472.645.741,12	18.897.029.322,85	26.167.197.243,78

Fonte: Elaboração própria

⁴² Durante a análise do detalhamento das Internações, foram verificadas as despesas de todas as operadoras, inclusive Seguradoras Especializadas em Saúde, e não apenas daquelas que incorreram em despesas em rede própria. Tal decisão se deveu ao fato de ter um universo maior de análise, que propiciou e evidenciou a estrutura de custos de todo o setor, não apenas de operadoras que, de alguma forma, já estão direcionando o atendimento de parte de sua demanda por rede própria.

Retornando à questão do crescimento nominal das despesas com internações, verifica-se que, em nenhum de seus desdobramentos, seja em rede própria ou credenciada, o crescimento foi menor que 100%. As rubricas que apresentaram menor crescimento foram Outras Despesas em Rede Própria, 101%, e Terapias em Rede Própria, 107%. Já os que apresentaram maiores crescimentos foram Exames em Rede Própria, com expressivos 454%, Materiais em Rede Própria, com 263%, e Terapias na Rede Credenciada e Outros, com 261%.

Entretanto, a questão mais instigante surge quando se analisa a participação relativa de cada rubrica na composição total das despesas com internações. Há uma nítida distinção da estrutura de custos da rede própria em relação às demais. Como pode ser verificado na tabela a seguir, na Rede Própria se gasta muito mais com Honorários Médicos e Exames, e muito menos com Materiais Médicos e Outras Despesas nas Internações.

Os Honorários Médicos na Rede Própria representaram, em 2011, 34,4% do total das despesas, enquanto na Rede Credenciada e Outros foram da ordem de 19,2%. Os Exames foram a rubrica que mais teve sua participação aumentada entre 2007 e 2011, crescendo 5,7 p.p. e representando 10,7% de todas as despesas com internações. Já na Rede Credenciada e Outros, seu patamar é da ordem de 6,3%.

Tabela 51: Detalhamento das Internações – Setor – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	38,1%	34,1%	29,2%	33,1%	34,4%
Exames RP	4,9%	7,1%	7,9%	8,8%	10,7%
Terapias RP	3,9%	2,9%	3,2%	2,8%	3,2%
Materiais RP	11,1%	11,7%	13,0%	19,0%	15,8%
Medicamentos RP	10,1%	12,3%	12,8%	12,6%	11,0%
Outras Despesas RP	31,8%	32,0%	33,9%	23,7%	25,0%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Honorários CRED	17,5%	21,7%	18,9%	15,6%	19,2%
Exames CRED	6,3%	7,8%	8,7%	7,7%	6,3%
Terapias CRED	2,7%	2,1%	2,7%	2,4%	3,7%
Materiais CRED	19,9%	19,3%	21,9%	22,2%	21,2%
Medicamentos CRED	14,0%	15,5%	15,3%	15,8%	13,4%
Outras Despesas CRED	39,5%	33,6%	32,6%	36,2%	36,2%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

De modo contrário, enquanto na Rede Própria os Materiais Médicos representaram, em 2011, 15,8%, na Rede Credenciada e Outros chegaram a 21,2%. Esse crescimento de participação também é verificado na rubrica Outras Despesas, que ficaram em 25,0% contra 36,2% em 2011. Oportuno ressaltar que, em Contabilidade, é recomendável que uma rubrica intitulada “Outros” deve conter, no máximo, 10% de participação, pois, do contrário, as despesas ali classificadas seriam relevantes a ponto de ganhar uma rubrica específica. E, como pode ser visto, na Rede Credenciada e Outros tal rubrica chega a expressivos 39,5% do total

em 2007, indicando que, na melhor das hipóteses, as despesas com internações em Rede Credenciada e Outros são de difícil classificação, o que indicaria complexidade de sua apuração e incerteza quanto a seu comportamento. É nessa rubrica, por exemplo, que estão classificadas as “diárias e taxas” pagas pelas operadoras à sua rede credenciada.

Admitindo uma hipótese menos otimista, poderia indicar a existência de despesas não essenciais ao tratamento, como aquelas relacionadas a itens de hotelaria e conveniência ao paciente, que estão se tornando o cerne das despesas com internação na Rede Credenciada e Outros. Caso tal hipótese fosse confirmada analisando fatura a fatura de cada internação, poderia indicar a existência de oportunismo na relação operadora-hospital.

Além disso, há o fato de a Rede Credenciada e Outros gastar muito mais em Materiais Médicos e Medicamentos, itens identificados no setor como Mat-Med e reconhecidos como os grandes vilões das contas hospitalares. Pela análise verifica-se que sua reputação encontra lastro nos números: Mat-Med representa 34,6% do total, enquanto na Rede Própria o valor em 2011 é 7,9 p.p. menor: 26,7%. Com isso, tem-se mais uma demonstração que o investimento em hospitais por operadoras faz com que algumas despesas diminuam, e certamente não é por adotar protocolos médicos distintos, tampouco por prestar o mesmo serviço com custos de produção menores, dado que fornecedores, tecnologias e clientes são os mesmos. Tudo indica que se refere à inexistência de pesados custos de transação que envolvem a relação operadora-hospital credenciado ou particular.

Ainda é possível verificar a pouca relevância da rubrica Terapias, para a composição das despesas com internações, tendo atingindo o percentual máximo de 3,9% na Rede Própria em 2007.

Outro ponto que pode ser percebido da análise da tabela anterior é a evolução de cada rubrica durante o período de análise. Na Rede Própria, o que se verifica é uma perda de relevância dos Honorários Médicos e de Outras Despesas, em detrimento de um aumento dos Exames e Materiais Médicos. A redução de Outras Despesas é particularmente relevante porque pode indicar um melhor controle dos custos, seja na sua geração, seja na sua correta classificação, gerando maior previsibilidade dos mesmos. No que se refere aos Exames, pode ser um indício de investimentos nesse segmento, uma vez que apresenta crescimento médio acima das demais rubricas durante o período.

Na Rede Credenciada e Outros, o que se percebe são movimentos mais suaves, indicando uma maior estabilidade da estrutura. Os Honorários Médicos apresentam ligeiro

crescimento, da ordem de 1,7 p.p., seguido por Materiais Médicos, 1,3 p.p., e Terapias, 1,0%. Tal crescimento se dá em detrimento a uma redução de 3,4 p.p. na rubrica Outras Despesas.

Os itens a seguir procuram detalhar o comportamento das despesas com internações em cada modalidade, inclusive Seguradoras Especializadas que, apesar de não possuírem Rede Própria, podem servir como uma espécie de grupo de controle, dado que as variações em sua Rede Credenciada e Outros não ocorreriam em virtude da existência de uma Rede Própria.

4.2.10.1.2. Autogestões

As Autogestões apresentam um comportamento bastante errático, muito em virtude do ingresso de informações contábeis relevantes a partir de certo período. Por exemplo, o grande crescimento em 2008 das despesas pode ser explicado pelo ingresso de informações das Caixas de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e do Banco do Estado de São Paulo. Em 2010, novo salto é verificado pelo envio das informações de grandes operadoras como Geap e Capsesp, ligadas ao funcionalismo público federal, e que foram obrigadas a apresentar as demonstrações financeiras completas à ANS a partir de 2010, assim como todas as demais Autogestões subordinadas à Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc).

Tabela 52: Detalhamento das Internações – Autogestões – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	400.822,72	1.976.552,11	417.714,59	223.299,48	76.387,58
Exames RP	1.033.083,30	246.763,51	1.703,00	857,88	212.128,73
Terapias RP	72.461,88	48.991,08	-	-	17.267,44
Materiais RP	891.086,54	1.074.871,18	4.127,52	10.532,83	876.776,07
Medicamentos RP	959.490,89	1.852.125,71	6.861,39	126,01	1.273.287,99
Outras Despesas RP	1.559.751,37	3.682.505,29	541.994,70	-	1.804.316,54
Total RP	4.916.696,70	8.881.808,88	972.401,20	234.816,20	4.260.164,35
Honorários CRED	85.208.769,33	355.825.150,37	338.649.020,99	576.529.410,73	780.507.440,93
Exames CRED	23.142.740,03	116.534.893,91	154.565.767,02	289.957.461,50	405.485.423,95
Terapias CRED	13.916.327,26	47.637.105,75	79.874.633,71	158.706.823,33	202.428.371,53
Materiais CRED	105.260.845,15	193.027.654,67	301.999.439,39	708.182.755,27	739.838.761,75
Medicamentos CRED	73.176.962,08	409.318.701,58	381.807.795,57	812.908.697,66	812.133.912,54
Outras Despesas CRED	138.304.448,01	623.323.098,72	720.321.383,28	1.531.572.291,53	1.721.777.371,41
Total CredOutros	439.010.091,86	1.745.666.605,00	1.977.218.039,96	4.077.857.440,02	4.662.171.282,11

Fonte: Elaboração própria

As Autogestões já tomaram para si, como atividade complementar, a operação de planos de saúde. Sendo assim, a construção de hospitais próprios seria um passo muito além do que a estratégia da grande maioria das Autogestões cobriria. Portanto, despesas em Rede Própria são resquícios de prestação direta de serviços de algumas caixas de assistência vinculadas ao funcionalismo público. Desse modo, a análise das Autogestões permite muito mais verificar o

comportamento de sua estrutura de custos na Rede Credenciada do que qualquer inferência sobre sua estratégia de integração vertical via investimentos em hospitais.

Sob este prisma, a análise da tabela a seguir demonstra a baixa participação dos Honorários Médicos na Rede Credenciada e Outros das Autogestões. Em 2011, quando as despesas com Internações das Autogestões já somavam R\$ 4,7 bilhões, os Honorários Médicos representaram 16,7% desse valor. Em contrapartida, 36,9% das despesas foram classificadas como Outras, além dos 33,3% incorridos em Materiais e Medicamentos.

Tabela 53: Detalhamento das Internações – Autogestões – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	8,2%	22,3%	43,0%	95,1%	1,8%
Exames RP	21,0%	2,8%	0,2%	0,4%	5,0%
Terapias RP	1,5%	0,6%	0,0%	0,0%	0,4%
Materiais RP	18,1%	12,1%	0,4%	4,5%	20,6%
Medicamentos RP	19,5%	20,9%	0,7%	0,1%	29,9%
Outras Despesas RP	31,7%	41,5%	55,7%	0,0%	42,4%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Honorários CRED	19,4%	20,4%	17,1%	14,1%	16,7%
Exames CRED	5,3%	6,7%	7,8%	7,1%	8,7%
Terapias CRED	3,2%	2,7%	4,0%	3,9%	4,3%
Materiais CRED	24,0%	11,1%	15,3%	17,4%	15,9%
Medicamentos CRED	16,7%	23,4%	19,3%	19,9%	17,4%
Outras Despesas CRED	31,5%	35,7%	36,4%	37,6%	36,9%
Total CredOutros	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Em relação a 2010, o que se percebe é que houve uma pequena redução da participação dessas três rubricas mais relevantes: Medicamentos reduziu 2,5 p.p., Materiais Médicos, 1,5 p.p., enquanto Outras Despesas apresentaram queda de 0,6 p.p.

4.2.10.1.3. Cooperativas Médicas

Maior modalidade do setor, com 36% do faturamento total (ANS, 2013), as Cooperativas Médicas estão vendo suas despesas em Rede Própria crescerem a uma taxa anual média superior à da Rede Credenciada, indicando a existência de um direcionamento das despesas. Enquanto a Rede Própria cresceu no período a uma taxa anual média de 27,5%, o crescimento da Rede Credenciada e Outros foi de 18,0%.

Tabela 54: Detalhamento das Internações – Cooperativas Médicas – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	432.066.283,55	486.586.341,35	538.546.533,35	726.003.190,07	904.373.996,48
Exames RP	40.645.074,81	61.365.651,39	98.639.122,45	91.675.011,46	134.427.131,58
Terapias RP	56.896.914,23	52.368.589,23	65.559.934,77	93.335.596,57	126.183.564,76
Materiais RP	109.613.410,26	154.376.078,95	216.595.439,64	241.027.758,12	351.692.294,87
Medicamentos RP	84.357.787,99	119.715.611,89	151.588.828,94	187.410.540,48	206.867.016,73
Outras Despesas RP	169.927.755,86	268.646.955,75	328.966.004,65	440.769.347,99	636.774.708,41
Total RP	893.507.226,70	1.143.059.228,56	1.399.895.863,80	1.780.221.444,69	2.360.318.712,83
Honorários CRED	335.088.071,85	760.106.750,98	678.918.703,30	490.154.867,08	603.891.201,07
Exames CRED	128.180.533,61	142.950.046,63	199.089.042,06	206.867.832,81	268.124.048,85
Terapias CRED	106.638.225,14	118.647.381,03	190.748.668,60	105.637.417,34	122.703.363,76
Materiais CRED	552.738.363,26	696.005.249,92	796.653.273,86	1.045.741.881,75	1.301.375.041,54
Medicamentos CRED	464.687.709,05	613.981.882,46	755.103.060,81	904.641.501,92	976.089.630,40
Outras Despesas CRED	1.326.755.681,89	1.166.223.699,72	1.473.671.489,32	1.872.032.584,51	2.369.944.277,65
Total CRED	2.914.088.584,80	3.497.915.010,74	4.094.184.237,95	4.625.076.085,41	5.642.127.563,27

Fonte: Elaboração própria

As rubricas que apresentaram maior crescimento relativo no período foram Outras Despesas (275%) e Exames (231%) em Rede Própria e o menor crescimento foi verificado em Terapias em Rede Credenciada (15%).

Quando se analisa a participação de cada rubrica no total gasto com Internações verifica-se, assim como verificado na análise do setor inteiro, uma profunda distinção de estruturas entre Rede Própria e Rede Credenciada e Outros. Comparando os percentuais obtidos em 2011, verifica-se que, na Rede Própria, a rubrica mais relevante são os Honorários Médicos, com 38,3%, seguida de Outras Despesas, com 27,0%. Como os donos das Cooperativas são seus próprios cooperados médicos, é bem provável que obtenham uma melhor remuneração nos hospitais das cooperativas do que nos demais e sejam mais requisitados nas Internações em Rede Própria.

Já na Rede Credenciada e Outros, a rubrica mais relevante é Outras Despesas, com 42,0% do total, uma diferença de 15 p.p. em relação à Rede Própria, evidenciando a diferença de estrutura, bem como do controle e alocação dos custos. A segunda maior rubrica é Materiais Médicos, com 23,1%, seguida de Medicamentos, com 17,3%. Honorários Médicos representam apenas 10,7%, ou 27,6 p.p. a menos que nas Cooperativas Médicas.

Tabela 55: Detalhamento das Internações – Cooperativas Médicas – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	48,4%	42,6%	38,5%	40,8%	38,3%
Exames RP	4,5%	5,4%	7,0%	5,1%	5,7%
Terapias RP	6,4%	4,6%	4,7%	5,2%	5,3%
Materiais RP	12,3%	13,5%	15,5%	13,5%	14,9%
Medicamentos RP	9,4%	10,5%	10,8%	10,5%	8,8%
Outras Despesas RP	19,0%	23,5%	23,5%	24,8%	27,0%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Honorários CRED	11,5%	21,7%	16,6%	10,6%	10,7%
Exames CRED	4,4%	4,1%	4,9%	4,5%	4,8%
Terapias CRED	3,7%	3,4%	4,7%	2,3%	2,2%
Materiais CRED	19,0%	19,9%	19,5%	22,6%	23,1%
Medicamentos CRED	15,9%	17,6%	18,4%	19,6%	17,3%
Outras Despesas CRED	45,5%	33,3%	36,0%	40,5%	42,0%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

A diferença de participação de Materiais Médicos e Medicamentos também é digna de se mencionar, ambas na casa dos 8 p.p. Enquanto na Rede Própria, tais rubricas representam 23,7% do total, na Rede Credenciada e Outros esse valor sobe para 40,4%.

Quando a análise é direcionada para o comportamento da participação de cada rubrica durante o período, verifica-se que, apesar de sua grande relevância, Honorários Médicos em Rede Própria perderam 10,1 p.p. de participação entre 2007 e 2011, à medida que Outras Despesas se elevaram em 8,0 p.p. Ligeira elevação também é verificada em Materiais Médicos, de 2,6 p.p.

Na Rede Credenciada e Outros, o que se verifica é uma redução de 3,5 p.p. em Outras Despesas e uma elevação de 4,1 p.p. em Materiais Médicos. Novamente, as variações verificadas na Rede Credenciada e Outros são mais suaves do que as ocorridas em Rede Própria, demonstrando ser uma estrutura mais consolidada e, portanto, mais difícil de ser alterada. Assim como no setor inteiro, pode-se concluir que se trata de duas estruturas de custos distintas, algo que por si só, já estimularia algumas operadoras a verem a rede própria como uma alternativa a ser cogitada.

4.2.10.1.4. Filantropias

Os números a seguir demonstram a pouca representatividade das Filantropias para o setor de saúde suplementar. Com 2% do faturamento global do setor, as Filantropias apresentam uma estrutura de despesas com internação bem distinta das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupos, maiores modalidades e que ditam a tendência do setor de saúde suplementar. Entretanto, se comparadas as estruturas em Rede Própria e Rede Credenciada e Outros, verifica-se novamente distinções significativas.

A taxa de crescimento médio anual das despesas com Internações em Rede Própria é de 27,4%, apenas 4,5 p.p. superior ao da Rede Credenciada e Outros. A rubrica que mais cresce é Honorários Médicos, com 42,9% de crescimento médio anual. Apenas Exames e Terapias crescem a uma taxa abaixo da média anual geral.

Tabela 56: Detalhamento das Internações – Filantropias – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	8.192.795,49	6.715.462,28	18.103.190,51	26.046.509,30	34.123.333,68
Exames RP	10.402.215,00	14.161.139,19	16.946.975,27	19.942.121,02	20.782.740,71
Terapias RP	2.694.586,21	4.096.060,19	9.279.063,67	13.097.467,34	6.824.028,02
Materiais RP	22.579.926,30	38.991.612,44	54.887.315,42	65.961.116,12	70.398.407,80
Medicamentos RP	27.947.078,50	46.555.764,93	64.473.092,30	74.869.954,60	89.498.490,09
Outras Despesas RP	88.141.809,11	130.342.536,65	162.871.351,65	175.170.544,12	200.236.808,56
Total RP	159.958.410,61	240.862.575,68	326.560.988,82	375.087.712,50	421.863.808,86
Honorários CRED	55.522.403,62	69.040.630,61	78.409.126,81	84.209.292,64	90.322.685,95
Exames CRED	4.886.785,73	8.297.035,51	10.470.753,49	11.489.068,80	15.989.880,14
Terapias CRED	4.188.096,70	6.426.572,97	7.468.201,73	9.205.155,94	9.199.779,23
Materiais CRED	15.755.791,48	24.700.776,15	30.770.319,66	35.337.935,98	53.088.284,96
Medicamentos CRED	12.281.116,69	15.825.947,44	17.949.184,47	24.223.303,49	30.394.298,27
Outras Despesas CRED	29.704.773,29	42.838.258,64	58.207.231,44	63.373.258,58	80.208.116,73
Total CRED	122.338.967,51	167.129.221,32	203.274.817,60	227.838.015,43	279.203.045,28

Fonte: Elaboração própria

Na Rede Credenciada e Outros, o maior crescimento médio anual é verificado em Exames e Materiais Médicos, ambos na casa dos 35%. O menor crescimento verificado é em Honorários Médicos, de 12,9%.

No que se refere à participação de cada rubrica, é a Rede Própria das Filantropias que apresenta maior participação da rubrica Outras Despesas: praticamente metade das despesas, indicando o pouco controle e a conseqüente dificuldade de se estabelecer uma estratégia de redução de custos. Apesar disso, é verificada uma tendência de redução, tendo diminuído 7,6 p.p. durante o período de análise. A contrapartida dessa redução é o aumento relativo dos Honorários Médicos (3,0 p.p.), Materiais Médicos (2,6 p.p.) e Medicamentos (3,7 p.p.). Destaque-se, ainda, a pouca participação dos Honorários Médicos em Rede Própria, de apenas 8,1%, e a grande participação de Medicamentos em Rede Própria, com 21,2%, o que representa um valor 10,2 p.p. superior ao que todo o setor dispensa a Medicamentos.

Tabela 57: Detalhamento das Internações – Filantropias – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	5,1%	2,8%	5,5%	6,9%	8,1%
Exames RP	6,5%	5,9%	5,2%	5,3%	4,9%
Terapias RP	1,7%	1,7%	2,8%	3,5%	1,6%
Materiais RP	14,1%	16,2%	16,8%	17,6%	16,7%
Medicamentos RP	17,5%	19,3%	19,7%	20,0%	21,2%
Outras Despesas RP	55,1%	54,1%	49,9%	46,7%	47,5%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Honorários CRED	45,4%	41,3%	38,6%	37,0%	32,4%
Exames CRED	4,0%	5,0%	5,2%	5,0%	5,7%
Terapias CRED	3,4%	3,8%	3,7%	4,0%	3,3%
Materiais CRED	12,9%	14,8%	15,1%	15,5%	19,0%
Medicamentos CRED	10,0%	9,5%	8,8%	10,6%	10,9%
Outras Despesas CRED	24,3%	25,6%	28,6%	27,8%	28,7%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Seguindo a tendência contrária à apresentada pelo setor como um todo, as despesas com internação em Rede Credenciada e Outros apresentam uma grande participação dos Honorários Médicos, que, apesar da tendência de redução verificada no período, encerra 2011 com 32,4% do total das despesas. A tendência de queda da participação dos Honorários Médicos tem como contrapartida uma elevação da participação das rubricas Materiais Médicos e Outras Despesas que juntas, somam 10,6%.

4.2.10.1.5. Medicinas de Grupo

A segunda maior modalidade do setor de saúde suplementar, com 29% do faturamento total, gastou em 2011 mais de R\$ 7,4 bilhões em internações, dos quais R\$ 2,1 bilhões em rede própria. O crescimento nominal no período foi de 146,3%, representando um crescimento médio anual da ordem de 25,3%.

Das rubricas que compõem a subconta internações, destaca-se o expressivo crescimento verificado nos Exames, de 778,2%, seguido por em Materiais Médicos, 341,2%. Do modo contrário, Terapias e Outras Despesas crescem muito pouco, indicando que as Terapias não são o foco da rede própria, assim como o baixo crescimento das Outras Despesas indica um melhor controle e identificação de custos.

Tabela 58: Detalhamento das Internações – Medicinas de Grupo – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	280.794.953,04	306.884.448,43	261.085.718,32	733.469.463,83	725.660.604,61
Exames RP	41.030.520,68	90.545.486,02	105.936.778,66	285.282.488,27	360.341.096,10
Terapias RP	15.054.368,96	11.193.693,45	15.881.998,44	19.003.254,00	21.879.875,42
Materiais RP	76.966.908,99	79.881.223,37	91.922.754,32	547.228.524,12	339.594.264,62
Medicamentos RP	77.220.770,23	121.176.250,77	143.686.226,02	305.112.398,43	233.600.563,45
Outras Despesas RP	343.102.424,09	350.119.328,75	457.263.651,73	446.769.558,29	373.137.514,03
Total RP	834.169.945,99	959.800.430,79	1.075.777.127,49	2.336.865.686,94	2.054.213.918,23
Honorários CRED	627.865.489,03	1.137.649.227,58	1.242.000.118,59	1.013.106.895,56	1.712.824.511,42
Exames CRED	171.509.471,54	478.239.662,64	510.203.371,97	184.649.596,84	316.493.261,75
Terapias CRED	56.036.527,87	52.473.688,11	78.056.219,10	89.287.707,30	103.475.915,15
Materiais CRED	358.648.774,09	720.309.282,31	1.063.914.746,98	800.940.170,53	972.029.369,43
Medicamentos CRED	307.058.141,13	594.338.088,89	715.170.701,59	480.565.607,80	563.227.286,13
Outras Despesas CRED	947.227.973,32	1.055.178.320,53	1.339.561.901,11	1.419.342.790,39	1.692.503.240,69
Total CRED	2.468.346.376,98	4.038.188.270,06	4.948.907.059,34	3.987.892.768,42	5.360.553.584,57

Fonte: Elaboração própria

Nas despesas incorridas em Rede Credenciada e Outros, o crescimento médio anual foi de 21,4%, 3,8 p.p. a menos que a Rede Própria, indicando que esta última vem tomando participação. Apesar de apresentar queda em 2009, as despesas em Rede Credenciada e Outros apresentaram crescimento nominal 117,2%, puxado pelos Honorários Médicos e Materiais Médicos, ambos com crescimento anual da ordem de 28,5%. Demonstrando a maior estabilidade dessas despesas também nas Medicinas de Grupo, as demais rubricas crescem todas a ordem de 16% ao ano.

Da análise da participação de cada rubrica sobre o total gasto com Internações, pode-se verificar o consistente crescimento relativo dos Exames em Rede Própria, da ordem de 12,6 p.p. Do mesmo modo, identifica-se uma consistente redução dos valores classificados como Outras Despesas, de 23,0 p.p. Tal redução pode significar maior controle e identificação de custos, como também menos despesas acessórias, como as de hotelaria, sendo cobradas.

Importante notar, ainda, o crescimento dos Materiais em Rede Própria, que encerrou 2011 representando 16,5% do total gasto, sendo que em 2007 esse percentual era de 9,3%. Assim como verificado nas Cooperativas Médicas e no comportamento geral do setor, os Honorários Médicos são a rubrica mais relevante das Internações em Rede Própria, com 35,3% do total em 2011. No início do período de análise, a rubrica mais relevante era Outras Despesas, que foi perdendo participação ao longo dos anos, em detrimento aos Honorários Médicos.

Tabela 59: Detalhamento das Internações – Medicinas de Grupo – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários RP	33,7%	32,0%	24,3%	31,4%	35,3%
Exames RP	4,9%	9,4%	9,8%	12,2%	17,5%
Terapias RP	1,8%	1,2%	1,5%	0,8%	1,1%
Materiais RP	9,2%	8,3%	8,5%	23,4%	16,5%
Medicamentos RP	9,3%	12,6%	13,4%	13,1%	11,4%
Outras Despesas RP	41,1%	36,5%	42,5%	19,1%	18,2%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Honorários CRED	25,4%	28,2%	25,1%	25,4%	32,0%
Exames CRED	6,9%	11,8%	10,3%	4,6%	5,9%
Terapias CRED	2,3%	1,3%	1,6%	2,2%	1,9%
Materiais CRED	14,5%	17,8%	21,5%	20,1%	18,1%
Medicamentos CRED	12,4%	14,7%	14,5%	12,1%	10,5%
Outras Despesas CRED	38,4%	26,1%	27,1%	35,6%	31,6%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Quanto às Internações em Rede Credenciada e Outros, verifica-se que a estrutura de custos em relação à Rede Própria é a que apresenta menor variação dentre as modalidades, à exceção das despesas com Exames, muito maior na Rede Própria, e Outras Despesas, ainda expressiva na Rede Credenciada e Outros. A esse respeito, observa-se que a participação de Exames em Rede Própria superou a da Rede Credenciada e Outros apenas a partir de 2010, indicando uma estratégia de fornecimento em rede própria em curso a partir de então, estratégia esta que fez não somente a participação dos Exames aumentar na Rede Própria como também diminuir na Rede Credenciada e Outros, sugerindo que tais movimentos estão relacionados.

Os Honorários Médicos na Rede Credenciada e Outros cresceram 6,5 p.p. durante o período de análise, seguido dos Materiais Médicos, com 3,6 p.p. de crescimento em 2011 em relação a 2007. Tal crescimento foi conseguido graças à diminuição de 6,8 p.p. das Outras Despesas no período e de 1,9 p.p. dos Medicamentos. Uma vez mais, fica evidente a baixa participação das Terapias na composição das despesas com Internações.

4.2.10.1.6. Seguradoras Especializadas em Saúde

Apesar de ser a terceira maior modalidade em faturamento, com 20% do total, as maiores despesas em Internações são verificadas nas Seguradoras Especializadas em Saúde, modalidade que está legalmente proibida de investir em rede própria. Desse modo, a estrutura de custos das Internações dessa modalidade pode servir de grupo de controle para verificar se há um direcionamento específico na integração das demais modalidades, especialmente nas Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, as mais representativas.

É razoável supor que, se houvesse um direcionamento das Internações em Rede Própria para tipos específicos, como de alta complexidade, e que destoassem do perfil das Internações em geral, seria possível afirmar que as distintas estruturas de custos existentes entre Rede Própria e Rede Credenciada e Outros surgem não em razão de complexidade, incerteza e/ou oportunismo, e sim em virtude do grau de complexidade da Internação oferecida na Rede Própria vis-à-vis Rede Credenciada e Outros.

O crescimento nominal das Internações nessa modalidade entre 2007 e 2011 foi de 163,6%, enquanto o crescimento do setor foi de 166,4%, ou seja, muito próximos. Diferentemente do setor, o maior crescimento apresentado pelas Seguradoras Especializadas em Saúde foi em Terapias, que encerrou 2011 com R\$ 526,4 milhões, após grande crescimento em relação a 2010.

Tabela 60: Detalhamento das Internações – Seguradoras Especializadas em Saúde – Valores Nominais

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários CRED	614.481.406,41	681.957.012,83	768.957.446,96	782.616.006,64	1.832.025.748,65
Exames CRED	294.319.619,59	329.106.202,28	559.352.171,29	761.069.699,56	654.512.710,27
Terapias CRED	86.239.061,29	64.240.595,18	81.603.563,26	96.706.100,48	526.364.273,02
Materiais CRED	921.055.424,35	1.032.233.162,59	1.419.630.964,16	1.611.850.184,70	2.484.205.297,09
Medicamentos CRED	520.615.154,18	517.753.407,08	642.789.395,20	765.826.064,27	1.129.701.472,43
Outras Despesas CRED	1.441.413.679,25	1.769.996.017,01	1.776.728.045,40	1.960.296.957,92	3.596.332.267,09
Total CRED	3.878.124.345,07	4.395.286.396,97	5.249.061.586,27	5.978.365.013,57	10.223.141.768,55

Fonte: Elaboração própria

Quanto à participação relativa, verifica-se que a estrutura de custos das Seguradoras Especializadas em Saúde é bastante similar às despesas de todo o setor em Rede Credenciada e Outros. Durante o ano de 2011, a maior diferença entre os percentuais encontrados nas Seguradoras Especializadas e o verificado em todo o setor foi em Materiais Médicos, da ordem de 3,1 p.p. Isso sugere que não há diferenciação do grau de complexidade das Internações oferecidas na Rede Própria ou na Rede Credenciada e Outros.

Sendo assim, é razoável supor que as distintas estruturas de custos existentes ocorrem em razão de fatores outros que não a produção – que, em geral, segue protocolos médicos estabelecidos – ou o direcionamento de alguns tipos de tratamentos. Dentre tais fatores, três são determinantes para a integração vertical segundo a Teoria dos Custos de Transação: o oportunismo existente na relação operadora-hospital e a complexidade e incerteza verificada na gestão das despesas incorridas dentro dos hospitais, especialmente no que se refere a internações, que foram passíveis de comparação.

Tabela 61: Detalhamento das Internações – Seguradoras Especializadas em Saúde – Participação de cada Rubrica

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011
Honorários CRED	15,8%	15,5%	14,6%	13,1%	17,9%
Exames CRED	7,6%	7,5%	10,7%	12,7%	6,4%
Terapias CRED	2,2%	1,5%	1,6%	1,6%	5,1%
Materiais CRED	23,8%	23,5%	27,0%	27,0%	24,3%
Medicamentos CRED	13,4%	11,8%	12,2%	12,8%	11,1%
Outras Despesas CRED	37,2%	40,3%	33,8%	32,8%	35,2%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Verificando os percentuais de cada rubrica encontrados nas Seguradoras Especializadas, percebe-se a pouca relevância dos Honorários Médicos sobre o total das despesas. Enquanto na Rede Própria das Cooperativas Médicas esse percentual já foi de 48,4% em 2007, nas Seguradoras o maior percentual é verificado em 2011, de apenas 17,9%. Isso tudo porque apresentou crescimento em 2011 após sucessivas quedas entre 2008 e 2010.

Assim como nas despesas em Rede Credenciada e Outros de todo o setor, impressiona os 35,2% alocados a Outras Despesas, despesas estas que, pela própria denominação da conta, deveria ser secundária em termos de apuração de custos. Contudo, representa quase o dobro dos Honorários Médicos. Do mesmo modo, verifica-se a relevância dos Materiais Médicos, que encerrou 2011 com 24,3%, seguido dos Medicamentos, com 11,1%.

O único movimento das Seguradoras que destoia do comportamento geral do setor é o crescimento verificado em Terapias durante o ano de 2011, fazendo a rubrica saltar de um patamar de 1,6% para encerrar o período com 5,1%. Ainda assim, continua apresentando a menor participação dentre as demais rubricas.

Enquanto Honorários Médicos e Terapias apresentaram crescimento entre 2010 e 2011, Exames apresentaram significativa redução, de 6,3 p.p., encerrando 2011 com 6,4%, maior apenas que as despesas com Terapias.

4.2.11. Despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais

Nesta rubrica encontram-se registradas as despesas com a realização de procedimentos de baixa complexidade em nível ambulatorial, como pequenas cirurgias, suturas, imobilização, aplicação de injeções, dentre outros, além da remuneração dos profissionais de saúde não-médicos que participam dos procedimentos, como os profissionais de enfermagem. Em resumo, seriam as despesas incorridas em um ambulatório, clínica ambulatorial ou unidade de pronto atendimento na prestação direta de serviços de saúde que não se

caracterizam como consultas, exames e terapias. Tais despesas incluem, além dos honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

Como pode ser observado na tabela a seguir, as despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria teve um crescimento de 143,5% entre 2007 e 2011 em valores nominais. Esse crescimento foi verificado em todas as modalidades, com destaque para a consistência do crescimento anual entre as Filantropias.

Tabela 62: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Outros At Amb RP 2007	Outros At Amb RP 2008	Outros At Amb RP 2009	Outros At Amb RP 2010	Outros At Amb RP 2011
Autogestão	239.725,41	1.156.746,86	121.129,73	114.520,22	1.256.778,04
Cooperativa Médica	228.347.156,90	490.134.719,39	446.959.895,94	461.219.920,89	568.024.554,86
Filantropia	15.684.246,82	25.765.540,21	36.773.095,27	40.178.373,03	51.372.044,57
Medicina de Grupo	130.392.566,22	207.124.226,19	236.108.040,05	223.745.202,13	291.616.596,69
Total geral	374.663.695,35	724.181.232,65	719.962.160,99	725.258.016,27	912.269.974,16

Fonte: Elaboração própria

As Cooperativas Médicas apresentaram um grande salto em 2008, em virtude da contabilização de despesas da ordem de R\$ 152,4 milhões pela Unimed São Gonçalo e Niterói, algo que não foi verificado nos anos seguintes. Isso fez com que a modalidade apresentasse uma queda de despesas em 2009, que seria recuperada no decorrer dos três anos seguintes, encerrando 2011 com um crescimento nominal de 148,8%, superior à média do setor.

De igual modo, as Autogestões apresentaram um comportamento errático ao longo dos cinco anos sob análise, apresentando crescimentos expressivos em 2008 e 2011 e reduções abruptas em 2009 e 2010. Analisando o conjunto de operadoras, verifica-se que tais movimentos estão relacionados ao registro pontual de tais despesas pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil em 2008, no valor de R\$ 871,0 mil, e pela Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul em 2011, no valor de R\$ 939,0 mil. Desconsiderados tais registros, verifica-se que a participação de Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria entre as Autogestões é relativamente baixa.

As Medicinas de Grupo também apresentaram crescimento nominal em suas despesas durante os anos sob análise, à exceção de 2010. Em que pese essa redução, em 2011 as despesas em rede própria representaram 223,7% do total incorrido em 2007.

Analisando a participação relativa de cada modalidade nesse tipo de despesa, verifica-se que, apesar de haver crescimento nominal em todas elas, são as Cooperativas Médicas e Filantropias que estão crescendo em um ritmo mais acelerado, conquistando participação das Medicinas de Grupo. É possível observar, ainda, a inexpressividade da participação das Autogestões.

Tabela 63: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Outros At Amb RP 2007	Outros At Amb RP 2008	Outros At Amb RP 2009	Outros At Amb RP 2010	Outros At Amb RP 2011
Autogestão	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
Cooperativa Médica	60,9%	67,7%	62,1%	63,6%	62,3%
Filantropia	4,2%	3,6%	5,1%	5,5%	5,6%
Medicina de Grupo	34,8%	28,6%	32,8%	30,9%	32,0%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Pela tabela anterior, verifica-se que 62,3% das despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria incorridos em 2011 foram em Cooperativas Médicas. Se comparado com o ano de 2007, houve crescimento de 1,3 p.p. Dentre as Filantropias, o crescimento foi um pouco maior, de 1,4 p.p.

O crescimento da participação dessas duas modalidades se deu em detrimento da queda de 2,8 p.p das Medicinas de Grupo, que encerram 2011 com 32,0% das despesas.

Para fins de verificação de indícios de integração vertical no que se refere às despesas, a análise mais interessante se dá na participação dessa categoria de despesas em rede própria sobre o total. Nesse quesito, verifica-se que, desde 2009, o setor como um todo apresenta uma estabilidade na participação, com cerca de 39% das despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais sendo incorridas em rede própria. O crescimento em relação à 2007 foi de 5,3 p.p., o que não é desprezível.

Importante observar, uma vez mais, que o salto na participação em 2008 ocorreu devido a um registro pontual da Unimed São Gonçalo e Niterói, em valor suficiente para influenciar nos resultados de todo o setor. Do mesmo modo, o percentual de 100% verificado entre as Autogestões em 2007 se deveu ao fato de apenas uma ter registrado tais despesas em seus demonstrativos financeiros, a Comseder – Cooperativa de Assistência Médica dos Servidores da SUPLAN e do DER Ltda., que também representava a totalidade dos gastos das Autogestões com Outros Atendimentos Ambulatoriais.

Exceção feita a esses dois casos, todos os demais movimentos realizados não foram abruptos ou pontuais, indicando a existência de um comportamento nas despesas das operadoras. Por exemplo, a consistente elevação da participação desse tipo de despesa entre as Filantropias, que os viram aumentar em 15,0 p.p. entre 2007 e 2011. Em 2011, 40,92% das despesas com Outros Atendimentos Ambulatoriais das Filantropias foram realizados em Rede Própria.

Tabela 64: Participação Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Modalidade

Modalidade	OAARP/OAAT 2007	OAARP/OAAT 2008	OAARP/OAAT 2009	OAARP/OAAT 2010	OAARP/OAAT 2011	Média
Autogestão	100,00%	0,73%	0,09%	0,11%	1,42%	20,47%
Cooperativa Médica	33,33%	55,96%	47,22%	43,56%	38,55%	43,72%
Filantropia	25,96%	31,80%	38,67%	37,96%	40,92%	35,06%
Medicina de Grupo	37,75%	37,50%	36,33%	38,93%	47,45%	39,59%
Total geral	34,33%	43,41%	39,33%	39,43%	39,62%	39,23%

Fonte: Elaboração própria

De igual modo, percebe-se crescimento nas despesas em rede própria das Medicinas de Grupo, que encerraram 2011 com 9,7 p.p. de aumento em relação a 2007 e alcançou a maior participação em rede própria de todo o setor, com 47,45%. Destaque para o expressivo crescimento de 8,5 p.p. verificado entre 2010 e 2011, que não pode ser explicado por um movimento pontual de alguma(s) operadora(s), mas que representou uma acentuação generalizada da prestação desse tipo de serviço em rede própria.

Até as Cooperativas Médicas, que desde 2008 vem reduzindo a participação da rede própria, ainda mantém 38,55% do total em sua rede, fazendo com que o ano de 2011 seja 5,2 p.p. superior ao ano inicial, 2007.

No que se refere ao comportamento individual das operadoras, percebe-se que as vinte operadoras que têm mais despesas anuais médias em rede própria representaram 60,10% do total gasto pelo setor, incorridos por um universo de 450 operadoras.

Com 14,21% de despesa média anual em rede própria, a Intermédica Sistema de Saúde S/A figura o topo da lista, apresentando crescimento nominal de 200% entre 2011 e 2007. A maior variação positiva ocorreu em 2009, quando as despesas foram de R\$ 112,6 milhões. Tal despesa apresentou uma ligeira redução em 2010 e, em 2011, totalizou R\$ 153,7 milhões. Esse valor seria mais do que o dobro da segunda maior despesa registrada em 2011, que foi de R\$ 59,8 milhões da Unimed BH.

Tabela 65: Outros Atendimentos Ambulatoriais – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Outros At Amb RP 2007	Outros At Amb RP 2008	Outros At Amb RP 2009	Outros At Amb RP 2010	Outros At Amb RP 2011	Média	%	% Acumulado
1	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	51.280.726,45	63.205.752,55	112.570.339,58	110.782.960,65	153.726.210,77	98.313.198,00	14,21%	14,21%
2	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. M	Cooperativa Médica	19.657.034,92	48.658.387,51	68.230.920,81	25.467.147,01	28.005.421,24	38.003.782,30	5,49%	19,71%
3	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.N	Cooperativa Médica	-	152.414.904,80	1.231.234,50	297.499,38	140.679,25	30.816.863,59	4,45%	24,16%
4	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO LT	Cooperativa Médica	24.411.193,66	25.278.216,92	26.477.521,81	33.169.829,67	31.027.827,10	28.072.917,83	4,06%	28,22%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	12.101.832,20	66.078.923,22	29.491.086,27	18.195.269,13	-	25.173.422,16	3,64%	31,86%
6	324698	CRUSAM CRUZEIRO DO SUL SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	Medicina de Grupo	-	24.852.209,70	27.609.223,84	31.153.187,19	33.730.634,23	23.469.050,99	3,39%	35,25%
7	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE T	Cooperativa Médica	5.210.966,86	16.576.348,73	25.494.434,52	25.386.177,69	33.032.805,91	21.140.146,74	3,06%	38,31%
8	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE	Cooperativa Médica	871.503,47	3.151.885,33	18.571.042,35	37.398.606,17	42.987.247,22	20.596.056,91	2,98%	41,28%
9	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	15.007.970,14	15.362.166,34	18.815.266,34	20.844.815,72	26.606.398,99	19.327.323,51	2,79%	44,08%
10	334561	UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	4.463.917,98	19.010.848,74	20.736.867,91	24.968.807,12	22.869.491,80	18.409.986,71	2,66%	46,74%
11	326861	PROMÉDICA - PROTEÇÃO MÉDICA A EMPRESAS S.A.	Medicina de Grupo	4.620.566,15	11.879.514,67	15.835.927,83	18.730.891,22	17.018.765,58	13.617.133,09	1,97%	48,71%
12	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	-	-	-	-	59.813.402,16	11.962.680,43	1,73%	50,44%
13	321273	UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	7.711.056,02	9.929.179,09	9.823.691,75	10.803.998,41	13.471.665,22	10.347.918,10	1,50%	51,93%
14	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	5.194.765,89	6.492.778,95	9.204.398,73	8.468.782,27	13.432.913,27	8.558.727,82	1,24%	53,17%
15	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE ME	Cooperativa Médica	5.130.432,39	6.779.178,84	7.250.672,27	8.201.101,24	13.590.962,85	8.190.469,52	1,18%	54,35%
16	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	8.170.431,46	10.606.983,12	7.920.540,75	6.678.061,88	7.097.290,43	8.094.661,53	1,17%	55,52%
17	355721	UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MEDICO	Cooperativa Médica	-	-	-	26.844.802,04	13.595.650,21	8.088.102,45	1,17%	56,69%
18	329245	SANTAMÁLIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	-	-	7.250.334,88	366.403,66	32.526.102,97	8.028.568,30	1,16%	57,85%
19	364212	UNIMED DE ARARAQUARA - COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	5.100.491,87	5.503.806,55	5.840.263,31	9.627.631,22	13.502.736,46	7.914.985,88	1,14%	59,00%
20	316491	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SA	Filantropia	53.297,04	7.665.516,24	10.853.681,29	9.729.722,91	9.970.862,39	7.654.615,97	1,11%	60,10%

Fonte: Elaboração própria

A respeito da Unimed BH é importante observar que, assim como observado quando do estudo das Internações, verifica-se que suas despesas com Outros Atendimentos

Ambulatoriais em Rede Própria se iniciaram em 2011, indicando a entrada em operação de um hospital ou clínica. Ou seja, trata-se de um caso que a implementação da decisão de se integrar verticalmente ocorreu há pouco tempo e seus resultados são expressivos, denotando a evidência que uma estratégia deliberada nesse sentido está em curso. Afinal, as despesas de apenas um ano foram suficientes para fazer a Unimed BH figurar em 12º lugar na lista das vinte maiores médias anuais do período 2007-2011, sendo a segunda maior despesa registrada por uma operadora em 2011, somente atrás, como visto, da Intermédica Sistema de Saúde S/A.

Apesar de a Unimed BH ser o caso mais emblemático, é possível verificar pela tabela anterior que outras operadoras, que já compõem as maiores despesas anuais médias, iniciaram a adoção dessa estratégia dentro do período de análise, como é o caso de Unimed São Gonçalo e Niterói, Crusam Cruzeiro do Sul Serviço de Assistência Médica S.A., Unimed Nordeste do Rio Grande do Sul, Unimed Santos, Santamália Saúde S.A. e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos. Dessas, pode-se afirmar que apenas a Unimed São Gonçalo e Niterói representa uma questão pontual, verificada apenas durante o ano de 2008.

Em contrapartida, o único caso de descontinuidade registrado foi da Amil Saúde Ltda. e assim mesmo em razão de sua incorporação pela Amil Assistência Médica Internacional S.A. Além desse caso específico, a única operadora dentre as vinte que apresentou redução das despesas nominais em rede própria foi o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro, que encerrou 2011 com um valor R\$ 1,1 milhão inferior ao registrado em 2007.

Quando verificada a relação rede própria vis-à-vis rede credenciada dos Outros Atendimento Ambulatoriais percebe-se, dentre as vinte operadoras listadas, crescimento expressivo entre 2007 e 2011 em algumas delas, como foi o caso Unimed de Blumenau, que em 2011 tinha 62,69% desse tipo de despesa incorrido em rede própria, em detrimento dos 20,44% verificado em 2007. O mesmo acontece com a Unimed Nordeste do Rio Grande do Sul, que partiu de 37,49% de despesas em rede própria em 2007 para 61,44% em 2011, um crescimento de 24,0 p.p.

Dentre as operadoras que iniciaram a participação em rede própria durante o período de análise, destaca-se a atuação da Santamália Saúde S/A, que, apesar de iniciar os Outros Atendimento Ambulatoriais em Rede Própria apenas em 2009, já possuía 57,50% das despesas ali alocadas quando do final de 2011. De igual modo, a Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos inicia 2007 com inexpressivos 0,37% de participação da rede própria e termina 2011 com 75,76%, um crescimento de 75,38%. Ainda com relação aos novos

entrantes, verifica-se que a Unimed BH, já em seu primeiro ano, registra despesas em rede própria equivalentes a 32,09% do total.

Tabela 66: Participação dos Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	OAARP/OAAT 2007	OAARP/OAAT 2008	OAARP/OAAT 2009	OAARP/OAAT 2010	OAARP/OAAT 2011	Média
1	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	54,26%	46,24%	55,29%	48,46%	52,96%	51,44%
2	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉD	Cooperativa Médica	45,33%	61,24%	74,44%	49,60%	47,95%	55,71%
3	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MÉD	Cooperativa Médica	0,00%	100,00%	3,86%	53,52%	17,41%	34,96%
4	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO LTD	Cooperativa Médica	98,62%	97,76%	97,01%	46,41%	41,94%	76,35%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	10,79%	31,28%	14,41%	16,40%		14,58%
6	324698	CRUSAM CRUZEIRO DO SUL SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉD	Medicina de Grupo		74,35%	68,74%	72,16%	68,83%	56,82%
7	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TR	Cooperativa Médica	69,64%	67,73%	73,20%	67,62%	70,76%	69,79%
8	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE SER	Cooperativa Médica	37,49%	34,00%	56,32%	60,05%	61,44%	49,86%
9	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica	54,39%	51,85%	55,16%	54,40%	55,18%	54,20%
10	334561	UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica	20,44%	52,22%	57,24%	64,90%	62,69%	51,50%
11	326861	PROMÉDICA - PROTEÇÃO MÉDICA A EMPRESAS S. A.	Medicina de Grupo	49,59%	50,71%	59,69%	59,30%	61,51%	56,16%
12	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica					32,09%	6,42%
13	321273	UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD	Cooperativa Médica	71,71%	69,42%	65,88%	70,46%	70,88%	69,67%
14	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	15,72%	18,48%	24,97%	21,19%	32,79%	22,63%
15	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉD	Cooperativa Médica	53,72%	53,76%	49,60%	48,11%	14,85%	44,01%
16	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	36,55%	34,08%	29,57%	22,99%	20,71%	28,78%
17	355721	UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MEDICO	Cooperativa Médica			0,00%	89,56%	51,83%	28,28%
18	339245	SANTAMALIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo			44,18%	30,99%	57,50%	26,54%
19	364312	UNIMED DE ARARAQUARA - COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	54,52%	56,33%	51,09%	60,60%	59,87%	56,48%
20	316491	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SAN	Filantropia	0,37%	51,91%	86,46%	81,53%	75,76%	59,21%

Fonte: Elaboração própria

Das vinte operadoras listadas, seis apresentam redução da participação em rede própria, das quais apenas quatro delas têm uma redução acima de 2,0 p.p. entre 2007 e 2011. A maior redução ocorreu na Unimed de Manaus, com 56,7 p.p., passando de 98,62% de participação em 2007 para 41,94% em 2011. Outra redução expressiva foi verificada na Unimed Curitiba, de 38,9 p.p. e no Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., de 15,8 p.p. A Amil Saúde Ltda. apresentou redução em seu último ano em virtude de sua incorporação pela Amil Assistência Médica Internacional.

Oportuno observar, ainda, que três operadoras tiveram mais de 70% de suas despesas incorridas em rede própria: a já mencionada Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, Unimed de Joinville e Unimed Grande Florianópolis.

4.2.12. Demais Despesas Médico-Hospitalares

Na subconta Demais Despesas Médico-Hospitalares se classificam as despesas assistenciais médico-hospitalares acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais contas. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica.

Os valores registrados em rede própria, diferentemente do total geral contabilizado, apresentam um comportamento bastante errático, tanto no que se refere ao total incorrido pelo setor quanto em cada modalidade. Percebe-se que, em 2008, tais despesas chegaram a R\$ 1,4 bilhão, para em 2009 ser reduzida à metade. Analisando os dados de cada operadora, verifica-

se que R\$ 765,8 milhões foram incorridos apenas pela Unimed Rio, que nos anos seguintes deixou de registrar saldos relevantes na referida subconta.

Tabela 67: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Demais Desp MedHosp RP 2007	Demais Desp MedHosp RP 2008	Demais Desp MedHosp RP 2009	Demais Desp MedHosp RP 2010	Demais Desp MedHosp RP 2011
Autogestão	-	1.800.691,56	1.619.523,86	1.239.277,78	6.042.958,64
Cooperativa Médica	627.555.604,61	1.125.974.216,39	437.329.452,58	708.196.089,62	574.725.796,35
Filantropia	55.708.101,00	22.470.949,00	27.990.114,09	13.181.163,63	13.928.521,16
Medicina de Grupo	237.421.714,01	200.790.758,94	232.068.746,22	281.138.442,68	156.626.487,88
Total geral	920.685.419,62	1.351.036.615,89	699.007.836,75	1.003.754.973,71	751.323.764,03

Fonte: Elaboração própria

Se comparados anos inicial e final do período, verifica-se que as Filantropias foram a modalidade que mais teve suas despesas reduzidas, com quedas significativas verificadas em 2008 e 2010. Do mesmo modo, as Medicinas de Grupo apresentaram queda de suas despesas em 2011, se comparadas com 2007.

Sendo assim, verifica-se que as três modalidades mais representativas das despesas em rede própria, se analisado apenas o ano inicial e o final, apresentaram redução em seus valores, embora os três anos intermediários apresentem grande variação, inclusive com alguns aumentos significativos.

Ratificando a pouca relevância das Autogestões para as Demais Despesas Assistenciais, verifica-se que sua participação não ultrapassa 0,8% do total. Da análise da tabela a seguir é possível verificar que as Medicinas de Grupo e, principalmente, as Filantropias, estão perdendo participação para as Cooperativas Médicas.

Tabela 68: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Demais Desp MedHosp RP 2007	Demais Desp MedHosp RP 2008	Demais Desp MedHosp RP 2009	Demais Desp MedHosp RP 2010	Demais Desp MedHosp RP 2011
Autogestão	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,8%
Cooperativa Médica	68,2%	83,3%	62,6%	70,6%	76,5%
Filantropia	6,1%	1,7%	4,0%	1,3%	1,9%
Medicina de Grupo	25,8%	14,9%	33,2%	28,0%	20,8%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Tal conclusão, contudo não pode ser ratificada pelos anos intermediários do período, que indica grande variação dos números. Isso pode sugerir que não existe uma estratégia deliberada de direcionamento de tais despesas para a rede própria de uma ou outra modalidade, ou caso exista uma estratégia, ela não foi bem-sucedida durante o período de análise.

De igual modo, verifica-se que a participação da Rede Própria sobre o total das Demais Despesas Assistenciais vem caindo, tendo praticamente reduzindo seu tamanho à metade em cinco anos. Dentre as modalidades, apenas as Autogestões encerraram o período com uma participação maior que em seu início. A esse respeito é oportuno destacar a acentuada queda de 28,1 p.p. das Cooperativas Médicas, algo que fez reduzir sua participação para menos da metade do que era em 2007.

Tabela 69: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Modalidade

Modalidade	DDMHRP/DDMHT 2007	DDMHRP/DDMHT 2008	DDMHRP/DDMHT 2009	DDMHRP/DDMHT 2010	DDMHRP/DDMHT 2011	Média
Autogestão	0,00%	1,74%	2,98%	0,88%	3,40%	1,80%
Cooperativa Médica	47,52%	73,25%	23,65%	26,69%	19,39%	38,10%
Filantropia	69,43%	61,93%	65,34%	31,42%	47,48%	55,12%
Medicina de Grupo	19,76%	23,75%	30,15%	25,51%	17,30%	23,29%
Total geral	35,32%	53,56%	25,74%	25,49%	18,43%	31,71%

Fonte: Elaboração própria

As Filantropias, da mesma maneira, reduziram a participação da rede própria em 21,9 p.p., depois de já ter 69,43% de suas despesas incorridas em rede própria. A menor queda verificada foi entre as Medicinas de Grupo, que encerraram 2011 com 2,5 p.p. a menos do que em 2007, apesar de terem apresentando percentuais superiores a 23% entre 2008 e 2010.

Da relação das vinte maiores despesas em rede própria do período, observam-se comportamentos diferentes, e por vezes até opostos, dentre as operadoras. Por exemplo, há operadoras que descontinuaram as Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria, como as Unimed Rio e Salvador. No outro extremo, há operadoras que começaram incorrer em tais despesas durante o período, como Unimed de Belém, Federação das Cooperativas de Trabalho Médico do Ceará e o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. Quanto a essa última operadora, os valores foram tão representativos que as despesas de apenas dois anos foram suficientes para alcançar a décima sexta maior despesa do período 2007-2011.

Quanto à representatividade, verifica-se também a grande concentração das Demais Despesas Assistenciais em Rede Própria nas vinte operadoras com maiores despesas no período. Das 369 operadoras que registraram algum tipo de despesa em rede própria no período, as vinte primeiras representam 77,78% do total. Somente as três primeiras já representam 44,57% do total das despesas em rede própria.

Tabela 70: Demais Despesas Médico-Hospitalares – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Demais Desp. MédHosp RP 2007	Demais Desp. MédHosp RP 2008	Demais Desp. MédHosp RP 2009	Demais Desp. MédHosp RP 2010	Demais Desp. MédHosp RP 2011	Média	%	% Acumulada
1	39321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	204.819.356,41	765.815.038,64			21.024,85	194.131.083,98	20,54%	20,54%
2	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	91.796.514,91	108.503.049,85	131.716.393,47	136.201.979,89	154.198.383,85	124.483.264,39	13,17%	33,71%
3	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	60.236.534,27	71.249.322,36	93.329.323,99	213.126.772,63	75.422.235,22	102.672.837,69	10,86%	44,57%
4	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	23.837.816,05	30.740.341,38	82.348.987,08	38.908.905,15	12.151.271,36	37.597.464,20	3,98%	48,55%
5	306522	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	38.035.753,77	25.320.310,69	91.018.108,04	42.406.807,04	22.908.719,07	36.657.839,72	3,81%	52,37%
6	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	26.737.721,06	27.019.007,66	31.334.871,31	55.155.080,15		28.049.336,04	2,97%	55,33%
7	303976	UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica		12.037.933,09	16.910.820,95	57.046.828,56	42.698.015,86	25.738.719,69	2,72%	58,06%
8	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	390.736,72	9.130.627,13	20.336.330,76	85.787.694,60		23.129.077,84	2,45%	60,50%
9	306126	UNIMED DE RIO CLARO SP COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	17.318.942,38	23.782.740,87	25.233.073,84	24.596.160,34	21.544.514,26	22.575.086,34	2,39%	62,89%
10	384511	OPERADORA UNISTE DE PLANOS DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	26.012.235,88	23.384.009,32	17.535.537,93	9.672.140,39	22.465.793,64	19.813.943,43	2,10%	64,99%
11	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	9.415.798,13	10.528.913,38	12.346.912,67	19.218.978,78	21.042.630,43	14.511.038,68	1,54%	66,52%
12	369292	UNIMED DE SANTA BARBARA D'ESTE E AMERICANA	Cooperativa Médica	9.202.929,63	12.698.719,39	13.239.824,56	16.882.568,71	18.715.842,58	14.147.976,97	1,50%	68,02%
13	306444	PLASAC PLANO DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	3.403.839,43	15.407.408,21	15.651.029,27	16.299.175,28	15.460.448,44	13.244.380,13	1,40%	69,42%
14	406544	ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA DE PR	Filantropia	12.680.066,96	12.474.190,99	18.058.497,93	7.373.606,48	10.710.945,95	12.259.461,66	1,30%	70,72%
15	301311	UNIMED SALVADOR COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	60.780.130,99					12.156.026,20	1,29%	72,01%
16	300222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo				25.083.337,73	35.207.212,47	12.058.110,04	1,28%	73,28%
17	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	5.945.572,28	6.804.195,49	7.494.086,53	15.282.528,57	18.800.569,47	10.865.390,47	1,13%	74,43%
18	339245	SANTAMALIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	32.193.899,52	12.457.019,53	6.050.754,07	1.681.805,47	1.221.141,17	10.720.923,95	1,13%	75,57%
19	345682	DOCTOR CLIN OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	8.058.863,84	9.513.430,14	14.541.857,49	14.254.361,34	6.743.058,54	10.622.314,27	1,12%	76,69%
20	321958	FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica		7.978.850,09	11.313.042,44	13.448.056,09	18.850.295,03	10.318.048,73	1,09%	77,78%

Fonte: Elaboração própria

Retornando à questão da heterogeneidade de comportamentos, há, ainda, movimentos consistentes de estabilidade, como os verificados na Unimed de Rio Claro e Plasac Plano de Saúde Ltda, ambas a partir de 2008, assim como de crescimento, que é o caso das Unimed de

Fortaleza, Campinas, de Santa Bárbara d'Oeste e Americana. Também se verifica redução consistente de tais despesas, como o ocorrido com a Santamália Saúde.

Por fim, o comportamento errático das despesas em rede própria verificada nas modalidades ocorre também dentro de cada operadora, como no caso da Unimed BH, Amil Assistência Médica Internacional Ltda., Amico Saúde Ltda. e tantas outras que compõem a tabela anterior.

A tabela a seguir mostra a participação da Rede Própria sobre o total das Demais Despesas Médico-Hospitalares das vinte operadoras listadas. Chama à atenção a quantidade de operadoras que tem praticamente a totalidade desse tipo de despesas incorridas em rede própria: onze operadoras tiveram em algum ano percentual superior a 99%⁴³.

Tabela 71: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	DDMHRP/DDMHT 2007	DDMHRP/DDMHT 2008	DDMHRP/DDMHT 2009	DDMHRP/DDMHT 2010	DDMHRP/DDMHT 2011	Média
1	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	119,49%	99,36%	0,00%	0,00%	0,00%	43,77%
2	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALH	Cooperativa Médica	99,43%	99,05%	98,35%	98,16%	98,04%	98,61%
3	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	39,63%	40,70%	44,68%	59,49%	55,18%	47,94%
4	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	5,36%	28,69%	63,92%	23,69%	5,23%	25,38%
5	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	16,86%	8,20%	15,03%	11,14%	5,94%	11,43%
6	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		80,00%
7	303976	UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉ	Cooperativa Médica	0,00%	58,54%	18,91%	45,07%	28,85%	30,27%
8	302872	AMIL SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	3,53%	25,07%	39,54%	35,07%		20,64%
9	306126	UNIMED DE RIO CLARO SP COOPERATIVA DE TRABA	Cooperativa Médica	83,73%	100,00%	100,00%	86,61%	99,69%	94,01%
10	354511	OPERADORA UNIESTE DE PLANOS DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	99,99%	100,00%	100,00%	99,86%	100,00%	99,97%
11	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO	Cooperativa Médica	55,03%	99,56%	98,54%	93,63%	96,43%	88,64%
12	369292	UNIMED DE SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA	Cooperativa Médica	69,27%	74,42%	77,49%	98,21%	95,17%	82,91%
13	306444	PLASAC PLANO DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	58,78%	73,87%	73,33%	70,35%	58,86%	67,04%
14	406554	ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA DE PI	Filantropia	99,04%	96,87%	97,79%	91,34%	91,83%	95,37%
15	301311	UNIMED SALVADOR COOPERATIVA DE TRABALHO M	Cooperativa Médica	100,00%					20,00%
16	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo				100,00%	100,00%	40,00%
17	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	Cooperativa Médica	88,05%	68,22%	69,17%	93,95%	94,84%	82,85%
18	339245	SANTAMÁLIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	93,81%	92,46%	100,00%	100,00%	100,00%	97,25%
19	349682	DOCTOR CLIN OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LT	Medicina de Grupo	70,24%	72,86%	72,56%	56,59%	49,06%	64,26%
20	321958	FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉ	Cooperativa Médica	0,00%	98,86%	99,41%	100,00%	100,00%	79,65%

Fonte: Elaboração própria

Durante o período, Unimed BH e Santa Bárbara d'Oeste e Americana apresentaram uma trajetória consistente de crescimento, inclusive quando se analisa ano a ano até 2010. Em contrapartida, as Medicinas de Grupo Amico Saúde Ltda., Associação Norte Brasileira e Doctor Clin Operadora de Plano de Saúde Ltda. tiveram a participação de sua rede própria reduzida durante o período.

4.2.13. Evolução das Despesas Médico-Hospitalares

Essa seção da tese é dedicado a análise da evolução, por modalidade, das despesas incorridas em Rede Própria. Como visto, há uma tendência de crescimento das despesas em Rede Própria dentre as Operadoras de Planos de Saúde que optaram por essa forma de prestação de serviços. Resta ver, portanto, se tal decisão é suficiente para gerar alterações no perfil do setor, e não apenas no conjunto de operadoras que estão incorrendo em despesas nas suas próprias redes.

⁴³ O percentual de 119,49% verificado em 2007 na Unimed Rio refere-se a um erro contábil.

Assim como verificado até então, a análise dar-se-á inicialmente pelos dados gerais do setor, para depois descer ao nível de modalidade. A esse respeito, importante destacar que as Administradoras de Benefícios serão excluídas por não aparecem em seus demonstrativos financeiros as despesas das carteiras que administra. Tais despesas estão classificadas na operadora que é dona, de fato, da carteira, como as Autogestões.

Uma síntese dos resultados encontrados nesta seção está representada na tabela a seguir, que apresenta a evolução da participação das Despesas em Rede Própria, considerando apenas os percentuais obtidos em 2007 e comparando-os com aqueles encontrados em 2011.

Tabela 72: Evolução das Despesas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	Despesas Totais RP	Consultas RP	Exames RP	Terapias RP	Internações RP	Outros At Amb RP	Demais Desp Assist RP
Autogestão	Redução	Crescimento	Redução	Redução	Redução	Redução	Crescimento
Cooperativa Médica	Redução	Redução	Crescimento	Crescimento	Crescimento	Crescimento	Redução
Filantropia	Redução	Redução	Redução	Redução	Crescimento	Crescimento	Redução
Medicina de Grupo	Redução	Redução	Crescimento	Redução	Crescimento	Redução	Crescimento
Total geral	Redução	Redução	Crescimento	Crescimento	Redução	Redução	Redução

Fonte: Elaboração própria

4.2.13.1. Despesas Totais do Setor

As despesas com eventos de assistência médico-hospitalar do setor, independente de onde estão sendo geradas, vêm crescendo bastante. Em que pese o crescimento médio anual de 9,3% das despesas em rede própria, em valores nominais, as despesas totais do setor apresentaram um crescimento médio da ordem de 19,3%. Tal fato indica que a estratégia de um conjunto de operadoras de investir e direcionar suas despesas para Rede Própria está avançando em um ritmo mais lento que as despesas com prestação de serviços médico-hospitalares, levando à conclusão que as despesas em Rede Credenciada e Outros estão crescendo em um ritmo ainda mais acelerado, apesar de perder pacientes e atendimentos para a Rede Própria das operadoras. Rede Própria esta que está crescendo em termos nominais, porém não o suficiente para manter sua participação relativa nas despesas gerais do setor.

Tabela 73: Despesas em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-	-	-	2,00	18.000,48	13.618.741,56
Autogestão	17.240.550,13	159.600.132,52	168.564.991,09	59.507.866,32	86.546.722,51	1.144.558.010,53	4.034.329.663,74	4.444.109.136,96	8.449.902.224,80	9.360.119.783,66
Cooperativa Médica	6.211.093.345,41	7.529.427.591,27	6.556.822.368,21	7.472.497.855,48	8.579.858.519,02	14.461.026.971,96	16.627.771.838,33	18.604.016.400,15	21.328.098.407,37	25.142.274.008,92
Filantropia	458.852.449,19	519.781.897,51	523.602.772,66	578.057.871,63	670.983.654,97	1.050.826.056,11	1.179.707.898,05	1.285.426.334,55	1.422.959.261,56	1.584.544.934,49
Medicina de Grupo	2.545.657.685,95	2.463.810.797,74	2.653.902.371,71	4.170.607.317,59	3.819.909.046,38	12.023.792.284,37	13.612.869.369,28	15.475.590.986,97	17.117.403.332,68	19.453.685.601,65
Seguradora Especializada em Saúde	-	-	-	-	-	7.524.644.586,86	8.928.315.883,35	10.229.161.706,16	11.304.831.229,12	17.889.370.276,46
Total geral	9.232.844.030,68	10.672.620.419,04	9.902.892.503,67	12.280.670.911,02	13.157.297.942,88	36.204.847.909,83	44.382.994.652,75	50.038.304.566,79	59.623.212.456,01	73.443.613.346,74

Fonte: Elaboração própria

Quando se estuda a participação da Rede Própria nas despesas totais de todas as operadoras do setor, o que se verifica é uma redução de sua participação em todas as modalidades. Em 2007, as despesas com prestação de serviços médico-hospitalares em rede própria representavam 25,5% do total, percentual esse que cairá em 2008 e 2009, até chegar a 17,9% do total em 2011.

Tabela 74: Participação das Despesas em Rede Própria sobre as Despesas Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	0,0%	0,0%	0,0%
Autogestão	1,5%	4,0%	3,8%	0,7%	0,9%
Cooperativa Médica	43,0%	45,3%	35,2%	35,0%	34,1%
Filantropia	43,7%	44,1%	40,7%	40,6%	42,3%
Medicina de Grupo	21,2%	18,1%	17,1%	24,4%	19,6%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	25,5%	24,0%	19,8%	20,6%	17,9%

Fonte: Elaboração própria

Apesar da queda, dentre as modalidades a que apresenta menor redução relativa são as Filantropias, que em 2011 tiveram 42,3% de suas despesas incorridas dentro de sua rede. As Filantropias, como era de se imaginar, também é a modalidade que mais incorre em despesas na Rede Própria.

As Cooperativas Médicas, que têm boa parte de seus médicos como seus cooperados, é a segunda modalidade mais verticalizada, com 34,1%. Contudo, é importante observar que esse percentual sofre uma expressiva redução em 2009, perdendo 10,1 p.p. Isso ratifica à conclusão que o crescimento das despesas em Rede Própria verificada nas Cooperativas Médicas não tem sido suficiente para acompanhar o crescimento das despesas médico-hospitalares da modalidade.

Assim como as Filantropias, as Medicinas de Grupo apresentam pequena redução da participação da Rede Própria, tendo, inclusive, aumentado sua participação no ano de 2010, atingindo o pico de 24,4% de participação. Contudo, a tendência de baixa do setor pode ser, em grande parte, atribuída à perda de participação da Rede Própria das Cooperativas Médicas.

4.2.13.2. Consultas Médicas

As despesas em Rede Própria que mais sofreram redução foram as Consultas Médicas, não apenas em valores relativos, como em muitos casos em valores absolutos também. A título de ilustração, verifica-se que o setor incorreu em despesas da ordem de R\$ 4,2 bilhões em 2011, enquanto em 2007 esse total foi de R\$ 4,8 bilhões.

As Cooperativas Médicas, que em 2011 respondiam por 82,2% de todas as Consultas realizadas em Rede Própria (seus cooperados), reduziram suas despesas em R\$ 241,7 milhões e as Medicinas de Grupo, em 366,0 milhões. A maior queda relativa, entretanto, ocorreu com as Filantropias, que apresentaram em 2011 um valor 37,1% menor que o verificado em 2007. As Medicinas de Grupo acompanharam bem de perto tal redução, encerrando o período com valores nominais 36,9% menores.

Tabela 75: Consultas Médicas em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios	0	0	0	0	0	-	-	2,00	-	436.508,91
Autogestão	10.929.720,53	146.068.527,40	159.548.662,04	54.037.564,79	66.566.413,35	202.072.995,30	582.093.214,87	643.170.034,41	915.600.514,44	927.479.611,91
Cooperativa Médica	3.732.159.231,93	3.802.977.721,26	3.115.707.159,92	3.302.244.438,45	3.490.455.814,87	4.482.041.611,45	4.653.192.193,11	4.844.180.968,74	5.320.759.039,01	5.905.776.891,55
Filantropia	113.328.741,39	94.296.928,68	33.745.656,84	44.553.308,92	71.510.756,94	316.473.089,76	292.662.970,60	266.973.442,91	278.313.382,71	324.675.964,14
Medicina de Grupo	985.431.049,82	540.784.099,14	607.566.277,41	767.220.373,80	619.418.783,21	3.228.144.121,33	2.902.758.132,67	3.097.389.641,97	3.661.599.650,86	4.106.582.665,91
Seguradora Especializada em Saúde	-	-	-	-	-	1.026.962.630,23	1.254.371.764,58	1.443.253.809,20	1.413.391.639,60	1.962.768.848,48
Total geral	4.841.848.743,67	4.584.127.276,48	3.916.567.756,21	4.168.055.685,96	4.247.951.768,37	9.255.694.448,07	9.685.078.275,83	10.294.967.899,23	11.589.664.226,62	13.227.720.490,90

Fonte: Elaboração própria

A expressiva redução da participação das Consultas em Rede Própria pode ser verificada na tabela a seguir. Entre 2007 e 2011, houve uma redução de 20,2 p.p., redução esta verificada em todas as modalidades, à exceção das Autogestões. Importante verificar, ainda, a consistência de tais reduções, com quedas ano a ano, e que esse comportamento também é verificado dentre o conjunto de operadoras incorreram em despesas com Rede Própria, denotando que a integração vertical entre operadora-rede credenciada não está rumando em direção às Consultas.

Tabela 76: Participação das Consultas Médicas em Rede Própria sobre as Consultas Médicas Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	0,0%	-	0,0%
Autogestão	5,4%	25,1%	24,8%	5,9%	7,2%
Cooperativa Médica	83,3%	81,7%	64,3%	62,1%	59,1%
Filantropia	35,8%	32,2%	12,6%	16,0%	22,0%
Medicina de Grupo	30,5%	18,6%	19,6%	21,0%	15,1%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	52,3%	47,3%	38,0%	36,0%	32,1%

Fonte: Elaboração própria

A maior redução verificada foi entre as Cooperativas Médicas, que reduzem consistentemente sua participação ano a ano e encerra 2011 com uma participação 24,2 p.p. menor que a apresentada em 2007. Em seguida, vêm as Medicinas de Grupo, com redução de 15,4%, e as Filantropias, com 13,8%. Interessante observar que, durante o período, as Medicinas de Grupo tiveram reduzidas à metade a participação de sua rede própria nas Consultas.

4.2.13.3. Exames

Ao contrário das Consultas, os Exames em Rede Própria têm apresentado crescimento compatível com o verificado no total geral: o crescimento médio anual na Rede Própria foi de 17,7%, enquanto no total geral foi de 16,8% no período. A única redução nominal verifica foi entre as Filantropias. Dentre as Seguradoras Especializadas em Saúde, proibidas de ter Rede Própria, o crescimento médio anual foi de 20,0%.

Tabela 77: Exames em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.456.194,52
Autogestão	3.433.567,13	6.744.644,13	4.687.964,14	2.389.244,17	6.597.944,84	253.352.795,69	851.139.837,78	1.005.842.481,33	1.651.810.943,44	1.788.620.422,35
Cooperativa Médica	626.608.199,43	745.086.725,46	928.649.326,04	949.786.445,14	1.244.529.728,91	3.570.226.335,27	3.974.892.562,05	4.494.421.099,73	4.835.602.581,60	5.466.019.963,09
Filantropia	105.610.446,78	126.875.246,00	85.602.580,03	86.347.122,35	94.983.452,47	277.369.795,99	321.277.900,14	295.229.232,24	312.427.605,15	340.717.435,28
Medicina de Grupo	311.638.183,66	479.048.154,51	431.104.914,47	514.258.342,89	662.012.304,89	2.568.829.308,53	2.673.925.431,62	3.392.652.124,60	3.718.179.273,22	4.450.001.257,03
Seguradora Especializada em Saúde	-	-	-	-	-	1.620.045.544,21	1.948.592.821,99	2.115.391.521,53	2.370.649.187,21	3.363.493.038,99
Total geral	1.047.290.397,00	1.357.754.770,10	1.450.044.784,68	1.552.781.154,55	2.008.123.431,11	8.289.823.779,69	9.769.828.553,58	11.303.536.459,43	12.888.669.590,62	15.410.308.311,26

Fonte: Elaboração própria

A participação das Autogestões e Seguradoras Especializadas no total gasto com Exames, que representou um terço do total em 2011, faz com que haja uma aparente estabilidade no percentual de Exames realizados em Rede Própria. Contudo, ao se verificar o comportamento das modalidades, verifica-se que as três com maior liberdade regulatória de atuação – Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo – tiveram comportamentos distintos ao apresentado pelo setor como um todo.

Tabela 78: Participação dos Exames em Rede Própria sobre os Exames Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	0,0%
Autogestão	1,4%	0,8%	0,5%	0,1%	0,4%
Cooperativa Médica	17,6%	18,7%	20,7%	19,6%	22,8%
Filantropia	38,1%	39,5%	29,0%	27,6%	27,9%
Medicina de Grupo	12,1%	17,9%	12,7%	13,8%	14,9%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	12,6%	13,9%	12,8%	12,0%	13,0%

Fonte: Elaboração própria

A participação dos Exames em Rede Própria nas Cooperativas Médicas cresceu 5,2 p.p. no período, sugerindo que uma estratégia de direcionamento da demanda para a Rede Própria de um conjunto de operadoras está sendo bem-sucedida ao ponto de começar a refletir nos números gerais de sua modalidade.

De igual modo, as Medicinas de Grupo também apresentaram crescimento, porém bem menor: da ordem de 2,7 p.p., com 14,9% de seus Exames sendo realizados em Rede Própria. Já as Filantropias estão reduzindo a participação de Rede Própria, que encerrou 2011 com 27,9% do total gasto com Exames, 10,2 p.p. menor do que o verificado em 2007.

4.2.13.4. Terapias

Também nas Terapias o crescimento das despesas em Rede Própria tem acompanhado as despesas totais: enquanto na Rede Própria o crescimento médio anual foi de 25,6%, em valores nominais, as despesas totais com Terapias cresceram a ordem de 25,0% ao ano. Destaca-se o crescimento das Cooperativas Médicas, de 35,0% ao ano, que a fizeram atingir o montante de R\$ 340,7 milhões em Rede Própria ao final de 2011.

Tabela 79: Terapias em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios										
Autogestão	1.499.826,02	2.541.851,77	1.615.310,12	1.492.443,16	1.822.463,29	70.519.734,55	223.400.233,16	304.335.653,14	517.542.240,08	543.259.637,19
Cooperativa Médica	102.529.910,83	221.441.374,88	227.408.528,02	269.577.497,91	340.669.363,74	487.377.301,50	853.387.038,78	879.457.309,92	958.232.318,22	1.125.444.286,22
Filantropia	8.562.502,59	9.510.657,94	12.930.337,61	18.710.191,20	17.325.070,97	29.494.344,23	36.448.805,44	53.030.292,26	61.996.104,14	62.376.304,92
Medicina de Grupo	46.604.100,17	76.262.495,67	71.275.524,32	47.369.807,22	36.019.787,48	375.254.098,93	514.671.313,57	620.717.173,67	695.523.548,09	805.381.217,86
Seguradora Especializada em Saúde						431.493.145,10	511.113.707,65	477.500.133,26	564.591.010,16	866.597.103,01
Total geral	159.196.339,61	309.756.380,26	313.229.700,07	337.149.939,49	395.836.685,48	1.394.138.624,31	2.139.021.098,60	2.335.040.562,25	2.797.885.220,69	3.403.058.549,20

Fonte: Elaboração própria

O crescimento também é verificado quando da observação da participação das Cooperativas Médicas no total do setor. Mais uma vez, a aparente estabilidade da participação da Rede Própria no setor é dada pela alta participação das Autogestões e Seguradoras, que, juntas, representaram 41,4% das despesas totais com Terapias e não têm gastos significativos em Rede Própria.

Tabela 80: Participação das Terapias em Rede Própria sobre as Terapias Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-
Autogestão	2,1%	1,1%	0,5%	0,3%	0,3%
Cooperativa Médica	21,0%	25,9%	25,9%	28,1%	30,3%
Filantropia	29,0%	26,1%	24,4%	30,2%	27,8%
Medicina de Grupo	12,4%	14,8%	11,5%	6,8%	4,5%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	11,4%	14,5%	13,4%	12,1%	11,6%

Fonte: Elaboração própria

O que se verifica na tabela anterior é que apenas as Cooperativas Médicas têm apresentado crescimento da participação das Terapias em Rede Própria, indicando que o movimento do conjunto de Cooperativas Médicas que oferece os serviços em sua rede é forte o suficiente para impactar os números gerais da modalidade. Durante cinco anos, as Cooperativas Médicas apresentaram crescimento de 9,2 p.p., tornando-se a modalidade mais verticalizada em Terapias após ultrapassar as Filantropias. Estas, inclusive, tiveram pequena redução de sua participação, da ordem de 1,3 p.p.

A modalidade que apresentou maior redução, e caminha no sentido oposto ao verificado nas Cooperativas Médicas, são as Medicinas de Grupo, que apresentaram redução de 7,9 p.p. e realizaram em 2011 apenas 4,5% das Terapias em sua própria rede. Assim sendo, verifica-se que a integração vertical das Terapias tem um movimento expressivo apenas dentre as Cooperativas Médicas.

4.2.13.5. Internações

Principal despesa médico-hospitalar, as Internações apresentam um crescimento médio anual de 27,5% no geral, sendo que as despesas em Rede Própria cresceram a uma taxa um pouco menor, 26,5%. Contudo, nas Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo

a taxa de crescimento das Internações em Rede Própria foi superior à apresentada no total das Internações.

Tabela 81: Internações em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios										
Autogestão	1.137.711,04	1.287.670,80	972.401,20	234.816,20	4.260.164,35	450.983.275,32	1.754.548.413,88	1.978.190.441,16	4.078.092.256,22	4.666.431.446,46
Cooperativa Médica	893.893.241,71	1.143.812.833,89	1.400.768.005,71	1.781.473.463,47	2.361.453.260,29	3.807.595.811,50	4.640.974.239,30	5.494.080.101,75	6.405.297.530,10	8.002.446.276,10
Filantropia	159.958.410,61	240.862.575,68	326.560.988,82	375.087.712,50	421.863.808,86	282.297.378,12	407.991.797,00	529.835.806,42	602.925.727,93	701.066.854,14
Medicina de Grupo	834.170.072,07	959.801.063,29	1.075.778.869,24	2.336.875.148,87	2.054.215.086,23	3.304.666.981,21	5.000.411.003,09	6.027.964.130,22	6.328.374.130,23	7.419.478.188,49
Seguradora Especializada em Saúde						3.878.124.345,07	4.395.286.396,97	5.249.061.586,27	5.978.365.013,57	10.223.141.768,55
Total geral	1.889.159.435,43	2.345.764.143,66	2.804.080.264,97	4.493.671.141,04	4.841.792.319,73	11.723.667.791,22	16.199.211.850,24	19.279.132.065,82	23.393.054.658,05	31.012.564.533,74

Fonte: Elaboração própria

Como a participação das Autogestões e Seguradoras Especializadas em Saúde é expressiva nas Internações, cerca de metade dos gastos, o comportamento do setor apresenta uma estabilidade que mascara os movimentos realizados por suas modalidades. Nas internações, é verificado crescimento da participação nas Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo.

Tabela 82: Participação das Internações em Rede Própria sobre as Internações Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-
Autogestão	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Cooperativa Médica	23,5%	24,6%	25,5%	27,8%	29,5%
Filantropia	56,7%	59,0%	61,6%	62,2%	60,2%
Medicina de Grupo	25,2%	19,2%	17,8%	36,9%	27,7%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	16,1%	14,5%	14,5%	19,2%	15,6%

Fonte: Elaboração própria

A modalidade mais verticalizada em Internações, como era previsível, são as Filantropias, com 60,2% das despesas incorridas na própria rede em 2011, o que representou um aumento de 3,5 p.p. ao verificado em 2007. Em seguida, surgem as Cooperativas Médicas, modalidade que apresentou o maior e mais consistente crescimento no período, de 6,0 p.p., gerando quase um terço das despesas com Internações na sua própria rede. Com 27,7% de participação, surgem as Medicinas de Grupo, que vinham perdendo participação até 2009, mas que deram uma guinada a partir de 2010, sendo este o ano de maior participação da rede própria. Entre 2007 e 2011, o crescimento registrado foi de 2,4 p.p.

Como as Internações são as despesas médico-hospitalares mais relevantes, percebe-se que um conjunto de operadoras das modalidades com mais liberdade estão adotando uma estratégia que busca direcionar tais gastos à sua rede, de tal intensidade que já influenciam os números globais de suas respectivas modalidades.

4.2.13.6. Outros Atendimentos Ambulatoriais

A taxa de crescimento médio anual dos Outros Atendimentos Ambulatoriais na Rede Própria é 2,3 p.p. inferior ao verificado nas despesas totais, que é de 27,2%. Contudo, as Cooperativas Médicas e as Filantropias apresentam uma taxa de crescimento maior na Rede Própria, indicando uma bem-sucedida tomada de participação.

Tabela 83: Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios						-	-	-	18.000,48	-
Autogestão	239.725,41	1.156.746,86	121.129,73	114.520,22	1.256.778,04	78.804.529,12	309.763.394,56	279.943.333,16	641.013.337,49	635.869.085,92
Cooperativa Médica	228.347.156,90	490.134.719,39	446.959.895,94	461.219.920,89	568.024.554,86	737.508.990,23	927.205.206,00	992.243.516,51	1.102.285.028,57	1.527.651.873,49
Filantropia	15.684.246,82	25.765.540,21	36.773.095,27	40.178.373,03	51.372.044,57	62.214.977,00	83.056.249,20	95.734.343,04	105.946.648,19	125.589.777,63
Medicina de Grupo	130.392.566,22	207.124.226,19	236.108.040,05	223.745.202,13	291.616.596,69	519.259.976,82	954.458.833,53	1.174.611.906,66	1.176.701.483,56	1.439.180.599,47
Seguradora Especializada em Saúde						539.435.817,52	759.239.464,70	881.880.159,74	885.291.663,83	1.346.821.375,73
Total geral	374.663.695,35	724.181.232,65	719.962.160,99	725.258.016,27	912.269.974,16	1.937.224.290,69	3.033.723.147,99	3.424.413.259,11	3.911.256.162,12	5.075.112.712,24

Fonte: Elaboração própria

Quanto à participação, oportuno observar que a mesma vem caindo, quando analisado o setor como um todo. Mais uma vez, a inexpressividade das despesas em Rede Própria das Autogestões e a impossibilidade das mesmas nas Seguradoras Especializadas em Saúde fazem com que os movimentos das demais modalidades não sejam percebidos no agregado geral.

Tabela 84: Participação dos Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria sobre os Outros Atendimentos Ambulatoriais Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	0,0%	-
Autogestão	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%
Cooperativa Médica	31,0%	52,9%	45,0%	41,8%	37,2%
Filantropia	25,2%	31,0%	38,4%	37,9%	40,9%
Medicina de Grupo	25,1%	21,7%	20,1%	19,0%	20,3%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	19,3%	23,9%	21,0%	18,5%	18,0%

Fonte: Elaboração própria

O maior crescimento de participação apresentado foi das Filantropias, com 15,7 p.p., transformando-a na modalidade mais verticalizada a partir de 2011, quando teve 40,9% de suas despesas totais incorridas em sua própria rede.

Em seguida aparecem as Cooperativas Médicas, com crescimento de 6,2 p.p. entre 2007 e 2011, sendo 37,2% das despesas totais geradas em rede própria. Ocorre, contudo, que, desde 2008, a participação da Rede Própria das Cooperativas Médicas vem caindo, após ter alcançado a participação máxima de 52,9% em 2008.

Queda da participação também é verificada dentre as Medicinas de Grupo, que encerraram 2011 com 20,3%, um valor 4,8 p.p. menor do que o verificado em 2007. Apesar disso, a modalidade apresentou crescimento de 1,3 p.p. entre 2010 e 2011, interrompendo uma trajetória descendente verificada até 2010.

4.2.13.7. Demais Despesas Médico-Hospitalares

Assim como verificado nas Consultas Médicas, as Demais Despesas Médico-Hospitalares apresentam redução na Rede Própria, com decréscimo médio anual de 5,0%, enquanto no total há um crescimento anual de 10,2%.

Em tal subconta são classificadas despesas assistenciais acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais contas. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica. Ou seja, trata-se de uma conta “Outros”, cuja participação sobre o total das despesas deveria, em tese, ser reduzida.

Seguindo essa linha de raciocínio, a redução dos valores apresentada na Rede Própria pode indicar uma racionalização dos custos – evitando gastos acessórios, ainda que sejam relevantes – ou ainda um melhor controle de custos, alocando as despesas nas subcontas correspondentes e não deixando para classificar em “Outros”.

Nesse aspecto, chama a atenção o fato de que as Seguradoras Especializadas incorrerem historicamente em baixíssimas despesas nessa subconta, fazendo-as contribuir com apenas 2,4% do total gasto pelo setor. Como dito, tal fato pode indicar uma maior rigor no controle e classificação dos custos por parte das Seguradoras Especializadas. E, sendo assim, o menor crescimento de tais despesas em Rede Própria nas demais modalidades ocorreria em virtude do maior conhecimento sobre a natureza delas.

Oportuno ressaltar, ainda, que dentre as Filantropias e as Medicinas de Grupo, os valores totais alocados a essa subconta também diminuiu.

Tabela 85: Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	RP 2007	RP 2008	RP 2009	RP 2010	RP 2011	TOTAIS 2007	TOTAIS 2008	TOTAIS 2009	TOTAIS 2010	TOTAIS 2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.726.038,13
Autogestão	-	1.800.691,56	1.619.523,86	1.239.277,78	6.042.958,64	88.824.680,55	313.384.569,49	232.627.193,76	645.842.933,13	798.459.579,83
Cooperativa Médica	627.555.604,61	1.125.974.216,39	437.329.452,58	708.196.089,62	574.725.796,35	1.376.276.922,01	1.578.120.599,09	1.899.633.403,50	2.705.921.909,87	3.114.934.718,47
Filantropia	55.708.101,00	22.470.949,00	27.990.114,09	13.181.163,63	13.928.521,16	82.976.471,01	38.270.175,67	44.623.217,68	61.349.793,44	30.118.598,38
Medicina de Grupo	237.421.714,01	200.790.758,94	232.068.746,22	281.138.442,68	156.626.487,88	2.027.637.797,55	1.566.644.654,80	1.162.256.009,85	1.537.025.246,72	1.233.061.672,89
Seguradora Especializada em Saúde	-	-	-	-	-	28.583.104,73	59.711.727,46	62.074.496,16	92.542.714,75	126.548.141,70
Total geral	920.685.419,62	1.351.036.615,89	699.007.836,75	1.003.754.973,71	751.323.764,03	3.604.298.975,85	3.556.131.726,51	3.401.214.320,95	5.042.682.597,91	5.314.848.749,40

Fonte: Elaboração própria

A participação da Rede Própria nas Demais Despesas Médico-Hospitalares vem se reduzindo ano a ano, terminando 2011 com 14,1% do total, um valor 11,4 p.p. menor do que o apresentado em 2007.

Tal redução é puxada pelas grandes reduções verificadas nas Cooperativas Médicas e Filantropias. As Cooperativas Médicas, que já chegaram a ter 71,3% desse tipo de despesas

alocadas na Rede Própria, em 2011 apresentaram o valor de 18,5%, queda de 27,1 p.p. em relação ao primeiro período de análise.

Tabela 86: Participação das Demais Despesas Médico-Hospitalares em Rede Própria sobre as Demais Despesas Médico-Hospitalares Totais, por Modalidade

Modalidade	2007	2008	2009	2010	2011
Administradora de Benefícios	-	-	-	-	0,0%
Autogestão	0,0%	0,6%	0,7%	0,2%	0,8%
Cooperativa Médica	45,6%	71,3%	23,0%	26,2%	18,5%
Filantropia	67,1%	58,7%	62,7%	21,5%	46,2%
Medicina de Grupo	11,7%	12,8%	20,0%	18,3%	12,7%
Seguradora Especializada em Saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total geral	25,5%	38,0%	20,6%	19,9%	14,1%

Fonte: Elaboração própria

De igual modo, as Filantropias reduziram em 20,9 p.p. a participação da Rede Própria, deixando o patamar de 67,1% em 2007 para encerrar o período com 46,2%. As Medicinas de Grupo, por sua vez, apresentaram uma tendência de aumento entre 2008 e 2010, chegando a ter 20,0% em Rede Própria. Apesar disso, sua participação retorna ao patamar inicial e encerra 2011 apenas 1,0 p.p. superior à apresentada em 2007.

4.2.14. Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares

Assim como realizado com as Internações, a partir desse momento o estudo analisará a estrutura de custos que compõem as despesas médico-hospitalares do setor de saúde suplementar. Tal estrutura de custos é composta pelo somatório das seguintes contas: Consultas, Exames, Terapias, Internações, Outros Atendimentos Ambulatoriais e Demais Despesas Médico-Hospitalares. Para tanto, tais despesas foram divididas naquelas incorridas em Rede Própria e nas incorridas na rede de terceiros, seja credenciada, seja particulares. Desse modo, a Rede Credenciada e Outros incluem os reembolsos de despesas incorridas em hospitais que não pertenciam à Rede Própria ou à Rede Credenciada.

Além da comparação entre as duas estruturas de custos, Própria e Credenciada e Outros, é possível verificar a trajetória de cada estrutura ao longo dos cinco anos sob análise. E, após a apresentação das despesas médico-hospitalares totais do setor, serão apresentadas as despesas por cada modalidade, excluindo as Administradoras de Benefícios, que não as possuem⁴⁴.

Uma síntese dos resultados encontrados nesta seção está representada na tabela a seguir, que apresenta onde está concentrada a participação de cada tipo de despesa médico-hospitalar em cada uma das modalidades, comparando os percentuais obtidos em 2011 na Rede Própria e na Rede Credenciada e Outros.

Tabela 87: Concentração das Despesas Médico-Hospitalares em 2011, por Modalidade

Subconta	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Total geral
Consultas	Rede Própria	Rede Própria	CredOutros	CredOutros	Rede Própria
Exames	CredOutros	CredOutros	Rede Própria	CredOutros	CredOutros
Terapias	CredOutros	CredOutros	CredOutros	CredOutros	CredOutros
Internações	CredOutros	CredOutros	Rede Própria	Rede Própria	CredOutros
OutAt Amb	CredOutros	Rede Própria	CredOutros	Rede Própria	Igual
Demais Desp	CredOutros	CredOutros	Rede Própria	CredOutros	CredOutros

Fonte: Elaboração própria

4.2.14.1. Despesas Totais do Setor

As despesas médico-hospitalares totais do setor de saúde suplementar em rede própria atingiram a marca de R\$ 13,2 bilhões em 2011, com um crescimento médio anual de 9,3% durante o período. Dentre as subcontas, a que apresentou maior crescimento foram as Internações, com 26,5%, seguida das Terapias (25,6%) e dos Outros Atendimentos Ambulatoriais (24,9%). Em contrapartida, as Demais Despesas sofreram redução média anual de 5,0% e as Consultas de 3,2%. Após flutuações durante o período, encerram 2011 com valores menores do que os apurados em 2007.

Tabela 88: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Setor – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	4.841.848.743,67	4.584.127.276,48	3.916.567.756,21	4.168.055.685,96	4.247.951.768,37
Exames RP	1.047.290.397,00	1.357.754.770,10	1.450.044.784,68	1.552.781.154,55	2.008.123.431,11
Terapias RP	159.196.339,61	309.756.380,26	313.229.700,07	337.149.939,49	395.836.685,48
Internações RP	1.889.159.435,43	2.345.764.143,66	2.804.080.264,97	4.493.671.141,04	4.841.792.319,73
OutAt Amb RP	374.663.695,35	724.181.232,65	719.962.160,99	725.258.016,27	912.269.974,16
Demais Desp RP	920.685.419,62	1.351.036.615,89	699.007.836,75	1.003.754.973,71	751.323.764,03
Total RP	9.232.846.037,68	10.672.622.427,04	9.902.894.512,67	12.280.672.921,02	13.157.299.953,88
Consultas CRED	4.413.845.704,40	5.100.950.999,35	6.378.400.143,02	7.421.608.540,66	8.979.768.722,53
Exames CRED	7.242.533.382,69	8.412.073.783,48	9.853.491.674,75	11.335.888.436,07	13.402.184.880,15
Terapias CRED	1.234.942.284,70	1.829.264.718,34	2.021.810.862,18	2.460.735.281,20	3.007.221.863,72
Internações CRED	9.834.508.355,79	13.853.447.706,58	16.475.051.800,85	18.899.383.517,01	26.170.772.214,01
OutAt Amb CRED	1.562.560.595,34	2.309.541.915,34	2.704.451.098,12	3.185.998.145,85	4.162.842.738,08
Demais Desp CRED	2.683.613.556,23	2.205.095.110,62	2.702.206.484,20	4.038.927.624,20	4.563.524.985,37
Total CRED	26.972.003.879,15	33.710.374.233,71	40.135.412.063,12	47.342.541.544,99	60.286.315.403,86

Fonte: Elaboração própria

Já as despesas da Rede Credenciada e Outros crescem a uma velocidade muito superior, em média 22,3% ao ano, sendo puxado pelo crescimento dos Outros Atendimentos Ambulatoriais (27,8%) e Internações (27,7%). A subconta que menos cresce, Demais Despesas, cresce a uma taxa média de 14,2%. Verifica-se que, mesmo investindo em ampliação da Rede Própria e direcionando seus beneficiários para ela, suas despesas crescem a uma taxa menor que a verificada pela Rede Credenciada e Outros. Essa dinâmica pode

⁴⁴ Eventuais saldos em Administradoras de Benefícios indicam equívocos contábeis.

sinalizar que um dos motivos para o investimento em rede própria está no fato de suas despesas crescerem proporcionalmente menos.

Quando o estudo se volta para a participação de cada subconta na composição das despesas totais, evidenciando a estrutura de custos da prestação de serviço médico-hospitalar, temos que, historicamente, as Consultas Médicas representavam a maior parcela das despesas ocorridas em Rede Própria. Todavia, ao longo dos anos sob análise, uma queda acentuada em sua participação é verificada, confirmando os indícios de que a integração vertical está se dando em direção outra que não a contratação direta de médicos. Como pode ser visto na tabela a seguir, as Consultas perderam 20,2 p.p. de participação, encerrando 2011 com 32,3%. Desde 2010, perdeu para Internações o posto de subconta com maior relevância.

Tabela 89: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Setor – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	52,4%	43,0%	39,5%	33,9%	32,3%
Exames RP	11,3%	12,7%	14,6%	12,6%	15,3%
Terapias RP	1,7%	2,9%	3,2%	2,7%	3,0%
Internações RP	20,5%	22,0%	28,3%	36,6%	36,8%
OutAt Amb RP	4,1%	6,8%	7,3%	5,9%	6,9%
Demais Desp RP	10,0%	12,7%	7,1%	8,2%	5,7%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consultas CRED	16,4%	15,1%	15,9%	15,7%	14,9%
Exames CRED	26,9%	25,0%	24,6%	23,9%	22,2%
Terapias CRED	4,6%	5,4%	5,0%	5,2%	5,0%
Internações CRED	36,5%	41,1%	41,0%	39,9%	43,4%
OutAt Amb CRED	5,8%	6,9%	6,7%	6,7%	6,9%
Demais Desp CRED	9,9%	6,5%	6,7%	8,5%	7,6%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As Internações, ao contrário, vêm crescendo sistematicamente ao longo dos anos, chegando a 2011 com 36,8% de participação, com um crescimento total de 16,3 p.p. Isso dá um indicativo de que a integração vertical na saúde suplementar pode estar caminhando em direção à construção de novos hospitais, e não apenas a contração de médicos e investimentos em clínicas ambulatoriais. Tal estratégia seria bastante condizente com a relevância que as Internações sempre tiveram e que nos últimos anos apresentam trajetória de crescimento.

Destaca-se, ainda, a queda verificada nas Demais Despesas em Rede Própria, encerrando com 5,7% do total, após já ter representado 12,7%.

O movimento mais interessante, contudo, é o verificado com os Exames, pois apresenta tendências distintas entre Rede Própria e Rede Credenciada e Outros. Na Rede Própria, verifica-se um crescimento de 4,0 p.p. durante o período, enquanto na Rede Credenciada e Outros há uma queda de 4,6 p.p., indicando que os Exames em Rede Própria estão crescendo

numa proporção maior a ponto de estar substituindo aqueles realizados na Rede Credenciada e Outros.

Na Rede Credenciada e Outros, além da redução dos Exames, o movimento mais expressivo que se verifica é o crescimento das Internações, que aumentou sua participação em 6,9 p.p. no período, respondendo por 43,4% de todas as despesas médico-hospitalares em 2011.

4.2.14.2. Autogestões

Dentre as Autogestões, a participação da Rede Própria é inexpressiva, não chega a 1% do total gasto na Rede Credenciada e Outros. Os números mostram-se, inclusive, muito erráticos ano a ano.

Tabela 90: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Autogestões – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	10.929.720,53	146.068.527,40	159.548.662,04	54.037.564,79	66.566.413,35
Exames RP	3.433.567,13	6.744.644,13	4.687.964,14	2.389.244,17	6.597.944,84
Terapias RP	1.499.826,02	2.541.851,77	1.615.310,12	1.492.443,16	1.822.463,29
Internações RP	1.137.711,04	1.287.670,80	972.401,20	234.816,20	4.260.164,35
OutAt Amb RP	239.725,41	1.156.746,86	121.129,73	114.520,22	1.256.778,04
Demais Desp RP	-	1.800.691,56	1.619.523,86	1.239.277,78	6.042.958,64
Total RP	17.240.550,13	159.600.132,52	168.564.991,09	59.507.866,32	86.546.722,51
Consultas CRED	191.143.274,77	436.024.687,47	483.621.372,37	861.562.949,65	860.913.198,56
Exames CRED	249.919.228,56	844.395.193,65	1.001.154.517,19	1.649.421.699,27	1.782.022.477,51
Terapias CRED	69.019.908,53	220.858.381,39	302.720.343,02	516.049.796,92	541.437.173,90
Internações CRED	449.845.564,28	1.753.260.743,08	1.977.218.039,96	4.077.857.440,02	4.662.171.282,11
OutAt Amb CRED	78.564.803,71	308.606.647,70	279.822.203,43	640.898.817,27	634.612.307,88
Demais Desp CRED	88.824.680,55	311.583.877,93	231.007.669,90	644.603.655,35	792.416.621,19
Total CRED	1.127.317.460,40	3.874.729.531,22	4.275.544.145,87	8.390.394.358,48	9.273.573.061,15

Fonte: Elaboração própria

Na Rede Credenciada e Outros, dois grandes saltos são verificados, em 2008 e 2010. Ocorreram, entretanto, em virtude da incorporação de dados de operadoras como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil em 2008 e Geap e Capsesp em 2010. Dada a representatividade dessas operadoras, tal incorporação acaba prejudicando a análise das despesas em Rede Própria das Autogestões durante esse período.

Em contrapartida, verifica-se que as despesas em Rede Credenciada e Outros são consistentes. Apesar das incorporações citadas, as estruturas de custos não se alteram radicalmente. Soma-se a isso a baixa representatividade das despesas em Rede Própria, a análise acaba recaindo sobre a Rede Credenciada e Outros.

Tabela 91: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Autogestões – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	63,4%	91,5%	94,7%	90,8%	76,9%
Exames RP	19,9%	4,2%	2,8%	4,0%	7,6%
Terapias RP	8,7%	1,6%	1,0%	2,5%	2,1%
Internações RP	6,6%	0,8%	0,6%	0,4%	4,9%
OutAt Amb RP	1,4%	0,7%	0,1%	0,2%	1,5%
Demais Desp RP	0,0%	1,1%	1,0%	2,1%	7,0%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consultas CRED	17,0%	11,3%	11,3%	10,3%	9,3%
Exames CRED	22,2%	21,8%	23,4%	19,7%	19,2%
Terapias CRED	6,1%	5,7%	7,1%	6,2%	5,8%
Internações CRED	39,9%	45,2%	46,2%	48,6%	50,3%
OutAt Amb CRED	7,0%	8,0%	6,5%	7,6%	6,8%
Demais Desp CRED	7,9%	8,0%	5,4%	7,7%	8,5%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

São as Internações que têm o maior peso sobre as despesas nas Autogestões, respondendo pela metade das despesas totais em 2011, após sucessivos crescimentos anuais, totalizando 10,4 p.p. Esse crescimento se deu em detrimento às Consultas, que se reduziram em 7,7 p.p. no período, e aos Exames, com queda de 3,0 p.p. Terapias, Outros Atendimentos Ambulatoriais e Demais Despesas apresentaram apenas pequenas variações.

4.2.14.3. Cooperativas Médicas

O crescimento médio anual das despesas em Rede Própria das Cooperativas Médicas foi de 8,4%, com Terapias (35,0%), Internações (27,5%) e Outros Atendimentos Ambulatoriais apresentando as maiores taxas (25,6%). Movimento oposto ao verificado nas Consultas e Demais Despesas, que apresentaram redução de 1,7% e 2,2%, respectivamente.

Tabela 92: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Cooperativas Médicas – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	3.732.159.231,93	3.802.977.721,26	3.115.707.159,92	3.302.244.438,45	3.490.455.814,87
Exames RP	626.608.199,43	745.086.725,46	928.649.326,04	949.786.445,14	1.244.529.728,91
Terapias RP	102.529.910,83	221.441.374,88	227.408.528,02	269.577.497,91	340.669.363,74
Internações RP	893.893.241,71	1.143.812.833,89	1.400.768.005,71	1.781.473.463,47	2.361.453.260,29
OutAt Amb RP	228.347.156,90	490.134.719,39	446.959.895,94	461.219.920,89	568.024.554,86
Demais Desp RP	627.555.604,61	1.125.974.216,39	437.329.452,58	708.196.089,62	574.725.796,35
Total RP	6.211.093.345,41	7.529.427.591,27	6.556.822.368,21	7.472.497.855,48	8.579.858.519,02
Consultas CRED	749.882.379,52	850.214.471,85	1.728.473.808,82	2.018.514.600,56	2.415.321.076,68
Exames CRED	2.943.618.135,84	3.229.805.836,59	3.565.771.773,69	3.885.816.136,46	4.221.490.234,18
Terapias CRED	384.847.390,67	631.945.663,90	652.048.781,90	688.654.820,31	784.774.922,48
Internações CRED	2.913.702.569,79	3.497.161.405,41	4.093.312.096,04	4.623.824.066,63	5.640.993.015,81
OutAt Amb CRED	509.161.833,33	437.070.486,61	545.283.620,57	641.065.107,68	959.627.318,63
Demais Desp CRED	748.721.317,40	452.146.382,70	1.462.303.950,92	1.997.725.820,25	2.540.208.922,12
Total CRED	8.249.933.626,55	9.098.344.247,06	12.047.194.031,94	13.855.600.551,89	16.562.415.489,90

Fonte: Elaboração própria

Já na Rede Credenciada e Outros, a taxa anual de crescimento foi de 19,0%, bem superior à apresentada pela Rede Própria. Os maiores crescimentos foram observados nas Demais Despesas (35,7%), Terapias (19,5%) e Internações (18,0%), Não há, ao final do período, nenhuma subconta que tenha reduzido seu saldo em relação ao ano inicial.

Como pode ser observado na tabela a seguir, as Consultas em Rede Própria vem perdendo espaço ao longo dos anos: após já terem representado 60,1% das despesas, sofreram queda de 19,4 p.p. e encerram o período respondendo por 40,7%. Ainda assim, é a subconta de maior relevância.

A redução da importância das Consultas se deve não apenas pela redução de seus valores absolutos como também pelo sistemático crescimento de outras subcontas. As internações, por exemplo, apresentara crescimento de 13,1 p.p., praticamente dobrando sua participação no decorrer de cinco anos. O mesmo movimento também é verificado em Terapias e Outros Atendimentos Ambulatoriais. Os Exames, que cresceram 4,4 p.p. em cinco anos, aumentaram sua relevância em praticamente 50%.

Em suma, nas Cooperativas Médicas há um crescimento generalizado das despesas em Rede Própria, com Exames, Terapias, Internações e Outros Atendimentos Ambulatoriais ocupando, ano a ano, mais espaço, em detrimento às Consultas e Demais Despesas, revelando uma ampla e bem-sucedida estratégia de integração vertical dentre operadoras da modalidade.

Tabela 93: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Cooperativas Médicas – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	60,1%	50,5%	47,5%	44,2%	40,7%
Exames RP	10,1%	9,9%	14,2%	12,7%	14,5%
Terapias RP	1,7%	2,9%	3,5%	3,6%	4,0%
Internações RP	14,4%	15,2%	21,4%	23,8%	27,5%
OutAt Amb RP	3,7%	6,5%	6,8%	6,2%	6,6%
Demais Desp RP	10,1%	15,0%	6,7%	9,5%	6,7%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consultas CRED	9,1%	9,3%	14,3%	14,6%	14,6%
Exames CRED	35,7%	35,5%	29,6%	28,0%	25,5%
Terapias CRED	4,7%	6,9%	5,4%	5,0%	4,7%
Internações CRED	35,3%	38,4%	34,0%	33,4%	34,1%
OutAt Amb CRED	6,2%	4,8%	4,5%	4,6%	5,8%
Demais Desp CRED	9,1%	5,0%	12,1%	14,4%	15,3%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Tamanho participação da Rede Própria pode ter feito as despesas na Rede Credenciada e Outros serem contidas. Nesse sentido, destacam-se uma vez mais os Exames, que

apresentaram sistemática redução de 10,2 p.p. durante o período. Terapias apresentam reduções anuais a partir de 2008 e termina 2011 no mesmo patamar de 2007.

Internações, após atingirem o pico de 38,4% em 2008, são reduzidas a 34,1%, 1,3 p.p. a menos do que em 2007. Outros Atendimentos Ambulatoriais encerraram o período com uma participação menor do que a inicial. Com isso, as Consultas e as Demais Despesas ganharam mais relevância durante o período, 5,5 p.p. e 6,3 p.p., respectivamente. O aumento da participação das Demais Despesas evidencia, ainda, a dificuldade de se controlar esse tipo de despesa fora da Rede Própria.

4.2.14.4. Filantropias

As Filantropias são, historicamente, a modalidade mais verticalizada, uma vez que seu surgimento se deu justamente pelo oferecimento de seus hospitais e clínicas a um grupo de beneficiários que pagam por isso, além da tradicional prestação de serviços via SUS.

Ainda assim, verifica-se que as despesas na Rede Credenciada e Outros sempre superam as incorridas em Rede Própria durante o período. O taxa média de crescimento anual de ambas, contudo, são semelhantes: 10,0% na Rede Própria e 11,5% na Rede Credenciada e Outros. Na Rede Própria, há crescimento nas subcontas Terapias (19,3%), Internações (27,4%) e Outros Atendimentos Ambulatoriais (34,5%). As demais subcontas em Rede Própria apresentam reduções com destaque para as Demais Despesas, com redução média anual de 29,3%.

Tabela 94: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Filantropias – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	113.328.741,39	94.296.928,68	33.745.656,84	44.553.308,92	71.510.756,94
Exames RP	105.610.446,78	126.875.246,00	85.602.580,03	86.347.122,35	94.983.452,47
Terapias RP	8.562.502,59	9.510.657,94	12.930.337,61	18.710.191,20	17.325.070,97
Internações RP	159.958.410,61	240.862.575,68	326.560.988,82	375.087.712,50	421.863.808,86
OutAt Amb RP	15.684.246,82	25.765.540,21	36.773.095,27	40.178.373,03	51.372.044,57
Demais Desp RP	55.708.101,00	22.470.949,00	27.990.114,09	13.181.163,63	13.928.521,16
Total RP	458.852.449,19	519.781.897,51	523.602.772,66	578.057.871,63	670.983.654,97
Consultas CRED	203.144.348,37	198.366.041,92	233.227.786,07	233.760.073,79	253.165.207,20
Exames CRED	171.759.349,21	194.402.654,14	209.626.652,21	226.080.482,80	245.733.982,81
Terapias CRED	20.931.841,64	26.938.147,50	40.099.954,65	43.285.912,94	45.051.233,95
Internações CRED	122.338.967,51	167.129.221,32	203.274.817,60	227.838.015,43	279.203.045,28
OutAt Amb CRED	46.530.730,18	57.290.708,99	58.961.247,77	65.768.275,16	74.217.733,06
Demais Desp CRED	27.268.370,01	15.799.226,67	16.633.103,59	48.168.629,81	16.190.077,22
Total CRED	591.973.606,92	659.926.000,54	761.823.561,89	844.901.389,93	913.561.279,52

Fonte: Elaboração própria

Na Rede Credenciada e Outros, a única subconta que apresenta reduções é Demais Despesas. As demais apresentam crescimento, destacando-se Internações, com crescimento anual médio de 22,9%, e Terapias, com 21,1%.

Assim como nas Cooperativas, verifica-se dentre as Filantropias um expressivo crescimento de 28 p.p. das Internações dentre as despesas médico-hospitalares em Rede Própria, praticamente dobrando sua participação em cinco anos. Outra subconta que apresenta crescimento expressivo é Outros Atendimentos Ambulatoriais, dobrando de tamanho e encerrando o período com 7,7% do total de despesas.

Os crescimentos dessas subcontas foram conseguidos às custas de também expressivas reduções em Consultas (14,0 p.p.), Exames (8,9 p.p.) e Demais Despesas (10,1 p.p.). Desse modo, verifica-se que Internações e Atendimentos em Ambulatórios, prestados em hospitais e clínicas próprios, parece ser a direção da integração vertical dentre as Filantropias.

Tabela 95: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Filantropias – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	24,7%	18,1%	6,4%	7,7%	10,7%
Exames RP	23,0%	24,4%	16,3%	14,9%	14,2%
Terapias RP	1,9%	1,8%	2,5%	3,2%	2,6%
Internações RP	34,9%	46,3%	62,4%	64,9%	62,9%
OutAt Amb RP	3,4%	5,0%	7,0%	7,0%	7,7%
Demais Desp RP	12,1%	4,3%	5,3%	2,3%	2,1%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consultas CRED	34,3%	30,1%	30,6%	27,7%	27,7%
Exames CRED	29,0%	29,5%	27,5%	26,8%	26,9%
Terapias CRED	3,5%	4,1%	5,3%	5,1%	4,9%
Internações CRED	20,7%	25,3%	26,7%	27,0%	30,6%
OutAt Amb CRED	7,9%	8,7%	7,7%	7,8%	8,1%
Demais Desp CRED	4,6%	2,4%	2,2%	5,7%	1,8%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Na Rede Credenciada e Outros, constata-se uma redução de 6,6 p.p. na participação das Consultas, assim como reduz bastante as Demais Despesas, finalizando 2011 com 1,8%. Exames também apresentam redução de 2,1 p.p. ao final do período.

A redução dessas subcontas se deu em função do expressivo aumento de 9,9 p.p. das Internações. Impressiona o fato de as Internações terem crescido tanto na Rede Própria quanto na Rede Credenciada e Outros, indicando que há um crescimento generalizado da participação das Internações nas despesas totais, não suportado por um crescimento acima da média na Rede Própria.

4.2.14.5. Medicinas de Grupo

As despesas em Rede Própria das Medicinas de Grupo chegaram a atingir R\$ 4,2 bilhões em 2010, porém regrediu a R\$ 3,8 bilhões em 2011. Se comparado com 2007 e crescido linearmente, os valores de 2011 representariam um crescimento médio anual de 10,7%. Dentre as subcontas, destaca-se o crescimento das Internações, à taxa anual média de 25,3%, mais do que o dobro da verificada nas despesas totais. Em seguida, tem-se o crescimento dos Outros atendimentos Ambulatoriais, com 22,3%, e dos Exames, com 20,7%.

Movimento contrário, de redução, é verificado nas demais subcontas. A maior redução média anual foi verificada em Exames, de 11,0%, seguido pelas Demais Despesas, com 9,9% de redução, e pelas Terapias, com 6,2%.

Tais resultados indicam um direcionamento da rede própria em direção aos atendimentos prestados em hospitais e clínicas ambulatoriais, além da realização direta de exames.

Tabela 96: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Medicinas de Grupo – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	985.431.049,82	540.784.099,14	607.566.277,41	767.220.373,80	619.418.783,21
Exames RP	311.638.183,66	479.048.154,51	431.104.914,47	514.258.342,89	662.012.304,89
Terapias RP	46.604.100,17	76.262.495,67	71.275.524,32	47.369.807,22	36.019.787,48
Internações RP	834.170.072,07	959.801.063,29	1.075.778.869,24	2.336.875.148,87	2.054.215.086,23
OutAt Amb RP	130.392.566,22	207.124.226,19	236.108.040,05	223.745.202,13	291.616.596,69
Demais Desp RP	237.421.714,01	200.790.758,94	232.068.746,22	281.138.442,68	156.626.487,88
Total RP	2.545.657.685,95	2.463.810.797,74	2.653.902.371,71	4.170.607.317,59	3.819.909.046,38
Consultas CRED	2.242.713.071,51	2.361.974.033,53	2.489.823.364,56	2.894.379.277,06	3.487.163.882,70
Exames CRED	2.257.191.124,87	2.194.877.277,11	2.961.547.210,13	3.203.920.930,33	3.787.988.952,14
Terapias CRED	328.649.998,76	438.408.817,90	549.441.649,35	648.153.740,87	769.361.430,38
Internações CRED	2.470.496.909,14	4.040.609.939,80	4.952.185.260,98	3.991.498.981,36	5.365.263.102,26
OutAt Amb CRED	388.867.410,60	747.334.607,34	938.503.866,61	952.956.281,43	1.147.564.002,78
Demais Desp CRED	1.790.216.083,54	1.365.853.895,86	930.187.263,63	1.255.886.804,04	1.076.435.185,01
Total CRED	9.478.134.598,42	11.149.058.571,54	12.821.688.615,26	12.946.796.015,09	15.633.776.555,27

Fonte: Elaboração própria

As despesas incorridas em Rede Credenciada e Outros cresceram um pouco acima do verificado na Rede Própria, à taxa média de 13,3% ao ano. A única subconta que apresentou redução foi Demais Despesas, que apresentou redução média anual de 11,9%. As demais subcontas apresentaram crescimento, sendo que Consultas e Exames cresceram a taxas próximas das despesas totais. Outros Atendimentos Ambulatoriais foram as despesas com maior crescimento médio anual, de 31,1%, mais que o dobro do crescimento das despesas totais. O segundo maior crescimento é apresentado pelas Terapias, com 23,7%, seguido das Internações, com 21,4%.

A participação das Consultas e das Demais Despesas em Rede Própria, a exemplo do verificado nas Filantropias e Cooperativas Médicas, vem se reduzindo durante o período de análise. As Consultas, que em 2007 representavam 38,7% do total gasto em Rede Própria, apresentaram queda de 22,5 p.p. ao final de 2011. Já as Demais Despesas foram reduzidas a mais da metade, apresentando em 2011 4,1% do total, uma queda de 5,2 p.p. se comparados a 2007. A menor redução foi verificada nas Terapias, com queda de 0,9 p.p.

Também acompanhando o comportamento das Filantropias e Cooperativas Médicas, as Internações e Outros Atendimentos Ambulatoriais apresentam crescimento, sendo as Internações o maior crescimento verificado, de 21,0 p.p. Em 2011, as Internações representaram mais da metade das despesas médico-hospitalares e ocupam, desde 2008, o posto de subconta de maior relevância. Os Outros Atendimentos Ambulatoriais apresentaram crescimento de 2,5 p.p.

As Medicinas de Grupo, assim como as Cooperativas Médicas, apresentaram crescimento da participação dos Exames, da ordem de 5,1 p.p., tendo apresentado em 2011 o valor de 17,3% das despesas totais. Desse modo, pode-se afirmar que o direcionamento da Rede Própria das Medicinas de Grupo apresenta pontos comuns aos das Cooperativas Médicas.

Tabela 97: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Medicinas de Grupo – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas RP	38,7%	21,9%	22,9%	18,4%	16,2%
Exames RP	12,2%	19,4%	16,2%	12,3%	17,3%
Terapias RP	1,8%	3,1%	2,7%	1,1%	0,9%
Internações RP	32,8%	39,0%	40,5%	56,0%	53,8%
OutAt Amb RP	5,1%	8,4%	8,9%	5,4%	7,6%
Demais Desp RP	9,3%	8,1%	8,7%	6,7%	4,1%
Total RP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consultas CRED	23,7%	21,2%	19,4%	22,4%	22,3%
Exames CRED	23,8%	19,7%	23,1%	24,7%	24,2%
Terapias CRED	3,5%	3,9%	4,3%	5,0%	4,9%
Internações CRED	26,1%	36,2%	38,6%	30,8%	34,3%
OutAt Amb CRED	4,1%	6,7%	7,3%	7,4%	7,3%
Demais Desp CRED	18,9%	12,3%	7,3%	9,7%	6,9%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As Internações passaram todos os anos de análise liderando a composição das despesas na Rede Credenciada e Outros, apresentando crescimento em todos os anos, à exceção de 2010. Em 2011, representava 34,3% das despesas totais, um crescimento de 8,3 p.p. em relação a 2007. Oportuno destacar que o crescimento acima da média da participação das

Internações em Rede Própria não foi suficiente para interromper a trajetória de crescimento das Internações na Rede Credenciada.

São verificadas, ainda, pequenas variações positivas em Exames e Terapias e um crescimento de 3,2 p.p. em Outros Atendimentos Ambulatoriais no período, praticamente dobrando a participação da subconta no total das despesas.

No que se refere a reduções de participação, observa-se uma ligeira redução, de 1,4 p.p., nas Consultas e uma relevante redução de 12,0 p.p. entre 2007 e 2011 nas Demais Despesas, indicando um maior controle e/ou melhor alocação de custos.

4.2.14.6. Seguradoras Especializadas em Saúde

Impedidas por lei de constituir Rede Própria, as Seguradoras Especializadas em Saúde oferecem a prestação de serviços médico-hospitalares apenas em Rede Credenciada, que na modalidade se chama Rede Referenciada, ou por meio de reembolso das despesas aos beneficiários.

Quanto à evolução das despesas, verifica-se que o crescimento anual médio das despesas das Seguradoras Especializadas é de 24,2%, 1,9 p.p. maior que de todo o setor de saúde suplementar. Nas subcontas, a única que apresenta um crescimento muito acima do verificado em todo o setor é Demais Despesas, com crescimento médio anual de 45,1%, 30 p.p. superior ao do setor.

Tabela 98: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Seguradoras Especializadas em Saúde – Valores Nominais

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas CRED	1.026.962.630,23	1.254.371.764,58	1.443.253.809,20	1.413.391.639,60	1.962.768.848,48
Exames CRED	1.620.045.544,21	1.948.592.821,99	2.115.391.521,53	2.370.649.187,21	3.363.493.038,99
Terapias CRED	431.493.145,10	511.113.707,65	477.500.133,26	564.591.010,16	866.597.103,01
Internações CRED	3.878.124.345,07	4.395.286.396,97	5.249.061.586,27	5.978.365.013,57	10.223.141.768,55
OutAt Amb CRED	539.435.817,52	759.239.464,70	881.880.159,74	885.291.663,83	1.346.821.375,73
Demais Desp CRED	28.583.104,73	59.711.727,46	62.074.496,16	92.542.714,75	126.548.141,70
Total CRED	7.524.644.586,86	8.928.315.883,35	10.229.161.706,16	11.304.831.229,12	17.889.370.276,46

Fonte: Elaboração própria

Ainda assim, é importante mencionar que as Demais Despesas nas Seguradoras Especializadas são relativamente muito baixas, se comparado ao setor e a cada modalidade. Com isso, qualquer crescimento absoluto gera grandes impactos na taxa de crescimento da subconta.

Com relação à participação de cada subconta nas despesas totais em Rede Credenciada e Outros, verifica-se uma grande participação das Internações, que representaram em 2011

57,1% do total. Essa participação vem crescendo desde 2008 e já é 5,6 p.p. superior à verificada em 2007. Em comparação com a participação em todo o setor, as Internações nas Seguradoras Especializadas em 2011 apresentam valor 13,6 p.p. maior⁴⁵.

Tabela 99: Detalhamento das Despesas Médico-Hospitalares, por tipo de despesa – Seguradoras Especializadas em Saúde – Participação

Subconta	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas CRED	13,6%	14,0%	14,1%	12,5%	11,0%
Exames CRED	21,5%	21,8%	20,7%	21,0%	18,8%
Terapias CRED	5,7%	5,7%	4,7%	5,0%	4,8%
Internações CRED	51,5%	49,2%	51,3%	52,9%	57,1%
OutAt Amb CRED	7,2%	8,5%	8,6%	7,8%	7,5%
Demais Desp CRED	0,4%	0,7%	0,6%	0,8%	0,7%
Total CRED	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

O crescimento relativo das Internações teve como contrapartida a redução das Consultas e Exames, ambas em 2,7 p.p. entre 2007 e 2011. Terapias apresentam uma ligeira redução, de 0,9 p.p., enquanto Outros Atendimentos Ambulatoriais e Demais Despesas apresentaram leve crescimento de 0,3 p.p. em ambos os casos. É possível verificar, também, a baixa participação das Demais Despesas das Seguradoras, de 0,7%, em comparação aos 7,6% apresentados por todo o setor em 2011.

Percebe-se, ainda, que a participação das subcontas nas despesas totais apresenta apenas pequenas variações ano a ano, indicando que a modalidade tem a estrutura de custos mais estável do setor: apenas as Internações em 2011 tiveram crescimento superior a 2,5 p.p. em relação ao ano anterior.

4.2.15. Recuperação/Ressarcimento por Glosa de Eventos/Sinistros de Assistência Médico-Hospitalar

O próximo item sob análise são as glosas praticadas pelas Operadoras de Planos de Saúde nas contas médicas apresentadas pela rede prestadora. O termo “glosa” é utilizado no mercado de saúde suplementar para denominar o cancelamento ou recusa, parcial ou total, de uma fatura médico-hospitalar por ser considerada ilegal ou indevida.

Administrativamente, trata-se de itens que um auditor da operadora de plano de saúde não considera cabível para pagamento. Assim sendo, verifica-se que a glosa é o “produto final” de uma parte da estrutura administrativa de um plano de saúde, comumente chamada de

⁴⁵ Em que pese o fato de haver relativamente poucos beneficiários vinculados a planos anteriores à Lei nº 9.656/98, cerca de 15% do total (ANS, 2013), historicamente no Brasil os seguros saúde estiveram vinculados ao alto risco, com apólices desenhadas especificamente para a cobertura de procedimentos hospitalares, como as internações (BAHIA, 1999, p. 234).

Auditoria de Contas Médicas. Ou seja, as Operadoras de Planos de Saúde mantêm uma estrutura especialmente dedicada a analisar as faturas médicas que chegam para pagamento. A depender da operadora, tais faturas são cheçadas de vários modos que vão desde procedimentos de amostragem estatística a até a análise individual de cada fatura. Considerando que os custos de transação são “os custos de negociar, redigir e garantir o cumprimento de um contrato” (FIANI, 2008), percebe-se que a glosa é uma tentativa de garantir o correto cumprimento da relação contratual entre operadora e prestadores de serviços, de acordo com Araújo Jr. (2013), a materialização de um mecanismo de solução de controvérsias.

As glosas podem ser classificadas em administrativas e técnicas. As glosas administrativas referem-se a questionamentos burocráticos do procedimento de cobrança, como falta de algum tipo de documento que deveria ter sido apresentado juntamente com a fatura médica. Já as glosas técnicas estão vinculadas a questionamentos dos valores de serviços e medicamentos utilizados. Portanto, as glosas, ao menos em tese, não questionam os protocolos médicos adotados pelo prestador de serviço, tão somente se tais prestadores estão cumprindo o que foi acordado por ambas as partes em instrumento contratual.

As glosas são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras acordadas entre operadora e prestador de serviço. Trata-se, portanto, de uma situação de conflito, que cabe “recurso” por parte dos prestadores: quando algum item da fatura é glosado, os prestadores de serviços podem fazer “recursos de glosas”, a fim de recuperar suas perdas econômicas (PELLEGRINI, 2004).

Desse modo, percebe-se que a existência de glosas não gera apenas custos de monitoramento para a operadora de plano de saúde, mas também ao prestador de serviço. Massa (2011), a título de ilustração, afirma em seu artigo que

“a maneira mais eficaz para administração e controle das glosas em um hospital é a criação de um setor específico na instituição para auditoria, controle e recurso de glosas, desta forma a instituição conseguirá minimizar os impactos de atraso de recebimento, assim como evitar a perda de receita, pois as grandes operadoras estipulam prazos para que a glosa seja recusada. Com a criação deste setor também é possível monitorar os erros causados pela equipe atuando na causa raiz do problema e se for necessário propor a realização de treinamentos e palestras.”

Em suma, as glosas também geram uma estrutura adicional aos prestadores de serviços, pois também estes devem se preocupar com o monitoramento de sua relação com Operadoras de Planos de Saúde, garantindo o fiel cumprimento daquilo que foi estabelecido. Trata-se, portanto, de um ponto sensível da relação contratual: se por um lado, as Operadoras de Planos de Saúde sugerem que os prestadores de serviços têm pouco zelo na apuração dos serviços porque tal atitude pode beneficiá-los financeiramente, por outro os prestadores insinuem que,

por trás das glosas, existe um eficaz mecanismo de gestão de fluxo de caixa das operadoras, pois também permite a postergação de um pagamento que se sabe *a priori* legítimo para algum período futuro por meio de questionamentos. Ou seja, a existência do instituto da glosa evidencia um mecanismo que materializa o oportunismo de ambas as partes da relação contratual.

Assumindo ser correta a interpretação de que uma estrutura de governança hierárquica permite maior controle e, por conseguinte, inibe as ocasiões oportunistas, é de esperar *a priori* que, em operadoras que possuem rede própria, o percentual de glosas sobre o total devido seja menor do que na rede credenciada e de terceiros não credenciados. Isso porque o controle das operadoras chega até a prestação do serviço propriamente dita, podendo esta repassar as orientações diretamente a seus subordinados e fiscalizar a geração das despesas *in loco*, atuando na raiz do problema, que pode estar localizado tanto nas anotações dos profissionais de saúde quanto no setor de faturamento de uma unidade de saúde.

Contudo, ao analisando o conjunto de as operadoras que registraram algum tipo de glosa, seja em Rede Própria ou em Rede Credenciada e Outros, percebe-se que não há grandes diferenças entre o percentual de glosas sobre as despesas médico-hospitalares.

Como a tabela a seguir evidencia, apenas a partir de 2010 as glosas em Rede Credenciada e Outros superam em termos percentuais o verificado em Rede Própria. A esse respeito, é oportuno destacar que as Cooperativas Médicas, ao contrário, apresentaram durante os cinco anos de análise, glosas relativamente maiores em sua Rede Própria. Nas Filantropias, as diferenças encontradas entre os percentuais em Rede Própria e Rede Credenciada e Outros nunca superaram 1 p.p., indicando não haver diferenças significativas no resultado de seus procedimentos de auditoria em contas médicas.

Tabela 100: Participação das Glosas sobre as Despesas Totais, por Modalidade

Modalidade	GI/Desp RP 2007	GI/Desp RP 2008	GI/Desp RP 2009	GI/Desp RP 2010	GI/Desp RP 2011	GI/Desp Cred 2007	GI/Desp Cred 2008	GI/Desp Cred 2009	GI/Desp Cred 2010	GI/Desp Cred 2011
Autogestão	5,4%	8,0%	9,8%	2,2%	1,5%	5,5%	8,8%	6,1%	9,9%	7,9%
Cooperativa Médica	4,5%	5,5%	3,3%	3,2%	5,8%	2,0%	2,4%	2,3%	2,7%	3,3%
Filantropia	2,9%	3,6%	3,1%	2,7%	1,6%	3,3%	3,0%	3,3%	1,6%	1,9%
Medicina de Grupo	2,7%	5,2%	4,4%	2,2%	2,1%	4,9%	4,7%	5,4%	5,2%	7,0%
Seguradora Especializada em Saúde						0,9%	1,4%	1,5%	0,6%	19,0%
Total geral	4,0%	5,4%	3,6%	2,9%	4,7%	2,7%	3,6%	3,6%	4,1%	9,8%

Fonte: Elaboração própria

As Medicinas de Grupo, à exceção de 2008, tiveram comportamento contrário: apresentaram maiores percentuais de glosas na Rede Credenciada e Outros, com maior diferença percentual obtida em 2011, de 4,9 p.p. O mesmo comportamento é verificado nas Autogestões entre 2010 e 2011, sendo as glosas em Rede Própria inferior em 6,4 p.p. em 2011.

As Seguradoras Especializadas em Saúde, que não têm Rede Própria, apresentaram os menores percentuais de glosas entre 2007 e 2010, em torno de 1%. Em 2011, contudo, esse percentual sobre abruptamente para 19,0%. Ao analisar os dados individualizados, percebe-se que esse movimento deveu-se às glosas registradas pela Bradesco Saúde S.A., da ordem de R\$ 2,5 bilhões, concentrados nas Internações.

Desse modo, a partir dos dados consolidados do setor, não é possível concluir que a Rede Própria reduz significativamente o percentual de glosas, a ponto de demonstrar que as glosas em Rede Credenciada e Outros são fruto da ação oportunista dos prestadores de serviços. Pode sugerir tão somente uma ação pouco diligente por parte de funcionários e prestadores de serviço em geral, seja por desconhecimento burocrático, seja por dar pouca importância a tais trâmites⁴⁶.

Ou ainda, pode sugerir que a internalização da prestação dos serviços médico-hospitalares não está sendo satisfatória no que se refere a um maior controle sobre os procedimentos de faturamento das contas médicas pela Rede Própria, tão pouco significa um custo menor de monitoramento dos contratos, que ocorrem mesmo estando operadora e rede debaixo de uma mesma estrutura hierárquica.

Tais conclusões não se alteram significativamente se reduzirmos o universo de análise a apenas as operadoras que apresentaram registros glosas em Rede Própria. Considerando as glosas desse conjunto de operadoras, verifica-se a que variação entre Rede Própria e rede Credenciada e Outros ano a ano não supera 1,5 p.p.

Tabela 101: Participação das Glosas sobre as Despesas Totais, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/Desp RP 2007	GI/Desp RP 2008	GI/Desp RP 2009	GI/Desp RP 2010	GI/Desp RP 2011	GI/Desp Cred 2007	GI/Desp Cred 2008	GI/Desp Cred 2009	GI/Desp Cred 2010	GI/Desp Cred 2011
Autogestão	6,1%	8,1%	10,4%	2,2%	1,5%	18,0%	6,8%	5,6%	7,4%	6,3%
Cooperativa Médica	4,6%	5,6%	3,4%	3,4%	6,3%	2,1%	2,7%	2,9%	2,7%	3,5%
Filantropia	3,1%	3,8%	3,2%	2,8%	1,6%	1,6%	1,2%	0,4%	0,4%	1,1%
Medicina de Grupo	3,1%	6,2%	5,2%	2,5%	2,4%	7,1%	6,7%	7,5%	8,5%	7,6%
Total geral	4,2%	5,7%	3,9%	3,1%	5,1%	4,0%	4,3%	4,7%	4,6%	4,9%

Fonte: Elaboração própria

Cooperativas Médicas e Filantropias apresentaram maior percentual de glosas em sua Rede Própria, enquanto as Medicinas de Grupo apresentam maiores glosas em sua rede Credenciada e Outros, sendo bastante significativo esse percentual quando comparado às demais modalidades. Já as Autogestões apresentaram maior percentual em Rede Credenciada em três anos: 2007, 2010 e 2011.

⁴⁶ Boa parte dos insumos necessários ao faturamento de um serviço médico é fornecida por profissionais de saúde, que tem dentre suas atribuições várias outras que vão muito além do cumprimento dos ritos burocráticos necessários ao faturamento. A esse respeito, tem-se por exemplo o artigo publicado por Rodrigues, Perroca e Jericó (2004), “Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem”.

Com o objetivo de verificar se há algum tipo de serviço médico que incita maior incidência de glosas na Rede Credenciada e Outros, a partir desse momento a presente tese direciona o enfoque para cada um dos serviços detalhados nas demonstrações financeiras das operadoras, a saber: Consultas, Exames, Terapias, Internações, Outros Atendimentos Ambulatoriais e Demais Despesas Assistenciais. Em cada um desses serviços, seguirá a análise de dois conjuntos: o primeiro se refere a todas as operadoras que apresentaram registro de glosas, qualquer que seja a forma de contratação da rede (própria ou de terceiros) e o segundo referente àquelas operadoras que apresentaram registros de glosas em Rede Própria.

4.2.15.1. Glosas em Consultas

O percentual total de glosas ocorridas em faturas que cobravam Consultas Médicas variou até 1,5 ponto durante os cinco anos de análise, sugerindo estabilidade ao longo de período analisado. Contudo, ao descer o nível de análise para as modalidades de operadoras percebe-se que se comportaram de modo diferente: enquanto Autogestões e Medicinas de Grupo apresentaram percentuais de glosas maiores na Rede Credenciada e Outros, as Cooperativas Médicas e Filantropias tiveram maior percentual das Consultas glosado em Rede Própria. Uma explicação verossímil para o maior percentual de glosas em Consultas nas Cooperativas seria o fato de que seus Cooperados, apesar de constituir sua Rede Própria, não estarem sujeitos ao mesmo rigor hierárquico que um médico contratado por uma Medicina de Grupo. Afinal, o cooperado é um sócio do empreendimento, portanto é factível que não tenha que prestar a mesma subordinação do que alguém com uma relação formal de trabalho. Diante dessa relação hierárquica mais tênue, eventuais conflitos de interesses não seriam resolvidos tão bem por uma estrutura cooperativa, se comparado com a estrutura hierárquica existente nas Medicinas de Grupo e nas Filantropias. Carece, contudo, de uma explicação sob a ótica de custos de transação para o comportamento das Filantropias.

Tabela 102: Participação das Glosas em Consultas Médicas, por Modalidade

Modalidade	GI/Cons RP 2007	GI/Cons RP 2008	GI/Cons RP 2009	GI/Cons RP 2010	GI/Cons RP 2011	GI/Cons Cred 2007	GI/Cons Cred 2008	GI/Cons Cred 2009	GI/Cons Cred 2010	GI/Cons Cred 2011
Autogestão	1,4%	0,8%	6,3%	1,7%	1,6%	7,2%	10,5%	8,9%	5,1%	4,7%
Cooperativa Médica	5,6%	6,7%	4,0%	3,8%	8,2%	1,8%	2,2%	5,2%	4,5%	5,7%
Filantropia	3,0%	6,0%	26,3%	20,8%	5,1%	2,0%	3,6%	0,0%	1,4%	1,9%
Medicina de Grupo	2,1%	12,6%	1,9%	1,3%	1,7%	5,5%	7,0%	5,6%	5,3%	6,3%
Seguradora Especializada em Saúde						1,9%	4,2%	0,8%	1,2%	7,1%
Total geral	4,9%	7,2%	3,9%	3,5%	7,2%	3,8%	5,7%	4,5%	4,1%	6,1%

Fonte: Elaboração própria

Importante destacar que três movimentos abruptos verificados na tabela anterior são explicados por equívocos de lançamentos da Amil Assistência Médica Internacional S.A. em 2008 e das Filantropias Associação Evangélica Beneficente de Londrina e Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba durante os anos de 2009 e 2010. Nesses respectivos anos, as

citadas operadoras efetuaram lançamentos de glosas equivocadamente elevados, chegando a superar o total faturado de Consultas Médicas, evidenciando o equívoco.

É possível perceber, ainda, o crescimento expressivo das glosas nas Seguradoras Especializadas em 2011, que não parece se tratar de equívoco de lançamentos contábeis individuais e sim um comportamento da modalidade, especialmente das duas maiores Seguradoras: Bradesco Saúde S.A. e Sul América Companhia de Seguro Saúde.

A tabela seguinte analisa somente o conjunto de operadoras que registraram recuperação de despesas por meio de glosas na Rede Própria. Constata-se, inicialmente, um equívoco de lançamento por parte de uma Seguradora, a Unimed Seguros, motivo pelo qual a modalidade se fez representada. E, mais uma vez, nota-se que Cooperativas Médicas e Filantropias glosam mais Consultas em sua Rede Própria, enquanto Autogestões e Medicinas de Grupo glosam e recuperam mais despesas na Rede Credenciada e Outros, como sugere a interpretação sob a ótica de custos de transação.

Tabela 103: Participação das Glosas em Consultas Médicas, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/Cons RP 2007	GI/Cons RP 2008	GI/Cons RP 2009	GI/Cons RP 2010	GI/Cons RP 2011	GI/Cons Cred 2007	GI/Cons Cred 2008	GI/Cons Cred 2009	GI/Cons Cred 2010	GI/Cons Cred 2011
Autogestão	1,5%	0,8%	6,7%	1,7%	1,6%	12,1%	5,7%	4,8%	5,5%	4,7%
Cooperativa Médica	5,7%	6,8%	4,1%	3,9%	8,4%	1,6%	1,9%	5,1%	4,3%	5,4%
Filantropia	3,0%	6,0%	26,5%	21,2%	5,8%	1,7%	0,2%	-0,7%	-0,4%	1,1%
Medicina de Grupo	2,2%	13,7%	2,0%	1,4%	1,9%	6,7%	9,1%	10,1%	9,4%	9,2%
Seguradora Especializada em Saúde				97,6%		8,4%	6,1%	6,6%	4,8%	5,4%
Total geral	5,0%	7,3%	4,0%	3,6%	7,5%	4,7%	6,1%	6,6%	5,9%	6,6%

Fonte: Elaboração própria

No que se refere às Medicinas de Grupo, constata-se a relevante distância entre as glosas em Rede Própria e aquelas incorridas na Rede Credenciada e Outros, sendo estas últimas muito superiores, chegando a alcançar 10,1% em 2009 e desde 2008 superior a 9,0%. Esse alto percentual é expressivo a ponto de justificar a existência de uma estrutura administrativa dedicada à auditoria de constas médicas.

Cumprе ressaltar que os lançamentos da Filantropia Fundação Geraldo Correa apresentaram inconsistências nos anos de 2009 e 2010. Tais equívocos foram suficientes para resultar em uma participação negativa das glosas em Rede Credenciada durante os anos de 2009 e 2010.

4.2.15.2. Glosas em Exames

Quanto aos Exames, o fato de o procedimento ser realizado na Rede Própria ou na Rede Credenciada e Outros não representa significativa diferença no percentual de receitas glosadas. Como é possível constatar, até mesmo dentre as Medicinas de Grupo – que nas Consultas tinham percentual significativamente maior na Rede Credenciada e Outros – a

diferença não ultrapassa 3,5 p.p. e oscila nas duas direções durante os cinco anos. Considerando o total geral do setor, essa oscilação é ainda menor: da ordem de 1,5 p.p.

Tabela 104: Participação das Glosas em Exames, por Modalidade

Modalidade	GI/Exa RP 2007	GI/Exa RP 2008	GI/Exa RP 2009	GI/Exa RP 2010	GI/Exa RP 2011	GI/Exa Cred 2007	GI/Exa Cred 2008	GI/Exa Cred 2009	GI/Exa Cred 2010	GI/Exa Cred 2011
Autogestão	34,9%	48,2%				5,2%	5,1%	3,1%	5,0%	4,9%
Cooperativa Médica	3,7%	3,3%	2,6%	3,5%	5,3%	2,4%	3,1%	2,5%	2,4%	2,5%
Filantropia	8,0%	5,9%	0,6%	0,2%	0,6%	1,7%	1,6%	1,6%	1,5%	0,7%
Medicina de Grupo	5,4%	3,1%	8,9%	7,7%	5,2%	4,7%	6,2%	5,7%	5,9%	7,8%
Seguradora Especializada em Saúde						1,2%	1,6%	0,5%	0,5%	8,0%
Total geral	4,4%	3,5%	4,2%	4,8%	5,2%	2,9%	3,7%	3,0%	3,3%	5,7%

Fonte: Elaboração própria

As Cooperativas Médicas continuam glosando mais em sua Rede Própria, enquanto as Filantropias passaram, desde 2009, a glosar mais na Rede Credenciada e Outros, contudo a distância entre uma rede e outra nunca foi superior a 1,5 p.p., indicando novamente que não há distinção significativa das glosas a partir da estrutura de governança da rede prestadora de serviços.

Observa-se, ainda, o crescimento das glosas dentre as Seguradoras Especializadas em Saúde, que saltam de 0,5% em 2010 para 8,0% em 2011.

Analisando apenas o conjunto de operadoras que registraram glosas em Rede Própria, verifica-se que o perfil muda apenas um pouco, indicando que as operadoras com Rede Própria não apresentam um perfil de glosas muito distinto do conjunto de operadoras que não tem Rede Própria.

Tabela 105: Participação das Glosas em Exames, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/Exa RP 2007	GI/Exa RP 2008	GI/Exa RP 2009	GI/Exa RP 2010	GI/Exa RP 2011	GI/Exa Cred 2007	GI/Exa Cred 2008	GI/Exa Cred 2009	GI/Exa Cred 2010	GI/Exa Cred 2011
Autogestão	34,9%	48,2%				16,8%	9,0%	1,1%	14,5%	11,3%
Cooperativa Médica	3,7%	3,3%	2,6%	3,5%	5,8%	2,9%	3,7%	2,9%	2,7%	2,8%
Filantropia	9,5%	6,8%	0,7%	0,2%	0,6%	3,3%	2,6%	0,8%	0,4%	0,7%
Medicina de Grupo	6,3%	3,4%	11,1%	8,5%	5,3%	6,3%	9,7%	8,6%	8,7%	8,8%
Total geral	4,5%	3,7%	4,5%	4,9%	5,5%	4,2%	5,4%	5,0%	5,1%	5,1%

Fonte: Elaboração própria

O que se percebe é que o quadro anteriormente descrito só é alterado parcialmente no que se refere às Medicinas de Grupo, que é a única modalidade na qual apresenta percentuais maiores de glosas na Rede Credenciada e Outros.

4.2.15.3. Glosas em Terapias

Nas Terapias, o movimento mais eloquente não se refere à diferença de glosas entre Rede Própria e Rede Credenciada e Outros, e sim o expressivo crescimento percentual das glosas verificado em 2011, puxado pelas Seguradoras Especializadas em Saúde, especialmente as duas maiores: Bradesco Saúde S.A. e Sul América Companhia de Seguro Saúde.

Tabela 106: Participação das Glosas em Terapias, por Modalidade

Modalidade	GI/Ter RP 2007	GI/Ter RP 2008	GI/Ter RP 2009	GI/Ter RP 2010	GI/Ter RP 2011	GI/Ter Cred 2007	GI/Ter Cred 2008	GI/Ter Cred 2009	GI/Ter Cred 2010	GI/Ter Cred 2011
Autogestão	1,6%	2,1%	25,7%	0,0%	0,0%	4,6%	11,0%	8,2%	8,5%	8,2%
Cooperativa Médica	3,2%	3,0%	0,6%	1,0%	1,7%	2,3%	2,1%	1,9%	1,9%	4,0%
Filantropia	1,2%	1,1%	0,1%	0,2%	0,1%	2,4%	1,6%	0,7%	1,2%	3,4%
Medicina de Grupo	7,0%	1,9%	2,1%	7,6%	8,6%	4,1%	2,7%	3,5%	2,2%	4,8%
Seguradora Especializada em Saúde						0,3%	0,4%	0,8%	0,7%	18,5%
Total geral	4,1%	2,5%	1,2%	1,3%	2,0%	2,0%	2,9%	3,1%	3,2%	9,7%

Fonte: Elaboração própria

Além disso, verifica-se um consistente percentual superior 8,0% dentre as Autogestões desde 2009 e uma inversão do quadro verificado nas Consultas Médicas e Exames: enquanto nestes as Cooperativas Médicas e Filantropias apresentavam maiores glosas na Rede Própria, em Terapias tais glosas ocorrem na Rede Credenciada e Outros desde 2009.

De igual modo, as Cooperativas Médicas apresentam comportamento inverso ao anteriormente verificado, glosando mais em Rede Própria em 2007, 2010 e 2011.

No conjunto de operadoras que registraram recuperação de despesas com Rede Própria, o quadro se mantém, destacando-se o crescimento das glosas na Rede Credenciada e Outros dentre as Filantropias em 2011, encerrando com 5,2% após apresentar percentuais não superiores a 1,6% durante os anos anteriores. As Cooperativas Médicas apresentaram estabilidade, não sendo verificadas diferenças entre as redes superiores a 1,5 p.p.

Tabela 107: Participação das Glosas em Terapias, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/Ter RP 2007	GI/Ter RP 2008	GI/Ter RP 2009	GI/Ter RP 2010	GI/Ter RP 2011	GI/Ter Cred 2007	GI/Ter Cred 2008	GI/Ter Cred 2009	GI/Ter Cred 2010	GI/Ter Cred 2011
Autogestão	1,6%	2,1%	25,7%	0,0%	0,0%	1,7%	10,3%	0,3%	0,1%	1,6%
Cooperativa Médica	3,3%	3,1%	0,7%	1,0%	1,8%	2,7%	2,6%	1,2%	1,3%	3,2%
Filantropia	1,3%	1,2%	0,1%	0,2%	0,1%	1,6%	1,5%	0,8%	0,9%	5,2%
Medicina de Grupo	11,7%	2,0%	2,2%	8,5%	8,8%	11,1%	4,7%	5,2%	2,6%	1,3%
Total geral	4,8%	2,7%	1,3%	1,3%	2,1%	4,4%	3,3%	2,4%	1,7%	2,4%

Fonte: Elaboração própria

O que mais se destaca é o crescimento das glosas em Rede Própria das Medicinas de Grupo a partir de 2010, fazendo com que encerrasse o período 7,5 p.p. superior ao percentual verificado na Rede Credenciada e Outros, em uma tendência distinta da verificada nas Consultas Médicas e Exames.

4.2.15.4. Glosas em Internações

As glosas em Internações apresentaram grande crescimento em 2011, devido ao registro pela Bradesco Saúde S.A. de R\$ 2,1 bilhões, impactando não apenas o percentual de glosas em Internações como também o percentual de glosas das despesas totais médico-hospitalares, como já mencionado. A tabela abaixo evidencia que, tradicionalmente, o percentual de glosas em Internações das Seguradoras Especializadas é relativamente baixo, não superando os 0,5% nos anos anteriores a 2011.

Tabela 108: Participação das Glosas em Internações, por Modalidade

Modalidade	GI/Int RP 2007	GI/Int RP 2008	GI/Int RP 2009	GI/Int RP 2010	GI/Int RP 2011	GI/Int Cred 2007	GI/Int Cred 2008	GI/Int Cred 2009	GI/Int Cred 2010	GI/Int Cred 2011
Autogestão	81,8%	30,1%	1605,2%			5,0%	6,7%	6,1%	9,2%	7,8%
Cooperativa Médica	0,9%	2,6%	2,0%	2,2%	2,7%	0,8%	1,3%	1,5%	1,9%	2,3%
Filantropia	0,5%	1,2%	0,1%	0,8%	1,2%	2,2%	1,9%	1,2%	1,3%	1,4%
Medicina de Grupo	2,0%	2,6%	4,7%	1,3%	1,1%	3,0%	1,9%	2,9%	2,6%	4,6%
Seguradora Especializada em Saúde						0,3%	0,5%	0,5%	0,4%	25,4%
Total geral	1,4%	2,6%	2,9%	1,6%	1,9%	1,3%	2,0%	2,2%	3,2%	13,0%

Fonte: Elaboração própria

De um modo geral, se comparado com os demais serviços médico-hospitalares, Internações representam as maiores despesas e, apesar disso, é o menos glosado, tendo registrado até 2011 o percentual máximo de 3,2% no total geral do setor. Verifica-se, ainda, a pouca participação da Rede Própria dentre as Autogestões, havendo ainda um erro de lançamento que fez com que o percentual de glosas aferido em 2009 superasse o limite técnico de 100%.

De modo semelhante às glosas com Consultas e Exames, as Cooperativas Médicas apresentam um percentual maior em sua Rede Própria. Já as Filantropias glosam mais na Rede Credenciada e Outros, ainda que não expressivamente mais, e as Medicinas de Grupo vem glosando mais neste tipo de rede a partir de 2010, chegando ao percentual de 4,6% em 2011, significativo para esse tipo de despesa.

Quando estudado apenas o conjunto de operadoras que registraram glosas em Rede Própria, verifica-se que o percentual citado das Medicinas de Grupo, referente a 2011, cai significativamente, para 2,4%, após ter apresentado em 2010 o valor de 4,8%. Ainda assim, são percentuais superiores aos verificados na Rede Própria. No caso de 2011, para cada R\$ 1,00 glosado na Rede Própria, outro R\$ 1,71 era glosado na Rede Credenciada e Outros.

Tabela 109: Participação das Glosas em Internações, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/Int RP 2007	GI/Int RP 2008	GI/Int RP 2009	GI/Int RP 2010	GI/Int RP 2011	GI/Int Cred 2007	GI/Int Cred 2008	GI/Int Cred 2009	GI/Int Cred 2010	GI/Int Cred 2011
Autogestão		30,1%	1605,2%			29,7%	0,0%	14,1%	13,6%	11,0%
Cooperativa Médica	1,0%	2,7%	2,0%	2,3%	3,1%	0,9%	1,5%	1,7%	1,7%	2,5%
Filantropia	0,5%	1,3%	0,1%	0,8%	1,3%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,9%
Medicina de Grupo	2,9%	3,7%	6,3%	1,5%	1,4%	6,1%	1,6%	3,0%	4,8%	2,4%
Total geral	1,6%	3,1%	3,3%	1,8%	2,3%	1,8%	1,5%	2,3%	2,3%	2,5%

Fonte: Elaboração própria

No total geral, contudo, pouca variação é percebida ao longo dos anos. Cooperativas Médicas e Autogestões, por exemplo, apresentam variações entre Rede Própria e Rede Credenciada e Outros geralmente menores que 1,0 p.p. Mesmo as Medicinas de Grupo apresentaram percentuais de glosa maiores na Rede Própria entre 2008 e 2009.

4.2.15.5. Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais

Nos Outros Atendimentos Ambulatoriais, o crescimento verificado na Rede Credenciada e Outros em 2011 foi puxado pelas Seguradoras Especializadas em Saúde, especialmente a Bradesco Saúde S.A. e as Autogestões, principalmente por conta da Geap Fundação de Seguridade Social, obrigada a apresentar as demonstrações financeiras completas à ANS a partir de 2010.

Tabela 110: Participação das Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais, por Modalidade

Modalidade	GI/OutAtAmb RP 2007	GI/OutAtAmb RP 2008	GI/OutAtAmb RP 2009	GI/OutAtAmb RP 2010	GI/OutAtAmb RP 2011	GI/OutAtAmb Cred 2007	GI/OutAtAmb Cred 2008	GI/OutAtAmb Cred 2009	GI/OutAtAmb Cred 2010	GI/OutAtAmb Cred 2011
Autogestão		5,7%	5,5%	0,0%	2,5%	9,1%	7,6%	8,6%	17,7%	19,0%
Cooperativa Médica	2,7%	9,3%	6,7%	6,1%	6,9%	2,7%	4,3%	4,3%	3,2%	3,8%
Filantropia	1,5%	3,0%	1,4%	1,4%	0,5%	1,5%	2,0%	1,8%	1,3%	0,7%
Medicina de Grupo	5,6%	2,4%	2,5%	5,4%	5,0%	4,2%	2,5%	4,7%	3,2%	4,7%
Seguradora Especializada em Saúde						4,2%	6,2%	6,4%	2,3%	17,4%
Total geral	3,1%	7,3%	5,9%	5,8%	6,6%	4,1%	4,8%	5,0%	6,4%	11,4%

Fonte: Elaboração própria

Desde 2010, Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo têm apresentado percentuais de glosas maiores em sua própria rede, com maior diferença verificada dentre as Cooperativas Médicas em 2011, quando as glosas na Rede Própria foram 3,2 p.p. maiores que as da Rede Credenciada e Outros.

Quanto ao conjunto de operadoras que registraram glosas em Rede Própria, verifica-se um movimento distinto entre as Medicinas de Grupo: há uma relevante diferença entre o que é glosado na Rede Própria e aquilo glosado na Rede Credenciada e Outros. A diferença a maior na Rede Credenciada e Outros já chegou a representar 10,1 p.p. em 2009 e encerrou 2011 em 7,1 p.p. Esses percentuais são relevantes o suficiente para constatar que as Medicinas de Grupo que realizam glosa em Rede Própria estão ficando mais rígidas na auditoria de sua Rede Credenciada e Outros.

Tabela 111: Participação das Glosas em Outros Atendimentos Ambulatoriais, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/OutAtAmb RP 2007	GI/OutAtAmb RP 2008	GI/OutAtAmb RP 2009	GI/OutAtAmb RP 2010	GI/OutAtAmb RP 2011	GI/OutAtAmb Cred 2007	GI/OutAtAmb Cred 2008	GI/OutAtAmb Cred 2009	GI/OutAtAmb Cred 2010	GI/OutAtAmb Cred 2011
Autogestão		5,7%	5,5%	0,0%	2,5%	1,3%	4,7%	4,2%	4,4%	7,0%
Cooperativa Médica	3,1%	9,5%	6,8%	6,2%	8,3%	3,0%	4,6%	4,4%	2,9%	4,6%
Filantropia	1,8%	3,1%	1,5%	1,4%	0,5%	1,6%	2,1%	2,0%	1,2%	0,6%
Medicina de Grupo	6,5%	2,4%	2,8%	5,5%	5,0%	7,4%	5,7%	12,9%	9,2%	12,1%
Total geral	3,6%	7,5%	6,0%	5,9%	7,7%	4,4%	4,8%	7,6%	4,5%	5,4%

Fonte: Elaboração própria

As Cooperativas Médicas permanecem glosando mais em sua Rede Própria, enquanto as Filantropias não apresentam diferenças relevantes do percentual glosado em função da propriedade da rede, tendo a diferença entre ambos chegado ao valor máximo de 1,0 p.p. apenas em 2008.

4.2.15.6. Glosas nas Demais Despesas Médico-Hospitalares

Apesar de representar pouco em relação ao total de glosas⁴⁷, as Demais Despesas Médico-Hospitalares é o tipo de serviço no qual a maior diferença entre as glosas em Rede Própria e em Rede Credenciada e Outros. Isso ocorre em todas as modalidades e consistentemente, de modo que, se existem glosas para as quais as explicações sobre integração vertical sob a perspectiva de custos de transação encontram aderência, seguramente seriam as referentes às Demais Despesas Médico-Hospitalares. Ao construir Rede Própria, além das Demais Despesas serem relativamente menores, como visto anteriormente, as glosas incidente sobre elas também são relativamente menores, indicando um maior controle sobre a prestação do serviço.

Oportuno lembrar que são classificadas como Demais Despesas Médico-Hospitalares as despesas assistenciais médico-hospitalares acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, incluindo despesas não classificáveis nos demais contas. Incluem as atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica. Em suma, trata-se de uma conta “Outros”, de difícil monitoramento e controle.

Como a tabela a seguir demonstra, à exceção as Autogestões em 2008, em todos os demais períodos todas as modalidade tiveram percentual de glosa maior na Rede Credenciada e Outros, destacando-se os expressivos percentuais verificados nas Filantropias e Medicinas de Grupo. A título de exemplo, em 2011, enquanto 2,4% das Demais Despesas foram glosadas em Rede Própria, o percentual em Rede Credenciada e Outros foi de 25,2%, ou seja, uma diferença bastante significativa.

Tabela 112: Participação das Glosas em Demais Despesas Médico-Hospitalares, por Modalidade

Modalidade	GI/DemDesp RP 2007	GI/DemDesp RP 2008	GI/DemDesp RP 2009	GI/DemDesp RP 2010	GI/DemDesp RP 2011	GI/DemDesp Cred 2007	GI/DemDesp Cred 2008	GI/DemDesp Cred 2009	GI/DemDesp Cred 2010	GI/DemDesp Cred 2011
Autogestão	29,8%	5,9%	8,3%	1,8%	0,1%	3,3%	31,5%	5,1%	22,7%	8,5%
Cooperativa Médica	1,6%	0,4%	1,0%	0,4%	1,3%	3,5%	3,4%	3,3%	3,0%	5,1%
Filantropia	9,6%	12,3%	7,9%	5,4%	5,5%	13,8%	29,5%	36,6%	10,6%	24,3%
Medicina de Grupo	3,1%	5,9%	4,5%	2,5%	2,4%	7,2%	11,6%	19,0%	15,1%	25,2%
Seguradora Especializada em Saúde						11,8%	3,7%	0,8%	3,0%	14,0%
Total geral	2,3%	2,1%	2,4%	1,1%	1,5%	6,1%	10,3%	8,2%	9,2%	10,7%

Fonte: Elaboração própria

Do mesmo modo, as Filantropias apresentaram glosas de 5,5% em Rede Própria, enquanto na Rede Credenciada e Outros foi de 24,3%. Nas Autogestões, 0,1% contra 8,5%, também em 2011.

Até mesmo as Cooperativas Médicas, que até então apresentaram maiores glosas na Rede Própria, nas Demais Despesas Médico-Hospitalares apuram percentuais maiores na

⁴⁷ Em 2011, representou 7,68% do total glosado pelas operadoras.

Rede Credenciada e Outros, em todos os anos sob análise. Em 2011, foram glosadas 5,1% das Demais Despesas em Rede Credenciada e Outros, contra 1,3% na Rede Própria.

Uma vez mais, verifica-se um crescimento das glosas das Seguradoras Especializadas em 2011, saindo de um patamar anterior de 3,0% para alcançar 14,0%.

A expressiva diferença entre glosas na Rede Própria e na Rede Credenciada e Outros também é verificada se consideradas apenas as operadoras que incorreram em glosas na Rede Própria, ainda que em uma escala menor.

Tabela 113: Participação das Glosas em Demais Despesas Médico-Hospitalares, em Operadoras com Glosas em Rede Própria, por Modalidade

Modalidade	GI/DemDesp RP 2007	GI/DemDesp RP 2008	GI/DemDesp RP 2009	GI/DemDesp RP 2010	GI/DemDesp RP 2011	GI/DemDesp Cred 2007	GI/DemDesp Cred 2008	GI/DemDesp Cred 2009	GI/DemDesp Cred 2010	GI/DemDesp Cred 2011
Autogestão		5,9%	8,3%	1,8%	0,1%	0,0%	130,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Cooperativa Médica	2,3%	0,6%	1,7%	1,0%	1,8%	6,4%	10,7%	4,9%	5,1%	3,7%
Filantropia	18,4%	13,1%	15,6%	7,8%	5,7%	0,1%	0,2%	0,2%	1,0%	3,9%
Medicina de Grupo	3,5%	6,2%	4,7%	2,8%	2,7%	9,1%	14,4%	17,5%	12,2%	15,7%
Total geral	3,1%	2,9%	3,2%	1,9%	2,0%	8,3%	13,8%	14,0%	10,3%	12,1%

Fonte: Elaboração própria

Autogestões e Filantropias passam a apresentar, em alguns períodos, glosas superiores em sua Rede Própria. Já as Medicinas de Grupo continuam a ter valores superiores a 9,0% de glosas em Rede Credenciada e Outros, com pico de 17,5%. Em contrapartida, o maior percentual na Rede Própria não ultrapassa 6,2% e com menor valor apurado em 2011, de 2,7%.

Acompanhando as Medicinas de Grupo, as Cooperativas Médicas também apresentaram percentuais superiores na Rede Credenciada e Outros até 2010. Apenas em 2011 os percentuais entre as duas redes convergiram, ainda assim com gastos superiores em 1,8 p.p. na Rede Credenciada e Outros.

4.2.16. Despesas com Pessoal Próprio

As Despesas com Pessoal Próprio são todas as despesas de pessoal com vínculo empregatício, que não ligadas diretamente ao ato de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Supõe-se que, quanto mais verticalizada seja a estrutura de uma operadora, mais Despesas com Pessoal Próprio esta possua, considerando que terá absorvido a estrutura administrativa de hospitais e clínicas ambulatoriais, que não estará refletida no custo da prestação de serviços médico-hospitalares e sim incorporados a sua estrutura de pessoal.

Analisando o crescimento nominal das Despesas com Pessoal Próprio, percebe-se que esta cresce a uma taxa menor que as despesas totais: em cinco anos, o crescimento nominal foi da ordem de 33,2%, enquanto as despesas totais alcançaram o percentual de 46,8%. Em 2011, as Despesas com Pessoal Próprio representavam R\$ 5,7 bilhões.

Tabela 114: Despesas com Pessoal Próprio – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Desp Pessoal Próprio 2007	Desp Pessoal Próprio 2008	Desp Pessoal Próprio 2009	Desp Pessoal Próprio 2010	Desp Pessoal Próprio 2011
Administradora de Benefícios	4.246.155,81	7.516.336,58	7.048.232,53	40.639.675,96	74.286.758,12
Autogestão	522.486.802,51	547.069.133,33	596.817.591,56	621.479.131,16	670.131.597,93
Cooperativa Médica	1.391.996.749,69	1.583.879.725,07	1.744.595.899,65	1.913.412.704,05	2.139.908.332,79
Filantropia	1.062.282.492,15	1.109.706.996,59	833.797.300,46	1.318.821.921,96	860.491.756,26
Medicina de Grupo	968.112.319,19	1.209.726.434,37	1.317.179.908,03	1.382.229.750,38	1.465.414.575,61
Seguradora Especializada em Saúde	344.580.841,77	430.376.618,26	420.708.513,66	456.604.923,84	510.596.572,55
Total geral	4.293.705.361,12	4.888.275.244,20	4.920.147.445,89	5.733.188.107,35	5.720.829.593,26

Fonte: Elaboração própria

Acompanhando a evolução da participação de cada modalidade na geração de tais Despesas, verifica-se crescimento dentre as Cooperativas Médicas e as Medicinas de Grupo, duas modalidades nas quais o processo de integração de vertical se verifica com mais intensidade durante os anos sob análise. Em contrapartida, as Filantropias tiveram acentuada queda na sua participação, deixando de representar 24,7% em 2007 para contribuir com 15,0% das Despesas com Pessoal Próprio em 2011, uma redução de 9,7 p.p.

Tabela 115: Despesas com Pessoal Próprio – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Desp Pessoal Próprio 2007	Desp Pessoal Próprio 2008	Desp Pessoal Próprio 2009	Desp Pessoal Próprio 2010	Desp Pessoal Próprio 2011
Administradora de Benefícios	0,1%	0,2%	0,1%	0,7%	1,3%
Autogestão	12,2%	11,2%	12,1%	10,8%	11,7%
Cooperativa Médica	32,4%	32,4%	35,5%	33,4%	37,4%
Filantropia	24,7%	22,7%	16,9%	23,0%	15,0%
Medicina de Grupo	22,5%	24,7%	26,8%	24,1%	25,6%
Seguradora Especializada em Saúde	8,0%	8,8%	8,6%	8,0%	8,9%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

Autogestões e Seguradoras Especializadas em Saúde, modalidades pouco ou nada verticalizadas, apresentaram uma participação mais constante durante o período, não sendo verificada nenhuma que superasse 1 p.p. As Administradoras de Benefícios apresentam crescimento significativo, quando considerando seu porte, a partir de 2010, quando da entrada em operação da Qualicorp Administradora de Benefícios S.A., representando mais de 70% das Despesas com Pessoal Próprio das Administradoras de Benefícios.

Interessante, contudo, é a análise da participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais das Operadoras. Dessa análise pode-se verificar, por exemplo, que, apesar da redução de sua participação no total, as Filantropias ainda continuam sendo a modalidade que incorre em maiores Despesas com Pessoal Próprio, tendo encerrado 2011 com 15,67% de suas Despesas Totais referindo-se a Pessoal Próprio. Percentual esse que já atingiu o pico de 24,94% em 2007. Ou seja, consoante ao que se espera da modalidade mais verticalizada, ela possui uma alta participação de seus próprios colaboradores indiretos em suas despesas totais.

De igual modo, Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, seguindo a escala de modalidades mais verticalizadas⁴⁸, apresentam participações superiores às verificadas nas

⁴⁸ Os percentuais de despesas incorridas em Rede Própria encontram-se na Tabela 74.

Seguradoras Especializadas em Saúde. Em que pese ter havido ligeira redução da participação daquelas duas modalidades durante o período, verifica-se que em 2011 tal participação é aproximadamente 75% maior do que a verificada dentre as Seguradoras Especializadas.

Tabela 116: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais, por Modalidade

Modalidade	Pessoal/Despesas 2007	Pessoal/Despesas 2008	Pessoal/Despesas 2009	Pessoal/Despesas 2010	Pessoal/Despesas 2011
Administradora de Benefícios	37,56%	30,83%	30,38%	22,00%	20,53%
Autogestão	3,51%	6,49%	6,61%	6,32%	6,19%
Cooperativa Médica	6,17%	5,97%	5,82%	5,54%	5,37%
Filantropia	24,94%	22,83%	15,65%	23,01%	15,67%
Medicina de Grupo	6,00%	6,61%	6,33%	6,01%	5,74%
Seguradora Especializada em Saúde	3,67%	3,69%	3,38%	3,29%	3,06%
Total geral	6,39%	7,00%	6,34%	6,58%	5,80%

Fonte: Elaboração própria

Observa-se, ainda, a compreensível relevância das Despesas com Pessoal Próprio dentre as Administradoras de Benefícios que, apesar de não possuírem hospitais ou clínicas, tem a maior participação dentre as modalidades. Ocorre, entretanto, que as Administradoras de Benefícios não contabilizam as Receitas e Despesas Médico-Hospitalares como suas. Como o próprio nome diz, suas receitas e despesas advêm da administração dos planos operados por terceiros.

De um modo geral, o que se percebe é uma redução da participação das Despesas com Pessoal Próprio, ratificando que estas não estão acompanhando o ritmo de crescimento verificado nas Despesas Totais do setor. O único movimento contrário observado se deu entre as Autogestões em 2008, originadas por uma expressiva redução das Despesas Totais informadas pela Fundação Forluminas de Seguridade Social: de R\$ 1,05 bilhão em 2007 para R\$ 142,5 milhões em 2008.

A seguir, encontram-se listadas as vinte maiores médias anuais de Despesas com Pessoal Próprio, que representaram 36,17% do total incorrido pelo setor.

Tabela 117: Despesas com Pessoal Próprio – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Raiz Social	Modalidade	Desp Pessoal próprio 2007	Desp Pessoal próprio 2008	Desp Pessoal próprio 2009	Desp Pessoal próprio 2010	Desp Pessoal próprio 2011	Média	%	% Acumulado
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	160.538.812,05	200.808.923,89	236.383.149,82	250.449.696,40	363.190.803,29	242.274.277,21	4,74%	4,74%
2	375918	COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA SÃO PAULO	Filantropia	307.078.628,67	334.916.193,71	-	414.182.988,56	-	211.205.562,19	4,13%	8,87%
3	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	124.364.340,13	167.556.053,05	158.254.163,24	148.010.568,23	163.341.522,36	152.305.328,60	2,98%	11,85%
4	005711	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	96.377.231,48	110.951.266,94	101.873.801,23	132.346.578,36	156.772.284,03	119.664.232,41	2,34%	14,19%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	94.572.941,47	158.793.914,07	154.076.661,84	106.793.516,67	5.294.686,11	103.906.342,03	2,03%	16,23%
6	333880	SEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	Autogestão	97.130.490,24	90.387.125,04	97.600.515,31	102.624.752,52	114.764.782,54	100.501.533,13	1,97%	18,19%
7	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	86.983.641,03	87.543.413,58	98.897.292,81	110.398.414,83	115.971.737,29	99.958.899,51	1,96%	20,15%
8	301337	UNIMED PALIATANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	97.775.539,25	118.760.782,82	82.549.871,59	86.370.269,62	100.076.912,52	97.107.475,16	1,90%	22,05%
9	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	49.000.984,89	66.912.861,37	88.038.676,49	119.061.589,50	133.732.776,81	91.349.377,81	1,79%	23,84%
10	327999	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA	Filantropia	89.427.377,00	96.347.873,56	127.553.058,32	142.941.969,92	-	91.254.055,76	1,79%	25,62%
11	293321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	58.355.121,72	79.793.739,21	88.998.891,96	97.328.861,01	107.686.799,84	86.432.642,35	1,69%	27,31%
12	303911	GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	53.018.309,67	57.545.578,89	67.125.117,19	59.414.421,82	66.070.397,14	60.634.763,14	1,19%	28,50%
13	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	61.993.084,82	41.872.786,10	56.400.253,45	62.407.627,48	73.196.478,10	59.054.045,99	1,16%	29,65%
14	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	47.796.837,24	63.909.797,30	49.864.013,41	50.319.344,66	62.082.213,52	54.794.441,23	1,07%	30,73%
15	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	36.537.521,38	47.990.160,97	52.775.169,30	59.708.052,60	70.924.716,66	53.587.124,18	1,05%	31,77%
16	316491	IRMÃOZINHA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS	Filantropia	56.437.726,16	62.925.515,50	65.874.982,75	29.840.708,97	40.383.318,35	51.092.450,35	1,00%	32,77%
17	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	36.123.653,56	41.328.114,74	43.540.787,09	49.693.669,06	58.718.002,50	45.880.565,79	0,90%	33,67%
18	346926	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA	Autogestão	36.899.737,64	40.782.457,48	42.189.656,34	48.696.588,08	53.498.805,09	44.413.448,53	0,87%	34,54%
19	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	30.617.241,54	33.718.032,31	43.738.498,12	45.752.341,61	57.877.333,71	42.340.689,46	0,83%	35,37%
20	335600	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	31.587.900,60	36.101.497,55	41.697.125,13	46.197.702,35	50.283.256,47	41.173.496,42	0,81%	36,17%

Fonte: Elaboração própria

Observando a participação das Despesas com Pessoal Próprio dessas 20 operadoras listadas, verifica-se que as conclusões encontradas pela análise das modalidades também são válidas: Filantropias possuem a maior participação, seguidas de longe por Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo.

Tabela 118: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Pessoal/Despesas 2007	Pessoal/Despesas 2008	Pessoal/Despesas 2009	Pessoal/Despesas 2010	Pessoal/Despesas 2011	Média
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	7,14%	6,85%	6,89%	6,00%	5,29%	6,44%
2	375918	COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA SÃO PAULO	Filantropia	49,41%	46,75%	0,00%	70,38%	0,00%	33,31%
3	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	6,14%	7,07%	5,60%	4,40%	3,91%	5,42%
4	005711	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	2,46%	2,35%	1,93%	2,16%	2,08%	2,19%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	6,77%	8,27%	6,70%	5,53%	3,43%	6,14%
6	323080	GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	Autogestão	7,43%	7,35%	6,81%	6,67%	7,20%	7,09%
7	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	5,49%	5,06%	4,95%	5,45%	4,73%	5,13%
8	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	7,22%	6,81%	4,04%	3,31%	3,78%	5,03%
9	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	5,40%	6,18%	6,69%	7,81%	7,60%	6,74%
10	327999	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA	Filantropia	37,48%	33,17%	37,99%	39,19%	0,00%	29,57%
11	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	4,07%	4,36%	4,04%	3,91%	3,67%	4,01%
12	403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	4,79%	4,52%	4,26%	3,83%	4,01%	4,28%
13	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	5,62%	3,42%	4,02%	3,81%	3,79%	4,13%
14	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	5,07%	5,68%	4,61%	4,16%	4,13%	4,73%
15	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	5,76%	5,97%	5,87%	5,13%	4,77%	5,50%
16	316491	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS	Filantropia	27,40%	27,30%	27,54%	11,01%	13,20%	21,29%
17	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP.DE TRAB.MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	4,98%	5,18%	4,83%	4,65%	4,70%	4,87%
18	346926	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA	Autogestão	12,86%	12,22%	12,72%	12,61%	13,14%	12,71%
19	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	3,95%	3,71%	4,42%	3,91%	4,26%	4,05%
20	335690	UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	4,55%	4,69%	4,95%	4,96%	4,89%	4,81%

Fonte: Elaboração própria

As Seguradoras Especializadas são as operadoras que possuem menor participação de Pessoal Próprio e há uma ligeira redução da participação dessa despesa sobre o total geral do setor.

Outro enfoque que pode ser dado a essa análise das Despesas com Pessoal Próprio é verificar a evolução das operadoras que mais vezes foram listadas no ranking de despesas médico-hospitalares vis-à-vis as Seguradoras Especializadas em Saúde, impedidas de ter rede própria. Com isso, busca-se observar se uma amostra das operadoras que estão investindo em Rede Própria possui um perfil de despesas compatíveis com o que se preconizaria pela Teoria dos Custos de Transação.

Nesse sentido, foram selecionadas 11 Operadoras de Planos de Saúde, que vem a ser o conjunto de operadoras que aparecerem ao menos em quatro das seis listas⁴⁹ das vinte maiores médias de despesas médico-hospitalares. Eis as operadoras: Amil Assistência Médica Internacional S.A.; Amil Saúde Ltda.; Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda; Intermédica Sistema de Saúde S/A; Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa de Médicos; Unimed Grande Florianópolis-Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.; Unimed Porto Alegre Sociedade Coop. de Trab. Médico Ltda; e Unimed Vitoria Cooperativa de Trabalho Médico.

O resultado desta análise comparativa encontra-se na tabela a seguir. Verifica-se que o percentual de Despesas em Rede Própria das Operadoras Selecionadas é superior ao das Seguradoras Especializadas em percentual que varia entre 62,0% e 73,0%, condizente com sua estrutura mais verticalizada.

⁴⁹ Cada lista representa uma subconta contábil: Despesas com (i) Consultas Médicas, (ii) Exames, (iii) Terapias, (iv) Internações, (v) Outros Atendimentos Ambulatoriais e (vi) Demais Despesas Médico-Hospitalares.

Tabela 119: Participação das Despesas com Pessoal Próprio sobre as Despesas Totais – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde

Tipo de Operadora	Pessoal/Despesas 2007	Pessoal/Despesas 2008	Pessoal/Despesas 2009	Pessoal/Despesas 2010	Pessoal/Despesas 2011
Operadoras Seleccionadas	6,02%	5,97%	5,84%	5,46%	5,16%
Seguradora Especializada em Saúde	3,67%	3,69%	3,38%	3,29%	3,06%
Total geral	4,84%	4,81%	4,63%	4,39%	4,10%

Fonte: Elaboração própria

4.2.17. Despesas com Honorários Advocatícios

Seguindo o mesmo raciocínio usado para a verificação das Provisões para Contingências Cíveis, uma evidência de aumento dos custos de transação pode ser verificada pela análise dos custos judiciais que as empresas têm, inclusive de seus gastos com Honorários Advocatícios. Por mais que as empresas tenham advogados próprios, geralmente suas causas mais complexas, e que envolve maiores valores, são direcionadas a escritórios de advocacia especializados em determinado assunto. Desse modo, pode-se imaginar que um significativo acréscimo de valores transitando por contas que envolvem a participação do Judiciário evidencia a aumento dos custos de transação de uma empresa ou setor.

Nesse sentido, a tabela a seguir demonstra que as despesas nominais com Honorários Advocatícios das operadoras apresentaram crescimento nominal de 90,4% no período, sendo as Cooperativas Médicas e as Medicinas de Grupo as modalidades que mais incorreram nesse tipo de gasto.

Tabela 120: Honorários Advocatícios – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Desp Honorários 2007	Desp Honorários 2008	Desp Honorários 2009	Desp Honorários 2010	Desp Honorários 2011
Administradora de Benefícios	61.644,44	52.634,13	543.151,88	2.563.790,00	3.765.674,58
Autogestão	5.476.382,81	7.284.146,26	10.546.404,96	10.402.404,56	14.379.347,70
Cooperativa Médica	48.692.376,50	52.772.529,68	61.421.394,00	67.691.054,60	85.655.271,44
Filantropia	7.596.566,43	7.548.952,20	9.580.594,75	8.298.153,33	9.410.238,02
Medicina de Grupo	50.155.807,84	52.108.634,91	68.249.375,82	70.730.111,96	80.644.465,81
Seguradora Especializada em Saúde	10.742.744,90	20.629.765,52	24.502.586,91	25.542.673,25	39.908.396,97
Total geral	122.725.522,92	140.396.662,70	174.843.508,32	185.228.187,70	233.763.394,52

Fonte: Elaboração própria

Todavia, percebe-se a relevância do crescimento nominal verificado dentre as Seguradoras Especializadas, da ordem de 271,5%. Somente as Administradoras de Benefícios, e em virtude da entrada em operação da Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. em 2010, apresentaram crescimento maior. Oportuno mencionar, ainda, o crescimento dentre as Autogestões, da ordem de 162,6%.

Quando se analisa a contribuição de cada modalidade para o total gasto pelo setor com Honorários Advocatícios, verifica-se que as Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo vêm perdendo participação para as Autogestões e Seguradoras Especializadas. Ou seja, as modalidades que mais estão se verticalizando tiveram sua participação diminuída no decorrer do período de análise.

Tabela 121: Honorários Advocáticos – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Desp Honorários 2007	Desp Honorários 2008	Desp Honorários 2009	Desp Honorários 2010	Desp Honorários 2011
Administradora de Benefícios	0,1%	0,0%	0,3%	1,4%	1,6%
Autogestão	4,5%	5,2%	6,0%	5,6%	6,2%
Cooperativa Médica	39,7%	37,6%	35,1%	36,5%	36,6%
Filantropia	6,2%	5,4%	5,5%	4,5%	4,0%
Medicina de Grupo	40,9%	37,1%	39,0%	38,2%	34,5%
Seguradora Especializada em Saúde	8,8%	14,7%	14,0%	13,8%	17,1%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As Seguradoras Especializadas viram sua participação praticamente dobrar entre 2007 e 2011. Ainda assim, representam cerca de metade do valor nominal gasto por Cooperativas Médicas ou Medicinas de Grupo com Honorários Advocáticos.

Quando o estudo se volta para a participação de tais honorários nas Despesas Totais do setor, verifica-se que, apesar de não possuírem rede própria, as Seguradoras Especializadas não tem as maiores despesas relativas. Ao contrário: em 2007, ocupavam o penúltimo lugar na incidência dessas despesas, com 0,11% das Despesas Totais, participação maior apenas do que a das Autogestões, com 0,04%.

Tabela 122: Participação dos Honorários Advocáticos sobre as Despesas Totais, por Modalidade

Modalidade	Honorários/Desp 2007	Honorários/Desp 2008	Honorários/Desp 2009	Honorários/Desp 2010	Honorários/Desp 2011
Administradora de Benefícios	0,55%	0,22%	2,34%	1,39%	1,04%
Autogestão	0,04%	0,09%	0,12%	0,11%	0,13%
Cooperativa Médica	0,22%	0,20%	0,20%	0,20%	0,22%
Filantropia	0,18%	0,16%	0,18%	0,14%	0,17%
Medicina de Grupo	0,31%	0,28%	0,33%	0,31%	0,32%
Seguradora Especializada em Saúde	0,11%	0,18%	0,20%	0,18%	0,24%
Total geral	0,18%	0,20%	0,23%	0,21%	0,24%

Fonte: Elaboração própria

Entretanto, se for observada a evolução dessa participação, constata-se que as Seguradoras Especializadas dobraram-na em cinco anos, encerrando 2011 com 0,24% das Despesas Totais. De igual modo, as Autogestões viram sua participação triplicar, alcançando 0,13% em 2011. Destaca-se, ainda, que as Administradoras de Benefícios têm a maior participação dos Honorários Advocáticos, com 1,04% em 2011, porém é sempre importante esclarecer que essa modalidade não tem dentre as suas atividades a prestação de serviços médico-hospitalares, fazendo com que suas despesas sejam proporcionalmente menores que as das demais modalidades.

As modalidades mais verticalizadas, Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo, não apresentaram grandes variações durante o período de análise, algo que faz supor que, se há de fato uma relação entre Rede Própria e nível de despesas com Honorários Advocáticos, os investimentos em Rede Própria realizados durante o período de análise apenas foram suficientes para manter tais despesas no mesmo nível, ou seja, não permitiu que houvesse reduções.

Listando as vinte operadoras com maiores despesas com Honorários Advocatícios do período, percebe-se que representam 51,57% do total desse tipo de despesas.

Tabela 123: Honorários Advocatícios – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Desp Honorários 2007	Desp Honorários 2008	Desp Honorários 2009	Desp Honorários 2010	Desp Honorários 2011	Média	%	% Acumulado
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	7.555.525,56	10.292.190,88	8.701.541,96	16.297.777,64	28.811.990,19	14.331.805,25	8,36%	8,36%
2	005711	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	4.233.680,11	8.892.947,31	10.301.987,22	13.333.530,09	14.128.503,05	10.178.129,56	5,94%	14,30%
3	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	2.873.326,20	4.165.596,88	3.829.219,56	13.619.619,04	20.511.102,26	8.989.772,79	5,25%	19,55%
4	403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA	Medicina de Grupo	7.405.857,97	6.345.545,88	9.260.304,95	9.831.105,76	10.747.470,21	8.718.056,95	5,09%	24,64%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	8.056.615,52	4.507.596,77	18.082.150,29	5.881.774,63	89.830,68	7.323.593,58	4,27%	28,91%
6	006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	2.796.615,38	7.013.567,79	7.225.624,00	6.970.843,21	9.440.052,14	6.689.340,50	3,90%	32,81%
7	355097	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A	Medicina de Grupo	-	6.482.739,10	-	5.964.404,18	4.490.681,10	4.663.783,32	2,72%	35,54%
8	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	2.616.352,79	3.034.331,37	3.643.850,90	3.573.053,86	4.043.063,52	3.382.130,49	1,97%	37,51%
9	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	1.230.944,22	1.570.127,88	732.614,37	2.191.191,99	11.025.124,99	3.350.000,69	1,95%	39,46%
10	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	10.493.715,86	936.510,80	987.364,52	1.130.889,53	1.522.282,05	3.014.152,55	1,76%	41,22%
11	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	3.331.764,38	2.978.375,94	2.370.696,61	3.049.529,24	2.752.179,06	1.613,11	0,00%	42,83%
12	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC. COOP. SERV. MED E HOSP LTDA	Cooperativa Médica	4.038.565,13	5.945.420,72	838.980,38	1.042.650,18	1.245.032,62	2.622.129,81	1,53%	44,36%
13	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	566.725,18	863.693,87	8.771.332,64	818.068,73	1.928.499,43	2.589.663,97	1,51%	45,87%
14	000701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	426.960,68	417.316,77	4.590.504,08	1.149.577,84	1.791.540,87	1.675.180,05	0,98%	46,85%
15	339245	SANTAMÁLIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	106.189,40	228.105,08	100.805,21	2.598.113,79	4.155.113,82	1.437.665,46	0,84%	47,68%
16	319996	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	Cooperativa Médica	1.168.518,54	1.265.222,45	1.133.198,05	1.691.938,43	1.726.612,69	1.397.098,03	0,82%	48,50%
17	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	Cooperativa Médica	1.021.513,32	1.064.945,08	1.691.578,30	1.397.880,58	1.631.091,50	1.361.401,76	0,79%	49,29%
18	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	-	801.942,27	-	983.684,09	2.088.553,99	1.320.647,01	0,77%	50,06%
19	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	356.941,83	2.275.975,96	840.582,67	1.321.237,43	1.693.676,63	1.297.282,90	0,76%	50,82%
20	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	174.073,29	228.787,50	348.513,05	1.011.360,58	4.654.901,37	1.283.527,16	0,75%	51,57%

Fonte: Elaboração própria

Analisando a participação dos Honorários Advocatícios nas Despesas Totais, verifica-se que há movimentos tanto para seu aumento quanto para sua diminuição dentre as operadoras listadas, indicando que não há homogeneidade de comportamento neste conjunto de operadoras.

Tabela 124: Participação dos Honorários Advocatícios sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Honorários/Desp 2007	Honorários/Desp 2008	Honorários/Desp 2009	Honorários/Desp 2010	Honorários/Desp 2011	Média
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	0,34%	0,35%	0,25%	0,39%	0,42%	0,35%
2	005711	BRADESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	0,11%	0,19%	0,20%	0,22%	0,19%	0,18%
3	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	0,21%	0,24%	0,19%	0,52%	0,78%	0,39%
4	403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA	Medicina de Grupo	0,67%	0,50%	0,59%	0,63%	0,65%	0,61%
5	302872	AMIL SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,58%	0,23%	0,79%	0,30%	0,06%	0,39%
6	006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	0,19%	0,50%	0,52%	0,46%	0,62%	0,46%
7	355097	SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A	Medicina de Grupo	0,00%	5,13%	4,13%	3,33%	2,30%	2,98%
8	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	0,18%	0,17%	0,17%	0,14%	0,14%	0,16%
9	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	0,06%	0,07%	0,03%	0,07%	0,26%	0,10%
10	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB. MÉDICO LTDA	Cooperativa Médica	1,45%	0,12%	0,11%	0,11%	0,12%	0,38%
11	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,35%	0,26%	0,22%	0,17%	0,20%	0,24%
12	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC. COOP. SERV. MED E HOSP LTDA	Cooperativa Médica	1,20%	1,47%	0,19%	0,20%	0,21%	0,65%
13	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	Cooperativa Médica	0,07%	0,10%	0,89%	0,07%	0,14%	0,25%
14	000701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	0,18%	0,12%	1,94%	0,23%	0,31%	0,38%
15	339245	SANTAMÁLIA SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	0,10%	0,19%	0,07%	1,44%	1,97%	0,76%
16	319996	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	Cooperativa Médica	0,42%	0,36%	0,24%	0,28%	0,24%	0,31%
17	317144	UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.	Cooperativa Médica	0,19%	0,17%	0,24%	0,18%	0,18%	0,19%
18	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	0,00%	0,05%	0,05%	0,10%	0,11%	0,06%
19	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	0,03%	0,19%	0,06%	0,08%	0,09%	0,09%
20	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	0,03%	0,03%	0,04%	0,09%	0,31%	0,10%

Fonte: Elaboração própria

O maior crescimento foi verificado em uma Medicina de Grupo, a Santamália Saúde S.A., de 1,9 p.p. entre 2007 e 2011, seguida pela Unimed Paulista Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico, com 0,6 p.p. Já as maiores reduções foram verificadas na Unimed Porto Alegre Sociedade Coop. de Trab. Médico Ltda., de 1,3 p.p., e na Unimed – São Gonçalo-Niterói - Soc. Coop. Serv. Med e Hosp Ltda., de 1,0 p.p.

Retomando a avaliação das 11 Operadoras Seleccionadas e confrontando-as com as Seguradoras Especializadas, verifica-se que as operadoras que estão incorrendo em maiores despesas em sua Rede Própria no período analisado apresentam uma redução da participação dos Honorários Advocatícios, tendo iniciado o período com 0,32% e encerrado com 0,24%. Movimento contrário ao realizado pelas Seguradoras Especializadas, que incorriam em 0,11% das Despesas Totais em 2007 e terminaram 2011 com os mesmos 0,24% calculado para as Operadoras Seleccionadas.

Tabela 125: Participação dos Honorários Advocatícios sobre as Despesas Totais – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde

Tipo de Operadora	Honorários/Despesas 2007	Honorários/Despesas 2008	Honorários/Despesas 2009	Honorários/Despesas 2010	Honorários/Despesas 2011
Operadoras Seleccionadas	0,32%	0,20%	0,32%	0,21%	0,24%
Seguradora Especializada em Saúde	0,11%	0,18%	0,20%	0,18%	0,24%
Total geral	0,22%	0,19%	0,26%	0,20%	0,24%

Fonte: Elaboração própria

Isto significa que as Operadoras Seleccionadas, que investem em Rede Própria, apresentaram durante o período uma trajetória oposta à verificada dentre as Seguradoras Especializadas em Saúde, que não possuem Rede Própria. Tais trajetórias são condizentes com as explicações fornecidas pela Teoria dos Custos de Transação, de quanto maior for a estrutura hierárquica, menor tende a ser os custos de transação e, por conseguinte, os honorários advocatícios oriundos de disputas judiciais.

4.2.18. Despesas Judiciais

Assim como os honorários advocatícios, baixas despesas judiciais indicariam um dos resultados esperados da integração vertical. Nesta seção, serão apresentadas as despesas judiciais não relacionadas às despesas com a assistência médico-hospitalar oriundas de ordem judicial⁵⁰. Ainda assim, valores referentes a indenizações de toda ordem e cobranças judiciais feitas por prestadores de serviços e/ou consumidores estarão registradas nessa conta.

Em termos nominais, as Despesas Judiciais praticamente quadruplicaram durante o período de análise, evidenciando que é cada vez maior a utilização do Judiciário como instância resolução de conflitos e responsabilização por danos. Impressiona o crescimento verificado entre as Medicinas de Grupo, de 603%, puxado pelo aumento das Despesas Judiciais de grandes operadoras como Amil Assistência Médica Internacional Ltda., Hapvida Assistência Médica Ltda. e Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.

Tabela 126: Despesas Judiciais – Valores Nominiais por Modalidade

Modalidade	Desp Judiciais 2007	Desp Judiciais 2008	Desp Judiciais 2009	Desp Judiciais 2010	Desp Judiciais 2011
Administradora de Benefícios	-	17.125,90	67.947,02	134.797,69	1.069.582,45
Autogestão	3.570.753,21	2.025.878,24	2.183.059,44	5.561.385,39	7.505.343,87
Cooperativa Médica	26.277.136,17	30.960.714,23	34.988.254,69	47.269.202,37	60.951.521,81
Filantropia	963.628,19	1.961.686,72	2.923.115,50	2.284.944,92	1.492.762,90
Medicina de Grupo	14.680.508,72	38.514.655,37	48.085.641,68	79.819.360,75	103.231.810,83
Seguradora Especializada em Saúde	709.237,76	1.134.356,70	892.043,93	2.079.934,91	960.468,15
Total geral	46.201.264,05	74.614.417,16	89.140.062,26	137.149.626,03	175.211.490,01

Fonte: Elaboração própria

Autogestões e Cooperativas Médicas mais que duplicaram tais despesas no período, enquanto o menor crescimento nominal é verificado dentre as Seguradoras Especializadas em

⁵⁰ As despesas com a assistência médico-hospitalar oriundas de ordem judicial devem estar registradas na conta Eventos Indenizáveis Líquidos.

Saúde, de 35,4%. A esse respeito, importante destacar as Despesas Judiciais extremamente baixas das Seguradoras Especializadas, se comparadas com as demais modalidades.

Como a tabela a seguir demonstra, as Despesas Judiciais das Seguradoras Especializadas não superaram em ano algum 2% do total gasto pelo setor, sendo que em 2011 foi verificada sua mais baixa participação, 0,5% do total.

Tabela 127: Consultas Médicas – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Desp Judiciais 2007	Desp Judiciais 2008	Desp Judiciais 2009	Desp Judiciais 2010	Desp Judiciais 2011
Administradora de Benefícios	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,6%
Autogestão	7,7%	2,7%	2,4%	4,1%	4,3%
Cooperativa Médica	56,9%	41,5%	39,3%	34,5%	34,8%
Filantropia	2,1%	2,6%	3,3%	1,7%	0,9%
Medicina de Grupo	31,8%	51,6%	53,9%	58,2%	58,9%
Seguradora Especializada em Saúde	1,5%	1,5%	1,0%	1,5%	0,5%
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As Autogestões, Cooperativas Médicas e Filantropias viram sua participação cair ao longo do período de análise, em muito atribuída ao aumento verificado dentre as Medicinas de Grupo.

A participação das Despesas Judiciais nas Despesas Totais das operadoras é relativamente baixa, principalmente dentre as Seguradoras Especializadas, que manteve em 0,01% durante todo o período. As Filantropias também apresentaram baixa participação: apesar de se verificar um crescimento entre 2008 e 2010, no ano de 2011 a participação é de 0,03%, 0,01 p.p. maior que em 2007.

Tabela 128: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais, por Modalidade

Modalidade	Desp Judiciais/Desp 2007	Desp Judiciais/Desp 2008	Desp Judiciais/Desp 2009	Desp Judiciais/Desp 2010	Desp Judiciais/Desp 2011
Administradora de Benefícios	0,00%	0,07%	0,29%	0,07%	0,30%
Autogestão	0,02%	0,02%	0,02%	0,06%	0,07%
Cooperativa Médica	0,12%	0,12%	0,12%	0,14%	0,15%
Filantropia	0,02%	0,04%	0,05%	0,04%	0,03%
Medicina de Grupo	0,09%	0,21%	0,23%	0,35%	0,40%
Seguradora Especializada em Saúde	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Total geral	0,07%	0,11%	0,11%	0,16%	0,18%

Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, Administradoras de Benefícios, Autogestões, Cooperativas Médicas e, principalmente, Medicinas de Grupo, apresentaram crescimento da participação das Despesas Judiciais. As Medicinas de Grupo viram a participação das Despesas Judiciais quadruplicarem durante o período, com os maiores saltos verificados em 2008 e 2010.

Somente a Amil Assistência Médica Internacional S.A. representou, nos cinco anos sob análise, 22,42% de todas as Despesas Judiciais do setor. A segunda operadora da lista, a Unimed Rio, correspondeu a 7,91%. A concentração das Despesas Judiciais é tamanha que as vinte operadoras com maiores saldos respondem por 70,42% do total.

Tabela 129: Despesas Judiciais – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Desp Judiciais 2007	Desp Judiciais 2008	Desp Judiciais 2009	Desp Judiciais 2010	Desp Judiciais 2011	Média	%	% Acumulado
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	-	16.348.909,49	19.613.970,22	30.395.790,32	50.743.063,51	23.420.346,71	22,42%	22,42%
2	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	4.128.126,73	6.897.115,58	4.424.454,04	9.468.266,09	16.414.925,55	8.266.577,60	7,91%	30,33%
3	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	-	7.033.681,81	3.363.886,72	14.360.072,95	12.332.745,05	7.418.077,43	7,10%	37,43%
4	302872	AMIL SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	2.551.369,80	3.039.838,36	5.931.497,43	12.353.126,79	5.026.515,77	4.840.869,63	4,63%	42,07%
5	368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Medicina de Grupo	2.173.053,67	1.608.781,32	4.477.284,09	6.341.123,32	9.174.888,29	4.755.046,10	4,53%	46,60%
6	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	2.436.162,08	2.869.884,05	2.811.800,87	3.355.596,53	5.330.977,91	3.360.884,29	3,22%	49,84%
7	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	940.646,16	2.044.903,94	1.695.472,94	7.577.529,18	2.683.011,99	2.988.312,84	2,86%	52,70%
8	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	2.768.281,42	352.294,17	4.441.935,18	2.919.799,38	4.433.809,30	2.983.223,89	2,86%	55,55%
9	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED.E HOSP.LTDA	Cooperativa Médica	1.870.864,40	1.765.217,51	2.462.126,26	2.719.257,62	4.485.915,18	2.660.676,19	2,55%	58,10%
10	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	1.242.622,00	1.314.098,44	1.559.006,41	3.174.864,00	2.750.047,22	2.008.127,61	1,92%	60,02%
11	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	357.867,30	320.648,72	416.914,32	3.506.303,54	3.784.587,58	1.677.264,29	1,61%	61,63%
12	303623	CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	Medicina de Grupo	1.570.810,55	604.732,05	2.079.522,39	1.298.398,01	2.742.592,98	1.699.131,20	1,59%	63,22%
13	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MEDICO LTDA	Cooperativa Médica	2.649.235,13	785.255,59	942.623,62	677.977,00	2.631.745,93	1.537.367,45	1,47%	64,69%
14	342084	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	1.027.438,87	1.800.392,10	1.552.215,33	785.760,51	1.193.793,23	1.271.920,01	1,22%	65,91%
15	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	299.665,34	460.354,62	1.216.018,60	982.122,91	2.283.471,33	1.048.326,56	1,00%	66,91%
16	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	378.933,25	562.289,24	974.839,67	1.003.677,51	1.282.872,68	840.522,47	0,80%	67,71%
17	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB.MEDICO LTDA	Cooperativa Médica	669.543,04	948.974,60	850.914,27	580.970,58	709.860,38	752.052,57	0,72%	68,43%
18	385697	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO	Autogestão	547.072,37	408.605,48	512.960,72	688.665,96	1.422.816,51	716.024,21	0,69%	69,12%
19	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	120.485,64	426.275,79	231.473,34	579.740,94	2.177.440,23	707.083,19	0,68%	69,80%
20	346926	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA	Autogestão	1.526.805,79	815.448,12	388.038,68	356.640,50	168.715,80	651.129,78	0,62%	70,42%

Fonte: Elaboração própria

A grande representatividade das Despesas Judiciais da Amil Assistência Médica Internacional S.A. impacta não somente os números totais do setor como também suas Despesas Totais, alcançando 0,74% em 2011, índice muito superior aos 0,40% verificado no conjunto de Medicinas de Grupo. Crescimento comparável apenas ao verificado pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil.

Tabela 130: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Judiciais/Desp 2007	Judiciais/Desp 2008	Judiciais/Desp 2009	Judiciais/Desp 2010	Judiciais/Desp 2011	Média
1	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	0,00%	0,56%	0,57%	0,73%	0,74%	0,52%
2	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	0,29%	0,38%	0,20%	0,38%	0,56%	0,36%
3	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,00%	0,62%	0,31%	1,19%	0,82%	0,59%
4	302872	AMIL SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	0,18%	0,16%	0,26%	0,63%	0,34%	0,31%
5	368253	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Medicina de Grupo	0,87%	0,52%	1,13%	1,26%	1,37%	1,03%
6	309222	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	Medicina de Grupo	0,74%	0,83%	0,78%	0,93%	1,28%	0,91%
7	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,21%	0,41%	0,32%	1,24%	0,39%	0,51%
8	301337	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,20%	0,02%	0,22%	0,11%	0,17%	0,14%
9	343731	UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED.E HOSP.LTDA	Cooperativa Médica	0,56%	0,44%	0,56%	0,52%	0,74%	0,56%
10	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,11%	0,11%	0,11%	0,19%	0,14%	0,13%
11	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	0,02%	0,02%	0,02%	0,17%	0,15%	0,08%
12	303623	CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	Medicina de Grupo	5,74%	1,31%	1,40%	0,68%	1,23%	2,07%
13	311961	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MEDICO LTDA	Cooperativa Médica	0,96%	0,25%	0,26%	0,18%	0,67%	0,46%
14	342084	UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,33%	0,50%	0,36%	0,15%	0,20%	0,31%
15	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,14%	0,18%	0,41%	0,30%	0,60%	0,33%
16	382876	UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	Cooperativa Médica	0,11%	0,14%	0,20%	0,18%	0,19%	0,17%
17	352501	UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOP. DE TRAB.MEDICO LTDA	Cooperativa Médica	0,09%	0,12%	0,09%	0,05%	0,06%	0,08%
18	385697	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO	Autogestão	0,25%	0,16%	0,22%	0,39%	0,94%	0,39%
19	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	0,02%	0,05%	0,03%	0,05%	0,15%	0,06%
20	346926	FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA	Autogestão	0,53%	0,24%	0,12%	0,09%	0,04%	0,21%

Fonte: Elaboração própria

A lista é composta exclusivamente por Autogestões, Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, alinhado com os resultados consolidados por modalidade encontrados.

Comparando as 11 Operadoras Seleccionadas com as Seguradoras Especializadas, verifica-se que, paradoxalmente à luz da Teoria dos Custos de Transação, as primeiras estão incorrendo em maiores Despesas Judiciais.

Tabela 131: Participação das Despesas Judiciais sobre as Despesas Totais – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde

Tipo de Operadora	Desp Judiciais/Desp 2007	Desp Judiciais/Desp 2008	Desp Judiciais/Desp 2009	Desp Judiciais/Desp 2010	Desp Judiciais/Desp 2011
Operadoras Seleccionadas	0,09%	0,24%	0,26%	0,41%	0,39%
Seguradora Especializada em Saúde	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Total geral	0,05%	0,12%	0,14%	0,21%	0,20%

Fonte: Elaboração própria

Inclusive tais despesas vêm crescendo, e não diminuindo como era de se supor: saltos relevantes são observados em 2008 e 2010, fazendo com que as Operadoras Seleccionadas

encerrem 2011 com Despesas Judiciais equivalentes a 0,39% das Despesas Totais, contra 0,01% das Seguradoras Especializadas, que não podem contar com Rede Própria.

4.2.19. Resultado do Exercício

Nesta seção busca-se identificar o resultado das operadoras, ou seja, se durante o período suas atividades geraram lucro ou prejuízo. Para tanto, e considerando que o Plano de Contas da ANS não possui uma conta Resultado do Exercício que não seja transitória, foi admitido que o Resultado de cada operadora é representado pelo saldo obtido pela diminuição das Despesas Totais de suas Receitas Totais. Contabilmente, esse valor seria equivalente ao Lucro antes do Imposto de Renda.

Ao adotar uma estratégia de verticalização de sua estrutura, as operadoras buscam um meio de atingir o objetivo final de maior lucratividade, assegurando dessa maneira a perenidade de suas atividades. Ao construir ou adquirir Rede Própria, tais operadoras vislumbram reduzir seus custos, que o presente estudo entende tratar-se de custos de transação, maximizando, portanto, seus resultados.

Desse modo, é de se imaginar que os movimentos em direção à integração vertical verificado em um conjunto relevante de operadoras durante o período 2007-2011 teriam como objetivo intermediário reduzir custos de transação e objetivo final a maximização dos lucros, considerando que o total de receitas auferidas permaneceria constante. Resta saber, portanto, se o objetivo final já vem sendo alcançado.

Quanto ao resultado nominal auferido pelo setor, constata-se que vem crescendo desde 2008, encerrando 2011 com valor 20,55% maior que o auferido em 2007. Considerando que o VCMH acumulado no período foi de 50,75% (IESS, 2012), esse crescimento nominal poderia indicar que a lucratividade das operadoras diminuiu relativamente no período, algo que não ocorreu, por diversos motivos, como o fato de o indicador não considerar a quantidade de serviços prestados ou o fato de as operadoras terem despesas indiretas, que podem ter crescido a uma taxa inferior.

Tabela 132: Resultado do Exercício – Valores Nominais por Modalidade

Modalidade	Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011
Administradora de Benefícios	1.838.240,89	4.671.025,56	2.640.200,00	104.060.108,90	120.145.671,68
Autogestão	1.399.129.141,43	321.155.410,75	890.736.896,10	860.234.464,83	400.345.043,03
Cooperativa Médica	580.296.438,97	462.727.692,00	394.067.407,49	852.953.911,71	782.695.900,37
Filantropia	93.100.553,91	203.358.485,82	- 35.967.100,20	50.974.503,19	- 9.316.716,30
Medicina de Grupo	402.845.198,45	364.211.536,82	148.479.794,61	576.778.364,66	780.525.626,79
Seguradora Especializada em Saúde	1.151.896.285,14	1.116.635.127,46	1.576.385.768,75	2.017.090.032,21	2.300.376.640,55
Total geral	3.629.105.858,79	2.472.759.278,41	2.976.342.966,75	4.462.091.385,50	4.374.772.166,12

Fonte: Elaboração própria

Quando a análise desce ao nível de modalidades, verifica-se que as Filantropias foram as únicas que apresentaram prejuízo durante o período de análise, nos anos de 2009 e 2011. As Autogestões também viram seu resultado diminuir no período, ainda que não represente um prejuízo consolidado para a modalidade, como dentre as Filantropias.

Em contrapartida, o maior salto de lucratividade se deu entre as Administradoras de Benefícios, em virtude dos expressivos resultados auferidos pela Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. desde o início de suas operações, em fevereiro de 2010. Em seguida, e de maior representatividade, vem o crescimento dos resultados das Seguradoras Especializadas em Saúde, que praticamente dobraram no período e vêm apresentando um crescimento consistente. Em terceiro lugar vêm as Medicinas de Grupos, seguidas pelas Cooperativas Médicas.

No que se refere aos Resultados, percebe-se que a relação entre Resultado Nominal e Rede Própria apresenta uma relação inversa, isto é, quanto mais Rede Própria, menos Resultado. Pelo menos se forem consideradas as Cooperativas Médicas, Filantropias, Medicinas de Grupo e Seguradoras Especializadas.

A contribuição de cada modalidade para o Resultado global do setor pode ser vista na tabela a seguir, que evidencia o relatado anteriormente: crescimentos significativos dentre as Administradoras de Benefícios e Seguradoras Especializadas, seguidas de longe por Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas. No sentido oposto: Autogestões e Filantropias viram sua posição relativa se reduzir durante o período.

Tabela 133: Resultado do Exercício – Participação de cada Modalidade

Modalidade	Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011
Administradora de Benefícios	0,05%	0,19%	0,09%	2,33%	2,75%
Autogestão	38,55%	12,99%	29,93%	19,28%	9,15%
Cooperativa Médica	15,99%	18,71%	13,24%	19,12%	17,89%
Filantropia	2,57%	8,22%	-1,21%	1,14%	-0,21%
Medicina de Grupo	11,10%	14,73%	4,99%	12,93%	17,84%
Seguradora Especializada em Saúde	31,74%	45,16%	52,96%	45,21%	52,58%
Total geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Este estudo chama de Margem de Lucro o percentual sobre as Receitas Totais da diferença entre Receitas Totais e Despesas Totais. Analisando as informações a seguir, destaca-se o percentual verificado entre as Administradoras de Benefícios, que chegaram a alcançar 36,03% em 2010. Como as Administradoras não têm Receitas tampouco Despesas Médico-Hospitalares, entende-se que sua Margem de Lucro não possa ser comparável à das demais modalidades. Algo que não se pode supor das Seguradoras Especializadas: a modalidade apresentou consistentemente Margens de Lucro muito superiores às das demais

modalidades “operacionais”⁵¹. Justamente a modalidade que tem a estrutura menos verticalizada.

Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo têm uma Margem de Lucro seis vezes menor, enquanto as Filantropias apresentaram prejuízo em 2009 e 2011. Há de se pesar, contudo, que as Seguradoras podem ter uma gestão interna mais eficiente – gestão financeira, por exemplo –, que contribui para a maior lucratividade. E, em sendo assim, a simples comparação das Margens de Lucro não seria suficiente para se inferir que uma dada estrutura de governança é melhor do que outras.

Tabela 134: Margem de Lucro, por Modalidade

Modalidade	Margem de Lucro 2007	Margem de Lucro 2008	Margem de Lucro 2009	Margem de Lucro 2010	Margem de Lucro 2011
Administradora de Benefícios	13,99%	16,08%	10,22%	36,03%	24,93%
Autogestão	8,56%	3,64%	8,90%	7,99%	3,54%
Cooperativa Médica	2,51%	1,71%	1,30%	2,41%	1,93%
Filantropia	2,12%	3,97%	-0,67%	0,87%	-0,17%
Medicina de Grupo	2,44%	1,95%	0,71%	2,45%	2,97%
Seguradora Especializada em Saúde	10,94%	8,73%	11,23%	12,69%	12,10%
Total geral	5,11%	3,41%	3,68%	4,86%	4,24%

Fonte: Elaboração própria

Restaria, portanto, comparar a evolução da Margem de Lucro de cada estrutura de governança, no caso específico, de cada modalidade. Apesar do grande volume de investimentos e direcionamento de demanda para a Rede Própria, as Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo viram sua Margem de Lucro diminuir em alguns anos do período de análise.

As Cooperativas Médicas, por exemplo, apresentavam declínio da Margem de Lucro até 2009, ensaiaram uma retomada em 2010, contudo voltaram a cair em 2011, encerrando o citado ano com 1,93% vis-à-vis 2,51% em 2007. As Medicinas de Grupo, por sua vez, apresentam queda até 2009, todavia invertem tal trajetória, retornando em 2010 ao patamar de 2007, que seria superado em 2011. Em suma, os investimentos em Rede Própria realizados durante o período ainda não se fizeram refletir em um aumento significativo da lucratividade. É possível que isso ocorra devido ao fato de que as operadoras ainda não tenham tido tempo de colher os retornos de seus pesados investimentos em Rede Própria.

As Filantropias, a modalidade mais verticalizada, chegaram a apresentar retornos negativos em 2009 e 2011, evidenciando que sua Rede Própria não foi uma fonte de vantagem competitiva.

Por outro lado, as Seguradoras Especializadas, com seus mercados maduros e sem alterações em sua estrutura de governança, viram seus retornos se manterem em patamares bem mais altos que as modalidades mais verticalizadas. As Autogestões também

⁵¹ Todas as modalidades, à exceção das Administradoras de Benefícios.

apresentaram melhores retornos em relação às modalidades mais verticalizadas, mesmo quando tais retornos caíram bastante, como nos anos de 2008 e 2011.

Na lista dos vinte maiores Resultados Médios percebe-se a relevância das Seguradoras Especializadas: sete das 14 existentes figuram a lista. Medicinas de Grupo são apenas cinco e Cooperativas Médicas, três, mesmo número de Autogestões. Completam a lista uma Administradora de Benefícios e uma Filantropia.

Tal discrepância evidencia, ainda, a diferença de porte existente entre as modalidades, sendo as Seguradoras o segmento com menor disparidade de porte entre as operadoras.

Tabela 135: Resultado do Exercício – Valores Nominais por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010	Resultado 2011	Média	%	% Acumulado	
1	005711	BRASESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	40.081.629,96	667.093.670,84	723.758.439,30	944.172.925,94	1.136.138.161,18	702.248.965,44	19,60%	19,60%	
2	006246	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	409.412.738,82	376.382.539,16	362.919.149,56	407.276.211,31	353.378.291,16	381.929.786,00	10,66%	30,26%	
3	352331	CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO	Autogestão	417.016.414,04	101.441.828,82	480.454.922,85	372.122.593,81	143.332.738,18	302.873.699,94	8,45%	38,71%	
4	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	255.835.593,46	283.068.124,00	215.772.622,58	331.492.377,45	364.427.217,70	290.119.187,04	8,10%	46,81%	
5	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	326.476.468,52	262.345.542,59	157.578.357,50	193.901.860,76	130.411.871,40	214.142.820,15	5,98%	52,79%	
6	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	159.601.831,02	189.530.485,00	67.378.278,65	138.357.710,76	292.913.004,62	169.556.262,01	4,73%	57,52%	
7	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	118.661.765,22	155.541.478,84	137.189.080,28	111.103.664,76	70.054.387,67	118.510.075,35	3,31%	60,83%	
8	315478	FUNDAÇÃO CESP	Autogestão	288.788.928,63	- 4.845.491,01	5.642.932,48	3.122.792,06	48.939.034,77	68.329.639,39	1,91%	62,73%	
9	000884	ITAUSEG SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada	246.435.357,89	- 335.605.475,64	107.842.278,03	75.002.026,92	245.638.161,05	67.862.469,65	1,89%	64,63%	
10	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	48.466.196,53	57.262.862,66	77.446.275,95	64.785.741,41	73.298.265,23	64.251.868,36	1,79%	66,42%	
11	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	10.184.988,88	- 17.744.635,51	48.726.208,73	122.053.087,52	122.627.633,86	57.169.455,70	1,60%	68,02%	
12	000701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	27.590.468,33	21.510.294,47	17.829.777,73	63.175.046,26	83.333.880,10	42.687.893,38	1,19%	69,21%	
13	000582	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	39.388.285,72	2.726.127,99	48.047.207,25	91.503.826,59	21.775.409,47	40.688.171,40	1,14%	70,34%	
14	417173	QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.	Administradora de	-	-	-	-	98.297.955,00	87.495.446,22	37.158.680,24	1,04%	71,38%
15	359661	OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	49.946.533,44	47.242.643,75	17.825.467,30	42.799.081,64	25.805.852,70	36.723.915,77	1,02%	72,41%	
16	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	18.332.787,15	18.669.946,57	17.795.183,94	55.947.506,50	72.378.796,48	36.624.844,13	1,02%	73,43%	
17	000515	ALLIANZ SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	51.216.092,74	22.151.460,73	25.247.503,41	38.244.974,79	44.734.667,92	36.318.939,92	1,01%	74,44%	
18	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	25.203.176,82	26.930.910,11	20.423.294,72	40.725.917,63	65.169.961,03	35.690.652,06	1,00%	75,44%	
19	300080	AGUANAMBI SAÚDE S/C LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	Medicina de Grupo	19.791.105,08	26.851.685,06	31.765.098,32	37.726.174,87	48.545.789,81	32.935.970,63	0,92%	76,36%	
20	375918	COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA SÃO PAULO	Filantropia	71.780.742,21	136.992.996,24	- 46.739.169,18	21.623.364,13	-	28.082.241,03	0,78%	77,14%	

Fonte: Elaboração própria

Evidenciando também a concentração existente no setor, percebe-se que as 20 operadoras com maiores saldos médios de Resultado representam 77,14% de todo o Lucro do setor. Dentre tais operadoras, verificam-se ainda Margens de Lucro significativamente altas para a realidade do setor: as três primeiras apresentam Margens de dois dígitos em praticamente todos os anos, enquanto a Itauseg Saúde Ltda. chega a alcançar 59,96% em 2007.

Tabela 136: Margem de Lucro, por Operadora – Vinte maiores médias

Ranking	Operadora	Razão Social	Modalidade	Margem de Lucro 2007	Margem de Lucro 2008	Margem de Lucro 2009	Margem de Lucro 2010	Margem de Lucro 2011	Média
1	005711	BRASESCO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	1,01%	12,38%	12,05%	13,33%	13,10%	10,37%
2	006246	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	21,76%	21,30%	20,68%	21,12%	18,91%	20,75%
3	352331	CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO	Autogestão	47,27%	16,00%	55,41%	39,96%	16,23%	34,98%
4	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	11,21%	10,67%	7,09%	8,97%	8,02%	9,19%
5	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	Autogestão	17,08%	13,17%	7,31%	8,73%	5,05%	10,27%
6	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	6,63%	6,07%	1,92%	3,21%	4,09%	4,39%
7	343889	UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	9,81%	11,27%	8,90%	6,35%	3,50%	9,77%
8	315478	FUNDAÇÃO CESP	Autogestão	7,24%	-1,30%	1,36%	0,76%	10,58%	3,73%
9	000884	ITAUSEG SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada	59,96%	-89,57%	29,85%	29,51%	53,69%	16,69%
10	359017	INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A	Medicina de Grupo	5,07%	5,02%	5,56%	4,07%	4,00%	4,75%
11	306622	AMICO SAÚDE LTDA	Medicina de Grupo	1,07%	-1,60%	4,31%	9,16%	7,54%	4,10%
12	000701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	10,46%	5,97%	3,90%	11,19%	12,48%	8,80%
13	000582	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	7,16%	0,41%	7,01%	12,26%	2,44%	5,86%
14	417173	QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.	Administradora de	-	-	-	40,08%	24,14%	12,85%
15	359661	OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.	Medicina de Grupo	12,99%	10,89%	3,77%	7,69%	4,08%	7,88%
16	339679	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	2,81%	2,27%	1,94%	4,58%	4,64%	3,25%
17	000515	ALLIANZ SAÚDE S/A	Seguradora Especializada	16,44%	5,93%	6,65%	8,49%	8,30%	9,16%
18	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	Cooperativa Médica	1,73%	1,45%	0,92%	1,61%	2,17%	1,58%
19	300080	AGUANAMBI SAÚDE S/C LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	Medicina de Grupo	90,35%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,07%
20	375918	COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA SÃO PAULO	Filantropia	10,35%	16,05%	-7,12%	-3,81%	-	3,09%

Fonte: Elaboração própria

Fazendo uma comparação entre as 11 Operadoras Selecionadas com as Seguradoras Especializadas, verifica-se que, mesmo as operadoras com maiores despesas em Rede Própria possuem Margens de Lucro muito menores que as Seguradoras Especializadas, indicando que a verticalização ainda não foi bem-sucedida no que se refere à obtenção de maiores retornos.

Tabela 137: Margem de Lucro – Operadoras Seleccionadas e Seguradoras Especializadas em Saúde

Tipo de Operadora	Margem de Lucro 2007	Margem de Lucro 2008	Margem de Lucro 2009	Margem de Lucro 2010	Margem de Lucro 2011
Operadoras Seleccionadas	4,20%	3,69%	1,75%	2,88%	2,78%
Seguradora Especializada em Saúde	10,94%	8,73%	11,23%	12,69%	12,10%
Total geral	7,71%	6,33%	6,64%	7,96%	7,71%

Fonte: Elaboração própria

Apesar de ter havido certa estabilidade em 2011, após um crescimento em 2010, os resultados encontrados ainda são inferiores ao do início do período, quando as 11 Operadoras Seleccionadas obtiveram uma Margem de Lucro de 4,20%.

4.3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Uma vez apresentados os resultados encontrados pela análise das demonstrações financeiras das Operadoras, a presente tese buscou entrevistar os gestores de algumas Operadoras de Planos de Saúde com o intuito de verificar suas respostas à pergunta de pesquisa: quais são os determinantes da integração vertical no mercado de saúde suplementar brasileiro?

Para tanto, utilizou-se como público-alvo as onze Operadoras Seleccionadas na seção referente à Análise das Demonstrações Financeiras. Essas Operadoras de Planos de Saúde representam o conjunto de operadoras que aparecerem ao menos em quatro das seis listas⁵² das vinte maiores médias de despesas médico-hospitalares. São elas: Amil Assistência Médica Internacional S.A.; Amil Saúde Ltda.; Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda; Intermédica Sistema de Saúde S/A; Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa de Médicos; Unimed Grande Florianópolis-Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.; Unimed Porto Alegre Sociedade Coop. de Trab. Médico Ltda; e Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico. Destas, a Amil Saúde Ltda. (ex-Medial) não existe formalmente desde outubro de 2012, tendo sua carteira sido incorporada pela Amil Assistência Médica Internacional S.A.

Os contatos para o agendamento de entrevistas foram realizados entre agosto e novembro de 2013. Do referido conjunto de operadoras, foi possível entrevistar três Diretores-Presidentes e dois Superintendentes de Recursos Próprios das seguintes: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico; Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa de Médicos; Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.; Unimed Porto

⁵² Cada lista representa uma subconta contábil: Despesas com (i) Consultas Médicas, (ii) Exames, (iii) Terapias, (iv) Internações, (v) Outros Atendimentos Ambulatoriais e (vi) Demais Despesas Médico-Hospitalares.

Alegre Sociedade Coop. de Trab. Médico Ltda; e Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico.

Das cinco operadoras restantes, três informaram por correspondência eletrônica não ser possível a realização de entrevistas. Foram elas: Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda, Unimed Campinas - Cooperativa de Trabalho Médico e Unimed Grande Florianópolis-Cooperativa de Trabalho Médico. Por fim, as operadoras Amil Assistência Médica Internacional S.A. e Intermédica Sistema de Saúde S/A não encontraram, por motivos diversos, espaço na agenda até novembro de 2013 para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 11 e 23 de setembro de 2013, nas sedes das Operadoras, tendo duração entre 55 e 65 minutos. Foram gravadas, transcritas e enviadas aos entrevistados para as suas considerações durante o mês de outubro de 2013. No intuito de preservar a identidade dos entrevistados, as citações a seguir se referem a eles apenas como “Gestor”, seguido das letras de A a E.

Em virtude do critério de seleção adotado, dentre as Operadoras Selecionadas, sete eram Cooperativas Médicas e quatro Medicinas de Grupo. Infelizmente, não foi possível entrevistar nenhum gestor de Medicinas de Grupo, apesar dos contatos constantes para este fim. Nesse sentido, a análise das considerações dos entrevistados ficou restrita a apenas uma modalidade de Operadora de Plano de Saúde, fazendo com que seus resultados possam apresentar o viés das Cooperativas Médicas. Contudo, é oportuno destacar que são as Cooperativas Médicas a modalidade que mais caminha em direção a uma estrutura verticalizada, como visto na seção referente à análise das demonstrações financeiras, de modo que as considerações dos referidos gestores são bastante representativas na explicação das motivações de todo o setor. Cabe, ainda, registrar a disponibilidade e interesse desses gestores sobre o tema, tendo prontamente atendido ao pedido de entrevista e ficado todos o dobro do tempo solicitado quando do agendamento das mesmas.

4.3.1. Integração Vertical como Mecanismo de Ajuste das Imperfeições do Mercado

O primeiro ponto a ser destacado das entrevistas é a consistente citação de falhas do mercado na provisão de serviços como motivo primeiro para a internalização de atividades assistenciais. Nesse sentido, as entrevistas puderam ratificar Yepes (2004, p. 36), que afirma que Operadoras de Plano de Saúde e prestadores de serviços funcionam sob grandes imperfeições derivadas de assimetrias de informações, levando a falhas de mercados que geram perdas de bem-estar. Assim sendo, a análise das entrevistas vai de encontro às críticas

de Ghoshal e Moran (1996), para os quais a TCT teria como premissa ideológica a descrença na eficácia dos mercados e a consequente necessidade de intervenção do Estado para corrigir suas falhas. Por certo, os resultados obtidos pelas entrevistas não são passíveis de generalização, como algo inerente ao procedimento qualitativo adotado, mas resta claro que o fato de o mercado não prover os serviços nas quantidades, qualidades e preços desejados são a principal causa da integração vertical nas operadoras entrevistadas, como demonstram os inúmeros trechos transcritos a seguir:

Eu participo do Comitê Nacional de Serviços Próprios do Sistema Unimed. Mas lá no encontro se comenta muito, dos *cases* de verticalização que o sistema tem. **A grande maioria foi por uma estratégia de crescimento a partir do que os recursos hospitalares da região eram deficitários. Foram examinar, intrinsecamente é isso que está por trás da grande maioria dos projetos.** E, obviamente, tem vários onde a questão econômica prevaleceu. Mas, muito, assim, principalmente no interior de São Paulo, alguma coisa lá no Nordeste, **foi porque a negociação com a rede foi tão ruim ou a rede era tão ruim que para eles se manterem e a Unimed oferecer plano de saúde, teve que oferecer rede própria. O que não é o caso aqui de Porto Alegre. Nós temos bons hospitais. Se tu consegue manter uma boa negociação, e até agora a gente conseguiu, segura** (GESTOR E, 2013, p. 26, g.n.).

Se a rede não quer fazer DRG [Diagnosis-Related Groups], você monta um hospital e faz você. Eu acho que é por isso que a verticalização é muito forte no Brasil hoje e não é forte assim fora do Brasil. **Essa parceira com o hospital não existe, hospital quer ganhar, quer ganhar, quer ganhar.** Não quer sentar com você pra conversar. Então, eles estão atirando no próprio pé. Essa é a minha leitura. **Foi o que você falou, eu tenho que sobreviver, então eu vou buscando alternativas pra fazer isso** (GESTOR A, 2013, p. 16, g.n.).

O grande problema aqui na cidade é que todos os hospitais são gerais, ninguém se especializa em nada. Todo mundo quer fazer de tudo. Nós, por exemplo, nosso hospital não tem área materno-infantil. O hospital abriu há nove anos e dissemos pra todo mundo: **nós não vamos botar área materno-infantil. Ninguém na cidade evoluiu com uma materno-infantil diferenciada. Agora eu estou abrindo** (GESTOR D, 2013, p. 16, g.n.).

Se eu não acertar com ele, vou ter que abrir essa unidade de internação. Vai ser o único jeito. Porque ele quer 120% de aumento! (GESTOR D, 2013, p. 20).

Mas, assim, tem uma cidade que tem um monte de prestador hospitalar, o custo não está te apertando e que tem vagas nos hospitais, por que você vai abrir? (GESTOR D, 2013, p. 22).

Não temos também hemodiálise. Por quê? Porque tem oferta. A gente não precisa. O mercado está bem regulado, a gente não precisa fica entrando nessa área (GESTOR C, 2013, p. 7, g.n.).

Como a gente, até o momento, não percebia uma dificuldade na questão de terceirizar, de ter terceiros fazendo Pronto Atendimento, a gente não se preocupou em implantar. Mas claro que está sempre na agenda, se necessário for, ter um Pronto Atendimento (GESTOR B, 2013, p. 2-3).

Além dessas questões de mercado que estão colocadas na literatura, especificamente aqui na Unimed, eu acho que temos outras questões: **primeiro a falta de leitos no mercado de Belo Horizonte. Belo Horizonte tem déficit de leitos hospitalares**, nos últimos anos nós tivemos o fechamento de vários hospitais de pequeno porte na cidade. E junto com isso tem uma política da prefeitura de grandes hospitais com dedicação exclusiva à rede pública. [...] Na maioria dos casos, esses clientes não são clientes dos planos da Unimed, mas é uma cascata de pressão: planos de menor expressão que vão pressionando a rede, até que chega na nossa camada de atuação, nos hospitais que nós atuamos também (GESTOR C, 2013, p. 1-3).

Digamos que tinha poucos recursos de urgência, de atendimento à noite, fim de semana, demanda do cliente que não vai para o consultório e que demanda serviço de Pronto Atendimento. Então, essa experiência, há mais de 10 anos, começou lá. Depois, veio seguindo para a área de diagnóstico de imagem e de laboratório (GESTOR E, 2013, p. 2, g.n.).

Específica de desassistência na região, uma necessidade, e teve um componente de estratégia de vendas, de melhorar a estrutura na região para poder... e acabou acontecendo. Não, assim, de imediato, mas ao longo dos anos. E nessa região os concorrentes eram fortes em Pronto Atendimento, são até hoje. As operadoras têm essa característica de local físico para atender (GESTOR E, 2013, p. 3, g.n.).

Eu não teria uma opinião direta, mas o que eu vejo é que o beneficiário quer assistência. Com qualidade, no prazo correto. **Se a verticalização é para proporcionar isso que eu não consigo via rede**, acho que ela pode ser uma vantagem (GESTOR E, 2013, p. 10, g.n.).

E aqui em Porto Alegre existe, que é uma característica da região, uma certa fidelidade dos médicos com a rede hospitalar. **E é uma explicação histórica porque, até hoje, a Unimed Porto Alegre não investiu em hospital!** Então, a Unimed BH investiu, sei lá, até a Unimed Paulistana tem hospital próprio. Mas o nosso desafio em termos estratégicos é colocar um hospital próprio, porque você falou: “implicação em relação à ANS”, a preocupação hoje é número de leitos, a oferta de recursos, principalmente para esses planos com maior baixa renda, mais baixo valor de mensalidade, que tu tens certa dificuldade de negociação com a rede de preço diferenciado. Então, se encaixa bem o recurso hospitalar próprio, para poder expandir a carteira em cima do hospital próprio. Essa estratégia vai correr por aí. Entendeste? Em cima de uma estratégia específica do mercado. **Não verticalizar por verticalizar, e sim por necessidade de leitos para atender uma demanda de vendas que eu preciso fazer.** (GESTOR E, 2013, p. 10-11, g.n.)

Por isso que a motivação, **tudo bem que é importante a questão econômica, mas, hoje em dia, ela está mais urgente em prover um recurso que tu não consegues na rede em uma negociação**, para um plano mais barato, para absorver, do que propriamente a gestão econômica (GESTOR E, 2013, p. 22, g.n.).

Como é possível verificar à exaustão, falhas no mercado são as causas apontadas por todos entrevistados como motivo primeiro para se cogitar internalizar uma atividade. Assim sendo, a integração vertical é vista pelas operadoras entrevistadas com uma alternativa posterior à busca pela contratação via mercado. Em todas as entrevistas, fica claro que a construção de hospitais, clínicas e unidades de pronto atendimento se dá diante de uma imperfeição do mercado, seja pela ausência total, seja pela incapacidade de se estabelecer mecanismos de trocas viáveis via preço.

Desse modo, a visão da TCT é corroborada, sendo a adoção de uma estrutura de governança hierárquica uma demonstração da existência de alguma falha do mercado de saúde suplementar e não de fatores tecnológicos, como economia de escala ou de escopo. Muito pelo contrário: além de fatores tecnológicos não serem citados em nenhuma entrevista, alguns gestores destacam a extrema complexidade de gerir as atividades de prestação de serviços de saúde, demonstrando uma vez mais que idealmente gostariam de exercer apenas a atividade de gestão de planos de saúde.

A desvantagem é que, na realidade, uma operadora é uma atividade meio. Não é uma atividade fim. Então, a operadora se obriga a gerir a prestação de serviços, nem que seja em parte, é um desafio enorme, porque nasceu para operar, para fazer esse trabalho de gestão de plano de saúde, e não gestão de um laboratório, gestão hospitalar (GESTOR B, 2013, p. 7).

Uma das discussões que nós enfrentamos é que com o crescimento da rede, temos um problema de foco da discussão. O foco da operadora era vender planos e entregar para os clientes. Quando começa a ter esse volume de discussão assistencial, isso é um risco. Você tem um risco grande de perder o foco ou de não ter claro o foco de dois negócios distintos. Nosso negócio assistencial, apesar de ser muito estratégico, é pequeno em relação ao tamanho da operadora. O faturamento de todo esse negócio próprio é pequeno, é uma parte pequena, 10%, 12% do faturamento total da operadora. Nisso você corre o risco de perder foco e é um problema sério. Especialmente porque a diretoria é toda composta de médicos, nós somos uma cooperativa médica e o atrativo para a discussão assistencial existe. **Mas gerir hospitais é uma discussão completamente diferente de gerir uma operadora de planos** (GESTOR C, 2013, p. 14, g.n.).

Olha, a gestão de um hospital hoje é uma cidade! É uma cidade. E hoje você ainda tem que ter preocupação ambiental. Não vou nem falar da parte de legislação, Anvisa e o diabo a quatro. Qualquer coisinha, para renovar um alvará, hoje em dia. Um alvará dos Bombeiros, que é a coisa da moda depois do incêndio [da boate em Santa Maria]. Então, assim, os caras vêm analisar os pormenores das coisas. E tudo isso está sujeito. E ainda fazer acreditação, que é caríssima. A verticalização impõem alguns compromissos para a operadora, que ao mesmo tempo são perenes e que, se não fizer, compromete a marca, que é a pior coisa que tem (GESTOR E, 2013, p. 21-22).

4.3.2. Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar

O depoimento que melhor sintetiza as motivações das operadoras entrevistadas ao decidirem se verticalizar é o do Gestor A (2013, p. 1-2):

Primeiro na estratégia, você tem uma [1] **reserva de emergência**. Isso é muito importante, porque a gente comumente é pressionado, de forma às vezes até cartelizada, por hospitais para determinados reajustes, etc. Ao você ter uma pequena reserva, pelo menos uma reserva que eu estipulo, eu estimo ser pelo menos de 30% (inaudível), **você diminui muito essa panela de pressão em cima de custos**. Então essa é uma vertente importante, você ter uma reserva para emergência. [2] Segundo, pro cliente dá muito ideia de solidez. [...] [O cliente] tem Unimed que porque ela tem um hospital, dá uma estruturação de mercado muito forte, **as pesquisas mostram que o cliente confia mais na operadora que tem alguma estrutura e ele entende que ela vai ficar menos a mercê de crises**. Então essa é uma outra vertente importante. Uma outra vertente é [3] laboratório de custo: quer dizer, o cara

quando vier discutir com você “ah, eu quero que você me pague tanto num quimioterápico”. Assim, eu já compro esse quimioterápico, **eu sei que ele custa tanto. [...] Se você não tem isso você perde completamente um parâmetro de custo e você também fica a mercê de pressões de mercado.** Então, essas vertentes são todas muito importantes. E em Cooperativa tem uma outra vertente ainda que é o [4] trabalho cooperado. Quando eu abro uma oncologia, eu me asseguro que quem vai trabalhar ali são médicos cooperados e sócios da empresa. **Quando eu abro diagnóstico, eu me asseguro que são médicos sócios da empresa que vão trabalhar.** Então, por isso que a gente opta e mantém uma linha forte de recursos próprios.

Do depoimento, pode-se extrair que ter rede própria dá à Operadora um maior poder de barganha nas negociações, uma vez que a assimetria de informação é bastante reduzida. Tem a operadora, a partir de então, conhecimento sobre a estrutura de custos de seus fornecedores. Com isso, consegue atuar nas negociações de preço de maneira a reduzir sensivelmente as quase-rendas auferidas até então pelos prestadores de serviços e verificar com maior acuracidade a existência de algum comportamento oportunista que esteja gerando sobreutilização de insumos. Além da questão de custos, surgem como motivações a ampliação da atuação dos médicos cooperados e aspectos mercadológicos, uma vez que a rede própria serviria para atração de mais clientes, que veriam essa operadora de forma diferenciada e com uma imagem mais sólida.

Tais motivações aparecem pontualmente em outras entrevistas. Por exemplo, a questão de parametrização de custos é verificada nos depoimentos a seguir:

A gente segue a tendência do mercado que é ter pelo menos 30% do volume de atendimento que seja feito por recurso próprio. É uma questão de criar parâmetros, de qualidade e precificação. [...] É ser parâmetro, ser um referencial. Para qualquer área da gestão, quer seja de recursos financeiros, daí parâmetros financeiros de preço, mesmo, do serviço entregue, e outro é ser parâmetro de uma boa qualidade, **não ficar a mercê de terceiros** para definir isso (GESTOR B, 2013, p. 2, g.n.).

Você tem como negociar um possível aumento repentino de custos, de preços ofertados por terceiros. Porque você tem o seu padrão, alto, de boa qualidade, e assim sabe que gasta tudo isso. Então, não venha pedir isso três vezes que isso é indevido. Nossa mesa de negociação é tranquila. **Se você não tiver essa retaguarda... é como você for a uma mesa de briga e não ter um guarda-costas fortão para te defender.** Se você tiver, você vai...né? Está bem, você quer dar uma de fortão aí, então vamos. Na mesa de negociação é assim (GESTOR B, 2013, p. 15, g.n.).

Eu acho que o mercado coloca algumas questões importantes na discussão da verticalização, por exemplo, a questão de você conhecer outros elos da cadeia de valor, que eu acho que é coisa essencial. [...] **quando a gente começa a atuar em outros negócios, hospital, laboratório, ambulância, a gente conhece o mercado melhor** (GESTOR C, 2013, p. 1/6, g.n.).

A gente gera *benchmarking* com a rede. Quanto custa realmente isso? Num mercado que, às vezes, essa discussão é complexa. Custo de OPME [Órteses, Próteses e Materiais Especiais], por exemplo. **Se a gente não conhecer o custo por dentro, é difícil demais gerenciar. Porque o que a gente vê de preço falado, é uma coisa que não é real** (GESTOR C, 2013, p. 7, g.n.).

E uma necessidade forte que tem em laboratorial é de balizamento de custos, de usar isso também como estratégia de negociação com a rede credenciada. Conhecer o negócio (GESTOR E, 2013, p. 3).

Percebe-se a preocupação com a redução da assimetria informacional nos discursos, uma vez que ter rede própria faz com que a operadora protagonize as discussões sobre a qualidade e custo dos produtos que estão comprando da rede prestadora. Com isso, não ficaria “a mercê de terceiros”, que poderiam estar agindo de maneira oportunista, manipulando as assimetrias de modo a apropriar-se do fluxo de lucros, cobrando margens expressivas sobre os verdadeiros custos. Outro ponto interessante é o gestor reconhecer uma tendência do mercado, algo que denota que forças estão, de fato, atuando no *continuum* mercado-hierarquia, levando as estruturas de governança em direção ao extremo hierárquico.

Nas Cooperativas Médicas, a decisão de se integrar ou não verticalmente também sofre influência do desejo de seus cooperados. Por força estatutária, qualquer alteração no escopo de atuação da cooperativa implica a realização de assembleia e votação da referida proposta. Isso faz com que o processo de tomada de decisão seja mais demorado e, por vezes, a integração vertical caminhe para uma direção que não é a desejada pela equipe gestora da cooperativa médica.

Anteriormente a isso, a gente já tinha ideia de fazer isso, mas tem um... no caso de cooperativas tem um limitador que é aprovação em assembleia da ideia, do projeto. E o nosso estatuto social, que também é dependente da aprovação de assembleia, proíbe a construção de hospital (GESTOR B, 2013, p. 2).

Porque também tem o aspecto político: eu tenho 125 obstetras e cento e poucos pediatras, eles foram para uma assembleia e aprovaram a abertura de uma unidade materno-infantil lá do lado do hospital. Vamos fazer. É uma demanda deles. Se isso funciona, é um dos motivos porque, às vezes, se abre um serviço (GESTOR D, 2013, p. 17).

É muito mais fácil fazer isso em uma outra operadora que não seja Unimed. Eu estou conseguindo botar uma ressonância no hospital só agora. Comprei uma ressonância para a Unimed só agora. Por quê? Explica pra um, explica pra outro, vai pro Conselho, justifica o porquê, faz levantamento de custo. Passam três anos e aí que você consegue convencer todo mundo que tem que botar uma ressonância. Nesses três anos ficou na... Numa operadora que não é Unimed, faz as continhas: quanto é que eu estou gastando em ressonância? Qual é o retorno? Segunda-feira compra um aparelho (GESTOR D, 2013, p. 21).

Aqui, na Unimed, tem uma característica, que, qualquer coisa que a gente fizer na área assistencial, a gente tem que montar uma assembleia e aí já começa... Não é uma decisão aqui do Conselho, não. Tu tens que formatar uma assembleia, que tem que ter uma certa unanimidade, para tu buscares o investimento. Ou eventualmente um financiamento para uma unidade própria (GESTOR E, 2013, p. 10).

Um dos efeitos mais imediatos da verticalização é a redução do comportamento oportunista descrito por Williamson (1975, 1985), que antes fazia com que o preço ficasse em

um patamar maior do que o “ideal”, em virtude da assimetria de informação. A redução das quase-rendas do prestador fica mais visível ao se analisar os trechos a seguir:

No começo, há uma tendência de se ter [discrepância muito grande entre os valores pagos à rede credenciada e os apurados em rede própria], **mas depois isso chega a um equilíbrio**. Você equilibra. Hoje nós estamos numa situação de equilíbrio. No começo, a disparidade era grande. Você vai negociando: “olha, o custo é tanto, custa 10, você tá me cobrando 20, vamos chegar a 15, depois vai pra 14. Então vai chegando a um equilíbrio e eu permanentemente vigio isso. **Comparo quanto custa um procedimento no meu hospital, quanto custa na rede, e você vai seguindo**. E acontece, tá tão equilibrado hoje que, pontualmente, pode acontecer o contrário: **você comprar serviços mais baratos em rede do que te custa**. Você tem que fazer uma análise disso (GESTOR A, 2013, p. 3, g.n.).

Na nossa área de ação, eu acho que esse já é um problema superado. Isso foi um problema lá, há dez anos atrás **foi a primeira coisa que a gente mexeu**. Foi normatizar a utilização de insumos. E aí se criou protocolo, se criou auditoria, nisso nós trabalhamos bastante e já se evoluiu muito. **Se você pegasse uma conta hospital de dez anos atrás vinha sete metros de esparadrapo, hoje não tem mais**. Mesmo assim a gente tem auditoria em cima que está vendo isso. Acho que é um problema assim que conseguiu... eu acho que hoje **o grande problema do custo** é a sinistralidade, o excesso de atendimento, o número de consultas, o número de procedimentos, **é a indicação desses procedimentos**, onde está sendo feito, o custo desses procedimentos, os doentes crônicos, as doenças... aí que nós temos que agir (GESTOR D, 2013, p. 23, g.n.).

Isso é um dos motivos para você abrir serviços próprios. Além de maior qualidade, você ter mais lugares para atender seus usuários, ser balizador de preço e também um controlador para que a rede, tua outra **rede contratada não dispare nos preços**. [...] Assim, hoje, laboratório, por exemplo, quando nós abrimos o nosso laboratório, eles vieram aqui e fizeram uma proposta, todos os laboratórios se juntaram, e fizeram uma proposta que não dava pra Unimed. Em 2000. **Hoje, nós pagamos menos do que aquela proposta de 2000**. Em termos de CH pro laboratório (GESTOR D, 2013, p. 10, g.n.).

Em laboratório, que é algo bem mais fácil de mensurar – porque é, basicamente, valor unitário baseado em código e um coeficiente de honorário – **se nós não tivéssemos implantado o nosso recurso próprio, a rede prestadora já estava forçando a barra para ter aumento. Um aumento que chegava a 30%, 40% do praticado até aquele momento**. Ao nós implantarmos o nosso serviço próprio, como o laboratório é algo automatizável, tudo bem: **se reclamarem muito, a gente internaliza tudo!** (GESTOR B, 2013, p.3-4, g.n.).

Além da redução das quase-rendas, verifica-se a diminuição do risco moral no faturamento dos serviços à operadora. Sendo assim, fica nítido que as operadoras começam a obter os benefícios da verticalização em um curto prazo, e sobre toda a sua estrutura de custos, não apenas naqueles incorridos dentro da rede própria, algo não identificado na literatura revisada por esta tese. Da mesma forma, a operadora não necessita ter a maior parcela de suas despesas assistenciais em rede própria para que possa usufruir de seus benefícios globais. Mesmo uma operadora com baixo percentual de despesas incorrido em rede própria gera benefícios para a redução dos custos que são incorridos fora da sua estrutura própria.

Esse “*benchmarking*”, como citado, permite inclusive refinar o monitoramento da rede credenciada a ponto de conseguir preços melhores do que os custos verificados na rede própria. Ou seja, é uma via de mão dupla em busca da eficiência: enquanto a rede própria permite a diminuição das quase-rendas na rede credenciada, o constante monitoramento da rede credenciada pressiona a rede própria na busca de mais eficiência.

Outro ponto a ser destacado dos trechos anteriores das entrevistas, é que nas operadoras com rede própria, o comportamento oportunista atualmente está concentrado na atuação do médico, que gera a demanda por procedimentos, e não no relacionamento com um hospital ou clínica credenciados. Isso porque a rede própria já teria conseguido atenuar as assimetrias de informação entre operadora e hospital/clínica credenciada. Dessa forma, as maiores margens de lucro daquela cadeia produtiva não mais estariam sendo canalizadas para os proprietários de hospitais/clínicas por meio da prestação de serviços médico-hospitalares. Podem, por exemplo, estar sendo direcionadas para as próprias operadoras ou os demais prestadores de serviços, como médicos e organizações que ofereçam SADTs.

Um ponto que surge nos depoimentos dos entrevistados é o fato de que ter recursos próprios daria maior robustez à gestão das operadoras, por ser um instrumento que as permite dar uma resposta rápida às novas demandas que se apresentam.

A análise tem que ser assim: tem operadoras que estão bem geridas e tem operadoras que estão mal geridas. As mal geridas, com ou sem recurso próprio, vão para o vinagre mesmo. [...] **Agora, operadoras que estão bem com ou sem recurso próprio. Com recurso próprio vai melhor ainda.** Entendeu? A gente tem parte das nossas necessidades em recursos próprios, mas, se tivesse mais recursos próprios, iríamos muito melhor! Tranquilamente (GESTOR B, 2013, p. 20, g.n.).

Porque vai quebrar todo mundo se isso não mudar. Vai quebrar todo mundo. **Quem não tem recursos próprios vai quebrar mais rápido** (GESTOR A, 2013, p. 6, g.n.).

No que se refere à atuação da ANS, os entrevistados não percebem ações incisivas da agência reguladora em direção à verticalização. Pontualmente, há benefícios como a menor necessidade de constituição de provisões técnicas.

A própria ANS, ela reconhecendo isso, ela te dá uns benefícios de garantias para quem tem recursos próprios. Ela permite que você utilize uma parte disso como reserva. Ela também entende que o risco de você quebrar é menor. É obvio que, o grande problema que o mercado faz, é quando tem PJs diferentes. **Joga custos administrativos de um pro outro pra fazer arranjos nos relatórios da ANS. Isso é um risco.** É um risco, mas há algumas vantagens de você ter PJs diferentes, algumas vantagens fiscais e algumas vantagens na busca de financiamentos. Nós ainda usamos a mesma pessoa jurídica, mas estamos estudando fazer essa migração, muito mais pela busca de investimentos. Porque lá você passa a ter o hospital como garantia, você passa a ter a receita do hospital como garantia. E na operadora não contamina. **Hospital é melhor negócio hoje do que operadora** (GESTOR A, 2013, p. 5, g.n.).

Eu não vejo que essa seja uma estratégia explícita, talvez a ANS pudesse contribuir muito mais para a verticalização, se ela quisesse. Por exemplo, com a questão dos ativos, dos lastros. Se você tiver as reservas, se você puder aplicar as reservas em serviços, ter serviços, prédios construídos, infraestrutura, isso vai dinheiro, ativo. Se você pudesse ter isso aí como o garantidor em vez de ter dinheiro no banco, pode ser uma estratégia que, aliás, a Unimed está solicitando à ANS. A transformação de maior percentual do que é colocado hoje como ativo garantidor em investimentos nos hospitais. Essa é uma possibilidade (GESTOR C, 2013, p. 15-16).

As regras que a ANS põe para a rede terceira e para a rede própria. Agora, por exemplo, nós temos que publicar os nossos indicadores, dos hospitais. **A rede terceira é opcional, a rede própria é obrigatória.** Isso é uma exposição que é feita por uma decisão regulatória (GESTOR C, 2013, p. 14-15, g.n.).

O depoimento anterior traz a reflexão de que o estímulo à verticalização, ainda que tímido, talvez seja uma forma encontrada pela Agência de regular a prestação do serviço, pois uma vez que esteja debaixo do guarda-chuva da operadora, a ANS consegue regular. Em contrapartida, quando a prestação de serviços é realizada por terceiros, a ANS pouco ou nada pode fazer no sentido de melhorar a qualidade daquilo que está sendo oferecido. Outra peculiaridade de operadoras verticalmente integradas aparece no depoimento do Gestor A (2013, p. 5): a utilização de rede própria para elidir a regulação econômico-financeira da ANS, “liberdade” essa citada por Stiles, Mick e Wise (2001).

4.3.3. Racionalidade Limitada

O primeiro determinante para a integração vertical colocado pela TCT é a racionalidade limitada das pessoas, algo que faria o agente tomar uma decisão não ciente de todas as informações possíveis e a probabilidade de eventos futuros, mas sim dentro dos limites informacionais disponíveis a esse agente. Assim sendo, a existência de alguns fatores propícios à decisão de se integrar verticalmente em algum momento já é suficiente para a decisão de se verticalizar. Do mesmo modo, a avaliação de quais benefícios foram conseguidos com a internalização das atividades assistenciais não é completa, valendo-se de “gatilhos” ou “atalhos” informacionais, ou seja, parte-se da premissa que se esteja funcionando de uma determinada maneira. Em certa medida, as operadoras funcionam como descrito em Ciarelli (2005, p. 19): fazem sua escolha ao encontrarem uma opção que satisfaça seu nível mínimo de aspiração, no caso a decisão de possuir rede própria, e, a partir daí, a busca por informações diminui, partindo de “premissas” para fazer a avaliação.

Por exemplo, ao decidir internalizar as atividades, a preocupação com eventuais abusos diminui, porque se imagina que o controle hierárquico esteja sendo efetivo: “Não, porque, em tese, a gente acredita que o laboratório [próprio] não está fazendo nada que seja para burlar a metodologia de recebimento” (GESTOR B, 2013, p. 10).

Dentre tais premissas, está o fato de que manter rede própria faz a operadora entregar um serviço com melhor relação custo-benefício para seu beneficiário.

Fica muito difícil de dizer isso [se rede própria é mais lucrativa que rede credenciada], porque, assim: tem áreas que são deficitárias, tem áreas que não são deficitárias. Eu não sei, assim, se eu não tivesse os 110 leitos do Hospital da Unimed hoje aqui na cidade, onde eu estaria colocando esses usuários? Onde eles estariam? Alguém ia construir outro hospital aqui? As Diárias e Taxas dos outros hospitais estariam mais altas? Certamente estariam mais altas do que eu estou pagando hoje. Então, eu acho que te ajuda em oferecer qualidade para o usuário e também eu acho que, em questão de custo, lá na ponta você vai acabar tendo redução também. [...] Como é que nós vamos medir o resultado disso tudo? Esse que é o grande... e existe uma resistência muito grande em medir resultado (GESTOR D, 2013, p. 29).

Do mesmo modo, diante da impossibilidade de ter todas as informações para avaliar e decidir, a integração vertical se apresenta como a estratégia satisficente para resolução do problema: “[E no meio dessa dificuldade de prever, de medir, talvez seja mais fácil, realmente, eu ter para...] Você consegue gerenciar melhor. Está dentro do teu serviço, está no teu guarda-chuva” (GESTOR D, 2013, p. 30).

Outro exemplo surge quanto à questão de utilização de protocolos mais custosos – e mais bem remunerados. Como o gestor não consegue avaliar exatamente a extensão desse problema fora de sua estrutura, isso se torna um estímulo adicional à verticalização:

[E esse tipo de interesse perpassa por várias áreas da medicina?] Felizmente é uma pequena minoria. [Digo assim: em várias especialidades se percebe isso?] Acredito que sempre deva ter. **Eu não tenho esse conhecimento profundo, porque senão eu ia ficar louco.** [...] Agora, como que está atuando, o que a gente acompanha são os grandes eixos. Então, a especialidade x, como está a performance do orçamento? Está adequada ou não? **Se for analisar um por um da ação dos cooperados, ou dos médicos, isso não tem fim. Não tem condições, a gente tem que acreditar que está fazendo bem.** O que a gente faz é ter vários sensores de reclamações e, a partir dali, identificar quem está fazendo inadequadamente. **Só que isso tem suas falhas, você não pega todo mundo** (GESTOR B, 2013, p. 16-17, g.n.).

Sempre que possível, é tentado o investimento em sistemas computacionais para tornar a decisão a melhor possível e a ANS tem contribuído com isso:

O que a gente investiu forte é ter um sistema de informação que possa ter os dados de forma mais, não digo quase que *online*, mas que **permita uma tomada de decisão muito mais rápida.** [...] A ANS hoje colocou um regulamento que permite a gente ter uma lista de dados bem gigantesca. E a partir da lista, tem várias informações. Você pode pegar, por exemplo: qual foi o medicamento mais usado nos últimos seis meses? Você lista. Qual foi o médico que mais pediu exames? Qual foi o custo maior de internamento? (GESTOR B, 2013, p. 17, g.n.).

4.3.4. Complexidade e Incerteza

Como visto no item anterior, ao se deparar com uma decisão complexa, a análise de todas as alternativas possíveis se mostra extremamente custosa e demorada, fazendo com que o tomador de decisão a tome sem avaliar pormenorizadamente os impactos de todas as

alternativas disponíveis. Essa incerteza faz com que haja dificuldades em definir as probabilidades associadas a cada decisão que pode afetar a transação. O resultado disso é a geração de assimetrias de informação que vinha influenciado o resultado final da transação, em favor dos prestadores de serviços.

A existência de um ambiente complexo e extremamente incerto, exemplificado pela falta de conhecimento de eventos futuros, pode ser verificada nos seguintes depoimentos:

Se eu tenho um hospital que nem o nosso, que é acreditado, nível 3, que ele é um hospital de alta qualidade. Qual é o resultado desse hospital? Se meu índice de infecção é menor, se minha média de permanência é melhor, se o paciente que interna lá não faz uma escara, se ele tem cuidado, se ele tem alta logo, se ele não complica. Se o resultado é melhor, meu custo lá na ponta... Então, o grande desafio hoje é como é que a gente vai medir isso. Estamos tentando ver como é que nós podemos medir resultado e comparar esse resultado com os outros prestadores e ver (GESTOR D, 2013, p. 6).

Fico pensando assim: hoje, todos os Pronto Atendimentos da cidade de Caxias estão cheios, certo? Todos eles, todos os que existem e os que existiam na época que abrimos o nosso. E o nosso está super cheio também: faz 13, 14 mil atendimentos por mês. Onde eu estaria colocando esses usuários hoje se não tivesse serviço da Unimed? Será que teria aberto outro na cidade? Será que os hospitais teriam aberto? [Ou não, né? Será que a Unimed teria encolhido de tamanho porque começou...] Como é que eu vou responder? Pois é. Como é que eu vou responder a essa pergunta? Fica difícil, né? (GESTOR D, 2013, p. 30).

Contudo, têm-se depoimentos sistemáticos de que uma das maiores incertezas da saúde suplementar brasileira é a incorporação de procedimentos pelo rol mínimo obrigatório estabelecido pela ANS:

O grande problema da ANS, na minha opinião, ainda é a **incorporação de novas tecnologias sem a devida análise**. Esse que é o grande problema pra mim. Inglaterra, por exemplo, você tem lá o NICE [*National Institute for Health and Care Excellence*]. Apareceu um procedimento novo, leva pro NICE. Um belo estudo, enquanto não tem comprovação científica de que aquilo funciona, não libera. Aqui no Brasil isso não está ainda bem sedimentado, não tem uma unidade reguladora que faça isso bem. Acaba o custo aumentando (GESTOR A, 2013, p. 7, g.n.).

Cada vez que entra um novo rol, você é obrigado a dar uma série de procedimentos. O custo desses procedimentos é alto e você não pode reajustar. Você tem que trabalhar um ano e daqui a um ano, você vai estimar qual é o custo e vai tentar um reajuste. [Essa incorporação acaba trazendo um custo para a operadora que ela não...] Que ela não esperava. De repente, **vem uma surpresa** (GESTOR D, 2013, p. 7, g.n.).

A questão de incorporação de novos procedimentos pelo rol da ANS é especialmente delicada na precificação de planos individuais, que também têm seus reajustes regulados pela Agência. Isso faz com que as operadoras optem por manter sua carteira de clientes concentrada em planos empresariais. A título de ilustração, todas as operadoras entrevistadas

têm sua carteira de clientes composta de, no mínimo, dois terços de beneficiários vinculados a planos empresariais.

Ninguém é focado em pessoa física no Brasil. Se for focado em pessoa física você vai pro saco, porque é um casamento sem volta. Nós não deixamos de vender pessoa física. Tem algumas coisas que eu não admito: não deixamos de vender para idosos, que muito operadora faz isso, bota na gaveta e... Tem que vender? Tem que vender. Faz parte do nosso negócio. Pessoas são pessoas, não podem ser tratadas também como um cifrão. Agora, a **pessoa jurídica tem essa grande vantagem: te empurram um rol, você vira para a empresa e “o rol é seu, toma o rol!”**. Na pessoa física você não pode fazer isso, esse é o grande problema da PF. **Ninguém no mercado é focado em pessoa física. Ninguém é doido** (GESTOR A, 2013, p. 8, g.n.).

Juntamente com a “coletivização” dos planos de saúde no Brasil, questões importantes surgem, como a eficácia de ser regular o preço final apenas dos planos individuais e a seleção adversa que tais planos empresariais fazem, com a consequente exclusão de idosos da carteira e seu direcionamento para o sistema público.

Como forma de atenuar os impactos da incerteza e eventuais comportamentos oportunistas trazidos pela incorporação tecnológica ao rol mínimo de procedimentos, as operadoras entrevistadas buscam oferecer internamente os novos procedimentos.

Um pouco a rede própria te ajuda. Por exemplo, assim, hoje, agora, o que está aumentando custo da operadora? Órtese, prótese e material especial. **Cada vez isso está sendo incorporado mais** e as exigências são de que a operadora dê isso. Hoje 95% das órteses, próteses e materiais especiais nós mesmos compramos. Então, lá no Hospital da Unimed, 95% de OPME está sendo colocado no nosso hospital, essas cirurgias estão lá. Então, ela te ajuda nesse ponto, sem dúvida. **Você consegue gerenciar melhor**. É uma das maneiras (GESTOR D, 2013, p. 8, g.n.).

E a Unimed tem usado muito a rede própria, principalmente essa da oncologia, **para oferecer ao beneficiário algumas coisas que o novo rol tem imputado** para a operadora, tipo imunobiológicos, agora vai ser os quimioterápicos orais. Então, coisas novas, a gente tem feito a opção: “não, isso a gente vai dar a cobertura. A ANS está mandando, incluindo no rol, mas isso aqui é só na rede própria”. Então, a gente já adotou essa prática para alguns tipos de medicamentos, alguns tipos de exames especializados de laboratório (GESTOR E, 2013, p. 7, g.n.).

Tem uma outra coisa que a gente não falou, e que é importante também, é que nós temos exclusividade em algumas coisas também. Procedimentos de custo muito alto, em alguns casos eles são exclusivos. Nós somos prestadores exclusivos, porque nós temos estrutura no nosso hospital, por exemplo, hoje, que nós não temos na rede. Então, **a gente acaba incorporando algumas tecnologias no nosso serviço. Isso você tira o viés de indicação**, isso facilita a questão do viés de indicação. [...] Imunobiológico, por exemplo. **Aplicação de imunobiológico entrou no último rol**. Lá em Vitória, eu acho que eles fazem junto com o centro de oncologia. Aqui, a gente nos nossos centros. A gente tem as unidades ambulatoriais da nossa rede e a gente faz o imunobiológico nessa rede. Nós não terceirizamos. Porque a gente controla compra, é um negócio de altíssimo custo. **Tudo o que é indicado a gente atende, mas atende dentro da nossa rede** (GESTOR C, 2013, p. 24, g.n.).

A decisão de internalizar os novos procedimentos, ou aqueles mais custosos, faz com que as operadoras tenham dupla redução de custos com a diminuição do risco moral. É

público e notório que no setor de saúde alguns fornecedores costumam pagar comissões para os médicos que utilizam seus insumos. Algo que, além da fidelidade à marca, pode estimular eventuais abusos na indicação desses insumos. Ao internalizar essa atividade, as operadoras não apenas diminuem o custo de aquisição – uma vez que essas comissões não estarão embutidas no preço final – como também reduzem a quantidade de itens solicitados, uma vez que os solicitantes não serão remunerados por uma eventual sobreutilização.

Todavia, se por um lado a atuação da ANS trouxe incerteza com questões como a incorporação de novas tecnologias no rol e novas barreiras de entrada e de saída do setor, por outro trouxe um arcabouço institucional que facilitou a negociação entre operadora e prestador de serviço:

Está mais fácil no convencimento de que precisa fazer. Por exemplo, antigamente era assim: “eu acho que tem que fazer por aqui”. O outro: “não, eu acho que é por aqui”. Agora, não: “é por aqui porque é assim que é para ser”. Não é porque você acha aqui, você acha lá, dessa maneira. Não, senhor. “É aqui porque é assim que é”. Senão, você não sobrevive. Nesse ponto, a regulação, o fortalecimento dela e a sua estabilização é fundamental. Foi e é fundamental. Agora, trouxe também o desafio de, com os poucos recursos que nós temos, fazer frente a todas as obrigações: provisionamentos obrigatórios, operação da PEONA [Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados]... (GESTOR B, 2013, p. 19).

Outra questão bastante complexa e que traz muita incerteza para as operadoras é o “rol oculto” que a Justiça estabelece como obrigatório. Apesar da competência legal de a ANS estabelecer o rol mínimo de procedimentos, a Justiça brasileira frequentemente interfere na relação operadora-beneficiário-prestador de serviço. Com isso, problemas de mensuração ficam evidentes, pois procedimentos e eventos médicos não cobertos e não precificados pelas operadoras acabam compondo sua estrutura de custos.

Tem *n* exemplos aqui, vou te dar um exemplo: teve um procedimento novo que surgiu, sem nenhuma comprovação científica e um médico começou a querer fazer aqui em Vitória. A Câmara Técnica foi contra, os professores universitários contra, e o cara pegou e fez um caso de uma senhora de 50 anos, mãe de três filhos, sem queixa nenhuma e sem indicação. E fez o procedimento. Ela morreu! Sob liminar. **Quer dizer, ainda estamos nessa instabilidade** (GESTOR A, p. 8-9, g.n.).

Como um rol de cobertura que não existe! E hoje em dia, para você escrever em um papel ali, para o juiz decidir que o idoso vai ficar lá desassistido e é muito... o cara dar uma liminar na hora. Depois ele vai ver... [Só que aí] eu já gastei R\$ 20 mil por mês (GESTOR E, 2013, p. 13-14).

Assim, existem casos que eram um forçamento de barra do prestador, mas eles... não dá para dizer que é errado. De repente, assim, por exemplo: o sujeito fica internado lá, e tem um método experimental lá, o hospital está querendo lá um exame de alto custo que não tem no rol. **De alguma maneira, o médico lá sugeriu fazer o exame. Aí o prestador tem uma certa parcela de culpa nisso. E aí induz a família a buscar uma liminar, a buscar um recurso de justiça.** É uma bronca! A judicialização da saúde, como se diz no termo (GESTOR E, 2013, p. 14-15, g.n.).

Sempre pressiona, porque os valores são muitos altos. Porque quando você tem um problema desse tipo é um problema grande, normalmente. As multas são grandes, os montantes envolvidos são grandes. Mas existe, assim, a gente tem clientes em atenção domiciliar por liminar judicial, nós temos uso de materiais que estão fora do catálogo por decisão judicial. Tem uma súmula agora da Justiça de São Paulo, que – independente de estar no rol da ANS e estar protocolizado, estar no protocolo – se existe uma indicação médica, a operadora tem que pagar. Isso é uma coisa maluca. **Como é que você calcula o seu preço se você não sabe quanto aquilo pode custar?** Na hora que um juiz fala isso, qualquer tecnologia mesmo que experimental, pode ser paga desde que o médico prescreva e justifique. Estando ou não no rol da ANS. Ora, nós somos regulados por um órgão regulador. **Nosso cálculo atuarial é feito em cima do risco desse rol que nos é imposto. Uma decisão judicial desse tipo, uma súmula judicial desse tipo põe todo o sistema em risco** (GESTOR C, 2013, p. 18, g.n.).

Segundo o Gestor A (2013, p. 14), a Justiça também está interferindo no credenciamento de prestadores de serviços, aumentando complexidade do setor e gerando despesas adicionais:

Então uma clínica de oncologia que não tem um trabalho adequado, com muito problema e tal, você monta uma outra e descredencia aquela. O Juiz vai e manda você manter o credenciamento. Isso tem acontecido com uma frequência alta. [...] E a rede é o seguinte: se você abre mais um hospital na rede, não dilui o atendimento, aquele hospital aumenta o seu gasto.

A decisão de manter rede própria contribui não somente para a redução das incertezas sobre preços como também a respeito das quantidades demandadas no futuro, como afirmou Yepes (2004, p. 37). Um exemplo disso é a flexibilidade operacional que as operadoras ganham ao ter um hospital próprio, por exemplo. Internalizando a prestação dos serviços, ela pode ajustar oferta e demanda via controle hierárquico, e não pelo deficiente sistema de preços do setor.

Se nós temos hoje, por exemplo, uma dificuldade com uma área específica, uma área que está estrangulada, podemos atender na nossa rede. Vou dar um exemplo que não é verdadeiro, não é verídico, mas que pode acontecer: ortopedia. Ortopedia não está estrangulada. Mas se tivesse um estrangulamento em ortopedia, o que a gente faria? A gente atenderia no nosso hospital, a gente tem essa flexibilidade. O exemplo da dengue. A gente teve uma epidemia de dengue esse ano muito importante. Então, em fevereiro, março e abril, nós passamos aperto aqui em Belo Horizonte com a dengue. O que nós fizemos? Apesar de ser uma internação de baixa complexidade, que fatura muito pouco, nós separamos uma ala do hospital, abrimos um ambulatório específico dentro do hospital, só para atender dengue. Por quê? Porque a prioridade nossa são os clientes da operadora Unimed BH, porque nós vendemos planos (GESTOR C, 2013, p. 4).

A questão de uma lacuna não absorvida pela rede contratada. Para mim, o exemplo claro são os idosos. Idoso crônico é um problema. É uma dificuldade conseguir internar na rede credenciada e nós atendemos. Nós estamos aí para atender as lacunas. Se ninguém quiser trabalhar, nós temos que trabalhar pois vendemos o plano para o nosso cliente (GESTOR C, 2013, p. 6).

4.3.5. Oportunismo

Seguramente, o determinante previsto pela TCT para a integração vertical que mais aparece nos depoimentos dos gestores é o oportunismo. Estariam os prestadores de serviços manipulando as assimetrias de informação de modo a direcionar para si quase-rendas. Com a manutenção de uma rede própria prestadora de serviços, as operadoras conseguem reduzir sobremaneira a assimetria de informação e, por conseguinte, interromper a apropriação de altas margens de lucro pelos prestadores de serviço.

Uma vez que já possua rede própria, a operadora sabe o quanto gastaria para oferecer tratamento médico a seu beneficiário. Com isso, consegue identificar na rede credenciada onde pode estar acontecendo eventuais desvios de conduta ou displicência deliberada no intuito de ser mais bem remunerado. Ocorre, contudo, que as operadoras não têm muitos mecanismos para se defender desse tipo de comportamento oportunista, em virtude de limitações regulatórias e negociais. Um dos exemplos mais citados como fonte de comportamentos oportunistas é o modelo de remuneração dos prestadores de serviços, o *fee-for-service*, que remunera o prestador por procedimento realizado. Segundo os entrevistados, o modelo *fee-for-service* hoje adotado, além de estimular o comportamento oportunista, estimula a ineficiência que, em saúde, por vezes gera reflexos negativos para o bem-estar do paciente.

Os protocolos clínicos, os protocolos ainda de procedimentos, nós estamos muito longe de serem cumpridos à risca. **Então há uma sobreindicação muito grande.** Há uma sobreindicação de exames muito grande. E o principal problema: a fragmentação na atenção à saúde muito grande. **Você não tem o seu médico, você tem dez médicos que cuidam de você e, na verdade, ninguém cuida.** A fragmentação da saúde para mim é o maior problema. [...] Aí você vai vendo: num universo que o hospital ganha... **quanto mais ele é incompetente mais ele ganha,** que é como funciona hoje. Se fosse trata um AVC rapidamente, com eficácia vai ganhar x . Se você demora três vezes mais para tratar esse AVC, você demora três vezes mais na UTI e você vai ganhar três vezes mais. **Então, este estimula ao gasto, isto estimula o tratamento inadequado. Enquanto a gente não conseguir mudar isso, nós vamos viver essa realidade, da operadora quebrada e o hospital tendo resultado** (GESTOR A, 2013, p. 5, g.n.).

Nós damos atenção ruim e cara, exatamente igual à americana, ruim e cara. Alguns dados: eu tenho ressonância própria e tomografia própria. E ultrassom próprio. Setenta e cinco por cento dos exames que fazem comigo são normais. Até quando a gente vai suportar isso? Vinte e cinco por cento dos exames laboratoriais o cliente não vai buscar no laboratório. Nós vamos andar para algum lugar desse jeito? Fala em prontuário único no Brasil pra ver o quê que acontece: hospital não quer, ninguém quer. Por que ninguém quer? Porque você regula, você melhora eficácia, você melhora custo. Mas ninguém tem interesse de diminuir custo porque, quanto... por exemplo, hospital quanto, como eu falei pra você, **mais incompetente, mais se ganha** (GESTOR A, 2013, p. 10, g.n.).

Porque se você paga por consulta, você estimula que ele faça muita consulta com o cara. “Vem com trinta dias, com trinta e um dias que eu recebo outra

consulta”. Esse paciente [sic] tem que receber *per capita*. E não por utilização (GESTOR A, 2013, p. 20, g.n.).

O problema é a forma de remuneração, que remunera por gasto. Se esse paciente ficar 5, 10, 15, 20 dias dentro do hospital, pra que eu vou me mexer? Eu vou receber tudo, a conta vai vir integral. **Não existe estímulo para que o hospital e o médico resolvam isso da maneira mais rápida possível.** Então, o paciente às vezes fica dentro do hospital esperando para fazer um tomografia computadorizada 5 dias. **Dentro do Hospital da Unimed isso não acontece isso nunca!** Eu tenho certeza. Eu já vi um paciente dentro de um hospital uma semana esperando um ecocardiograma. No Hospital da Unimed não acontece nunca! Nós temos uma forma de gerenciar isso (GESTOR D, 2013, p. 25, g.n.).

Estimula [a sobreutilização], né? Se você atende um paciente e tem uma cesta que você coloca as coisas, que são os procedimentos, e vai receber mais se tiver mais coisinhas dentro da cesta, é óbvio que você vai colocar mais coisas (GESTOR B, 2013, p. 13).

Se um hospital tem a maior margem dele em cima de materiais e indústria, obviamente vai se gastar muito material. Vai se gastar muito onde está a margem maior. [...] Material e medicamento deve ser uma preocupação nacional, de nação. Os Estados Unidos criaram uma comissão lá, ligada ao departamento de estado, e no Senado, para acompanhar órtese e prótese, e nós devemos estar atentos também. [...] **É um segmento que tem muita corrupção, para ser muito direto. É um segmento que você tem sobreindicação.** Isso está claro na literatura, o que estou falando está publicado. O volume de literatura publicada recentemente sobre sobreutilização de órteses e próteses vem crescendo substancialmente. [...] Você pode fazer um tratamento conservador ou você pode fazer um tratamento que vai custar R\$ 30.000 em OPME. Se você esperasse, talvez fizesse o mesmo efeito. Mas eu posso gastar a prótese, então eu ponho a prótese. É essa a coisa: às vezes, o benefício pode não existir, o tratamento teria o mesmo final com um custo muito menor. Só que, como é bom faturar, você acaba faturando, você acaba gastando. [...] Essa é uma questão complexa. Recentemente, saiu uma notícia da Glaxo pagando médicos na China, para indicação de medicamentos e tratamentos. Isso também é uma área pantanosa que aqui no Brasil a gente fala pouco, mas também, de vez em quando, está na mídia. [E a rede própria, eu imagino que seja uma vantagem.] **A gente tem maior governança, tem maior possibilidade de você atuar sobre esse tipo de coisa** (GESTOR C, 2013, p. 9-10, g.n.).

Percebe-se haver pouco ou nenhum incentivo econômico para o prestador de serviço oferecer um tratamento eficaz e de baixo custo. Com isso, a atenção acaba sendo direcionada para os procedimentos mais caros, não necessariamente os mais eficazes em termos de geração de bem-estar, inclusive. Segundo Williamson (1985) e o *framework* de Ghoshal e Moran (1996, p. 19), praticamente todo o oportunismo – tendência a agir de forma oportunista – pode se transformar em comportamento oportunista – atos específicos de auto-interesse com dolo –, uma vez que os custos desse comportamento são baixíssimos e os benefícios, enormes. Soma-se a isso o fato de os gestores perceberem que a maior margem de lucro do setor de saúde suplementar está na prestação de serviços, em especial nos serviços de imagem e na comercialização de materiais e medicamentos, fazendo com que estas atividades se tornem o foco da internalização, de modo a reduzir a apropriação de lucros por parte de seus fornecedores, médicos inclusive.

É abuso, existe uma relação de alguns poucos profissionais muito promíscua, de **ganhar percentual de material, percentual de exames**. Não é a maioria dos médicos, mas é uma parte importante, que faz barulho (GESTOR A, 2013, p. 14).

A função do médico é tratar o paciente, não é ganhar dinheiro em cima de comercialização. [E isso faz parte do pacote remuneratório do médico?] Só que ele é invisível. O cara vem para a operadora e diz que ganha só isso aqui. Mas ele não mostra o que ele ganha por aqui, assim. E algumas atividades permitem isso. O cara ganha isso por aqui. Até o próprio presidente da ANS, André Longo. Não é o Longo não, o anterior, o Ceschin, ele comentou que tem um chocolate [comissão paga ao solicitante] que chega a ser 20% dos recursos na área de órteses e próteses. Então, é só fazer o cálculo: quanto que despendeu esse ano em órteses e próteses? R\$ 100 milhões. 20%, R\$ 20 milhões. Quantas pessoas fazem uso de órtese e prótese, indica, opera? Divide R\$ 20 milhões por esses... 200, que seja. [...] Não estou dizendo que essa é a realidade aqui em Curitiba. Não sou eu quem está falando, é o que a própria Agência falou e, se a gente for analisar, fazer o cálculo matemático... a coisa está grande, né? (GESTOR B, 2013, p. 23, g.n.).

Os hospitais viraram uma grande farmácia! Isso, aos poucos, até por influência da ANS, estão equacionando (GESTOR E, 2013, p. 4, g.n.).

Acho que, na conta médica, é na hora dos materiais e medicamentos, que está uma dureza. [...] **E é aí que está um problema, porque o prestador... nós sabemos que ele compra por um valor x e cobra de nós um valor y. Tem um ganho nessa comercialização em materiais e medicamentos. O que entendemos que é indevido, não faz parte do jogo. Não deveria fazer parte do jogo** (GESTOR B, 2013, p. 11, g.n.).

Eu acho que diagnóstico por imagem é certo [por onde iniciar a verticalização]. Porque o que aumenta de uma maneira, assim, assustadora? É o custo da tecnologia. Aí na tecnologia estão esses exames que estão sendo agregados honorários e que vão aumentando custo. Então, isso aí não tem como sair fora. **Existe uma margem pra trabalhar em cima disso, então eu acho é uma área boa** (GESTOR D, 2013, p. 22, g.n.).

Quem ganha nessa onda toda... quem está ganhando sabem quem é? Os laboratórios de medicamentos. Você tem... tem os grandes *players* de imagem. [...] Porque não tem limite, não tem limite. Você faz exame de imagem a três por quatro, sem critério, sem protocolo (GESTOR E, 2013, p. 18).

É só ver a distribuição: uma parte, um terço vai para quem... as pessoas que fazem o trabalho. Podem ser técnicos, administrativos ou profissionais de saúde. Um terço vai para esse nicho. **Um terço vai para a rede de prestadores, liderado pelos serviços de imagem e de oncologia. E se o hospital tiver isso, beleza, faz parte do time. Se não tiver, faz parte do time que só vende a área e a turma usa a área dele para fazer festa.** Piquenique na área dele. [...] Não dá muito dinheiro. **E, aí, tem o que recebe muito dinheiro mesmo, que é um terço do total, só que são poucos *players*, que são os fornecedores.** Se for para considerar o total, dividindo o volume desse um terço pelo número de envolvidos, o fornecedor está nadando de braçada (GESTOR B, 2013, p. 21, g.n.).

Como dito, internalizando a compra desses insumos, as operadoras podem evitar que as comissões geralmente pagas aos médicos, e colocadas na faturas, cheguem a ser cobradas a elas. Ao comprar diretamente, reduzem não apenas o preço do material ou medicamento porque não haverá a parcela de comissão, como também desestimula a sobreindicação por

parte dos médicos, haja vista que não receberão esta comissão por ter indicado esse ou aquele fornecedor de material ou medicamento.

Hoje nós estamos trabalhando assim: por exemplo, **tirando da conta hospitalar, medicamento nós vamos pagar em cima da Nota [Fiscal] e repassamos um valor para Diárias e Taxas. Tem muitos hospitais que estão com uma resistência tremenda, não querem aceitar isso de jeito nenhum. Por que eles têm que ficar ganhando em cima de medicamento?** A gente já conseguiu evoluir muita coisa. Quimioterápico. Esse ano nós compramos todo o quimioterápico que as clínicas de terapia aplicam. Nós compramos. Pagamos uma margenzinha para eles em cima, porque eles têm que estocar, aplicar, eles têm as taxas deles, mas nós compramos. Hoje nós compramos órtese e prótese, a maioria (GESTOR D, 2013, p. 27, g.n.).

E a Unimed tem também uma participação forte em OPME, que ela compra direto OPME. É, que daria para dizer que é um próprio, **porque a gente fatura direto do fabricante** (GESTOR E, 2013, p. 3, g.n.).

Mas existem, sim, algumas atitudes que têm um ganho para operadora melhor tendo serviço próprio. A parte de oncologia posso te garantir que sim, porque você reduz toda a margem que estava no quimioterápico para quase zero. [...] **Dá para dizer que é, no mínimo, 25% mais barato. Tem casos que chega a 50%.** [...] E o ganho é gigantesco, porque hoje os prestadores estão em cima de margem de medicamento. Assim como estão nas internações, mas a oncologia escancara mais, porque o valor unitário das medicações é maior. Os caras cobram Brasília, essas coisas todas, com margem de remuneração altíssima. Então, tu derrubas essas margens (GESTOR E, 2013, p. 4-5, g.n.).

Contudo, o Gestor B (2013, p. 22, g.n.) afirma que até mesmo a internalização da aquisição de insumos está sujeita a imperfeições do mercado, como a prática de preços diferenciados para cada tipo de cliente por parte dos fabricantes de medicamentos:

Enquanto a regulação não for um pouco mais clara nesse setor, está complicado. Está bem complicado. Por exemplo, um medicamento recente chamado Lucentis, que é aplicado dentro do olho, ele é um anticorpo monoclonal para diminuir o envelhecimento da chamada mácula. Às vezes, fica cheio de vasinhos e eles usam o anticorpo para evitar formação de vasos. **Para médico que aplica, a empresa fornece por R\$ 1.400, R\$ 1.200. Para a operadora, ele não vende por menos de R\$ 2.800.** Tem lógica isso? Tem lógica um negócio desse?

A manutenção de rede própria é vista como uma forma de se prevenir do oportunismo, por meio do controle que a operadora pode ter sobre a autonomia médica. A ineficiência deixaria de ser remunerada e passaria a ser combatida na rede própria, algo que seria benéfico, segundo os entrevistados, tanto para o bem-estar dos beneficiários quanto para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, como evidencia o depoimento do Gestor A (2013, p. 4, g.n.):

Você pode perceber aí um pouco de forção de barra para internar pacientes de pronto socorro. Então, é normal. E toda a rede é assim, não é um ou outro hospital. Então isso dá uma economia não calculada, não mensurável gigantesca. Como é que você vai medir o que eu evitei de gastos com internações que não precisavam ser feitas? [...] Esse dado de internar menos no PS passa a ser um dado relevante. Paciente que tinha pneumonia, era tratamento ambulatorial, internou e pegou infecção muito mais grave e morreu. Ou ficou sequelado ou ficou um mês internado. Paciente que fez um cateterismo que não precisava ter feito e rompeu um

vaso. Então, **quando você interna menos em PS você acaba também melhorando esses indicadores.**

O depoimento do Gestor B (2013, p. 7, g.n.) é enfático ao corroborar a definição de risco moral:

[Então, idealmente... o ideal seria contratar da rede, se dedicar à atividade de operadora?] Com certeza! Mas para isso o Brasil tem que estar melhor preparado. Primeiro, as regras deveriam ser muito mais claras. Não deveria ter a judicialização de contratos, que é absurda no Brasil. Nos Estados Unidos, um contrato é válido. **Não tem esse negócio de “eu faço um contrato depois eu [prestador] te sacaneio lá na frente”.**

Segundo alguns entrevistados, alguns médicos induzem seus pacientes a ingressarem com ações na Justiça para solicitar a cobertura de procedimentos sabidamente não cobertos, confiantes que o Judiciário emitirá decisão favorável. Somado aos depoimentos anteriores, percebe-se que há uma propensão – e estímulo pecuniário, inclusive – da rede prestadora em agir deliberadamente de acordo com seus interesses.

A existência de uma empresa, uma estrutura de governança hierárquica, se dá pela sua habilidade em atenuar o oportunismo por meio de controle hierárquico que não são acessíveis ao mercado, segundo Ghoshal e Moran (1996). A coordenação necessária aos diferentes estágios em um ambiente de incerteza, com mudanças imprevisíveis, pode ser difícil de assegurar caso tais estágios operem de forma independente. Tais relações de mercado são governadas por meios de contratos e, quanto maiores sejam as possíveis mudanças, maiores serão as contingências que podem afetar tais contratos. No mercado de saúde suplementar, as incertezas são grandes devido à incorporação tecnológica e à judicialização da relação de consumo, por exemplo. Isso acaba estimulando o comportamento oportunista, gerando uma crise de confiança entre os envolvidos que traz consigo custos excessivos e favorece a integração. Evidências dos custos de transação existentes entre operadoras e prestadores de serviços surgem nos depoimentos a seguir:

“A gente fala até que, por exemplo: **‘eu tenho uma equipe toda para preparar a glosa e ele tem uma equipe toda para inflar a conta!’**. Pô, será que não dá [para mudar]?” (GESTOR E, 2013, p. 20, g.n.).

“Com o prestador, não lembro, mas deve ter pelo menos umas 20 pessoas. [...] Agora, se for contar auditoria técnica, auditoria de enfermagem, auditoria médica, é muito mais. Umhas 80 pessoas” (GESTOR B, 2013, p. 9-10).

Quando o relacionamento se dá com a rede própria, a negociação torna-se muito mais célere e menos custosa: “Obviamente, é muito mais fácil a gente negociar, estamos no mesmo barco [rede própria e operadora]” (GESTOR C, 2013, p. 23).

Ao se verticalizar, as operadoras podem substituir o processo de negociação do mercado por um processo decisório sequencial e adaptativo, sendo possível agir de maneira mais suave. Além disso, a falta de incentivos em se comportar de modo oportunista e a presença de treinamento e experiências comuns geradas pelas repetidas interações interpessoais facilitam a coordenação e a comunicação entre os estágios, como sugerem Klein (2000) e Williamson (1975). A esse respeito, os trechos a seguir descrevem a mudança de comportamento do profissional quando está na rede própria da operadora:

Ele se sente participante da coisa. Ele entende melhor a coisa, sabe? Ele se sente dentro do negócio. Quando você está fora, “vou meter a caneta nesse troço aqui, se quebrar, quebrou”. Aí quando está lá dentro, não, ele veste a camisa. Ele vê a dificuldade, ele vê a gente correndo atrás. [...] O médico não é mau caráter na essência. É o sistema que faz ele gastar muito: paga mal uma consulta, ele examina mal um paciente. Aí você entra num ciclo: “eu não posso pagar mais porque você gastou muito.” Então você não sai do ciclo (GESTOR A, 2013, p. 20-21).

Ele não se preocupa em fazer uma medicina boa, mas parcimoniosa. Esbanja, em vez de abrir a torneira a meia carga, abre a torneira inteira. Para ele, tanto faz: “se tiver pingando, deixa pingar, não me importo, não é meu mesmo”. Como o cara que vai no banheiro público e pega o rolo de papel e gasta todo o rolo de papel: “os outros que se danem, eu vou usar para mim”. Agora, em casa, não: você se preocupa, usa só o adequado, água só a adequada, desliga a luz (GESTOR B, 2013, p. 14).

Na rede credenciada, a assimetria de informação faz com que os fluxos de lucros sejam direcionados aos prestadores de serviços. O processo de negociação de contratos de prestação de serviços é obrigatório, segundo normativo da ANS, e tenso. Quando não há solução satisfatória para o impasse, a internalização da atividade é cogitada:

Tive uma reunião com um hospital que quer nos reajustar acima do que deve, quer um reajuste de 120%, aí foi mostrar... porque ele disse que ia mostrar os custos pra nós. Então tá. **Foi o nosso pessoal antes de ontem lá, sentaram, ele trouxe e não mostrou os custos.** Ele não mostrou os custos! Nessa cidade que eles estão querendo me aumentar 120%, eu tenho um Pronto Atendimento que está pronto! Tem duas unidades de internação que, com uns 3 milhões de reais, eu abro. **Se eu não acertar com ele, vou ter que abrir essa unidade de internação.** Vai ser o único jeito. Porque ele quer 120% de aumento! (GESTOR D, 2013, p. 19-20, g.n.).

Já na rede própria, o Gestor C (2013, p. 24) destaca o ambiente colaborativo como vantagem para resolver os problemas de coordenação e comunicação com a operadora: “Obviamente, a gente tem uma facilidade de conversa, porque a gente se reúne periodicamente”. Em igual direção vai a opinião do Gestor D (2013, p. 19):

Uma vez por mês tem uma reunião de custo aqui na Unimed, que nós analisamos o custo geral da cooperativa, item por item, e cada vez nessa reunião, na última hora, entra um serviço próprio. Então, por exemplo, mês que vem vai ser o SOS. Eu escolho o serviço próprio que entra e a gente: o que aconteceu aqui? Essa nota aqui o que é? Na próxima reunião você vai nos trazer. Por que aumentou o gasto com vigilância? Vem na próxima e: “ó, foi reajustado, nós trouxemos três empresas, fizemos três orçamentos, essa era a mais baixa, mas mesmo assim foi reajustado”.

Então, a gente analisa custo, geral e individual. [...] é uma coisa que está na nossa mão. Nós estamos vendo todos os dias.

Outra questão trazida à tona pelo depoimento do Gestor D (2013, p. 19) é o controle hierárquico (*fiat*) exercido pela operadora sobre a rede própria. Como é possível notar, a operadora assume a função de coordenação, repassando ordens e metas que devem ser cumprida por suas “unidades de negócio”, hospitais, por exemplo. Na mesma linha, têm-se os seguintes trechos:

Não é nem o hospital que precipita isso, mas o médico que deixa o paciente internado mais tempo do que precisa. **Aí no recurso próprio você consegue controlar isso melhor.** [...] Por exemplo, vou te dar um indicador. **Hoje um hospital nosso interna dos pacientes que vão ao pronto socorro a metade do que os pacientes da rede.** Quer dizer, o número é metade. Então o indicador é muito menor (GESTOR A, p. 3-4, g.n.).

Por exemplo, se eu tenho um paciente, hoje, crônico, que está com escara, que precisa de um cuidado grande, eu sei que seu botar no Hospital da Unimed, ele vai sair bem mais rápido do que em qualquer outro. Porque eu tenho um grupo de pele, com médico e enfermeira, que atua muito fortemente. **E todo mundo diz lá, depois que o paciente interna lá, ele sai melhor** (GESTOR D, 2013, p. 16, g.n.).

Hoje, eu estou trabalhando com um grupo de crônicos dentro do hospital. Esse grupo de crônicos está vendo assim: “esse paciente está com a sonda vesical por quê?” Aí diz assim: **“sugiro pro médico retirar a sonda vesical.”** Na maioria das vezes ele vai lá e ajuda. [O médico] precisa de uma ajuda. [...] É um grupo: um médico hospitalista, uma enfermeira, que estão acompanhando os pacientes e estão ajudando o médico a gerenciar esses pacientes. **Dentro do Hospital da Unimed fica mais fácil fazer isso** (GESTOR D, 2013, p. 23-24, g.n.).

Lá dentro do Hospital é assim: pediu um exame, é feito, **o resultado tem que vir até o final da tarde e, no outro dia de manhã, o médico vê. E aí esse grupo de crônicos está trabalhando lá dentro para ver assim: “você [médico] já viu esse resultado?”** Eu, quando sai uma cultura de um paciente meu no Hospital da Unimed, multi-resistente, eu recebo aqui no celular. Sai aqui, olha: “recebemos cultura de seu paciente Fulano de Tal multi-resistente...” [...] o enfoque que nós queremos dar para esse grupo dentro do Hospital é não para reduzir custo, é para auxiliar o médico. E aí, junto com isso, reduz o custo! (GESTOR D, 2013, p. 25, g.n.).

Dentro da rede própria, até a prática médica é passível de controle, monitoramento e ingerência, fazendo com que possíveis comportamentos oportunistas sejam evitados na sua origem: a indicação de procedimentos por parte do profissional médico. Da mesma maneira, a displicência deliberada, que na rede credenciada gera mais receitas, é combatida. E os entrevistados afirmam que isso não significa primordialmente atenção ao custo da assistência, mas que é possível oferecer uma assistência de boa qualidade a custos sensivelmente menores. O fato de um hospital próprio ter um índice de internação 50% menor que o apresentado pela rede credenciada dá uma noção de que a forma de atuar dentro daquela organização é bem distinta da praticada pela rede credenciada.

Contudo, a interferência pela operadora na autonomia médica não é vista com bons olhos pela categoria médica, representando uma dificuldade adicional no controle da rede credenciada e outro estímulo a internalização de atividades:

E as autoridades médicas, eu vi agora na semana passada uma reportagem: porque o médico está ganhando pouco? Aí, o presidente de uma cooperativa de especialidade: “Ganha pouco porque as operadoras estão cerceando o direito do médico trabalhar”. [...] Se eu não cercear o médico que trabalha indevido, aí que eles vão ganhar mal, mesmo. Eu chamo de visão de um palmo. É até o umbigo. “Alguém negou uma cirurgia minha” (GESTOR A, 2013, p. 24).

Existe uma resistência muito grande do médico em ver isso, em ver o seu resultado e medir esse resultado (GESTOR D, 2013, p. 30).

Ainda assim, há o risco de, ao internalizar a atividade, trazer consigo os problemas que ela gera. Ou seja, apesar de haver baixo incentivo ao comportamento oportunista, ele pode acontecer na rede própria, como afirma o Gestor B (2013, p. 25):

Eu acho que é muito risco [internalizar aquisição de órteses e próteses]. Aí você vai ter que se preocupar com muitas outras coisas. De repente, você traz para dentro de uma operadora, cria uma equipe. Vamos imaginar: você não faz todos os controles. De repente, começa a ter facilidades internas. Começar a criar problemas, traz problemas para dentro.

Outras formas citadas como tentativas de atenuar o comportamento oportunista trazido pelo risco moral seria (i) a comercialização de planos com algum percentual de co-participação e (ii) o compartilhamento de risco com a rede prestadora e/ou sua remuneração por pacote de eventos:

Outra coisa para diminuir custo é co-participação. Co-participação em eventos de baixo risco, de ambulatório, consultas, exames laboratoriais, etc. isso é um regulador importante. Internação, não, porque ninguém “ah, acordei hoje, vou fazer um cirurgia cardíaca”. Mas você acordou hoje, “vou fazer três consultas com o mesmo especialista, com a mesma especialidade”. Então, você põe regulação como regulação no baixo risco, é uma ferramenta estratégica muito importante. [...] É impressionante, você pega, eu sou médico, paciente vai ao meu consultório e fala: “doutor, eu tenho aquele plano integral, pede tudo aí que estou pagando”. O outro de co-participação, não, você pede e ele: “doutor, você tem certeza que eu preciso desse exame? Você tem certeza?”. Porque ele vai pagar um pouquinho. Então, você muda o comportamento do cliente. Então, **quando eu comparo aqui, no meu caso, um plano com co-participação e um plano sem co-participação, é o dobro.** Tem que ser atenção primária, sem co-participação, real. **Mas tem que ser com pagamento fixo ao médico.** E ele tem que receber um percentual de bônus se o cliente dele tem bons indicadores de saúde. Esse é o macete, que é justamente o que a gente está começando a trabalhar aqui. **Mas, se você pagar ao médico de atenção primária por consulta, ele vai fabricar consulta do mesmo jeito** (GESTOR A, 2013, p. 19-20, g.n.).

Eu estou fazendo uma proposta agora para os hospitais agora de pagamento global. Acho que eles vão me matar! Mas eu estou propondo. Não quero pagar medicamento, quero pagar diária tanto, global. Você dá antibiótico se achar que deve dar, **na busca de fazê-lo participar comigo do risco** (GESTOR A, 2013, p. 15, g.n.).

Nós temos que tentar evoluir para **compartilhar um pouco o risco**. Porque se a taxa de infecção daquele hospital for mais alta e infectar, ele ainda vai receber todos os dias de internação, todo o antibiótico e toda a complicação! Então, teria que ter um estímulo para ele se mexer e não deixar infectar (GESTOR D, 2013, p. 27).

Ao ser questionado se essa forma de remuneração implicaria menos rede própria, o Gestor A (2013, p. 6) afirma: “Acredito que sim. A necessidade seria menor”.

A seleção adversa também é verificada na relação operadora-hospital. Pacientes com baixo potencial de geração de receitas não conseguem vagas na rede credenciada e acabam sendo direcionados para a rede própria:

Na realidade, existe uma **seleção natural pela rede**. Outro dia a gente estava com oito pacientes com mais de cem anos internados no nosso hospital. Um andar quase todo de centenários. Por quê? **Quem quer internar um paciente com mais de cem anos? Que fica muitos dias, exige muito cuidado de baixo custo, não gasta próteses, órteses e medicamentos especiais?** (GESTOR C, 2013, p. 8-9, g.n.).

Os problemas de mensuração trazidos pela assimetria de informação permitem comportamento oportunista não apenas na definição do preço pelos quais os serviços serão transacionados como também na qualidade do serviço prestado. Nesse sentido, é verificado em todas as entrevistas que a questão da qualidade superior oferecida pela rede própria é uma questão relevante na decisão de se integrar verticalmente. Essa preocupação recorrente com o controle da qualidade do serviço prestado remonta à época da internalização das etapas produtivas realizadas sob o sistema *putting-out*, dando início ao *inside-contracting* (BUCHELI; MAHONEY; VAALER, 2010, p. 864).

A principal delas: **a deficiência da rede que existia no município para atender com qualidade nossos usuários**. Não existia um Pronto Atendimento na época que atendesse nossa demanda de usuários e com capacidade técnica pra isso. Então, nós montamos o serviço. **Depois que nós montamos o nosso, os outros começaram a melhorar os seus Pronto Atendimentos** (GESTOR D, 2013, p. 4, g.n.).

Olha, justamente minha reunião anterior era sobre esse tema [internalizar *home care*]... **Dá para dizer que é igual [custo de comprar ou fazer], o que diferencia é a qualidade de equipe assistencial que tu queres**. Se tu não ligas muito para isso, tu jogas qualquer cooperativa ou terceiros. Se tu dá bola para isso, como a Unimed dá, está buscando acreditação nos serviços próprios da ONA [Organização Nacional de Acreditação] e tal, **fazer isso com equipe terceira não dá certo**. Complicado (GESTOR E, 2013, p. 13, g.n.).

Outra coisa é a possibilidade de você criar **benchmarking de qualidade**. Nossa maternidade, que é a mais antiga do serviço, tem certificação ONA 3, agora está fazendo NIAHO [*National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*], certificação internacional. **Você também gera um movimento de qualidade para exigir qualidade da rede. O discurso de que é muito difícil, que não dá para fazer, não é possível, porque se nós damos conta de fazer outros também podem**. E nós vivemos com a mesma tabela. A operadora nos paga a mesma tabela que paga para a rede (GESTOR C, 2013, p. 8, g.n.).

O grau de interferência da operadora na rede própria permite que as duas organizações coordenem melhor suas atividades, sem que haja maiores conflitos no relacionamento. Mais do que rapidez no alinhamento de objetivos, como disse Williamson (1975), o controle hierárquico dá rapidez na consecução do objetivo previsto pela operadora, dado que ela é quem determina o objetivo a ser seguido pela rede própria. Uma “atmosfera de *compliance*”, como descrita em Thompson (1967), é criada.

Uma coisa, também, que a gente preserva aqui, **a unidade própria não é soberana na decisão de executar um procedimento ou não**. A gente também se submete à regulação da operadora. A unidade própria só executa alguma coisa que a regulação da operadora deixou ok. Como se o sistema fosse, como eu te falei, uma unidade prestadora autônoma. Então, eu só aplico um quimioterápico em alguém se o médico oncologista da operadora me autorizou a fazer. **Eu não tenho autonomia**. Então, por isso que a glosa é praticamente zero. A glosa se resume a errinhos de faturamento bobos (GESTOR E, 2013, p. 7, g.n.).

É aquilo que eu te falei: **eu sigo o que a operadora me mandou fazer**, embora seja o mesmo CNPJ. Mas a nossa atitude na rede própria é seguir o que a operadora... Se a regulação da operadora entendeu que eu devo prestar assistência por aquela liminar, ela que vai dizer: “pode prestar a assistência”. Mas eu não decido. **A rede própria não decide deliberadamente** (GESTOR E, 2013, p. 15).

O gestor sempre está de olho, é mais fácil você reorganizar a casa internamente do que chegar na casa dos outros e falar: “podemos melhorar ali e aqui?” (GESTOR B, 2013, p. 4).

O fato de operadora e prestador de serviços médico-hospitalares estarem em uma mesma estrutura hierárquica também diminui a probabilidade de ineficiência, devido à maior facilidade de controle e mensuração das atividades.

Então eu tenho lá assim: paciente que chega com dor torácica, qual é o tempo porta-balão dele? Qual é o tempo porta-eletro? Qual é a mortalidade? Qual é o resultado em 2, 3, 4, 5 anos? Isso que nós temos que começar a medir. Medir resultado e comparar com os outros (GESTOR D, 2013, p. 6-7).

A gente faz um balanço mensal dos resultados dessas unidades, a gente vai desde o resultado econômico até taxa de ocupação, índice de reclamação de cliente, a gente acompanha vários indicadores, mensalmente de todas as unidades. E a gente faz *benchmarking* interno: das próprias unidades com as unidades. São três hospitais, por exemplo, então eu consigo ver taxa de reclamação de um, do outro e do outro. A gente tem parâmetros, tem metas a alcançar, com relação à ocupação de leitos, à taxa de reclamação, à taxa de infecção. Tem várias coisas de qualidade, de satisfação de cliente e de resultado econômico-financeiro (GESTOR C, 2013, p. 10-11).

A esse respeito, a preocupação com eficiência e qualidade é dominante entre os entrevistados, ficando a questão dos resultados financeiros em segundo plano, como sintetizado no depoimento a seguir:

A operadora nos paga a mesma tabela que paga para a rede. E nós não podemos ter prejuízo. Nós não precisamos dar resultado, mas também não podemos deixar uma contribuição negativa. A gente está sempre de olho nos resultados para a gente ter um equilíbrio, mesmo sabendo que, às vezes, a gente pega casos mais complexos. A gente absorve uma parte da demanda que a rede não quer. Porque tem uma seleção,

né? É muito melhor eu internar um paciente para fazer uma cirurgia eletiva (GESTOR C, 2013, p. 8).

Nós, enquanto estrutura assistencial prestadora de serviços, nós temos que entregar para a operadora da forma mais eficiente, mas também com a satisfação do cliente e a satisfação do médico (GESTOR C, 2013, p. 21-22).

A rede própria permitira, inclusive, interferir na prática médica, por meio da adoção somente de protocolos clínicos que a operadora esteja de acordo após sua avaliação. Com isso, o comportamento oportunista seria evitado:

O problema é na área médica, que tem muitos itens que vão muito do tempero, gosto, sabor da equipe médica. E, aí, sim, o hospital próprio poderia definir: “nosso padrão aqui vai ser padrão A ou protocolo B, etc.” [...] [Na rede própria] **Você define que, para atuar com qualidade, com segurança, tem que seguir aquele protocolo e pronto.** Você avalia aquele protocolo. **Não existe um interesse secundário, que é fazer o protocolo que é melhor para a minha remuneração** (GESTOR B, 2013, p. 16, g.n.).

No recurso próprio você pode [estabelecer protocolo]. Para a qualidade A que nós desejamos o protocolo é esse. Tem alguma opinião diferente aí? “Ah, eu tenho.” O que é? “Ah...”. Não, isso aí não convenceu. De novo. “Ah, mas eu acho que...”. Não, aqui a gente não acha nada. A gente vai pelo que é lógico dentro da ciência, dentro do resultado. Nesse protocolo você pretende que tipo de resultado? “A, B, C”. Excelente! Então, tá. Implanta-se (GESTOR B, 2013, p. 25).

A decisão, o poder decisório tem que ser descentralizado, **não adianta alguém querer lá de cima decidir sobre a prática individual do médico. Tem, sim, obviamente, protocolos, mas esses protocolos são acordados.** Você não faz uma decisão, você não vai usar... com os cirurgiões, por exemplo, usar o fio tal, pronto, acabou, porque eu só compro esse. Você faz uma negociação: quais são os fios que podem entrar no nosso padrão cirúrgico? “É esse, esse e esse”. Então, a gente faz... negocia, faz um padrão para aquele grupo de médicos. Eu acho que essa negociação pelo menos é feita com a gente. Não vejo isso como... [um limitador da autonomia médica] (GESTOR C, 2013, p. 16, g.n.).

Ainda quando afirmado que se preserva a autonomia médica, como no depoimento anterior do Gestor C (2013, p. 16), essa autonomia não é irrestrita: faz-se necessário que haja um consenso entre operadora e médico para adoção de um ou outro protocolo.

Em Cooperativas Médicas, a dificuldade em exercer o controle hierárquico não se dá apenas por sabotagens ao serviço ou pouco comprometimento do corpo funcional. Como o médico é sócio – portanto, dono – da cooperativa, nem sempre é fácil separar a figura do profissional que deve obedecer à hierarquia daquela de sócio da operadora. Em um hospital da rede credenciada, por exemplo, o Gestor D (2013, p. 17) imagina que o controle hierárquico seja mais fácil:

Grande dificuldade do serviço próprio é o fato de o médico que presta serviço em serviços próprios nas Unimed são donos da cooperativa. Isso é um problema difícil de controlar. **Porque ele acha que ele é o dono, então ele pode fazer o que ele quer lá dentro.** Tem quem ter uma capacidade muito grande para saber gerenciar isso e separar as coisas. Hoje, aqui, você não é o dono, você é plantonista. Hoje, você tem hora pra entrar e hora pra sair. Isso é uma grande dificuldade das Unimed

que têm serviço próprio, é gerenciar isso. **Um terceiro tem muito mais facilidade porque a relação dele é de empresa pra empresa e “aqui eu mando, aqui você faz isso, isso e isso”.** Com o cooperado você tem que ter um pouco mais de habilidade para contornar esses problemas todos (GESTOR D, 2013, p. 17, g.n.).

Entretanto, o Gestor C (2013, p. 17) destaca que a questão da autonomia médica vem se relativizando nas últimas décadas, de modo que a resistência do médico à interferência na sua atuação estaria diminuindo:

Os Estados Unidos na década de 80-90 teve institucionalização de quase 80% dos consultórios. As pessoas que trabalhavam em prática avulsa, em consultório privado, que atendia a clientela como médico privado, isso há 20 anos atrás. 80% dos médicos estava nesse tipo de prática. Hoje, menos de 20% dos médicos estão nesse tipo de prática, 80% dos médicos estão dentro de instituições. **Por vários motivos: por ganho de escala, por facilidades, por questões de segurança jurídica, inclusive.** Porque tem uma questão de judicialização, se você faz uma coisa avulsa, no seu consultório, e sofre um processo, é completamente diferente de você está institucionalizado, porque a instituição te protege, de alguma forma. **Cria benchmarking também, porque você tem uma média de desempenho dos colegas. Eu acho que isso também é uma coisa importante.** [...] Eu acho que nós temos um movimento de institucionalização. Eu acho que o futuro nosso é ter menos médicos com consultórios privados isolados. Essa é a minha leitura. **Eu acho que, no futuro, nós vamos ter mais médicos trabalhando em conjunto, em grupos, em clínicas, em instituições, ligados a hospitais...** (GESTOR C, 2013, p. 17, g.n.).

Para o Gestor B (2013, p. 8), o estabelecimento de regras claras e uma postura da Justiça no sentido de fazer valer o que está previsto nos contratos já resolveria boa parte dos problemas que levam as operadoras a possuir rede própria:

Tem certos momentos que o contrato não vale nada. E o juiz ainda autoriza, realmente, que não vale nada. Nossa Justiça tem essa fragilidade de... Nos Estados Unidos, não, os troços são mais... o que é certo, é certo. Os contratos têm um poder de lei absurdo. Aqui no Brasil... Se tivesse contrato muito bem regulado, um sistema de saúde muito mais definido, qual é o papel dos prestadores, qual é o papel das operadoras, qual é o papel da saúde pública, qual é o orçamento para isso e a obediência nesse orçamento, eu acho que seria bem melhor.

Nesse momento, é verificado que o Estado tem um potencial de participação muito grande, caso assumisse para si a função de coordenação do setor. Atualmente, em que pese os esforços da ANS para a manutenção da sustentabilidade do setor, o Judiciário brasileiro acaba tomando decisões individuais que podem estar prejudicando toda a coletividade, ao desautorizar cláusulas contratuais em consonância com o disposto pela própria agência reguladora.

Ao contrário do que se poderia imaginar em um primeiro momento, foi possível colher depoimentos afirmando que desejam mais regulação, e que apenas com a intervenção estatal se poderá migrar do atual panorama para um outro, centrado na atenção primária à saúde, promovendo saúde e prevenindo doenças antes que sejam necessários grandes gastos para

tratá-las. Ao serem questionados sobre o papel que o Estado brasileiro deveria ter no setor, os entrevistados afirmam:

Primeira coisa: não regular um pé só. Somos um ser que andamos com muitas pernas. Regulou um ser só: a operadora. **Não regulou a atenção, não regulou o médico, não regulou o prestador, não regulou ninguém, regulou só a operadora.** Tem que regular? Tem que regular a todos. Tem que chamar todo mundo pra mesa e “presta atenção: agora o honorário hospitalar não vai ser mais este modelo, isso quebra. Médico: você não vai mais ganhar assim, tem que ter uma atenção primária adequada”. Enquanto ela não envolver todos os players, todos os *stakeholders*, nós estamos enrolados. Ah, só operadora. Minha operadora, coitada, faz o quê? Faz o quê? Você vai sentar com hospitais e “ó, você paga. Vamos sair todo mundo”. Então, a gente está com muita dificuldade de andar. [...] Agora, quando ela fica só “operadora obrigada, operadora obrigada”, vai fazer o quê? Vai fechar! Vai fechar. [...] Então, quer dizer: **quais os novos players do mercado brasileiro? Nenhum.** Quem vai entrar num negócio que te dá menos de dois por cento ao ano? Então a gente precisa repensar um pouco sobre isso (GESTOR A, 2013, p. 10-11, g.n.).

Haverá [mais parceria entre rede credenciada e operadora], sim, se ocorrer, e eu acredito que ocorrerá, **essa definição mais detalhada de quais são as obrigações de cada uma das partes no meio de saúde suplementar.** Quer seja ela definida pela agência regulatória ou não. E eu acho que isso é um papel da agência. Ela deveria, ao estabelecer um novo procedimento, estabelecer o seu protocolo. Pelo menos, definir quais materiais, em parceria com a Anvisa, que são os padrões e aquilo que a população deveria exigir como algo... E inclusive definir uma lista de preços referencial. Se fizer isso, resolve, no meu entender, no mínimo uns 50% dos problemas que hoje afligem muita gente. [...] **Não adianta fazer uma regra parcial e o restante, “vocês que fazem parte do jogo se virem aí”** (GESTOR B, 2013, p. 30-31).

Tem um rol mínimo de procedimento. Concorda comigo? Ele deveria ter: “para tal procedimento tem protocolos médicos bem definidos no Brasil ou no exterior”, “para tal liberação que tem alto custo o protocolo a ser utilizado é este”. Não deixa aberto. Ao ficar aberto, o médico diz: “eu acho que esse meu protocolo aqui cabe bem aqui”. E, aí, **entra jogo de interesses: de repente, o cara está recebendo propina para fazer exame, propina para indicar tratamento.** Tem isso, né? (GESTOR B, 2013, p. 18).

Além do exposto, foi possível verificar que há demandas no sentido de que as reservas técnicas possam ser usadas para investimentos que aumentariam seu controle sobre a prestação de serviços, não apenas com a construção de hospitais e clínicas, como também com a autorização para investir em programas de promoção e prevenção e em sistemas de informação que aumentasse sua capacidade de gerir os serviços que são prestados a seus beneficiários:

Por exemplo, se ela pegasse assim e: “operadora que tem tantos projetos de promoção à saúde, que tem tantos produtos de atenção primária na saúde, eu libero o dinheiro pra fazer investimento”. Investimento no próprio projeto. No próprio projeto. Não estou pedindo dinheiro pra fazer hospital. Não seria um estímulo muito grande? Olha, você vai um projeto legal, pode pegar 5 milhões do seu dinheiro aqui e fazer investimento nesse projeto. Outra coisa: investimento em prontuário único, que é uma necessidade hoje, registro de saúde único. Se a ANS fizesse isso, também. “Olha, vem cá, faça uma prontuário de registro único do ambulatório, do laboratório, igual o hospital. Eu libero o dinheiro para você investir no sistema” (GESTOR A, 2013, p. 25).

4.3.6. Especificidade de Ativos

A questão da falta de leitos traz à tona a especificidade de ativos. Como visto anteriormente, a falta de leitos é utilizada em vários momentos para justificar a abertura de um hospital próprio. Dificilmente um agente privado independente faria um investimento vultoso em ativo fixo para atender a demanda de um pequeno número de operadoras de planos de saúde. Em cidades de porte médio ou pequeno, essa situação se agrava ainda mais, porque, às vezes, só há uma ou duas operadoras com atuação abrangente na região. Em geral, um deles será Unimed. Tem-se, portanto, um ativo cuja fonte de especificidade é sua localização e o fato de ser um ativo praticamente dedicado.

Dessa maneira, percebe-se que há um número limitado de agentes e o segundo melhor uso desses ativos seria credenciar o hospitalar para receber pacientes do SUS, cuja tabela remuneratória tem bem menos margem de negociação do que a da saúde suplementar. Caso optassem por realizar tal investimento, os sócios desse hospital estariam sujeitos ao problema do refém (*hold up risk*). Como os contratos entre esse hospital e operadora são naturalmente incompletos e não há como reduzir a especificidade dos ativos, é bem provável que não aconteça o investimento.

Sendo assim, caso a operadora deseje ampliar sua carteira de clientes, é bem provável que, em algumas situações, se veja obrigada a construir sua própria rede, assim como no exemplo da *United Fruit Company* trazido por Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 871). Não por acaso, das cinco operadoras entrevistadas, as mais verticalizadas estavam situadas em cidades como Caxias do Sul e Vitória, de menor população e que apresenta menor oferta e demanda por planos de saúde.

Nesse sentido, a integração vertical permite a criação de ativos específicos, como é o caso dos hospitais das Unimeds, que atendem essencialmente clientes do próprio sistema Unimed. Apenas procedimentos particulares e convênios pontuais com pequenas autogestões foram verificados durante as entrevistas.

Segmentos que dão baixo retorno, como Unidades de Pronto Atendimento, por exemplo, acabam vocacionados para a integração vertical, como afirma o Gestor E (2013, p. 8-9, g.n.):

Em termos de margem, a única dificuldade que se tem, e todo mundo que trabalha com urgência tem, devido à característica do negócio, no sentido de prontidão, é o Pronto Atendimento. Pronto Atendimento é uma unidade que, ela tem uma vantagem gerencial, mas contabilmente se tu fores olhar, ela é negativa. Porque tu imaginas assim: tu tens que manter uma equipe de plantão, 24 horas, tendo ou não tendo beneficiário. Quer dizer, tem horários que são extremamente

deficitários. Mas, mesmo com alguns estudos que se faz, isso ainda é vantajoso porque, eventualmente, é um recurso que você não teria oferecido para o beneficiário, daqui a pouco ele teria caído em uma rede credenciada de alto custo. Uma série de outras análises que se faz. E até mesmo por ele não encontrar assistência, aí seria um problema dele querer sair da operadora.

Quando há uma interdependência mútua entre um hospital já existente e a operadora, algumas estruturas de governança híbridas são tentadas – chamadas em Fiani (2008) de Governança Específica de Transação com Contrato de Relação – como a alocação de médicos pagos pela operadora dentro de hospitais de terceiros e até mesmo o investimento em reforma de tais hospitais, como descreve o Gestor D (2013, p. 5/20, g.n.):

Pra você ver: se eu tiver que montar um Pronto Atendimento em cada uma dessas cidades, eu tenho que montar uma estrutura que respeite a RDC 50, então já é uma estrutura cara pra eu construir. Pra manutenção, tem que contratar enfermeiro, tenho que ter funcionário 24 horas, tem que ter toda a estrutura e os hospitais já têm essa estrutura. **Esses hospitais pequenos do interior, eles são hospitais que tem uma estrutura ociosa. Então pra nós sai mais barato e pra eles também.** E esses hospitais pequenos, tem uma receita pequena, se eles tiveram que contratar médico 24 horas para manter nesses plantões, é um rombo pra eles também. Então, isso beneficia os dois, pra mim é custo zero com estrutura física, com funcionário e o hospital ganha em honorário médico. Nós pagamos o médico. E esse médico acaba servindo para o hospital, às vezes para atender outras operadoras que o hospital tem. Ele, muitas vezes, faz aquele plantão do hospital que atende intercorrências no hospital. Então, ele supre essa demanda do hospital. Pra eles, isso ficou interessante também. Vantajoso pros dois.

Nós temos os médicos da cidade e os usuários da cidade. Muito melhor que esses usuários sejam atendidos aqui do que eles irem lá para Caxias, para o Hospital da Unimed. **Então, a gente faz assim: a gente faz investimentos em hospitais da área de ação.** Nós fizemos um investimento no Hospital de Farroupilha de um milhão e oitocentos a fundo perdido para melhorar a estrutura do hospital. Nós investimos agora dois milhões e trezentos no Hospital do Círculo Operário, porque a minha área materno-infantil vai levar uns quatro, cinco anos para ficar pronta. Pra ele construir UTI pediátrica e neonatal. Nós demos esse dinheiro e ele vai nos pagar em diária, que vai ser assim... a *long time*. Nós investimos no Hospital de Garibaldi um milhão e setecentos, para melhorar a área de internação, lavadeira, UTI. Nós investimos no Hospital de Antônio Prado, nós emprestamos dinheiro pra ele que vai demorar quatro anos pra me devolver em diárias. Esses que são parceiros a gente... alguns foram até a fundo perdido, outros pra financiamento para melhorar a estrutura do hospital para atender os nossos usuários na cidade. **E com esses a gente tem uma parceria. Uma boa parceria.**

Outro exemplo de estruturas de governança intermediárias entre a contratação via mercado ou a constituição de rede própria é a figura dos consultórios compartilhados, cuja estrutura física é oferecida pela operadora:

[...] o médico reclama muito que ele não consegue pagar custos de consultório. O que eu estou fazendo aqui? Estou fazendo um consultório compartilhado. Olha aqui: te dou estrutura, você recebe um percentual, eu fico com um percentual para pagar o custo e atendo aqui. Isso tem melhorado muito a vida dos médicos também. Não tem encheção de saco com contador, com secretária, nada. Ele pega a caneta dele, atende, está tudo montadinho, faz a atividade dele lá e vai embora. Isso eu vejo como um caminho a se seguir: juntar, principalmente cooperativa, junta o médico,

junta todo mundo junto e você não tem gastos, você atende e vai embora. (GESTOR A, 2013, p. 21)

O Gestor E (2013, p. 20-21) afirma, contudo, que tais estruturas intermediárias ainda são de difícil implementação:

Uma outra coisa que se estuda muito aqui é parcerias de unidades hospitalares, mas tem que ter maturidade para isso. [...] Se eu fizer uma unidade hospitalar conjunta com ele, escolher lá um diretor meu, um conselheiro meu. A primeira discussão que a gente vai fazer vai ser assim: os resultados dessa unidade vão ser monitorados por qual tabela? Já vai começar...

Os depoimentos a seguir demonstram que o objetivo das operadoras entrevistadas vai além da internalização das atividades de um hospital ou de um centro de imagens, elas desejam internalizar o maior ativo específico do setor: a gestão da saúde de seus beneficiários, que, quando existe, geralmente fica sob responsabilidade de um médico da confiança do paciente.

A justificativa principal para verticalização seria poder ter mais autonomia de gerenciar a assistência (GESTOR E, 2013, p. 22, g.n.).

Esse é o grande negócio: **gerenciar a assistência**, diminuir a sinistralidade. Isso está em cima da utilização. [...] Eu acho que no Hospital da Unimed é mais fácil gerenciar isso (GESTOR D, 2013, p. 24, g.n.).

Como o nosso pré-hospitalar atende à cidade inteira, a gente acaba juntando essa demanda aí [para o Hospital da Unimed] (GESTOR C, 2013, p. 3).

Se no Pronto Atendimento próprio você tiver protocolo, um registro eletrônico de saúde, você pode acompanhar. Pode colocar uma equipe para avaliar o cuidado que foi dado (GESTOR B, 2013, p. 27).

E aí tu deixas ele eventualmente para atendimento em uma rede própria. Se ele precisar de um hemograma, se ele precisar de um eco, ele está ali. E aí, tu não usas o terceiro. **Tendo uma rede própria é melhor para gerenciar essas coisas**. Daqui a pouco eu já dou o resultado ali, na hora (GESTOR E, 2013, p. 17, g.n.).

Mas eu acho que é uma coisa [medicina preventiva] interessante de ficar na nossa mão. **Acho que nós temos que gerir o nosso usuário**. O meu sonho sabe o que é? Eu sempre falo para o pessoal, **eu queria ter dentro da Unimed uma sala que nem um posto de comando de aeroporto**. Baixou um paciente meu lá em São Paulo. O que ele está fazendo? Qual o hospital que ele tá? Que doença ele tem? O que eu posso fazer para melhorar ele? Ah, eu tenho que trazer ele pra cá? O que ele precisa? E você fazendo a mesma coisa com todos os seus usuários, com os doentes crônicos, saber onde é que eles estão e o que você tem que fazer **pra gerenciar ele, pra melhorar o custo, pra melhorar o resultado** (GESTOR D, 2013, p. 16, g.n.).

O objetivo final das operadoras entrevistadas é poder fazer a gestão do seu cliente. Em outras palavras, internalizar a atenção médica. Com isso, poderiam controlar a demanda por serviços médicos e tornar seu ambiente menos complexo e incerto e, por conseguinte, menos sujeito a comportamentos oportunistas. Yepes (2004, p. 48) já havia ressaltado a importância de se ter um agente que seja bem informado e que possa assessorar melhor o beneficiário em

suas decisões. No caso em questão, esse agente deixaria de ser o médico – que muitas vezes não realiza esse assessoramento de maneira contínua – para ficar a cargo das operadoras. Caberia, portanto, à operadora a função de coordenação dos componentes integrantes do processo atenção médica-hospitalar a seus beneficiários.

Essa aproximação do beneficiário talvez seja o ponto crucial para explicar todas as direções da integração vertical entre operadoras e prestadores de serviço: transferir a “gestão” da saúde do beneficiário do médico – ou da rede prestadora de um modo geral – para a operadora.

Nesse sentido, a filosofia de atenção primária em curso no SUS se consolida como paradigma, em que pese os problemas de execução enfrentados por eles (GESTOR A, 2013, p.18). Atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, além da busca pelo conhecimento do estado de saúde dos beneficiários, são cada vez mais frequentes:

Você não pode abandonar o trabalho em cima das questões que eu coloquei: da atenção primária... Você não pode abandonar isso. Você tem que trabalhar, mas você tem que andar de bicicleta, você tem que trocar o pneu andando na bicicleta. Então, vai trabalhando, vai correndo atrás e vai tentando botar protocolo, botar atenção primária e tentar ir melhorando isso (GESTOR A, 2013, p. 15, g.n.)

A grande estratégia da Unimed, que é difícil fazer, mas a gente está buscando em termos estratégicos, é, digamos assim, conscientizar o usuário de que ele o atendimento dele não é urgência, que esse cara devia estar ligando para um médico e indo atrás de um médico. Então, a gente tem desenvolvido alguns instrumentos de consultório estendido, 0800 com agenda livre, direta, na hora. Digo assim, em termos de projeto, piloto, **para dar acesso**. Existe uma estatística fatal: 90%, 80% para deixar barato, das pessoas que buscam serviços de urgência não deveriam estar ali. [...] E a superlotação das urgências é explicada por causa disso. E a do SUS a mesma coisa. **Tanto é que o SUS está até sendo mais eficiente. Eles estão botando as UPAs, as coisas para tirar as pessoas do PS.** [...] Isso está no nosso planejamento estratégico. Nós estamos iniciando um piloto agora de voltar um pouco com a história do médico da família. Nós estamos iniciando um piloto em um dos planos, que é assim: tu vai ter um nome de cara que conhece todo o histórico da sua família. Então, o último recurso vai ser ir na urgência, mas antes tu vais ligar para ele e ele vai ser remunerado por isso (GESTOR E, 2013, p. 16-17, g.n.).

Faz parte, o conhecimento disso [modelo focado na atenção primária] é importante. Agregado àquela questão de gerenciar a vida do paciente, de conhecer mais o aspecto da medicina preventiva, o que ele está fazendo, qual é o comportamento de utilização do plano. **Isso não é só uma modernidade, é uma necessidade, que as operadoras estão experimentando** (GESTOR E, 2013, p. 24, g.n.).

[...] nós temos serviço de medicina preventiva, não falei assim como um serviço próprio porque a gente pensa mais na área assistencial. Nós temos medicina preventiva, que tem Central de Vacinas, temos um investimento grande na medicina preventiva, vai aumentar agora esse investimento. Só para você ter uma ideia, nós fizemos um levantamento epidemiológico de toda a nossa carteira de pacientes, pesquisa epidemiológica, quais são as patologias com maior incidência, quais são os fatores de risco e nós estamos trabalhando bastante em cima disso. E esse grupo de gestão de crônicos que a gente está centralizando vai trabalhar muito na prevenção. (GESTOR D, 2013, p. 14)

4.3.7. Desvantagens da Integração Vertical

As desvantagens da verticalização listadas pelos entrevistados podem ser resumidas em três grandes grupos: (i) a prestação direta de serviços não seria a competência central das operadoras; (ii) o acréscimo de custo fixo que a rede própria representa, tornando-se necessária uma gestão eficiente; e (iii) o risco que uma prestação de serviços inadequada traria para a imagem do plano de saúde.

Como a prestação direta de serviços médico-hospitalares não é o foco central de uma operadora de plano de saúde, os gestores se mostraram preocupados em manter a rede própria alinhada à estratégia da operadora. Dessa maneira, buscam fazer com que as questões assistenciais sejam colocadas dentro do contexto de uma operadora de saúde, e não tratadas isoladamente, como demonstram os depoimentos a seguir:

No final das contas o que interessa é a operadora. Você não pode focar apenas no serviço, ele tem que fazer parte de um contexto maior, né? (GESTOR D, 2013, p. 13).

A desvantagem é que, na realidade, uma operadora é uma atividade meio. Não é uma atividade fim. Então, a operadora se obriga a gerir a prestação de serviços, nem que seja em parte, é um desafio enorme, porque nasceu para operar, para fazer esse trabalho de gestão de plano de saúde, e não gestão de um laboratório, gestão hospitalar (GESTOR B, 2013, p. 7).

Uma das discussões que nós enfrentamos é que com o crescimento da rede, temos um problema de foco da discussão. O foco da operadora era vender planos e entregar para os clientes. Quando começa a ter esse volume de discussão assistencial, isso é um risco. **Você tem um risco grande de perder o foco ou de não ter claro o foco de dois negócios distintos.** Nosso negócio assistencial, apesar de ser muito estratégico, é pequeno em relação ao tamanho da operadora. O faturamento de todo esse negócio próprio é pequeno, é uma parte pequena, 10%, 12% do faturamento total da operadora. Nisso você corre o risco de perder foco e é um problema sério. **Especialmente porque a diretoria é toda composta de médicos, nós somos uma cooperativa médica e o atrativo para a discussão assistencial existe.** Mas gerir hospitais é uma discussão completamente diferente de gerir uma operadora de planos. A complexidade de gerir um hospital de 300 leitos, por exemplo, e nós agora estamos planejando um com 550 leitos, nos vai exigir uma capacidade gerencial muito diferenciada. Porque é muito diferente um negócio do outro. **Um outro risco é ineficiência.** Eu tenho falado muito isso no sistema Unimed, inclusive. Às vezes, o sistema, as operadoras pequenas do interior constroem hospitais para ter uma ocupação de 40%, 50%. Isso é um desastre (GESTOR C, 2013, p. 14, g.n.).

O depoimento anterior do Gestor C (2013, p. 14) se encerra colocando a segunda desvantagem identificada da integração, que seria o acréscimo de custos fixos à estrutura de custos da operadora, algo que necessitaria de grandes volumes de atendimento para se justificar. A eficiência deve ser algo permanentemente buscado, sob pena de gerar custos irre recuperáveis para a operadora.

Eu não teria uma opinião direta, mas o que eu vejo é que o beneficiário quer assistência. Com qualidade, no prazo correto. Se a verticalização é para proporcionar

isso que eu não consigo via rede, acho que ela pode ser uma vantagem. **O problema é que a gestão de uma rede própria também tem suas dificuldades, de manter pessoal próprio, de uma série de coisas.** Então, tem que ser analisado. Eu acho que é o desafio da operadora de manter a rede própria como instrumento de melhorias de custos, de melhores práticas médicas, uma série de coisas (GESTOR E, 2013, p. 10, g.n.).

Eu costumo dizer que, em termos de verticalização de hospital, é o seguinte: a maior despesa de um hospital terceiro eu não vou conseguir concorrer com ele, que é o meu custo de pessoal. **Custo de pessoal vai ter que ser um pouco maior, porque vai ter que absorver uma mão de obra melhor, eu vou ter que pagar bem.** E o meu plano de benefícios da operadora é extremamente bom e eu vou ter que repassar para essa gente. Estou te falando isso porque eu tenho 300 funcionários dentro da rede própria. **Então, já começa por aí, onde é que numa verticalização eu tenho que ser bom: na gestão das coisas, de material, de medicamento, etc. E aí que eu posso ter alguma chance** (GESTOR E, 2013, p. 21, g.n.).

Mas voltando ao problema, o **risco de ineficiência.** Por quê? Porque é um novo negócio, as operadoras tradicionalmente não estão acostumadas a gerenciar serviços assistenciais e as pessoas têm que mudar de foco. [...] É uma estrutura que precisa ter eficiência e não dá para você encobrir a ineficiência com o dinheiro da operadora. [...] **Uma outra coisa de risco é que você cria um custo fixo importante na estrutura.** A operadora tem mil funcionários, a Unimed, para um milhão e duzentos mil clientes. Nós temos no Serviço Próprio dois mil e quatrocentos hoje. Mais de mil indiretos. Mais dois mil médicos. Nós temos uma estrutura envolvendo entre cinco e seis mil pessoas. Quer dizer, isso é um custo fixo cotidiano que, se não ocupar, é um problema sério. Pode ser um problema sério. Se você perder clientes e não tiver como ocupar? O que você faz? Uma estrutura completamente verticalizada pode gerar esse tipo de risco (GESTOR C, 2013, p. 14-15, g.n.).

Por fim, a terceira desvantagem seria em relação à gestão da marca da operadora: uma má prestação de serviços médico-hospitalares implicaria macular a imagem da operadora como um todo, podendo contribuir inclusive para a perda de clientes e a consequente diminuição da carteira, algo que, por sua vez, aumentaria a relevância dos custos fixos assumidos. Com isso, o círculo vicioso se completaria, pois ao ter maiores custos fixos a estrutura própria tenderia a ser mais ineficiente, já que o número de potenciais clientes para diluir tais custos estaria diminuindo.

A verticalização impõe alguns compromissos para a operadora, que ao mesmo tempo são perenes e que, **se não fizer, compromete a marca, que é a pior coisa que tem.** O beneficiário pode ser mal atendido lá no Moinhos de Vento, que ele vai guardar na memória o Hospital Moinhos de Vento. Mas se ele for atendido mal no Hospital da Unimed, ele guarda na memória a marca da Unimed. E talvez seja um dos principais problemas para as operadoras, principalmente para a Unimed que tem uma marca forte, isso. **Então, a gente já tem um conceito enraizado aqui, vamos pensar em próprio, pensar em verticalizar, mas tem que ser o melhor.** Se for para fazer meia boca, não faça. Se for para contratar funcionário com salário abaixo do mercado, não faça. Senão, vai ter problema (GESTOR E, 2013, p. 21-22, g.n.).

O cliente começa a te olhar... “Quero o hospital da Unimed”. Por quê Unimed? Porque lá tem os centros de promoção da saúde da Unimed, tem os núcleos de atenção, que só a Unimed tem. Isso gera um diferencial. Por outro lado, quando você tem um cliente da Unimed dentro do hospital da Unimed, a reclamação, qualquer problema que ele tenha, vira um problema corporativo... **Assim, se ele está num**

hospital da rede, o problema é do hospital. Quando ele está no nosso hospital, o problema é da Unimed. A gente tem que ter um cuidado redobrado com a questão da imagem quando se fala do nosso hospital com o nosso cliente. É uma situação que, e por um lado de traz benefícios, por outro lado te exige muito (GESTOR C, 2013, p. 13).

Quanto às questões colocadas pela literatura, não foi possível identificar indícios de que o controle hierárquico influencia negativamente o comprometimento dos funcionários, como sugere Ouchi (1979, p. 845). De igual modo, não foi verificado que o controle hierárquico exercido pela operadora em sua rede própria substituiu a adesão voluntária, como pressupunham Ghoshal e Moran (1996, p. 27). O único depoimento nesse sentido afirma o contrário: “Aí quando está lá dentro, não, ele veste a camisa. Ele vê a dificuldade, ele vê a gente correndo atrás. [Então é mais uma questão de cultura organizacional e não de imposição?] Cultural” (GESTOR A, 2013, p. 20).

No que se refere à natureza dinâmica da eficiência, as operadoras também não a ignoram. Mudanças fundamentais no ambiente econômico podem levar a drásticas mudanças nos custos de transação, sendo necessária a revisão das vantagens e desvantagens de dada estrutura de governança, algo recomendado por Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 874) e citado pelos entrevistados:

Nós temos alguns serviços que são deficitários e a gente vem pensando se vai continuar ou não com eles. Algumas áreas que, às vezes, terceirizando você tem possibilidade de reduzir o custo. **Então, a gente vem repensando** (GESTOR D, 2013, p. 12, g.n.).

Como a gente, até o momento, não percebia uma dificuldade na questão de terceirizar, de ter terceiros fazendo Pronto Atendimento, a gente não se preocupou em implantar. **Mas claro que está sempre na agenda**, se necessário for, ter um Pronto Atendimento (GESTOR B, 2013, p. 2-3, g.n.).

Entretanto, a crítica mais rebatida pelas entrevistas com os gestores das operadoras é a de que a integração vertical e o consequente controle hierárquico desestimulariam atividades inovadoras (Ghoshal e Moran, 1996, p. 36; Yepes, 2004, p. 49). Todos os entrevistados que possuíam hospital ou clínica ambulatorial foram enfáticos ao citar a rede própria como o local que utilizam para testar atividades inovadoras, como a implementação de planos com enfoque na atenção primária e de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Vou te dar um exemplo de um hospital onde os funcionários dele tinham um plano anterior que tinham 79% de satisfação. **Nós migramos eles todos para um de atenção primária nosso aqui.** Hoje, eu vi a pesquisa ontem, está com 92% de satisfação. Então, esse cliente não sai dali. [E esse primário é dado pela rede própria?] Esse é nosso. Tem ambulatório próprio, ele vai lá, tudinho, tal. Chama-se Personal, Unimed Personal. [...] Índice de satisfação aumenta, então eu acredito na satisfação. Bem atendido, está tendo bons indicadores de saúde, ele não vai sair dali (GESTOR A, 2013, p. 26, g.n.).

Nós demos um enfoque, naquela época, pra tentar reverter um pouco a assistência do hospital para a assistência ambulatorial. Então, nós investimos primeiro em serviços ambulatoriais, que era o centro cirúrgico ambulatorial, um Pronto Atendimento, a unidade de assistência domiciliar, o laboratório e o SOS para dar suporte a essas estruturas. **Então nós focamos no ambulatorial para desospitalizar.** (GESTOR D, 2013, p. 4)

Uma das ideias é a seguinte: todos os clientes que entrarem pra operadora vão entrar para a medicina preventiva. Acho que esse é o grande negócio (GESTOR D, 2013, p. 15).

Isso dentro do Hospital da Unimed, nasceu dentro do Hospital [referindo-se ao grupo de crônicos]. Então, **lá dentro é um laboratório, você começa a fazer isso lá e depois... é mais uma vantagem do serviço próprio** (GESTOR D, 2013, p. 25, g.n.).

Inclusive nas unidades próprias, a gente tem usado as unidades próprias para um **trabalho de conhecimento, de corretivo, de saber as práticas, as melhores práticas** (GESTOR E, 2013, p. 7, g.n.).

Uma outra coisa é a possibilidade de criar um modelo de atenção. A gente tem trabalhado muito nessa lógica de criação de um modelo de atenção. Por exemplo, nesse momento nós criamos uma linha de cuidado materno-infantil, que começa com promoção da saúde, pré-natal. O pré-natal é feito numa unidade nossa e, aí, essa família já visita a nossa maternidade. A gente marca uma data e eles visitam. Eles conhecem os médicos que vão atendê-los eles conhecem os funcionários do hospital. Então, a gente cria uma possibilidade de fazer um desenho de rede, um fluxo dentro da rede, que os clientes sejam atendidos numa lógica de rede. **A gente está trabalhando com vários programas de promoção da saúde, desde o cuidado com idosos...** a gente tem vários programas inclusive inscritos na ANS. Controle de tabagismo... que é tudo feito na nossa rede própria (GESTOR C, 2013, p. 12-13) .

Ao conseguir introduzir um modelo centrado na atenção primária, as operadoras poderão controlar boa parte da demanda por SADTs e por tratamentos de alta complexidade, como reiterado por Yepes (2004, p. 36). Estariam, portanto, caminhando em direção à internalização da gestão da saúde de seus beneficiários, algo que parece ser o grande objetivo dos movimentos verificados em direção à integração vertical das atividades de prestação de serviços médico-hospitalares.

5. CONCLUSÃO

5.1. CONCLUSÕES GERAIS SOBRE O ESTUDO

A presente tese pretendeu evidenciar que o mercado de saúde suplementar possui um conjunto não desprezível de operadoras que está adotando uma estrutura hierárquica mais verticalizada. Dentre os motivos para tanto, aqueles evidenciados pela Teoria dos Custos de Transação aparecem em destaque. Como verificado, percebe-se que a introdução, a partir de 1998, de uma legislação específica para os planos de saúde, fez com que o ambiente empresarial para as Operadoras se tornasse cada vez mais complexo e incerto. A partir da criação da ANS, em 2000, essa tendência de incerteza e aumento da complexidade só se fez aumentar. A regulação praticada pela Agência não se restringiu a aspectos de solvência financeira como, em grande medida, também a questões assistenciais que impactariam a provisão e precificação dos serviços prestados. As entrevistas com gestores de operadoras de planos de saúde demonstraram, por exemplo, que a incorporação tecnológica no rol mínimo de procedimentos, sem a devida preocupação com o estabelecimento de protocolos, gera uma incerteza de gastos que dificulta sobremaneira a adequada precificação de seus produtos, os planos de saúde.

Juntamente com um ambiente mais complexo e incerto, a regulação limitou os mecanismos que as Operadoras de Planos de Saúde tinham para reduzir o comportamento oportunista de seus dois principais agentes: os beneficiários e os prestadores de serviços. Além de estabelecer um amplo rol de procedimentos com cobertura obrigatória e um percentual máximo de reajuste, o que impede o repasse automático de variações de custos aos beneficiários de planos de saúde individual contratados após a edição da Lei nº 9.656/98, mecanismos como limite de dias de internações ou limite de gastos, algo que no seguro é chamado de mecanismos de *stop loss*, foram abolidos. Além desses, o compartilhamento de custos com o beneficiário, denominado co-participação, teve sua utilização normatizada e é um mecanismo com grandes dificuldades de implementação, por questões comerciais e/ou operacionais.

Quanto aos prestadores de serviços, o órgão regulador obrigou as operadoras a formalizarem sua relação contratual, prevendo objeto da contratação, valor dos serviços pagos, prazos para tal pagamento, critérios e periodicidade de reajustes. Essa medida, aparentemente simples e burocrática *a priori*, retirou das Operadoras uma ampla margem de

manobra que tinham na outra ponta da relação: a dura, e por vezes desleal, negociação que mantinham com seus prestadores, fazendo com que participassem conjuntamente do risco do negócio, vendo seus pagamentos atrasar ou não serem reajustados de acordo com a sua geralmente baixa capacidade de barganha com as Operadoras. Com a contratualização da relação, a ANS interferiu diretamente no poder que detinham as Operadoras, fazendo-as, por outro lado, ter grau de influência limitado a eventuais abusos praticados pela rede prestadora, como sobreutilização dos serviços e estímulos à demanda, dado que, no Brasil, a associação médica conseguiu retirar da Lei nº 9.656/98 a previsão de compartilhamento de risco entre Operadoras e rede prestadora, como o *managed care*, por exemplo. Seguindo Fiani (2008), a estrutura de governança das Operadoras caminhou da Governança pelo Mercado em direção à Governança Específica de Transação, assumindo a estrutura de contrato de relação.

Esse reconhecido aumento da complexidade, da incerteza e das situações nas quais pode acontecer um comportamento oportunista ocorre juntamente com outro fator relevante: o maior ativo específico do setor de saúde suplementar, a relação médico-paciente, ocorre em grande frequência e fora dos limites organizacionais das Operadoras, que serão aquelas que incorrerão nos custos dessa relação. De um modo mais amplo, não apenas o médico, que é o gerador da demanda do setor, está fora das Operadoras, como também todos os locais nos quais essa demanda será atendida, como laboratórios, centros de reabilitação, clínicas ambulatoriais e hospitais. Em suma, o ativo mais específico do setor, que não é tangível tampouco tecnológico, não está nas mãos das Operadoras. Qualquer relação mais intensa entre o beneficiário e a prestação de serviços de saúde está acontecendo em uma estrutura de governança de mercado, fora dos limites das Operadoras, algo que não a permite constituir ativos específicos em sua relação com o beneficiário.

Para Yepes (2004, p. 48), diante dessa estrutura complexa e pelo fato de o beneficiário entrar em contato com múltiplos locais de produção de saúde, algum agente deve assumir a função de coordenação destes componentes, como ocorre quando uma Operadora decide internalizar tais atividades. As entrevistas realizadas com gestores de cinco operadoras permitiram verificar que, ao menos elas, estão buscando internalizar a atividade de gestão da assistência à saúde de seus clientes. Em outras palavras, internalizar a atenção médica. Com isso, poderiam controlar a demanda por serviços médicos e tornar seu ambiente menos complexo e incerto e, por conseguinte, menos sujeito a comportamentos oportunistas. Yepes (2004, p. 48) já havia ressaltado a importância de se ter um agente que seja bem informado e que possa assessorar melhor o beneficiário em suas decisões. No caso em questão, esse agente

deixaria de ser o médico – que muitas vezes não realiza esse assessoramento de maneira contínua – para ficar a cargo das operadoras. Caberia, portanto, à operadora a função de coordenação dos componentes integrantes do processo atenção médica-hospitalar a seus beneficiários.

Some-se a esse contexto a premissa de racionalidade limitada, também evidenciada pelas entrevistas, e tem-se o cenário ideal para a integração vertical das Operadoras em direção a seus prestadores de serviços. Por mais que tentem, e a ANS estimule alguns pontos e obrigue outros, os contratos não conseguem ser escritos de forma a antecipar todas as circunstâncias futuras, porque é impossível prevêê-las com acuracidade. O maior exemplo disso é a incorporação de procedimentos médicos e tecnologias novas ao rol mínimo de serviços que a Operadora deve cobrir por um preço estabelecido *a priori*. Com frequência, há revisões desse rol mínimo, no sentido de acrescentar procedimentos, sem que possa haver contrapartidas de salvaguardas nos contratos, estes também sujeitos às condições de reajustes estipuladas pela ANS. Desse modo, em se tratando de um plano individual pós-lei nº 9.656/98, as Operadoras, mesmo reconhecendo a incompletude dos contratos, estão impossibilitadas de revisitá-los e fazer os ajustes necessários para torná-los menos incompletos. Aspectos relevantes da relação contratual foram transferidos para o órgão regulador, especialmente a definição do objeto – o que deve cobrir – e a fixação de reajuste, fazendo com que as previsões de receitas e despesas por parte das Operadoras sejam em muito prejudicadas. Sendo assim, apesar de todos os contratos serem incompletos, como afirma Leiblen e Miller (2003), não estão plenamente sujeitos a renegociações, restando, contudo, à possibilidade de comportamento oportunista.

Diante do cenário descrito acima, as Operadoras de Planos de Saúde, em busca da maximização de seus lucros e da sua sobrevivência, rumam para dois caminhos possíveis: o segmento de planos coletivos/empresariais, menos regulados quanto aos reajustes e com maior flexibilidade para o rompimento, algo que limita o comportamento oportunista; e/ou à integração vertical, internalizando as atividades nas quais estão o comportamento oportunista, a complexidade, a incerteza, o ativo específico e, por conseguinte, os fluxos de lucros. Nesse sentido, percebe-se, por exemplo, que as Seguradoras Especializadas em Saúde, impedidas legalmente de possuir rede própria, têm sua carteira de beneficiários concentrada em planos coletivos. Do mesmo modo, 77% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares em 2012 estavam vinculados a planos coletivos (ANS, 2013). Percentual este sofreu pouca variação na última década, pois Bahia (1999, p. 156) já afirmara que pelo menos 75% do total

dos clientes estava vinculado a planos coletivos. Das operadoras entrevistadas, por exemplo, nenhuma possuía percentual inferior a 65% dos beneficiários em planos coletivos.

A outra frente, objeto da presente tese, é a integração vertical entre Operadoras de Planos de Saúde e rede prestadora de serviços como alternativa para diminuir os custos de transação. Com esse propósito, uma extensa análise de evidências de integração vertical foi feita, tendo como insumo básico os Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops) enviados, referentes a dezembro de cada ano entre 2007 e 2011. Como justificado no Capítulo 3 – Metodologia, apesar de a ANS disponibilizar os Diops desde sua criação, em 2001, apenas a partir de 2007 os valores relativos à rede própria são passíveis de contabilização pelo plano de contas. Desse modo, a análise da tese englobou todas as demonstrações financeiras das operadoras entre 2007 e 2011.

A análise permitiu constatar movimentos consistentes por parte um grupo significativo de Operadoras em direção à integração vertical. Esse movimento foi verificado não apenas no crescimento das despesas incorridas em rede própria, como também no aumento de ativos e na geração de receitas. Em muitas ocasiões, contudo, esses movimentos não foram suficientes para fazer a rede própria ganhar participação da rede credenciada – e outras formas de contratação – quando consideradas as informações de todo o setor. Isso porque, por vezes, o crescimento das despesas em rede própria se deu em um ritmo inferior ao crescimento das despesas totais das operadoras. Algo previsível, no entanto, dado que para se incorrer em despesas na rede própria faz-se necessário ter havido em momento anterior algum investimento nesse sentido, de modo que o tempo de maturação é muito maior do que a simples contratação de um terceiro para prestar o serviço. Importante destacar, ainda, que as Seguradoras Especializadas, que representaram 20% do faturamento do setor em 2012, são impedidas de ter rede própria, algo que gera impacto nos números gerais do setor.

Ainda que com tais considerações, há evidências suficientes para demonstrar que um grupo razoável de operadoras, especialmente as Cooperativas Médicas, está caminhando para uma estrutura mais verticalizada. A respeito dos movimentos em direção à integração das Cooperativas Médicas, Bahia (1999, p. 262) já afirmava ser um movimento paradoxal, pois “vai de encontro aos cânones da livre escolha, mas permite a racionalização do consumo de serviços de saúde”. Questionado durante a realização das entrevistas sobre esse eventual paradoxo, o Gestor C (2013, p. 17) destacou que a questão da autonomia médica vem se relativizando nas últimas décadas, de modo que a resistência do médico à interferência na sua atuação estaria diminuindo.

A primeira conta contábil que evidenciou o movimento de integração das Operadoras foi o Imobilizado. Como visto, houve um crescimento de 40,2% no período de análise (2007-2011), considerando os valores nominais. Algo significativo, dado que o saldo do Imobilizado não é reajustado por nenhum indicador e que sofre perdas anuais por conta da depreciação. Dentre as modalidades que mais tiveram crescimento do Imobilizado em Rede Própria, destacam-se as Cooperativas Médicas, que praticamente dobraram seus valores durante o período. As Medicinas de Grupo, por sua vez, tiveram seus saldos acrescidos em 53,4% e as Autogestões, apesar da baixa participação sobre o Imobilizado total, apresentou o maior crescimento relativo, de 241,3%.

Esse crescimento dos valores absolutos de Imobilizações não foi suficiente para manter a participação do Imobilizado em Rede Própria sobre os Ativos Totais ao longo do período, havendo uma redução de 1,4 p.p. Algo explicado, contudo, pelo acréscimo de Ativo Circulante das Operadoras, representando recursos de maior liquidez em seu patrimônio. Individualmente, destaca-se a participação do Grupo Amil dentre as Operadoras que mais ampliaram seu Imobilizado em Rede Própria.

A análise da conta Provisão para Contingências Cíveis permitiu verificar que uma das motivações para a integração vertical, o aumento dos custos em tornar os contratos executáveis, vem se intensificando. Em valores nominais, o saldo de Provisões para Contingências Cíveis triplica no período e sua participação no Passivo das Operadoras dobra. O maior crescimento na participação se deu entre as Seguradoras Especializadas, modalidade menos verticalizada, algo condizente com os preceitos da Teoria dos Custos de Transação. Entretanto, também é verificado aumento de participação nas Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, ainda que em um patamar menor.

Outra evidência da integração vertical é a tendência generalizada de redução da participação das receitas com comercialização de planos de saúde sobre as receitas totais. Isso significa dizer que as Operadoras de Planos de Saúde estão voltando sua atenção a atividades outras que não sua atividade-fim, a venda de planos de saúde. No período de análise, houve uma queda de 4,0 p.p. em tais receitas, demonstrando que outras receitas estão ganhando relevância nas atividades das Operadoras, dentre elas a prestação de serviços médicos a terceiros por meio de sua rede própria. O maior destaque nesse sentido são as Cooperativas Médicas, que reduziram em 5,1 p.p. suas receitas com mensalidades de planos de saúde e aumentaram em 6,2 p.p. sua arrecadação com prestação de serviços médico-hospitalares em

sua rede própria. Em suma, o perfil de receita das Operadoras de Planos de Saúde vem mudando, com a prestação direta de serviços ganhando maior destaque ao longo dos anos.

Do conjunto de operadoras que tiveram receitas com serviços médico-hospitalares, a participação de tais serviços subiu continuamente de 9,97% do total das receitas em 2007 para 16,14% em 2011, evidenciando que esse conjunto de operadoras está sistematicamente direcionando seus esforços para atividades outras que não a finalística.

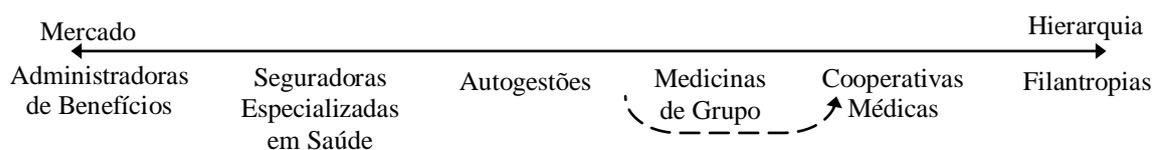
Até mesmo a prestação de serviços ao SUS vem sendo uma alternativa tentada pelas Operadoras: entre 2007 e 2011, houve um crescimento de 4,4 p.p. desse tipo de receita sobre as receitas totais do conjunto operadoras que prestaram serviços ao SUS. Desse conjunto, destacam-se a atuação das Medicinas de Grupo, que cresceram 5,9 p.p., e das Filantropias, com crescimento de 3,7 p.p.

Esses movimentos mostram que, cada vez mais, a prestação direta de serviços médico-hospitalares vem se tornando não apenas uma alternativa de redução de custos de transação como também uma fonte adicional de receita para as operadoras, fonte essa que vem aumentando sua relevância. De uma forma ou de outra, evidencia o caminho em direção a uma estrutura de governança mais verticalizada, que remonta os primórdios da constituição do mercado de saúde suplementar brasileiro. Essa constatação seria encarada, pela a equipe econômica do governo federal na ocasião da regulamentação, como um regresso a estágios primitivos de um setor que, ao se tornar mais refinado e complexo, deveria rumar para um modelo mais sofisticado de atendimento às demandas por saúde, representado pela estrutura de governança adotada pelas seguradoras. Em contrapartida, é possível que a integração vertical entre operadora e locais de prestação de serviços médico-hospitalares seja a alternativa existente para que a ANS possa estender seu escopo regulatório para os prestadores de serviços.

Os movimentos mais interessantes rumo à verticalização são vistos, contudo, na análise do perfil das despesas médico-hospitalares das Operadoras de Planos de Saúde. Se levado em consideração todo o setor, o que se percebe é que o crescimento das despesas com rede própria se dá em ritmo inferior ao das despesas médico-hospitalares em geral, levando a conclusão que sua participação relativa está diminuindo.

Também é possível fazer um *continuum* das estruturas de governança, como feito por Yepes (2004), e do mercado à hierarquia tem-se: Administradoras de Benefícios, Seguradoras Especializadas em Saúde, Autogestões, Medicinas de Grupo, Cooperativas Médicas e Filantropias.

Figura 13: Estruturas de governança no *continuum* Mercado-Hierarquia



Importante destacar a inversão de posições ocorrida ao longo dos anos entre Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas, fazendo com esta última seja atualmente a segunda modalidade mais verticalizada do setor.

Analisando cada componente das despesas com Rede Própria, contudo, é possível verificar que alguns movimentos em direção à integração vertical são relevantes o suficiente para impactar os números gerais do setor. Por exemplo, enquanto as Consultas Médicas em Rede Própria vêm diminuindo sua participação sobre o total de Consultas, os Exames em Rede Própria apresentam crescimento médio anual superior aos Exames Totais. As Cooperativas Médicas apresentaram o maior crescimento de participação dos Exames em Rede Própria, aumentando 5,2 p.p. no período, com a Rede Própria ocupando um espaço antes suprido pela rede contratada. Em seguida, vem as Medicinas de Grupo, com crescimento de 2,7 p.p. De modo contrário apresentam-se as Filantropias, que tiveram redução de 10,2 p.p. durante o período. Ou seja, se considerados apenas os Exames, tem-se que Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo caminham para uma estrutura de governança mais hierarquizada, enquanto as Filantropias caminham rumo ao mercado.

Nas despesas com Terapias em Rede Própria, percebe-se que as Cooperativas Médicas também apresentaram crescimento relativo expressivo, da ordem de 9,2 p.p., crescimento este que foi relevante a ponto de manter estável a participação de Terapias em Rede Própria de todo o setor, apesar das demais modalidades apresentarem redução de sua participação.

Enquanto Consultas em Rede Própria perdem participação, Exames e Terapias crescem apenas em algumas modalidades, as Internações – que representaram 42,2% das despesas médico-hospitalares em 2011 – apresentam crescimento generalizado da participação da Rede Própria. Apesar de a participação das Internações em Rede Própria cair 0,5 p.p. no período, isso se deveu aos gastos incorridos pelas Seguradoras Especializadas, proibidas de possuir rede própria. Nas três modalidades nas quais a Rede Própria é possível e usual – Cooperativas Médicas, Filantropias e Medicinas de Grupo –, a participação da Rede Própria aumentou no período, e de modo significativo. Cooperativas Médicas apresentaram crescimento de 6,0 p.p., Medicinas de Grupo, 2,4 p.p., e Filantropias encerraram o período de análise com uma participação superior em 3,5 p.p.

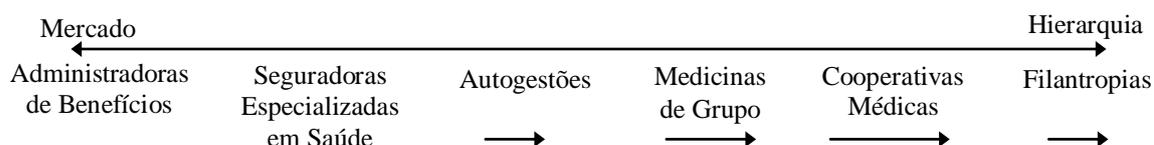
Dentre as Filantropias e Medicinas de Grupo, as Internações em Rede Própria superam as despesas incorridas na rede credenciada e outras formas de pagamento do serviço prestado. Como as Internações são as despesas médico-hospitalares mais relevantes, pode-se afirmar que um conjunto de operadoras pertencentes a modalidades com maior liberdade de atuação está adotando uma estratégia que busca internalizar a prestação de tais serviços, por meio da construção ou aquisição de hospitais.

Quanto aos Outros Atendimentos Ambulatoriais, novamente evidencia o crescimento da participação da Rede Própria dentre as Cooperativas Médicas, com variação positiva de 6,2 p.p. Entretanto, o maior crescimento foi verificado entre as Filantropias, com 15,7 p.p. Já as Medicinas de Grupo e Autogestões apresentaram redução de sua participação.

O derradeiro item que compõe as despesas médico-hospitalares são as Demais Despesas Médico-Hospitalares. Nesse item, não há apenas diminuição da participação em Rede Própria, como também redução dos valores nominais. Apenas as Medicinas de Grupo apresentaram crescimento de 1,0 p.p. no período.

De um modo geral, pode-se afirmar que as Cooperativas Médicas representam a modalidade que mais se movimentou em direção a uma estrutura de governança mais hierarquizada, apresentando crescimento das despesas em Rede Própria com Exames, Terapias, Internações e Outros Atendimentos Ambulatoriais. Em seguida, têm-se as Medicinas de Grupo, com crescimento em Exames, Internações e Demais Despesas Médico-Hospitalares. Finalmente, em uma escala bem menor, as Filantropias, com crescimento nas Internações e Outros Atendimentos Ambulatoriais em Rede Própria, e as Autogestões com crescimento nas Consultas Médicas e Demais Despesas Médico-Hospitalares. Apesar de ainda não se refletirem nos números gerais de todo o setor, ficou evidenciado que existem estratégias em curso no sentido de aumentar a participação da Rede Própria, percebidas em todas as modalidades que podem internalizar a prestação de serviços médico-hospitalares. Desse modo, o *continuum* Mercado-Hierarquia estaria sendo passível de movimentos, ainda que com intensidades distintas, em direção ao extremo hierárquico, como demonstrado a seguir.

Figura 14: Forças atuando no *continuum* Mercado-Hierarquia



Quando o universo de análise é reduzido apenas ao conjunto de operadoras que incorreram em despesas com Rede Própria, os movimentos em direção à integração vertical se

mostram com mais evidências. Isto é, as operadoras que já incorrem em despesas com Rede Própria estão intensificando sua estratégia de direcionamento da demanda para este tipo de rede.

Considerando esse universo reduzido – que exclui todas as Administradoras de Benefícios e Seguradoras Especializadas em Saúde, além da parcela de Operadoras das demais modalidades que não incorreram em despesas em Rede Própria no período, contudo ainda bem representativo em termos de receitas e despesas totais –, verifica-se com mais intensidade a verticalização das relações entre Operadoras de Planos de Saúde e rede prestadora de serviços.

Tal verticalização, entretanto, não pode ser evidenciada pela evolução das Consultas Médicas em Rede Própria, que apresentou redução significativa em todas as modalidades durante os anos analisados. Das reduções verificadas na participação das Consultas em Rede Própria, a mais intrigante é a constatada entre as Cooperativas Médicas, dado que seus médicos credenciados são, na realidade, cooperados e, portanto, sócios do empreendimento.

Esse movimento contrário à integração é significativo na medida em que a relação médico-paciente talvez seja o ativo mais específico do setor de saúde suplementar. Sendo assim, faria sentido que as Consultas fossem o primeiro tipo de despesa médico-hospitalar a ser objeto de internalização, seguindo os preceitos da Teoria dos Custos de Transação.

Ocorre, todavia, que a perda de participação da Rede Própria pode ser causada por um aumento expressivo da demanda, que não pode ser coberto pela Rede Própria existente tampouco por sua expansão gradativa. Pode ser, ainda, atribuída à sabida organização da categoria médica, não apenas em nível nacional como também mundial, o que representaria um contraponto ao desequilíbrio de poder econômico existente em favor das Operadoras.

Nos Exames, a tendência de verticalização é verificada, com aumento da participação geral da Rede Própria, puxado pelo crescimento de Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo. Filantropias e Autogestões apresentaram movimento oposto, de redução. Em Terapias, o crescimento apresentado pelas Cooperativas Médicas, de 9,6 p.p., foi grande o suficiente para puxar o crescimento de todo o setor, apesar de haver redução da participação das demais modalidades. Dessas reduções, destaca-se a ocorrida nas Medicinas de Grupo, com queda de 16,9 p.p., evidenciando que uma eventual estratégia de integração vertical por parte da Medicinas de Grupo não tem como foco as Terapias, assim como as Consultas Médicas.

Também nas Internações em Rede Própria, o crescimento do setor é puxado pelas Cooperativas Médicas, com aumento de 4,9 p.p., e Filantropias, com 3,5 p.p. Foi possível

verificar, ainda, que Operadoras que iniciaram as atividades de hospitais próprios durante o período analisado já direcionaram de maneira tão eficaz sua demanda por Internações para estes hospitais, que quatro delas já figuravam a lista de vintes maiores médias anuais, mesmo tendo iniciado suas operações há pouco tempo.

A existência de custos de transação relevantes na relação entre Operadora de Plano de Saúde e rede prestadora de serviços pode ser evidenciada pela análise do perfil de gastos com Internações. Considerando que a grande maioria das internações segue protocolos médicos tradicionais; que custos de produção, tecnologia, fornecedores e clientes são os mesmos; e que não é verificada nenhuma segmentação de especialidade médica ou complexidade que caracterize um hospital próprio em detrimento a um hospital de terceiro⁵⁴; é razoável supor que a estrutura de custos das Internações⁵⁵ de ambos os hospitais seja a mesma. Contudo, não é isso o que se verifica: a estrutura de custos das Internações em Rede Própria é bem distinta daquela verificada na rede prestadora, evidenciando, na hipótese mais otimista, uma situação de extrema complexidade de compreensão, algo que estimularia sua internalização. Em uma hipótese pessimista, representaria a materialização do comportamento oportunista da rede prestadora. Como afirmado pela antiga Operadora Medial⁵⁶ e pelas operadoras entrevistadas, a existência de hospital próprio contribuiria para além da redução dos custos de transação gerados dentro da estrutura da operadora, na medida em que serviria de instrumento para a parametrização de custos e procedimentos incorridos na rede prestadora de serviços, fazendo com que a quase-renda dos prestadores de serviços seja em muito reduzida.

A participação dos Honorários Médicos no total gasto com Internações é muito maior na Rede Própria, sendo tal diferença em 2011 de 15,2 p.p. Em contrapartida, a participação de Materiais Médicos, Medicamentos e Outras Despesas é muito maior na Rede Credenciada. Importante destacar que, como percebido nas entrevistas, os Materiais Médicos e os Medicamentos são considerados os grandes “vilões” das contas médicas pelas Operadoras de Planos de Saúde, e verifica-se que tal pecha tem lastro nos números apresentados, que representaram 34,6% das despesas com Internações na Rede Credenciada, enquanto na Rede Própria significou 26,8% em 2011.

⁵⁴ Uma evidência de que não há distinção entre nível de complexidade e tipo de atendimento prestado entre Rede Própria e rede de terceiros é o fato de que as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentarem estrutura de custos de rede de terceiros bem semelhante às modalidades que possuem Rede Própria.

⁵⁵ Composta de Honorários Médicos, Exames, Terapias, Materiais Médicos, Medicamentos e Outras Despesas.

⁵⁶ “Nossa rede própria nos permite oferecer serviços de saúde de alta qualidade e melhor administrar nossos custos médico-hospitalares junto à rede credenciada, por meio da parametrização de custos e procedimentos.”

Outro ponto sensível é a distinção entre as despesas classificadas como Outras em Rede Própria e na Rede Credenciada, onde, por exemplo, são classificadas as “Diárias e Taxas” pagas pelas operadoras a sua rede credenciada. Enquanto esta representou 36,2% das Internações, aquela representava 25,0% em 2011. Essas distinções, dada a relevância dessas despesas no total incorrido por uma Operadora de Plano de Saúde, já são suficientes para demonstrar o potencial de comportamento oportunista existente na relação. Além disso, é possível verificar que os hospitais próprios permitem, no mínimo, uma melhor alocação de custos, como o menor percentual de despesas classificadas como “Outras” indica. É possível perceber, ainda, que os movimentos dos componentes de custos da Rede Credenciada são mais suaves, indicando uma maior estabilidade da estrutura.

Reduzindo o escopo de análise para cada modalidade, o que se percebe é que as distintas estruturas de custos nas Internações também são verificadas em cada uma das modalidades que possuem Rede Própria.

Retomando a análise das despesas médico-hospitalares, têm-se as despesas classificadas como Outros Atendimentos Ambulatoriais, que são as despesas incorridas em um ambulatório, clínica ambulatorial ou unidade de pronto atendimento, como pequenas cirurgias, suturas e aplicações de injeções. Também nesse tipo de despesa é verificado crescimento significativo. As Cooperativas Médicas tiveram crescimento no período de 5,3 p.p., enquanto as Filantropias cresceram 15,0 p.p. e as Medicinas de Grupo, 9,7 p.p. Mais um indício de que a estratégia de verticalização das Operadoras tem como foco primordial a construção ou aquisição de hospitais e clínicas.

A discussão a respeito das despesas médico-hospitalares se encerra com a subconta Demais Despesas, que apresentou comportamento errático durante os anos sob análise, apresentando grandes variações de participação ano a ano, indicando a inexistência de uma estratégia deliberada de internalização de tais despesas para a Rede Própria de uma ou outra modalidade ou, caso exista, que tal estratégia não foi bem-sucedida.

Em que pese o contexto favorável à integração vertical e a consequente movimentação em direção a uma estrutura de governança hierárquica ao longo de período analisado, com destaque para a atuação nesse sentido das Cooperativas Médicas, as vantagens esperadas de tal estrutura se refletem apenas parcialmente nas contas das Operadoras de Planos de Saúde.

O comportamento mais emblemático é o das glosas de eventos de assistência médico-hospitalar: é razoável supor que, em uma estrutura hierárquica, o percentual de glosas sobre o total de despesas próprias fosse menor que aquele encontrado nas despesas de terceiros, dado

que nestas não se teria o controle hierárquico e a existência de oportunismo levaria a um maior monitoramento que, por sua vez, implicaria um percentual maior de glosas, se comparado com a rede própria.

Porém, em números gerais do setor, verificou-se que é a rede de terceiros a que possui o menor percentual de glosas. Dentre as modalidades, apenas as Autogestões e as Medicinas de Grupo apresentaram, em quatro dos cinco anos de análise, glosas mais representativas na Rede Credenciada. As Seguradoras Especializadas em Saúde que, por não terem Rede Própria, deveriam em tese ter o maior percentual de glosas, em verdade apresentaram até 2010 o menor de todas as modalidades, não chegando a 1,5% das Despesas com Assistência Médico-Hospitalar. Apenas em 2011 esse percentual dá um salto para 19,0%, em virtude de glosas registradas em Internações por uma grande Seguradora Especializada em Saúde. Além desse movimento pontual, foi possível perceber também um significativo aumento das glosas feitas pelas Seguradoras Especializadas em Saúde em 2011.

Ainda assim, não foi possível concluir que a Rede Própria reduz significativamente as glosas, a ponto de demonstrar que são fruto do comportamento oportunista dos prestadores de serviços. Pode sugerir tão somente ações pouco diligentes por parte de funcionários e prestadores de serviço em geral, seja por desconhecimento burocrático, seja por dar pouca importância a tais trâmites, que geram necessidade de controle daquilo que é faturado como serviço prestado.

A única exceção a essa conclusão é verificada nas glosas das Demais Despesas Médico-Hospitalares que, apesar de sua pouca representatividade no conjunto de Despesas Assistenciais, foi onde se constatou a maior diferença entre as glosas em Rede Própria e Rede Credenciada, em favor desta. Tal movimento ocorreu em todas as modalidades e consistentemente, de modo que, se existem glosas para as quais as explicações da Teoria dos Custos de Transação encontram aderência, certamente seriam as referentes às Demais Despesas Médico-Hospitalares.

Nem mesmo as entrevistas realizadas com as operadoras permitiram elucidar a questão das glosas. Em que pese o fato de haver depoimento do Gestor E (2013, p. 7) afirmando que, quando ocorrem, são erros administrativos de pouca expressão, ao analisar os números das operadoras entrevistadas não se percebem grandes diferenças entre o percentual de glosas em

rede própria e em rede credenciada. Uma explicação plausível é a questão do intercâmbio⁵⁷ entre Unimed, dada pelo Gestor C (2013, p. 20):

Normalmente, o que nós temos de glosa está ligado a questões de autorização. Às vezes, é um paciente de intercâmbio, por exemplo, de outra Unimed, que está aqui, e aí é um procedimento. Você vai, faz o procedimento e a operadora nos avisa: “a operadora de origem não autorizou”. Só que, às vezes, pressão da família, cliente Unimed, rede Unimed... Às vezes a gente tem esse problema e a gente faz.

Em prosseguimento à análise das características esperadas de uma estrutura hierárquica, foram analisadas as Despesas com Pessoal Próprio das Operadoras de Planos de Saúde. Ratificando os preceitos da Teoria dos Custos de Transação, verificou-se que as modalidades autorizadas a ter Rede Própria apresentaram uma participação de seus colaboradores próprios indiretos – não ligados à prestação de serviços médico-hospitalares – em muito superior às Seguradoras Especializadas em Saúde. Igual conclusão é verificada quando o comportamento das Seguradoras Especializadas em Saúde foi comparado com o conjunto das onze Operadoras de Planos de Saúde que apresentaram as maiores médias anuais de despesas em Rede Própria, denominadas Operadoras Seleccionadas.

No que se refere a gastos com Honorários Advocatícios, ainda que as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentem a segunda menor participação em relação às Despesas Totais, atrás somente das Autogestões, verificou-se que esse tipo de gasto vem crescendo durante o período. De modo contrário se comportaram as Operadoras Seleccionadas, que viram a participação dos Honorários Advocatícios diminuir ao longo do período, convergindo para a mesma participação das Seguradoras Especializadas em Saúde. Estas, por sua vez, apresentaram crescimento de tal participação no período, movimentos condizentes com as explicações oferecidas pela Teoria dos Custos de Transação, ou seja, quanto mais hierárquica for a estrutura, menores custos de transação e, por conseguinte, menores os valores pagos a título de Honorários Advocatícios oriundos de disputas judiciais.

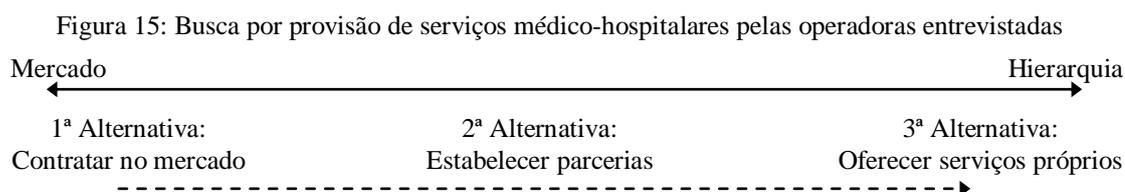
Quanto às Despesas Judiciais propriamente ditas, impressiona sua participação extremamente baixa nas demonstrações das Seguradoras Especializadas em Saúde, se comparadas com as demais modalidades. Inclusive, nas demais modalidades as Despesas Judiciais cresceram no período, e não diminuíram, como era de se esperar a partir da adoção de uma estrutura mais verticalizada.

Comportamento semelhante ocorreu também quanto às margens de lucro, indicando que os investimentos em Rede Própria realizados pelas Operadoras ainda não refletiram em um

⁵⁷ São atendimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed de origem, ou seja, da Unimed em que o cliente possui um contrato assinado.

aumento significativo de sua lucratividade, algo que pode ser atribuído ao fato de que tais investimentos foram relevantes no período analisado, e, em um primeiro momento, representa uma queda da lucratividade das Operadoras. Como tais investimentos têm como característica um tempo de retorno (*payback*) longo, como no caso de construção de hospitais e clínicas, a adoção de uma estrutura verticalizada somente impactará positivamente sua lucratividade anos depois de consumirem recursos.

A realização de entrevistas com os gestores de cinco das onze Operadoras Seleccionadas permitiu verificar que as imperfeições do mercado, ao não prover os serviços nas quantidades, qualidades e preços desejados, foram a principal motivação para a integração vertical naquelas operadoras. Dessa maneira, a integração vertical é vista pelas operadoras entrevistadas com uma alternativa posterior à busca pela contratação via mercado. Até mesmo estruturas de governança intermediárias são tentadas antes de decidirem se verticalizar, como a figura dos consultórios compartilhados, a alocação de médicos remunerados pela operadora dentro de hospitais de terceiros e até mesmo o investimento na reforma de tais hospitais.



Fonte: Elaboração Própria

Dentre as motivações para se verticalizar, constata-se que ter rede própria dá às operadoras um maior poder de barganha nas negociações, uma vez que a assimetria de informação é bastante reduzida. Têm as operadoras, a partir de então, conhecimento sobre a estrutura de custos de seus fornecedores. Com isso, conseguem atuar nas negociações de preço de maneira a reduzir sensivelmente as quase-rendas até então auferidas pelos prestadores de serviços e verificar com maior acuracidade a existência de algum comportamento oportunista que esteja gerando sobreutilização de insumos. Adicionalmente, surgem como motivações a ampliação da atuação dos médicos cooperados e aspectos mercadológicos, uma vez que a rede própria serviria para atração de mais clientes.

O efeito mais imediato da verticalização é a redução do comportamento oportunista, que antes fazia com que o preço ficasse em um patamar maior do que o “ideal”, em virtude da assimetria de informação. Verifica-se, também, a diminuição do risco moral no faturamento dos serviços à operadora. Sendo assim, fica nítido que as operadoras começam a obter os benefícios da verticalização em um curto prazo, e sobre toda a sua estrutura de custos, não apenas naqueles incorridos dentro da rede própria.

Foi verificado que a racionalidade limitada se faz presente nas decisões de se integrar e também depois da decisão tomada: premissas informacionais são adotadas após a decisão, como o fato de a preocupação com eventuais abusos diminuir por se imaginar que o controle hierárquico esteja sendo efetivo; e de que manter rede própria faz a operadora entregar um serviço com melhor relação custo-benefício para seu beneficiário.

Verificou-se também nas entrevistas que os gestores têm o ambiente no qual estão inseridos como complexo e extremamente incerto, exemplificando-o com depoimentos sobre falta de conhecimento de eventos futuros e sobre a incorporação tecnológica ao rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória – seja pela ANS, seja pelo Judiciário.

Como forma de atenuar a incerteza, as operadoras estão buscando oferecer internamente esses novos procedimentos. Ao internalizar essa atividade, as operadoras não apenas diminuem o custo de aquisição – uma vez que “comissões” não estarão embutidas no preço final – como também reduzem a quantidade de itens solicitados, dado que os solicitantes não serão remunerados por uma eventual sobreutilização. A decisão de manter rede própria permite ainda que flexibilidade operacional: internalizando a prestação dos serviços, ela pode ajustar oferta e demanda via controle hierárquico, e não pelo deficiente sistema de preços do setor.

Seguramente, o determinante previsto pela TCT para a integração vertical que mais aparece nos depoimentos dos gestores é o oportunismo. Estariam os prestadores de serviços manipulando as assimetrias de informação de modo a direcionar para si as quase-rendas. Com a manutenção de uma rede própria prestadora de serviços, as operadoras conseguem reduzir sobremaneira a assimetria de informação e, por conseguinte, interromper a apropriação de altas margens de lucro pelos prestadores de serviços. Além disso, existiria comportamento oportunista não somente quanto ao preço dos serviços como também em sua qualidade. Nesse sentido, é verificado em todas as entrevistas que a questão da qualidade superior oferecida pela rede própria é uma questão relevante na decisão de se integrar verticalmente.

O cerne do problema, todavia, seria o modelo remuneratório adotado pelo setor, o *fee-for-service*, que estimularia a ineficiência na medida em que remunera por evento realizado no paciente, e não com base na eficácia do tratamento dispensado. Na rede própria, em contrapartida, os entrevistados destacam o ambiente colaborativo como vantagem para resolver os problemas de coordenação e comunicação com a operadora, por meio do controle hierárquico desta última.

Em relação ao controle hierárquico, até a prática médica é passível de controle, monitoramento e ingerência na rede própria, fazendo com que possíveis comportamentos oportunistas sejam evitados na sua origem: a indicação de procedimentos por parte do profissional médico. A comercialização de planos com algum percentual de co-participação e o compartilhamento de riscos com a rede prestadora e/ou sua remuneração por pacote de eventos foram outras formas citadas de atenuar o comportamento oportunista trazido pelo risco moral por parte de beneficiários e prestadores de serviços.

Ao contrário do que se poderia imaginar em um primeiro momento, foi possível colher depoimentos afirmando que desejam mais regulação, e que apenas com a intervenção estatal se poderá migrar do atual panorama para um outro, centrado na atenção primária à saúde, que permitira ao setor alcançar a sustentabilidade econômica e ser mais eficaz na provisão de bem-estar a seus beneficiários.

A questão da falta de leitos para contratação trazida pelos entrevistados traz à tona a especificidade de ativos, classificadas como de localização e de ativo dedicado. Dificilmente um agente privado independente faria um investimento vultoso em ativo fixo para atender a demanda de um pequeno número de operadoras de planos de saúde. Caso optassem por realizar tal investimento, os sócios desse hospital estariam sujeitos ao problema do refém (*hold up risk*). Sendo assim, caso a operadora deseje ampliar sua carteira de clientes, é bem provável que, em algumas situações, se veja obrigada a construir sua própria rede.

Das entrevistas, foi possível perceber também que o objetivo das operadoras vai além da internalização das atividades de um hospital ou de um centro de imagens. Elas desejam internalizar o maior ativo específico do setor: a gestão da saúde de seus beneficiários, que geralmente fica sob responsabilidade de um médico da confiança do paciente. A partir da internalização, esse agente deixaria de ser o médico – que muitas vezes não realiza esse assessoramento de maneira contínua – para ficar a cargo das operadoras, cabendo a estas a função de coordenação dos componentes integrantes do processo atenção médica-hospitalar a seus beneficiários, como posto por Yepes (2004, p.48).

Nesse sentido, a filosofia de atenção primária em curso no SUS se consolida como paradigma e é cada vez mais frequente a provisão de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, além da busca pelo conhecimento do estado de saúde dos beneficiários.

As desvantagens listadas pelos entrevistados em se integrar verticalmente foram: (i) a prestação direta de serviços não seria a competência central das operadoras; (ii) o acréscimo

de custo fixo que a rede própria representa, tornando-se necessária uma gestão eficiente; e (iii) o risco que uma prestação de serviços inadequada traria para a imagem do plano de saúde. Nenhuma menção foi feita a problemas trazidos pelo controle hierárquico e à falta de dinâmica na avaliação da eficiência e dos custos de transação, como os citados pela literatura. Pelo contrário: a crítica mais refutada pelas entrevistas é a de que a integração vertical e o consequente controle hierárquico desestimulariam atividades inovadoras (GHOSHAL; MORAN, 1996, p. 36; YEPES, 2004, p. 49). Todos os entrevistados que possuíam hospital ou clínica ambulatorial foram categóricos ao mencionar a rede própria como o local que utilizam para testar atividades inovadoras, como a implementação de planos com enfoque na atenção primária e de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Em suma, o que se percebe no mercado de saúde suplementar é que sua regulação trouxe maior complexidade e incerteza para as Operadoras de Planos de Saúde, aumentou as ocasiões nas quais um comportamento oportunista pode acontecer, enquanto o maior ativo específico do setor⁵⁸, a relação prestador de serviço-beneficiário, estava fora dos limites da estrutura de governança adotada pela maioria das Operadoras de Planos de Saúde. Considerando a racionalidade limitada dos agentes, ocorreu no mercado de saúde suplementar uma conjunção de fatores que propiciavam a decisão de se adotar uma estrutura hierárquica, distanciando-se do mercado, como estratégia de redução de custos, custos esses classificados como de transação.

Os reflexos da decisão de se integrar estão em curso, com uma parcela relevante de Operadoras de Planos de Saúde optando por oferecer internamente serviços que contratavam no mercado, como comprovam os dados analisados na presente tese. As entrevistas com os gestores de cinco operadoras permitiram verificar a presença dos determinantes da integração vertical previstos na Teoria dos Custos de Transação e que as operadoras estão internalizando atividades de prestação de serviços e aquisição de insumos, além de desejarem internalizar a gestão da atenção médica dispensada a seus beneficiários, como forma de prover um serviço mais eficaz e sustentável economicamente. Apesar disso, as vantagens de custos apresentadas pela Teoria dos Custos de Transação ainda não puderam ser verificadas claramente quando da análise das entrevistas e das demonstrações financeiras das Operadoras, com apenas algumas evidências começando a se mostrar, como é o caso das Provisões para Contingências Cíveis, Despesas com Pessoal Próprio e Honorários Advocatícios.

⁵⁸ Especificidade de capital humano, segundo Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010, p. 869).

5.2. PESQUISAS FUTURAS

No que se refere à evidenciação dos preceitos da Teoria dos Custos de Transação, as conclusões gerais desta tese podem ser o ponto de partida para pesquisas futuras: considerando que as evidências do movimento de integração vertical somente foram passíveis de registro sistemático a partir de 2007, a análise dos dados econômico-financeiros das Operadoras de Planos de Saúde nos próximos anos permitirá fechar o ciclo proposto pela Teoria dos Custos de Transação, ou seja, quanto maior a complexidade e incerteza do setor, o oportunismo de seus agentes e a especificidade do ativo, dada a racionalidade limitada, maiores serão seus custos de transação e os incentivos para uma firma adotar uma estrutura hierárquica. Até esse ponto, a presente tese pretendeu evidenciar por meio das demonstrações financeiras das Operadoras de Planos de Saúde e das entrevistas realizadas. Restaria, portanto, encontrar mais evidências de que a decisão de se integrar está reduzindo os custos de transação das Operadoras que optaram por oferecer uma parte dos serviços médico-hospitalares por meio de Rede Própria.

No curto prazo, a evidenciação de redução dos custos de transação poderia ser buscada por meio da análise individualizada do comportamento de uma Operadora de Plano de Saúde que tenha investido em Rede Própria, comparando indicadores antes e após tais investimentos. Ainda que carente de generalização estatística, os resultados de tal estudo poderiam chegar à conclusão sobre a eficácia da Rede Própria para fins de redução de custos de transação, ainda que o comportamento de tal Operadora não tenha sido suficiente para influenciar os números do setor ou de sua modalidade. No longo prazo, a disponibilidade de mais anos para análise permitirá chegar a uma conclusão mais robusta sobre os resultados das verticalizações hoje em curso, principalmente no que se refere à lucratividade.

De igual modo, a lacuna de não ter entrevistado gestores de Medicinas de Grupo a respeito dos determinantes da integração vertical poderia ser coberta por uma futura pesquisa, objetivando confrontar seus resultados com a análise das entrevistas com gestores de Cooperativas Médicas feitas por esta tese.

Quanto a estudos que tenham o setor de Saúde Suplementar como escopo de análise, os dados aqui sintetizados poderão ser úteis ao se verificar a aderência de outras teorias e hipóteses quanto aos determinantes da integração vertical. Enquanto a presente tese buscou analisar o setor de Saúde Suplementar pelo lado da demanda por serviços médico-

hospitalares, pesquisas vindouras poderiam enfocar sua oferta, como os impactos de sua deficiência na provisão de tais serviços e na satisfação dos beneficiários.

Além disso, estudos de escopo mais reduzido poderão ser realizados, enfocando, por exemplo, a satisfação dos beneficiários antes e após a internalização de um serviço, as diferentes dinâmicas existentes entre as modalidades que compõem o setor, o comportamento de uma despesa em especial ao longo dos anos, ou ainda antes e depois de alguma normatização regulatória.

Os caminhos a serem trilhados se apresentam em grande número e, seguramente, contribuiriam para ampliar o debate no setor de saúde suplementar brasileiro, que ainda carece de uma arena na qual distintas visões acadêmicas acerca de um mesmo fenômeno pudessem ser confrontadas e aprimoradas.

REFERÊNCIAS

- ABRAMGE. **Histórico da Lei 9656/98**. Disponível em <http://www.abramge.com.br/InformacaoSetorialDetalhe.aspx?idInformacaoSetorial=14>. Acesso em 25/08/2013.
- ANDRADE, M. V. **Ensaio em Economia da Saúde**. Tese de Doutorado. Fundação Getúlio Vargas, jul. 2000.
- ARAÚJO JR., J. T. Fragmentação da produção e competitividade internacional: o caso brasileiro. **Revista Brasileira de Comércio Exterior**, ano XXVII, n. 115, p. 42-51
- BAHIA, L. **Padrões e mudanças nas relações público privado: planos e seguros saúde no Brasil**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, dez. 1999.
- BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90**. Washington, D.C.: Banco Mundial, 240 p., jan. 1995. Disponível em http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/05/25/000333038_20100525000723/Rendered/PDF/126550SR0Portuguese0Box96983B01PUBLIC1.pdf. Acesso em 24/08/2013.
- BANCO MUNDIAL. Regulation of health services. **Private participation in health services**. Washington, D.C.: Banco Mundial, p. 219-334, jan. 2003.
- Brasil. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.
- Brasil. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa 94**: Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Rio de Janeiro: ANS, mar. 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, mar. 2013.
- BUCHELI, M.; MAHONEY J. T.; VAALER, P.M. Chandler's Living History: The visible hand of vertical integration in nineteenth century america viewed under a twenty-first century transaction cost economics lens. **Journal of Management Studies**, p. 859-883, jul. 2010.
- CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9), p. 2167-2177, set. 2007.

CIARELLI, C. G. P. L. **A Heurística da Disponibilidade e a Influência da Mídia: Um Estudo Experimental**. Dissertação de Mestrado. Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

COASE, R. H. The Nature of the Firm: Influence. **Journal of Law, Economics, and Organizations**, vol. 4, p. 33-47, 1988.

COASE, R. H. The Nature of the Firm. **Economica**, New Series, vol. 4, n. 16, p. 386-405, nov. 1937.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. **OECD Health Working Papers no. 15**. Paris: OCDE, 2004.

CRESWELL, J. W. **Research Design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

DIEZ-VIAL, I. Explaining vertical integration strategies: market power, transactional attributes and capabilities. **Journal of Management Studies**, p.1017-1040, 2007.

DINIZ, D. M. F. **Estudo exploratório em algumas empresas de medicina de grupo na cidade de São Paulo: formas de atuação no mercado empresarial**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas – São Paulo, 1997.

FERREIRA, D. Q. G. **Privatização da CSN: Resistência e Adaptação do Sindicato dos Metalúrgicos sob a Perspectiva de Dependência de Recursos**. Dissertação de Mestrado. Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

FIANI, R. Teoria dos custos de transação. In: KUPFER, D.; RASENCLEVER, L. **Economia Industrial: Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil**, Ed. Campus, cap. 12, p. 267-286, 2008.

GAMA, A. M.; OCKÉ-REIS, C. O. ; SANTOS, I. S.; BAHIA, L. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde debate**, 26(60), p. 71-81, jan./abr. 2002.

GESTOR A. [Opinião sobre a verticalização na saúde suplementar brasileira]. 28 p. Entrevista concedida a Denilson Queiroz na sede da Unimed A em 11 de setembro de 2013.

GESTOR B. [Opinião sobre a verticalização na saúde suplementar brasileira]. 32 p. Entrevista concedida a Denilson Queiroz na sede da Unimed B em 16 de setembro de 2013.

GESTOR C. [Opinião sobre a verticalização na saúde suplementar brasileira]. 25p. Entrevista concedida a Denilson Queiroz na sede da Unimed C em 23 de setembro de 2013.

GESTOR D. [Opinião sobre a verticalização na saúde suplementar brasileira]. 30 p. Entrevista concedida a Denilson Queiroz na sede da Unimed D em 12 de setembro de 2013.

GESTOR E. [Opinião sobre a verticalização na saúde suplementar brasileira]. 27 p. Entrevista concedida a Denilson Queiroz na sede da Unimed E em 12 de setembro de 2013.

GIL, A. C.. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GHOSHAL, S.; MORAN, P. Bad for practice: a critique of the transaction cost theory. **Academy of Management Review**, vol. 21, n. 1, p. 13-47, 1996.

GULATI, R.; LAWRENCE, P. R. e PURANAM, P. Adaptation in vertical relationships beyond incentive conflict. **Strategic Management Journal**, n. 26, p. 415-440, 2005.

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. Variação dos Custos Médico-Hospitalares. Data-base: Dezembro de 2011, 3 p., ago. 2012. Disponível em <http://www.iess.org.br/html/VCMHIESSdbdez11.pdf>. Acesso em 25/08/2013.

JATENE, A. **Doenças do Brasil**. Entrevista concedida à revista Carta Capital, edição 510, p. 34-36, ago. 2008.

KLEIN, B. Fisher-General Motors and the Nature of the Firm. **Journal of Law and Economics**, vol. 43, n. 1, p. 105-141, abr. 2000.

KLEIN, B; CRAWFORD, R. G.; ALCHIAN, A. A. Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process. **Journal of Law and Economics**, vol. 21, n. 2, p. 297-326, 1978.

LANGLOIS, R. N.; ROBERTSON, P. L. Innovation, networks, and vertical integration. **Research Policy**, vol. 24, p. 543-562, jul. 1995.

LEIBLEIN, M. J.; MILLER, D. J. An empirical examination of transaction and firm-level influences on the vertical boundaries of the firm. **Strategic Management Journal**, n. 24, p. 839-859, 2003.

MAHONEY, J. T. (2005). **Economic Foundations of Strategy**. Thousand Oaks, CA: Sage.

MASSA, R. Glosas hospitalares, para o bem ou para o mal? **Portal Administradores.com**, 17 out. 2011. Disponível em <http://www.administradores.com.br/artigos/administracao-e-negocios/glosas-hospitalares-para-o-bem-ou-para-o-mal/59021/>. Acesso em 13/07/2013.

MASTEN, S. E. Empirical research in transaction-cost economics: Challenges, progress, directions. **Working paper**. The University of Michigan. School of Business Administration, 1994.

MASTEN, S. E.; MEEHAN, I. W.; SNYDER, E. A. Vertical integration in the U.S. auto industry: A note on the influence of transaction specific assets. **Journal of Economic Behavior and Organization**, vol. 12, p. 265-273, 1989.

MEDICI, A. C. A medicina de grupo no Brasil. **Série Desenvolvimento de Políticas Públicas**, n. 1. Brasília: OPAS, 1999

MESQUITA, M. A. F. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência

médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, v. 1, p. 66-132, 2002.

MONTEVERDE, K. M.; TEECE, D, J. Appropriable rents and quasi-vertical integration. **Journal of Law and Economics**, vol. 25, p. 321-328, 1982.

NORTH, D. **Structure and Change in Economic History**. New York: W.W. Norton & Company, 1981.

OCDE. **Building an institutional framework for Regulatory Impact Analysis (RIA): guidance for policy makers**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, versão 1.1, 2008a.

OCDE. **Fortalecendo a Governança para o Crescimento - Revisão interpares da OCDE sobre regulação no Brasil**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, mai. 2008b. Disponível em http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/casa_civil/publicacoes/ocde_portugues.pdf. Acesso em 15/07/2008.

OCDE. **OECD guiding principles for regulatory quality and performance**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, 2005.

OCDE. **Regulatory Impact Analysis (RIA) Inventory**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, abr. 2004a.

OCDE. **Regulatory performance: ex-post evaluation of regulatory tools and Institutions**. Working Party on Regulatory Management and Reform. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, out. 2004b.

OCKÉ-REIS, C. O. Challenges of the private health plans regulation in Brazil. **Texto para discussão nº 1013**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, mar. 2004.

OUCHI, W, G. A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. **Management Science**, vol. 25, p. 833-848, 1979.

PELLEGRINI, G. Glosas convênio x prestador. In: **Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde e 3ª Jornada de Gestão e Clínicas Médicas**, São Paulo. Anais eletrônicos. São Paulo; 2004.

RODRIGUES, Vanessa A.; PERROCA, Márcia G.; JERICÓ, Marli C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, n. 11 vol. 4, p. 210-214, out.-dez. 2004. Disponível em http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf. Acesso em 13/07/2013.

SALTMAN, R. e BUSSE, R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. 2002. In: BANCO MUNDIAL. Regulation of health services. **Private participation in health services**. Washington, D.C.: Banco Mundial, p. 219-334, jan. 2003.

SIMON, H. A. **Administrative Behavior**. New York: Macmillan, 1947.

SIMON, H. A. **Models of Men**. New York: Wiley, 1957.

SIMON, H. A. Rational decision making in business organizations. Estocolmo: **Nobel Memorial Lecture**, 1978. Disponível em: <http://www.nobel.se>. Acesso em: 10/08/2011.

SMITH, A. **A Riqueza das Nações**. Domínio Público. 1776.

STAKE, R. E. Case Studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Ed.) **Handbook of qualitative research**. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

STILES, R. A.; MICK, S.S.; WISE, C. G. The logic of transaction cost economics in the health care organization theory. **Health Care Management Review**, vol. 26, n. 2, p. 85-92, 2001.

SUTCLIFFE, K.M.; ZAHEER, A. Uncertainty in the transaction environment: An empirical test. **Strategic Management Journal** vol. 19, n. 1, p.1-23, 1998.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L. e VIANNA, M. L. T. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar.** – Rio de Janeiro: ANS, v. 1, p. 18-34, 2002.

THOMPSON, J. A. **Organizations in action**. New York: McGraw-Hill, 1967.

VIANNA, C. M. M. O impacto das ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – no Mercado Operador. In: Brasil. Ministério da Saúde. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar.** – Rio de Janeiro: ANS, v. 3, p. 333-357, 2002.

VIANNA, D.; MESQUITA, E. T. Economia da saúde: ferramenta para a tomada de decisão em Medicina. **Revista da SOCERJ**, vol. 16, n. 4, p. 258-261, out.-dez. 2003.

VIEIRA, M. M. F. e VILARINHO, P. F. O campo da saúde suplementar no Brasil. **Revista Ciências da Administração**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, v. 6, n. 11, p. 09-34, jan-jul. 2004.

WALKER, G.; WEBER, D. A transaction cost approach to make-buy decisions. **Administrative Science Quarterly**, vol. 29, p. 373-391, 1984.

WILLIAMSON, O. **Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications**. New York: Free Press, 1975.

WILLIAMSON, O. **The Economic Institutions of Capitalism**. New York: Free Press, 1985.

WILLIAMSON, O. Strategizing, economizing, and economic organization. **Strategic Management Journal**, vol. 12, p. 75-94, 1991.

WILLIAMSON, O. Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective. **Journal of Law, Economics and Organization**, vol. 15, n. 1, p. 306-342, abr. 1999.

WILLIAMSON, O. The Institutions of Governance. **American Economic Review**, vol. 88, n. 2, p. 75-79, maio 1998.

YEPES, R. A. C. Integración vertical entre empresas promotoras de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, p. 35-51, jul. 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ACEMOGLU, A.; JOHNSON, S.; MITTON, T. Determinants of vertical integration: finance, contracts, and regulation. **Working Paper 11424**. National Bureau of Economic Research, 43 p., jun. 2005.

AHGREN, B.; AXELSSON, R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. **International Journal of Integrated Care**, vol. 5, p. 1-9, ago. 2005.

ALMEIDA, E. e MULDER, N. Enhancing Brazil's regulatory framework for network industries: the case of electricity, oil and gas, and water and sanitation. **Economics Department Working Papers no. 425**. Paris: OCDE, 08 de abril de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Anuário ANS 2008** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2005** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2007** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2008** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, n. 1, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, v.1, 2002.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Perfil das Despesas no Brasil – Indicadores Seleccionados**. Rio de Janeiro: 2007.

BROWN, M. Mergers, networking, and vertical integration: managed care and investor-owned hospitals. **Health Care Management Review**, vol. 21, n. 1, p. 29-37, 1996.

BUDETTI, P. P.; SHORTELL, S. M.; WATERS, T. M.; ALEXANDER, J. A.; BURNS, L. R.; GILLIES, R. R.; ZUCERMAN, H. Physician and health system integration. **Health Affairs**, vol. 21, n. 1, p.203-210, jan./fev. 2002.

CAVE, D. G. Vertical Integration models to prepare health systems for capitation. **Health Care Management Review**, vol. 20, n. 1, p. 26-39, 1995.

CONRAD, D. A.; DOWLING. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. **Health Care Management Review**, vol. 14, n. 4, p. 9-22, 1990.

D'AVENI, R. A.; RAVENSCRAFT, D. J. Economies of integration versus bureaucracy costs: does vertical integration improve performance? **Academy of Management Journal**, vol.37, n. 5, p. 1167-1206, 1994.

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. Health-care systems: lessons from the reform experience. **Economics Department Working Papers no.374**. Paris: OCDE, dez. 2003.

DRECHSLER, D.; JÜTTING, J. Private health insurance for the poor in developing countries? **Policy Insights no. 11**. Paris: OCDE, 2005.

FEIJÓ, Carmem Aparecida; VALENTE, Elvio; Lima, Fernando Carlos G. de Cerqueira; ARAÚJO, Márcia Silva; DE CARVALHO, Paulo Gonzaga Mibielli. **Para entender a conjuntura econômica**. Barueri: Editora Manole, 2008.

FERNÁNDEZ-OLMOS, M; ROSELI-MARTÍNEZ; J.; ESPITIA-ESCUER, M. A. Vertical integration in the wine industry: a transaction costs analysis on th Rioja DOCa. **Agribusiness**, vol. 25, n. 2, p. 231-250, 2009.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 8, n. 2, p.521-535, 2003.

GAYNOR, M.; HAAS-WILSON, D. Change, consolidation, and competition in health care markets. **Working Paper 6701**. National Bureau of Economic Research, 49 p., ago.1998.

GORBANEFF, Y.; RESTREPO, A. Determinantes de la integración vertical en la cadena de distribución de combustible en Colombia. **Cuadernos de Administración de Bogotá**, vol.20, n. 33, p. 125-146, jan.-jun. 2007.

IBGE. **Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, set. 2008.

IPEADATA. **Índices Analíticos – Preço – IPCA Geral – Anual**. Disponível em www.ipeadata.gov.br. Acesso em 13/12/2013.

JACOBIDES, M. G.; WINTER, S. G. The co-evolution of capabilities and transaction costs: explaining the institutional structure of production. **Strategic Management Journal**, vol. 26, p. 395-413, 2005.

JANUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil**. 3 ed. Campinas: Editora Alínea, 2006

KVALOY, O. Asset specificity and vertical integration. **Scandinavian Journal of Economics**, n. 109, p.551-572, 2007.

LEIBLEIN, M. J. e MILLER, D. J. An empirical examination of transaction and firm-level influences on the vertical boundaries of the firm. **Strategic Management Journal**, n. 24, p. 839-859, 2003.

MEDICI, A. C.; MARQUES, R.M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, n. 19, p. 47-59, 1996.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Gastão Wagner de Sousa Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Junior; Yara Maria de Carvalho. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 259-293, 2006.

MILLER, R. H. Health system integration: a means to an end. **Health Affairs**, vol. 15, n. 2, p. 92-106, 1996.

OCDE. **Building an institutional framework for Regulatory Impact Analysis (RIA): guidance for policy makers**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, versão 1.1, 2008a.

OCDE. **Government capacity to assure high quality regulation in Brazil**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, 2008c.

OCDE. **OECD Reviews of Regulatory Reform: Brazil**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, p.11-15, 2008d.

OCDE. Private health insurance in OECD countries: compilation of national reports. **Insurance and private pensions compendium for emerging economies**, livro 1 parte 2:4. Paris: OCDE, 2001a.

OCDE. Proposal for a taxonomy of health insurance. **OECD Study on Private Health Insurance**. Paris: OCDE, 2001b.

OCDE. **Regulatory Impact Analysis: Best practices in OECD countries**. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Paris: OCDE, 1997.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração de planos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

- REGAN, L. Vertical Integration in the property-liability insurance industry: a transaction cost approach. **The Journal of Risk and Insurance**, vol. 64, n. 1, p. 41-62, 1997.
- ROBINSON, J. C.; CASALINO, L. P. Vertical integration and organizational networks in healthcare. **Health Affairs**, vol. 15, n. 1, p. 7-22, 1996.
- ROTHSCHILD, M. e STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. **Quarterly Journal of Economics**, p. 629-650, 1976.
- SALLAI, A. L. e SANT'ANNA, A. P. Alternativas de regulação do setor de saúde no Brasil. **Relatório de Pesquisa**. Universidade Federal Fluminense. Disponível em http://www.producao.uff.br/rpep/RelPesq_V5_2005_22.pdf. Acesso em 01/10/2007.
- SARULIENE, A.; VILKAS, M. Vertical integration or outsourcing? Systematization of factors determining the level of integration of supply chain. **Economics and Management**, vol. 15, p. 740-747, 2010.
- SIMONET, D. The strategies of vertical integration in the American pharmaceutical industry and the quest for market power. **Competition & Change**, vol. 11, n. 1, p. 19-38, mar. 2007.
- WALSTON, S. L.; KIMBERLY, J. R.; BURNS, L.R. Owned vertical integration and health care: promise and performance. **Health Care Management Review**, vol. 21, n. 1, p. 83-92, 1996.
- WILLIAMSON, O. Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. **Journal of Law and Economics**, vol. 22, n. 2, p.233-261, out. 1979.
- ZIMMERMAN, P. R. Strategic incentives under vertical integration: the case of wireline-affiliate wireless carriers and intermodal competition in the US. **Journal of Regulatory Economics**, vol. 34, p.282-298, 2008.