



PROCESSO Nº: 33910.011039/2017-03

NOTA TÉCNICA Nº 5/2017/ASSES-DIOPE/DIOPE

Sumário Executivo

Na terceira reunião da Comissão Permanente de Solvência, foi apresentada proposta de instituição de Programa Especial de Escala Adequada (PEA), pelo qual seria 1) viabilizada a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários de operadoras de pequeno e médio portes que avaliam não ter condições de atuar na saúde suplementar como ofertantes de planos de saúde; 2) viabilizada a saída do setor de operadoras de pequeno e médio porte que não tivessem condições de atuar conforme a legislação setorial e manter-se solventes e 3) favorecido o ganho de escala por operadoras que tenham estrutura para manter-se como operadoras de planos de saúde. Tendo em vista que o programa se volta, principalmente, a operadoras de pequeno porte, é importante analisar o papel dessas operadoras na saúde suplementar a fim de formulá-lo da melhor forma possível, ampliando impactos positivos e minimizando possíveis impactos negativos.

A análise das características da atuação das operadoras de pequeno porte feita nesta nota apresentou os seguintes resultados:

- A atuação dessas operadoras não se restringe a mercados do interior, mas em alguns desses mercados essas operadoras são as principais ofertantes de planos de saúde;
- Operadoras de pequeno e médio porte ofertam mais planos ambulatoriais e com abrangência local do que operadoras de grande porte. Diferenças no produto, bem como fatores associados à reputação da operadora, tornam as contraprestações dos produtos das operadoras de grande porte mais altas do que das demais;
- Em termos assistenciais, há uma parcela das operadoras que, considerando-se os indicadores analisados, não provêm acesso mesmo a procedimentos mais simples. Essa parcela é maior entre as operadoras de pequeno porte. Prover acesso a serviços de hemodiálise é uma dificuldade para todo o setor, mas especialmente para as operadoras de pequeno porte;
- Do ponto de vista econômico-financeiro, seria esperado que as operadoras de pequeno porte mantivessem mais capital a fim de contrabalançar as variações na sua sinistralidade. Mais de 20%, de fato, mantém capital em montante igual ou superior a 300% a exigência total de margem de solvência, mas parcela superior (mais de 45%) mantém capital em nível igual ou inferior à margem de solvência estabelecida.

Esses resultados mostram que o regulador não deve tratar as operadoras de pequeno porte como grupo homogêneo, mas estabelecer políticas que permitam àquelas que atuam conforme a regulação manter-se e ganhar escala, ao mesmo tempo que facilite a saída daquelas que não têm condições de continuar atuando na saúde suplementar. Estabelecer um programa de adesão voluntária, como é o caso da proposta do PEA é um meio de lidar com a heterogeneidade das operadoras de pequeno porte.

Nesse sentido, considerando-se a importância de algumas operadoras de pequeno porte em mercados locais, é imperioso que sejam estabelecidas políticas públicas que incentivem a continuidade da oferta nesses locais mesmo em face de regras econômico-financeiras mais rígidas. O PEA pode ser um meio para incentivar essa continuidade, mas não necessariamente as operadoras com melhor desempenho são aquelas que têm papel central em determinadas localidades. Ademais, como a adesão ao programa seria voluntária, não se pode garantir que as operadoras que se candidatem a participação sejam as que se buscaria atingir, seja para saída do setor, seja para aumento de escala. É importante, portanto, que, se o programa for implementado, seja continuamente acompanhado a fim de verificar se a implementação possibilitará atingir os fins para os quais foi formulado.

Prezado Senhor Diretor-Adjunto,

I. Introdução

Na nota nº 46/2015/GGAME/DIOPE, analisou-se a atuação e desempenho das operadoras médico-hospitalares em especial das operadoras de pequeno porte. O objetivo principal foi verificar o risco de insolvência dessas operadoras em comparação com operadoras de médio e grande porte e a adequação das regras de capital vigentes na saúde suplementar. Foram analisadas características das operadoras e de seus planos e questões econômico-financeiras e assistenciais, tendo-se concluído que operadoras de pequeno porte desempenham papel relevante em alguns mercados locais, tendem a ofertar planos com cobertura mais limitada que os ofertados por operadoras de médio e grande porte, além de disponibilizarem, proporcionalmente, mais produtos em contratação individual. Os dados assistenciais e os referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS – analisados, contudo, revelaram que há dificuldades na prestação de serviços hospitalares e de alto custo. Concluiu-se, ademais, que a operação em escala muito reduzida, abaixo de 10.000 beneficiários, somente seria possível se contrabalançada por intensa capitalização. Em face dessa conclusão, alternativas de políticas públicas voltadas a essas operadoras foram propostas.

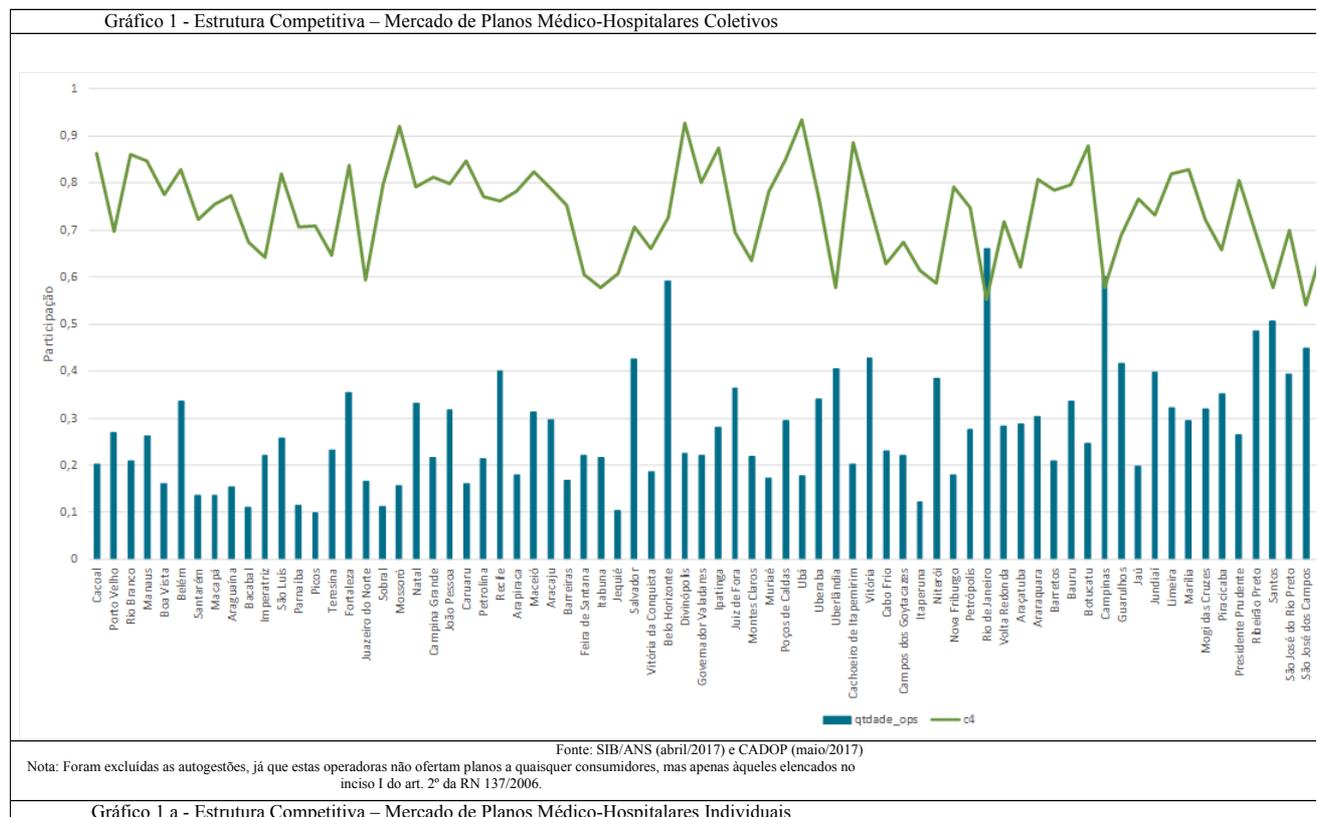
Na terceira reunião da Comissão Permanente de Solvência – CPS, tendo em consideração as conclusões da nota supracitada e o objetivo estabelecido para a CPS de reformulação das regras de capital do setor com o fim de torná-las adequadas às peculiaridades e aos riscos da atuação de cada operadora, apresentou-se proposta de Programa Especial de Escala Adequada, que objetiva viabilizar a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários de operadoras de pequeno e médio portes que avaliam não ter condições de atuar na saúde suplementar como ofertantes de planos de saúde, possibilitar a saída das operadoras de pequeno e médio porte que avaliam não ter condições de manter-se no setor antes que a situação econômico-financeira dessas operadoras se deteriore de tal forma que prejudique a assistência aos beneficiários e facilitar o aumento de escala das operadoras que tenham estrutura para manter-se como operadoras de planos de saúde. Desse modo, inicia-se o processo de adequação da oferta de planos de saúde e reduz-se possível impacto negativo que a revisão das regras de capital, cuja implementação está prevista para 2022, pode ter sobre a oferta no setor.

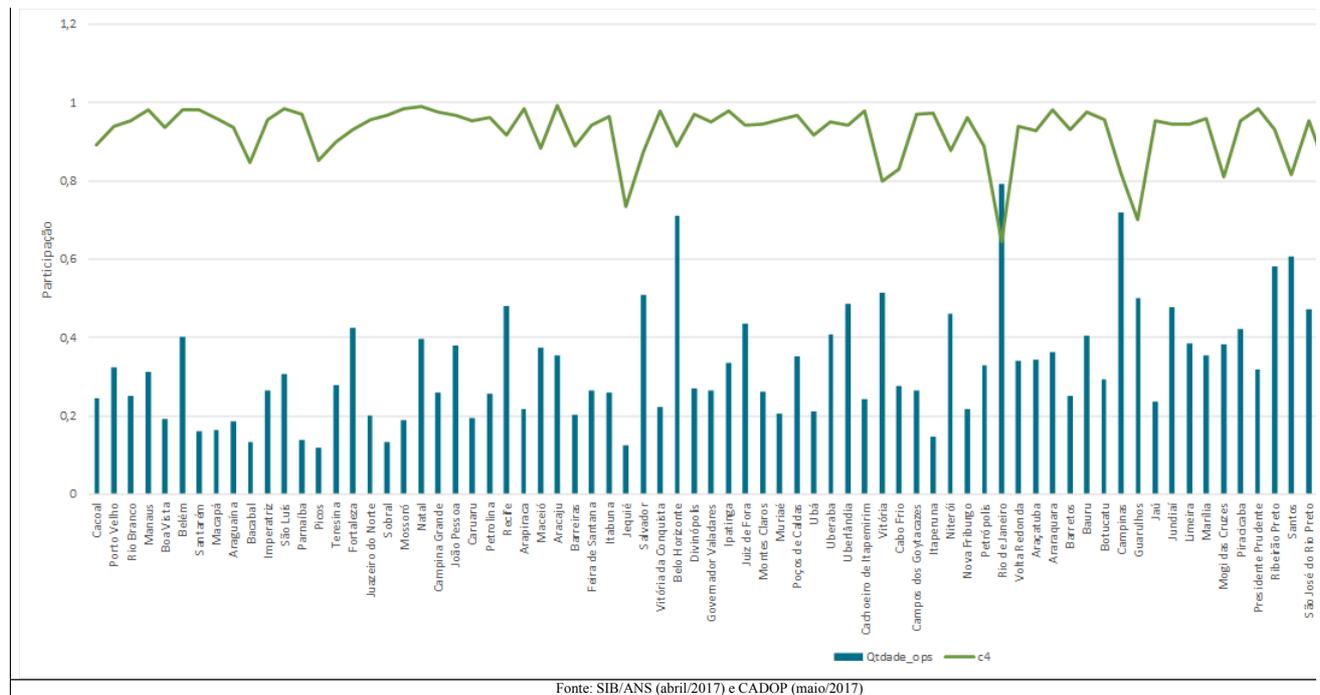
Tanto o problema que a proposta de programa visa sanar – a presença de agentes que não têm condições de manter-se solventes e ofertar produtos na saúde suplementar nas condições preconizadas pela regulação – quanto o seu impacto relacionam-se diretamente com a escala mínima viável para atuação na saúde suplementar e o papel de operadoras de pequeno e médio porte. Por essa razão, cabe revisar o estudo realizado em 2015 no que tange à capacidade das operadoras de pequeno porte de manter-se solvente e prestar assistência adequada aos seus beneficiários. Também é importante analisar as características de seus planos a fim de verificar quais grupos de beneficiários poderiam ser mais atingidos pela proposta.

Nesta nota, serão analisados dados atualizados referentes à prestação de serviços assistenciais e de ressarcimento ao SUS das operadoras de pequeno porte. Serão revistos indicadores apresentados na nota nº 46/2015/GGAME/DIOPE e analisados aspectos que visam a responder questionamentos surgidos nas discussões recentes sobre o assunto. Também serão apresentados indicadores econômico-financeiros que se relacionam com a capacidade de manter-se solvente no longo prazo. Na seção II, são apresentadas a localização das operadoras de pequeno porte, suas características e de seus produtos em comparação com os produtos comercializados por operadoras de médio e grande porte. Na seção III, são analisados dados relativos à prestação de serviços, englobando os dados assistenciais e os referentes ao ressarcimento ao SUS e, na seção IV, dados econômico-financeiros. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

II. Distribuição geográfica das operadoras conforme o porte e características de seus planos

Em junho de 2017, havia 810 operadoras médico-hospitalares ativas, incluindo 175 autogestões. Destas, 779 tinham beneficiários em maio de 2017, sendo que 457 (122 autogestões) tinham até 20.000 beneficiários (pequeno porte), 245 (30 autogestões), entre 20.000 e 100.000 beneficiários (médio porte), e 77 (oito autogestões), mais de 100.000 beneficiários. Tanto quando se consideram os mercados relevantes geográficos definidos, que são locais, como quando se considera o setor todo, a estrutura competitiva aproxima-se ou de oligopólios com franja competitiva, formada pelas operadoras de pequeno porte, ou de monopólios com franja competitiva, como mostram os gráficos 1 e 2, abaixo. Nos gráficos, as barras azuis representam a quantidade de operadoras, excluídas autogestões, em cada mercado relevante geográfico definido conforme Andrade (2015), e a linha verde, o índice de concentração C4, que se refere a soma das participações de mercado das quatro maiores operadoras em cada mercado. As participações foram aferidas de acordo com a quantidade de beneficiários.





Tendo em vista essa estrutura competitiva, surge o questionamento sobre o papel das operadoras de pequeno porte na saúde suplementar. De acordo com a literatura econômica, a franja competitiva pode diminuir o poder de mercado das empresas dominantes, em especial em monopólios. Na saúde suplementar, considerando-se a heterogeneidade dos produtos, essas firmas podem ainda atender a segmentos não atendidos pelas firmas oligopolistas. Nesta seção, analisaremos as características das operadoras de pequeno porte e de seus produtos em comparação às de médio e grande porte para verificar se há diferenças no perfil de atuação. [3]

Uma das principais hipóteses que se avança quando se trata da atuação das operadoras de pequeno porte é que estas se concentrariam em mercados menores, inexplorados pelas operadoras de grande porte. Sendo assim, não haveria interação competitiva entre as maiores operadoras do setor e as de pequeno porte e estas cumpririam, ademais, papel de prover acesso à saúde suplementar a beneficiários residentes em mercados pequenos. Os dados apresentados nos gráficos 1 e 1.a mostram, no entanto, que há enorme quantidade de operadoras em todos os mercados relevantes definidos por Andrade (2015), ou seja, operadoras de pequeno porte também estão nos mercados maiores e mais competitivos. Resta saber se, nos mercados do interior ou menores, a presença das operadoras de grande porte seria pouco significativa.

Os dados da estrutura competitiva dos 70 mercados definidos por Andrade (2015) cujos centroides são municípios localizados no interior mostram que, em muitos desses mercados, a operadora dominante é de pequeno ou médio porte. Nos mercados de planos individuais, há dez mercados relevantes geográficos nos quais a principal operadora é de pequeno porte e 39 dominados por operadoras de médio porte. Nos mercados de planos coletivos, há seis mercados relevantes geográficos dominados por operadoras de pequeno porte e 33 dominados por operadoras de médio porte, considerando-se os dados de beneficiários de abril de 2017. Ainda que não se possa inferir as razões pelas quais a atuação das operadoras de grande porte em muitos mercados é reduzida, os dados apontam para a veracidade da hipótese de que operadoras de pequeno e médio porte são as principais responsáveis pela oferta de planos em algumas localidades.

Mais interessante, ainda, é notar que das 55 operadoras de pequeno e médio porte que dominam algum mercado relevante (seja de planos individuais ou coletivos) no interior, apenas uma de pequeno porte não é cooperativa médica (filantropia) e, entre as de médio porte, 37 são cooperativas médicas, seis são medicina de grupo e duas são filantrópicas. É provável que as cooperativas médicas se destaquem no interior por congregarem a maior parte dos profissionais de saúde que atuam nesses mercados, o que torna seus planos mais atrativos. Nesse sentido, também é possível que a organização do sistema cooperativista contribua para a existência de diversas operadoras de pequeno porte no interior. Cada cooperativa tem atuação geográfica definida e não pode atuar na área determinada para atuação de outra cooperativa. Por um lado, isso permite que a direção da cooperativa esteja mais próxima de cooperados e beneficiários e conheça a dinâmica dos mercados locais. Por outro lado, pode [4]

limitar a escala de operação, problema reconhecido pelo Sistema Unimed, que tem discutido soluções.

No que concerne às demais modalidades, observa-se que a maior parte das filantrópicas e das medicina de grupo de pequeno e médio porte localizam-se no interior, como pode ser observado na tabela 1, abaixo. Como é cediço, a maior parte das filantrópicas é verticalizada e, em geral, a operação de seus hospitais próprios é mais relevante do que a de planos de saúde. O fato de a operação de planos de saúde ser acessória pode ser uma das razões pelas quais só há duas operadoras filantrópicas de grande porte. Medicina de grupo não têm características muito bem definidas. Há aquelas que são verticalizadas, as que se destacam como as maiores operadoras do setor e as que atuam com escala reduzida, tanto no interior quanto nas capitais.

Porte	Localização	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total					
Grande	Capital	20	56%	1	50%	19	73%	5	100%	45	65%
	Interior	16	44%	1	50%	7	27%	0%	0%	24	35%
Médio	Capital	11	9%	2	17%	36	44%	3	100%	52	24%
	Interior	108	91%	10	83%	45	56%	0%	0%	163	76%
Pequeno	Capital	11	8%	2	6%	54	34%	1	100%	68	20%
	Interior	132	92%	32	94%	103	66%	0%	0%	267	80%

Fonte: SIB/ANS (abr/2017) e CADOP (maio/2017)

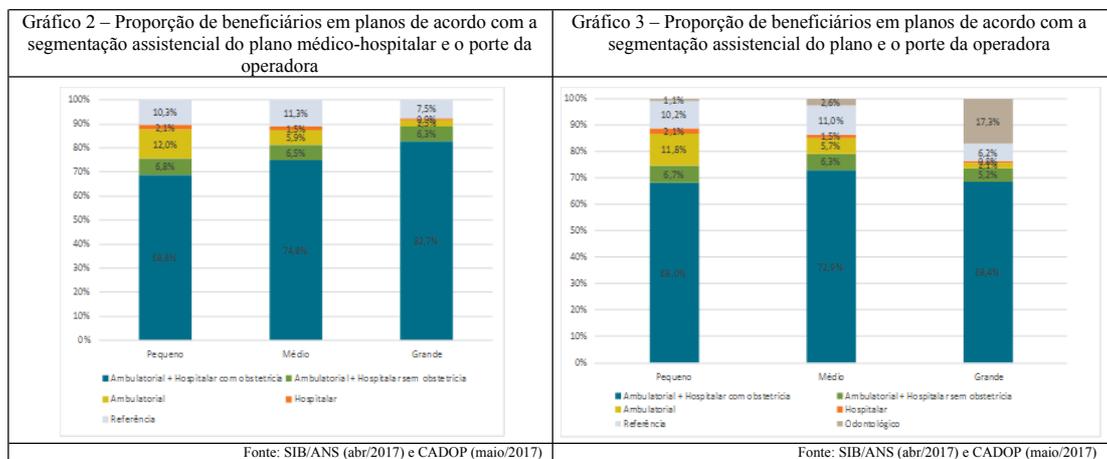
Assim, no que tange à localização geográfica, pode-se concluir que a maior parte das operadoras de pequeno porte, com exceção das autogestões, atuam predominantemente no interior e, em alguns casos, em mercados nos quais algumas se destacam como principais ofertantes de planos de saúde. Nesses casos, não são a franja competitiva dos mercados nos quais atuam, mas agentes oligopolistas ou mesmo monopolistas. Há ainda diversas operadoras de pequeno porte atuando em

capitais, concorrendo com ofertantes com maior escala.

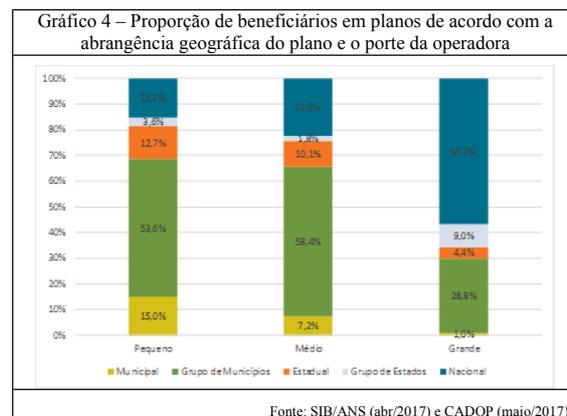
Outra hipótese comumente levantada sobre as operadoras de pequeno porte é de que ofertariam produtos com características diferentes das operadoras de médio e grande porte, possibilitando o acesso a planos de saúde por consumidores com maiores restrições orçamentárias. Como discutido na nota nº 46/2015/GGAME/DIOPE, há economias de escala na oferta de planos de saúde. Planos de saúde, contudo, são bens diferenciados e é possível ofertar produtos com maior limitação de cobertura (ambulatoriais, por exemplo), menor abrangência geográfica ou maior limitação no rede e no acesso a ela, o que tende a diminuir os custos e, por conseguinte, os preços. Para verificar se as operadoras de pequeno porte ofertam planos diferentes dos demais agentes do mercado, analisar-se-ão as características dos produtos aos quais há beneficiários vinculados, de acordo com o porte da operadora.

Em termos de cobertura assistencial, a maior parte dos produtos aos quais há beneficiários vinculados engloba assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica. Esse equilíbrio pode resultar de não haver oferta de produtos com cobertura mais limitada ou de não haver demanda por esse tipo de produto. Quando se consideram os portes das operadoras, seria esperado que as operadoras de pequeno e médio porte oferecessem produtos com cobertura mais limitada. Isso porque estão mais concentradas no interior, onde, em muitos municípios, não há prestadores de serviços hospitalares. Além disso, a oferta de planos exclusivamente ambulatoriais é um meio de diminuir o risco associado à cobertura de eventos raros, porém muito custosos. Considerando-se apenas os planos que incluem assistência médica, 12% dos beneficiários das operadoras de pequeno porte estão em planos ambulatoriais, como se pode observar no gráfico 2, abaixo. A proporção é quase cinco vezes maior que a de beneficiários de grande porte, mas ainda pode ser considerada pequena.

Outro aspecto de destaque está na maior oferta proporcional de planos referência entre as operadoras de pequeno e médio portes. Uma vez que estes produtos têm como padrão de acomodação a enfermaria, eles também poderiam ter menores custos quando comparados com um produto com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetria e acomodação individual. Considerando-se também os planos odontológicos comercializados por operadoras médico-hospitalares (Gráfico 3), chama atenção que esses produtos são bastante comercializados por operadoras de grande porte, mas não são relevantes na cesta de produtos das operadoras de pequeno porte.



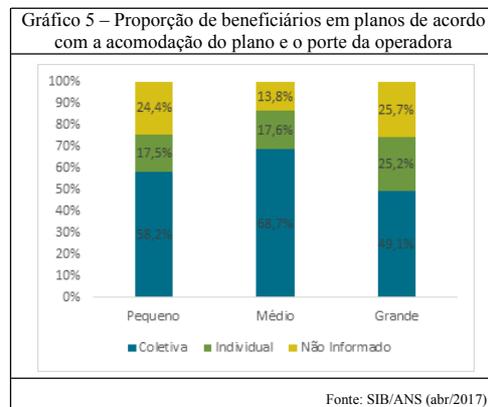
No que tange à abrangência geográfica dos planos, o perfil dos produtos nos quais há beneficiários é mais próxima da que seria esperada, como pode ser observado no gráfico 4, abaixo. É mais fácil administrar produtos que têm rede assistencial local. Operadoras de pequeno porte ofertam, principalmente, produtos que abrangem grupos de municípios ou municipais. Os produtos das operadoras de médio porte têm perfil semelhante, com um pouco mais de beneficiários em produtos nacionais. Além disso, sua oferta proporcional de produtos que abrangem grupos de municípios é maior do que a feita pelas operadoras de pequeno porte, em detrimento principalmente de planos apenas municipais. Já a maior parte dos beneficiários das operadoras de grande porte está em produtos nacionais.



As duas variáveis analisadas anteriormente – segmentação assistencial e abrangência geográfica – relacionam-se com o custo do produto, mas também com a capacidade de a operadora assumir riscos, já que produtos com segmentação assistencial mais abrangente implicam a cobertura de mais eventos raros, porém custosos, e de administrar a rede assistencial. É possível, assim, que tanto limitações operacionais quanto estratégia de focar em produtos menos custosos determinem a decisão das operadoras de pequeno e médio portes na oferta de produtos menos abrangentes em termos de cobertura assistencial e geográfica.

O tipo de acomodação de um produto – coletiva ou individual –, por sua vez, relaciona-se também ao custo, mas não se relaciona ao risco do produto ou à capacidade de administração da rede da operadora. É, assim, variável a ser analisada para investigar a hipótese de que operadoras de pequeno porte formatam produtos

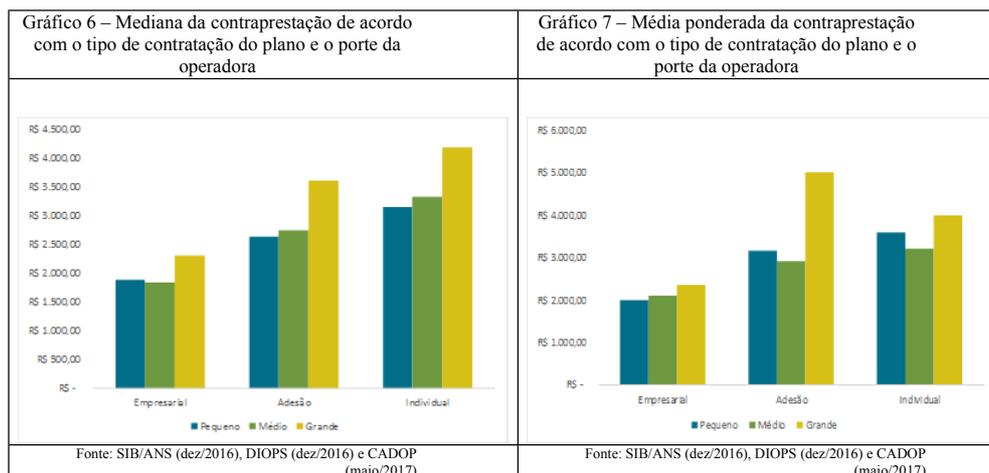
menos custosos com o fim de atender segmentos diferentes das operadoras de médio e grande porte. Infelizmente, este dado sofre com um elevado número de casos não informados adequadamente, comprometendo um pouco a análise. De todo modo, no gráfico 5, abaixo, observa-se que operadoras de pequeno e médio portes têm beneficiários em semelhantes proporções em planos de acomodação individual (17,5%), enquanto as de grande porte têm um quarto de seus beneficiários neste padrão de acomodação. Ou seja, este dado ratificaria a hipótese de que operadoras menores têm um portfólio de menor custo, com uma menor proporção de seus beneficiários em planos de acomodação individual, cujo preço é mais elevado. Parece lícito especular que o custo para oferta de planos em acomodação individual seja maior para operadoras de menor porte do que para as de grande porte, em decorrência da capacidade de barganha.



Independentemente da razão pela qual a configuração dos planos das operadoras de pequeno e médio porte difere da configuração dos planos das operadoras de grande porte, essa diferença deveria refletir-se nos preços. Na média, as contraprestações das operadoras de pequeno porte deveriam ser menores porque há um pouco mais de oferta de planos ambulatoriais. O mesmo resultado, talvez com maior impacto, adviria do perfil da abrangência geográfica dos planos, conforme o porte e do perfil de acomodação. Há, ainda que se lembrar que existem outras características de produto, como a qualidade, tamanho da rede assistencial e facilidade de acesso a procedimentos, e outras variáveis relacionadas às operadoras, como reputação, que influem nas contraprestações e não foram analisadas.

As medianas e as médias ponderadas das contraprestações conforme o tipo de contratação do plano e o porte da operadora são apresentados nos gráficos 6 e 7, abaixo. Planos individuais tendem a ter contraprestações mais altas que planos coletivos. As despesas administrativas e comerciais relacionadas aos planos individuais tendem a ser mais altas. Além disso, o problema da seleção adversa é maior neste tipo de plano. Enquanto a posse de um plano coletivo empresarial associa-se, sobretudo, à disponibilização pela empresa empregadora desse benefício para seus colaboradores e a posse de um plano coletivo por adesão depende da vinculação à entidade que possa contratá-lo, planos individuais podem ser contratados por qualquer indivíduo. Os mais propensos a contratá-los são aqueles que pretendem utilizar mais as coberturas contratadas, como idosos, mulheres em idade fértil, crianças e indivíduos portadores de doenças crônicas em pior estado de saúde em geral.

Nos gráficos 6 e 7, nos quais se apresenta as medianas e as médias ponderadas por beneficiário das contraprestações de acordo com o tipo de contratação do plano e o porte da operadora, observa-se que as contraprestações dos planos individuais são consideravelmente maiores que as dos planos coletivos empresariais. As contraprestações dos planos coletivos por adesão, quando considerada a mediana, apresentam valores intermediários para operadoras de todos os portes, mas, quando se considera a média ponderada, as contraprestações dos planos coletivos por adesão das operadoras de grande porte são significativamente maiores que as dos planos nas demais formas de contratação.

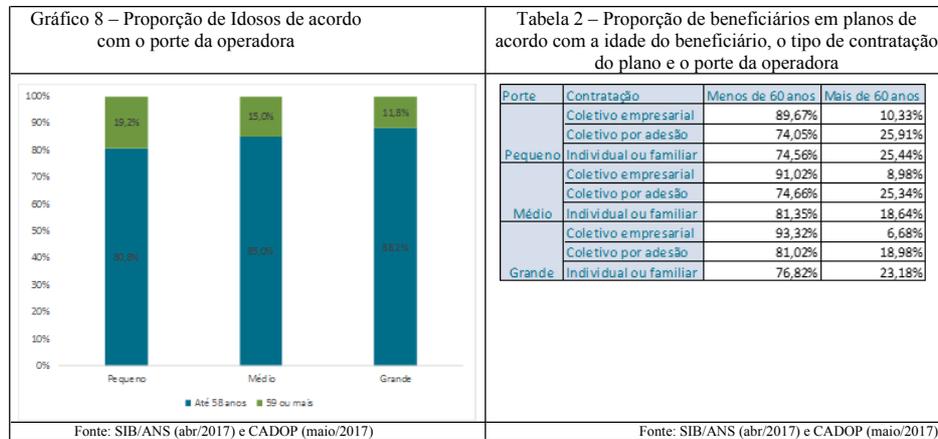


Analisando-se o porte, observa-se que as contraprestações dos planos das operadoras de pequeno e médio porte apresentam valores bastante próximos, mas distanciam-se das contraprestações das operadoras de grande porte. Das variáveis analisadas anteriormente, a que apresentou maior discrepância entre os portes é a proporção de beneficiários em planos conforme a abrangência geográfica (gráfico 3). Como visto, as operadoras de grande porte têm muito mais beneficiários em planos com cobertura nacional. Esta pode ser uma das variáveis a influenciar os valores das contraprestações, mas é importante considerar, novamente, que diversas variáveis que influenciam os preços não foram analisadas, como a presença de mecanismos de regulação nos planos e o poder de mercado das operadoras.

Por fim, cabe destacar duas características das carteiras das operadoras que podem tanto influenciar o desempenho quanto as contraprestações dos produtos. As operadoras de pequeno porte têm, proporcionalmente, mais beneficiários em planos individuais do que as de médio e grande porte, como pode ser observado na Tabela

2, abaixo. É notório que muitas operadoras de grande porte interromperam a comercialização de planos individuais, o que explicaria os resultados apresentados nessa Tabela. As carteiras de planos individuais de muitas operadoras de grande porte, além de serem relativamente menores, estão em fase de desmobilização, o que poderia tornar essas carteiras mais envelhecidas.

Mesmo a carteira de planos individuais das operadoras de grande porte, no entanto, é menos envelhecida que das demais, como pode ser observado na Gráfico 8, abaixo. Nos planos coletivos por adesão de operadoras de pequeno e médio porte, a proporção de idosos é muito semelhante à dos planos individuais, ao passo que, nos planos coletivos por adesão das operadoras de grande porte, a proporção de idosos é menor. Como mencionado anteriormente, há maior probabilidade de ocorrência de seleção adversa em planos individuais. Além disso, beneficiários mais idosos tendem a utilizar mais serviços cobertos.



Considerando-se a análise da localização das operadoras, pode-se concluir que, em algumas localidades, as operadoras de pequeno e médio porte são responsáveis pela maior parte da oferta de planos de saúde. No que tange à segmentação assistencial dos produtos, a diferenciação em relação aos produtos de operadoras de grande porte é menor do que seria esperado, mas, em relação à abrangência geográfica, há, de fato, relação inversa entre o tamanho da operadora e amplitude da cobertura. Há mais beneficiários em planos individuais em operadoras de pequeno porte e a carteira dessas operadoras é mais envelhecida. Em outras palavras, as operadoras menores estão mais sujeitas ao risco ruim em termos de seleção adversa, seja por aspectos demográficos da carteira, seja pelo tipo de contratação do produto.

III. Prestação de serviços

A Lei 9.656/1998 estabelece os parâmetros para a cobertura mínima a ser provida pelos planos de saúde. Já no inciso I do art. 1º da citada Lei, ao definir plano de saúde, estabelece-se que é a 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. A ausência de limite financeiro transparece em outros artigos que estabelecem, por exemplo, a cobertura de consultas médicas em número ilimitado (alínea a do inciso I do art. 12 da Lei 9.656/1998) em planos com cobertura ambulatorial e a vedação de limite de prazos, valor máximo ou quantidade de internações hospitalares (alínea a do inciso II do art. 12 da Lei 9.656/1998) quando o plano incluir cobertura hospitalar. Além disso, a Lei 9.656/1998 estabelece que devem ser cobertos, considerada a segmentação assistencial do plano, procedimentos referentes a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS. A fim de regulamentar quais os procedimentos de cobertura obrigatória, a ANS edita, a cada dois anos, rol de procedimentos e eventos em saúde, do qual consta todos os procedimentos de cobertura obrigatória.

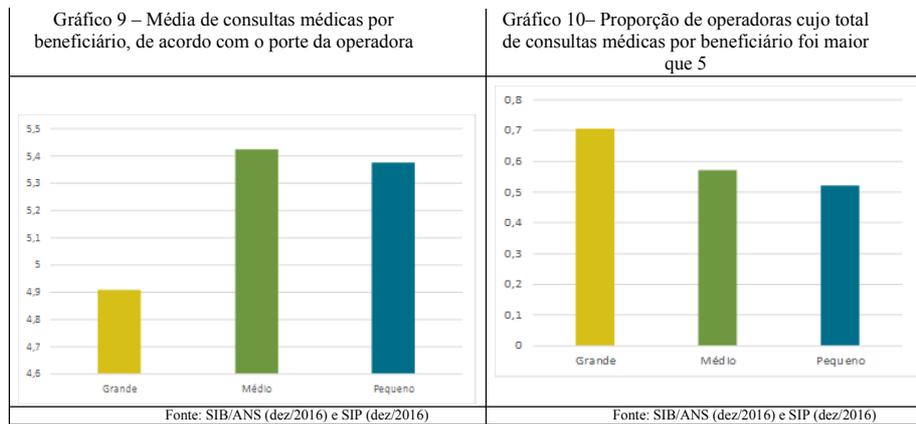
O estabelecimento de cobertura mínima a ser provida pelos planos de saúde foi uma das principais mudanças no setor advindas de sua regulamentação. Tornou-se mais claro para o consumidor quais as doenças cobertas e quais os procedimentos que podem ser realizados mediante cobertura do plano contratado. Para as operadoras, no entanto, as normas estabelecidas impuseram restrições à formatação do produto, impossibilitando coberturas mais reduzidas, e aumentaram o risco de subscrição. Enquanto a regulação assistencial do setor estabeleceu mudanças que impactaram imediatamente a atuação das operadoras de planos de saúde, na implementação da regulação prudencial, optou-se por estabelecer parâmetros escalonados ao longo do tempo, com aumento gradual das exigências a serem cumpridas pelas operadoras.

A implementação paulatina das regras prudenciais assegurou tempo para que operadoras se capitalizassem, amenizando o impacto concorrencial da regulação do setor. Por outro lado, tornou possível a permanência por mais longo prazo de operadoras que não tinham condições de assumir todos os riscos estabelecidos pela regulação, o que pode se refletir no provimento dos serviços contratados. Tendo em vista que não é permitido impor restrições ao número de consultas médicas, por exemplo, diferenças nas médias de consulta por beneficiário por porte de operadora indicam, tudo o mais constante, restrições no acesso a esse procedimento.

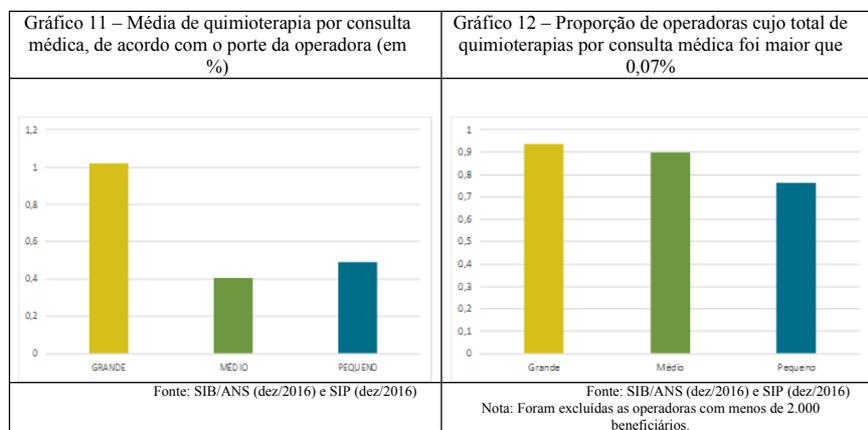
No Índice de Desempenho de Saúde Suplementar – IDSS, um dos indicadores utilizados para avaliar a dimensão assistencial é o número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário. A realização de poucas consultas por beneficiários poderia indicar restrições de acesso aos serviços de atenção básica. Para o IDSS referente a 2016 (divulgado em 2017), definiu-se como meta que a operadora realizasse, em média, pelo menos, 4 consultas ambulatoriais por beneficiário.

Nos gráficos 9 e 10, abaixo, é apresentada a média de consultas médicas por beneficiário, de acordo com o porte da operadora. Como foram consideradas todas as consultas médicas, inclusive as realizadas em pronto-socorro, ajustou-se o indicador utilizado no IDSS. A proporção de consultas ambulatoriais em relação ao total é de aproximadamente 80%, assim, tendo em vista que foram consideradas todas as consultas, o parâmetro utilizado foi 5 consultas por beneficiário.

O gráfico 9 mostra que a média de consultas por beneficiários é maior nas operadoras de pequeno e médio porte do que nas de grande porte. A média das operadoras de grande porte é ligeiramente inferior ao parâmetro estabelecido. Contudo, quando se analisa a proporção de operadoras cuja média de consultas médicas por beneficiário foi superior a cinco (gráfico 10), verifica-se que 70% das operadoras de grande porte atingem a meta estabelecida, ao passo que, entre as operadoras de pequeno porte, pouco mais de 50% atingem o parâmetro estabelecido. Há, assim, grande variabilidade no acesso a consultas de operadoras de um mesmo porte, sendo maior essa variação entre as operadoras de pequeno porte. Enquanto algumas apresentam média que excede muito o parâmetro estabelecido, quase 50% não o atinge.



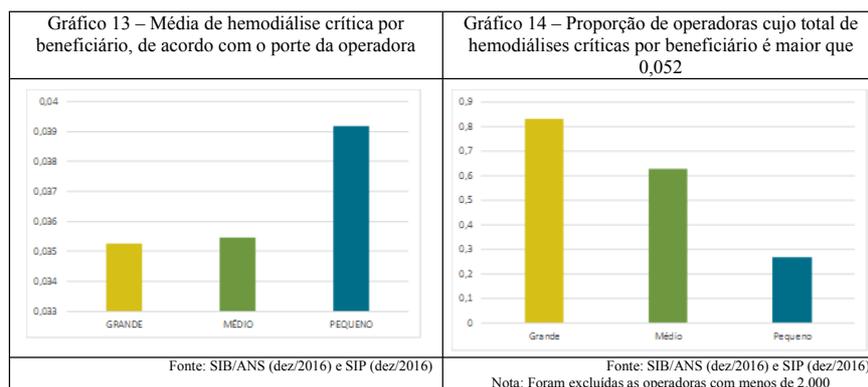
Quimioterapia é um procedimento também ambulatorial, mas mais custoso. No IDSS, é avaliado o índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica. A meta para o índice é atingir resultado igual ou superior a 0,07%. Operadoras com menos de 2.000 beneficiários fora de carência para terapias no período considerado não são avaliadas. Calculou-se indicador semelhante, utilizando-se a quantidade total de quimioterapias e a quantidade de consultas médicas realizadas em 2016. Nos gráficos 11 e 12, abaixo, são apresentados os resultados da média do indicador por porte de operadora e a proporção de operadoras, de acordo com o porte, que cumpriram a meta.



A média do indicador para os três portes é muito superior à meta estabelecida no IDSS para o índice e mesmo superior ao estabelecido pelo Ministério da Saúde como parâmetro máximo, por meio da Portaria/GM nº 1101/2002, que estabelece a necessidade de sessões de quimioterapia para o tratamento de câncer entre 0,07% e 0,27% do total das consultas médicas. O resultado das operadoras de grande porte é superior a 1. Apesar da média muito alta em todos os portes, há operadoras, em todos os portes que não atingiriam a meta estabelecida para o IDSS. A proporção é maior entre as operadoras de pequeno porte (24%).

Hemodiálise também é um procedimento ambulatorial, mas que, além de custoso, é realizado em equipamento específico, que não está disponível em todos os municípios. Desse modo, problemas no acesso a esse procedimento por beneficiários de planos de saúde pode indicar dificuldades da operadora de custear esse tratamento ou a comercialização de planos em áreas em que a disponibilidade de equipamentos para hemodiálise é menor.

No IDSS, é avaliado o número de sessões de hemodiálise crônica pelo número de beneficiários fora do período de carência para terapias. A meta estabelecida é de que sejam realizadas 0,013 sessões por beneficiário, por trimestre. A meta anual, seria, portanto, 0,052. Como se pode verificar no gráfico 13, abaixo, utilizando os dados de hemodiálise crítica por beneficiário, verifica-se que a média de nenhum dos portes é superior à meta estabelecida no IDSS. Contudo, quando se verifica a proporção de operadoras que atingiram a meta estabelecida, de acordo com o porte, nota-se que 83% das operadoras de grande porte atingiram a meta, ao passo que apenas 27% das operadoras de pequeno porte a atingiram (gráfico 14, abaixo). Embora os indicadores variem entre operadoras de um mesmo porte, como no caso anterior, aqui a variabilidade é menor.



beneficiários.

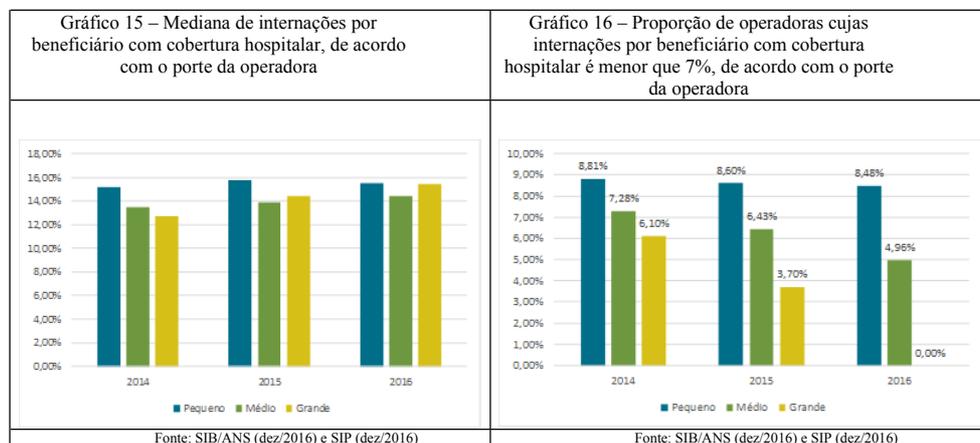
Quando se considera a localização da sede da operadora, não se verificam diferenças significativas nos resultados das operadoras de grande porte (81% das operadoras em capitais e 84% das operadoras no interior atingem a meta estabelecida). Já os resultados das operadoras de médio porte são melhores para as localizadas no interior (68%) do que na capital (50%). O inverso acontece com os resultados das operadoras de pequeno porte, o desempenho é melhor nas capitais (33% atingem a meta) do que no interior (24%). Os dados não permitem estabelecer relação entre a localização da operadora e o provimento de acesso à hemodiálise crítica.

Foi também analisado indicador relacionado a internações. Foram consideradas todas as internações, exceto as psiquiátricas, que foram divididas pelo total de beneficiários que têm cobertura hospitalar. No IDSS, há indicador similar, calculado pela divisão do número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência pelo total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento. Na portaria/GM nº 1.101/2002, do Ministério da Saúde, estima-se que de 7% a 9% da população apresentam necessidade de internações hospitalares durante um ano.

Em que pese o indicador apresentado no gráfico 15, abaixo, abranger internações que não tenham sido realizadas em hospitais, a maior parte das internações acontece nesse tipo de estabelecimento. Assim, o fato de a mediana do indicador, para todos os anos e todos os portes, ser significativamente superior à estimativa do Ministério aponta para o fato de que a maior parte das operadoras provêm acesso adequado a internações. A princípio, há maior quantidade de internações na saúde suplementar do que seria esperado.

Considerando os portes de operadoras, as internações são mais prevalentes entre as operadoras de pequeno porte. Paralelamente, utilizando-se o parâmetro de 7% da população a ser internada em um ano, observa-se que pouco mais de 8% das operadoras de pequeno porte não alcançam esse parâmetro, ao passo que a proporção de operadoras de médio porte que não alcançam o parâmetro varia de 7,28% em 2014 a 4,96% em 2016 e, entre as operadoras de grande porte, a proporção varia de 6,10% a 0 no mesmo período, como pode ser observado no gráfico 16, abaixo.

O resultado, em termos de desempenho assistencial, é similar ao dos indicadores relacionado a consultas médicas e hemodiálise. O desempenho médio ou, neste caso, mediano, das operadoras de pequeno porte é superior ao das operadoras enquadradas nos demais portes, mas a proporção de operadoras que não atingem o parâmetro determinado é maior entre as operadoras de pequeno porte.

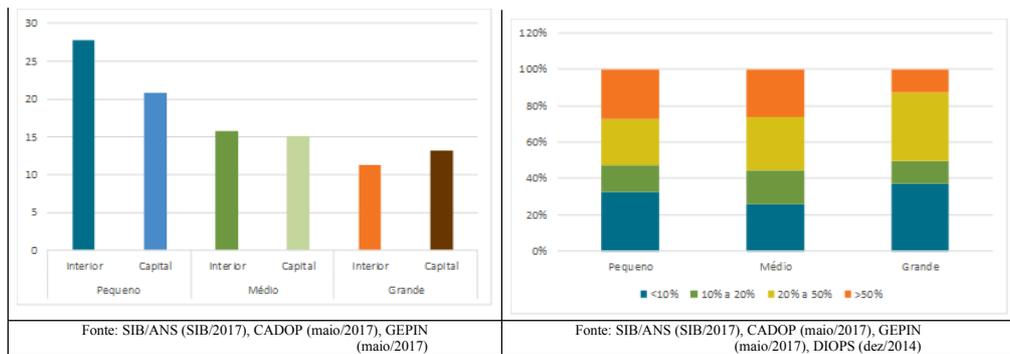


Considerando-se os quatro índices analisados, observa-se que a maior parte das operadoras conseguem garantir acesso de seus beneficiários a consulta e lhes possibilitar a realização de quimioterapia e de internações, quando necessário. No caso da hemodiálise, procedimento que requer equipamento específico para sua realização, muitas operadoras de pequeno porte não provêm o acesso de seus beneficiários. Esse fato não está relacionado com a localização da operadora (se no interior ou na capital). É possível que se relacione com o custo do tratamento, que é contínuo e de alto valor.

Duas conclusões podem ser inferidas desses indicadores. A primeira é de que operadoras de pequeno e médio porte não formam conjunto uniforme quando se considera a prestação de serviços assistenciais. Há operadoras que, a princípio, não garantem nem mesmo a assistência básica, mas há aquelas que provêm mesmo os serviços mais custosos. A segunda conclusão é de que os principais problemas na assistência referem-se a procedimentos mais custosos ou que exigem investimentos específicos.

A segunda conclusão é corroborada pelos dados de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. A partir de maio de 2015, a ANS iniciou a identificação e a cobrança de ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais realizados com financiamento do SUS e registrados por meio de autorizações de procedimentos de alta complexidade (APACs). Hemodiálise é um dos procedimentos que compõem as APACs. Considerando-se os casos ocorridos em 2014 e identificados, observa-se que a média por beneficiário dos valores notificados junto a operadoras de pequeno porte é mais que o dobro do que a média dos valores notificados por beneficiário das operadoras de grande porte. O gráfico 17, abaixo, mostra a média dos valores médios por beneficiários notificados de APAC, conforme o porte e a localização da operadora. Nota-se, também, que a utilização no interior por beneficiários de operadoras de pequeno porte da rede do SUS foi maior que nas capitais em 2014. Como não há série temporal de notificação para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, não é possível saber se a utilização da rede do SUS para a realização desses procedimentos é maior no interior do que nas capitais.

Gráfico 17 – Média por operadora da média do valor notificado de APACs por beneficiário, conforme o porte da operadora (2014)	Gráfico 18 – Proporção de operadoras cujo valor identificado de APAC equivale a determinada faixa de despesa com terapias (2014)

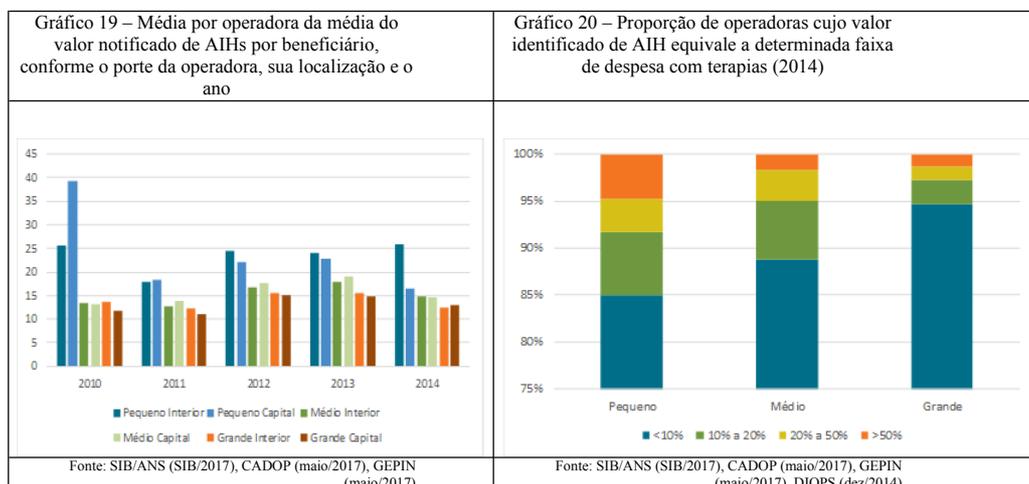


Quando se compara os valores identificados referentes a APACs em 2014 com o valor total de hemodiálises custeado por operadoras em sua rede assistencial, verifica-se que os resultados apresentados nos gráficos 13 e 14 refletem-se nas despesas assistenciais das operadoras. Considerando-se os valores apresentados em quadro auxiliar do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), no qual são discriminadas as despesas assistenciais por tipo de evento, nota-se que a proporção de operadoras cujo valor identificado de montante a ressarcir referente a APACs equivale a menos de 10% do montante despendido com terapias em sua rede assistencial é relativamente pequeno em todos os portes, como pode ser visto no gráfico 18, acima. No outro extremo, a proporção de operadoras cujo valor identificado de APACs em 2014 é superior a 50% do total de gastos com terapias é alto. Mais de 25% de operadoras de pequeno e médio porte estão nesta faixa, ao passo que 12% das operadoras de grande porte.

Pode-se concluir que uma parte considerável dos beneficiários que necessitam de hemodiálise recorre ao SUS. Tendo em vista a proporção de operadoras que cumprem a meta do IDSS, considerando-se os dados analisados nesta nota, o problema é mais comum em operadoras de pequeno porte, entre as quais mais de 75% não cumprem a meta estabelecida. Quando se considera os valores a ressarcir identificados, corrobora-se a percepção de que as operadoras de planos de saúde têm dificuldades em prover acesso a procedimentos ambulatoriais de alto custo, mas também se nota que as dificuldades são mais comuns entre operadoras de pequeno e médio porte.

A série temporal dos valores médios notificados de aviso de internação de beneficiário (AIH) mostra que a média dos valores notificados de AIHs por beneficiário das operadoras de pequeno porte é maior que das operadoras de médio e grande porte em todos os anos analisados (gráfico 19, abaixo). Não se identifica padrão, contudo, relacionado à localização da operadora. Em que pese a existência de inúmeras razões para que um beneficiário da saúde suplementar utilize o sistema público de saúde, uma das hipóteses que parece mais provável é ser a rede da saúde pública mais acessível ou de melhor de qualidade.

Diferentemente dos procedimentos ambulatoriais de alto custo, não há, a princípio, dificuldade sistemática de prover acesso a internações. Entre as operadoras de grande porte, para mais de 95% o valor a ressarcir por internações no SUS em 2014 foi menor que 10% do total despendido em internações na rede assistencial (gráfico 20, abaixo). Entre as de médio porte, para 89%, o valor a ressarcir por internações no SUS foi menor que 10% do total despendido em internações na rede assistencial e, entre as de pequeno porte, 85% apresentaram valores a ressarcir por internações no SUS equivalentes a menos de 10% das despesas com internações. No outro extremo, 5% das operadoras de pequeno porte apresentaram valores a ressarcir referentes a internações superiores a 50% do total despendido em sua rede assistencial no mesmo período (2014). Entre as operadoras de médio porte, a proporção é de 2% e, entre as de grande porte, 1%.

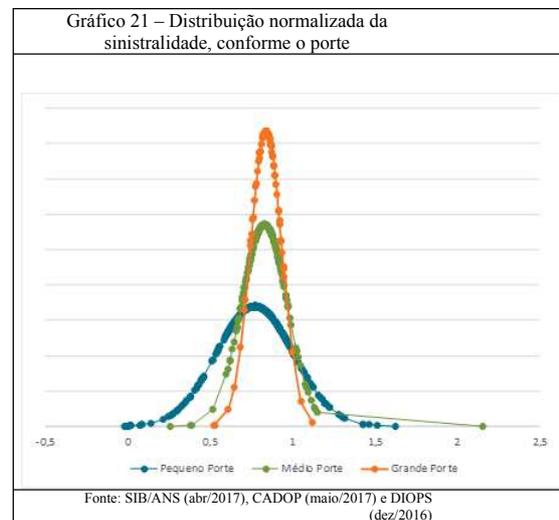


Os dados apresentados nesta seção indicam que a maior parte das operadoras garante acesso de seus beneficiários à cobertura contratada. A principal dificuldade revela-se no provimento de hemodiálise. Nesse caso, embora a média de hemodiálises por beneficiário seja alta para as operadoras de pequeno porte, apenas 27% destas apresentaram indicador maior que o parâmetro estabelecido. Considerando-se que as diferenças de provimento entre operadoras localizadas em capitais e no interior são pequenas, é provável que a principal dificuldade esteja relacionada ao custo do tratamento e ao fato de ser contínuo.

Um grupo de operadoras, pequeno em relação ao total de operadoras, mas maior entre as operadoras de pequeno porte, tem dificuldades de prover acesso à cobertura contratada mesmo para os procedimentos mais simples, considerando os indicadores apresentados. É provável que os beneficiários dessas operadoras recorram mais ao sistema público de saúde, mesmo para casos de internação. Nesse sentido, há que se destacar o grupo de operadoras cujo valor identificado de internações no SUS equivale a mais de 50% o valor despendido com internações na rede assistencial da operadora. Nesses casos, ainda que indicadores-financeiros não apontem para risco de descontinuidade da operadora, é possível que sua permanência ao longo do tempo, mantendo a assistência como o estabelecido pela Legislação, esteja em risco.

IV. Desempenho econômico-financeiro

Como mencionado anteriormente, a sinistralidade das operadoras de pequeno e médio porte varia mais do que as de grande porte. O gráfico 21, abaixo, mostra a distribuição normalizada da sinistralidade conforme o porte. Nota-se que o desvio-padrão da sinistralidade das operadoras de pequeno porte é significativamente maior que das de médio e grande porte, ainda que a média da sinistralidade dessas operadoras seja menor.



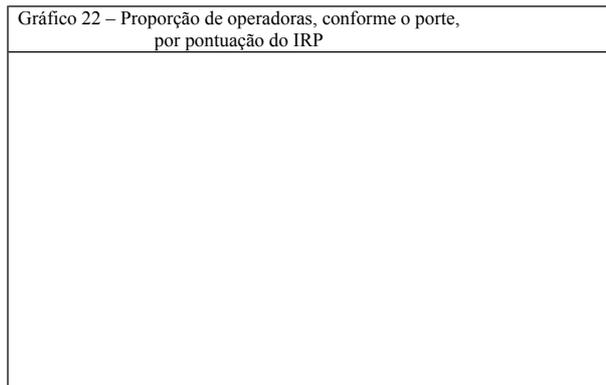
A variação da sinistralidade relaciona-se, principalmente, com a necessidade de capital de uma operadora. O gráfico 21 aponta para a maior necessidade relativa de capital das operadoras de pequeno e médio porte. O capital regulatório atualmente exigido no setor de saúde suplementar não se baseia nos riscos enfrentados pelas operadoras. Isso significa que é possível que operadoras mantenham capital menor do que seria adequado para contrabalançar seus riscos. Esse fato pode aumentar a probabilidade de insolvência, mas permite a obtenção de maior retorno sobre o capital investido.

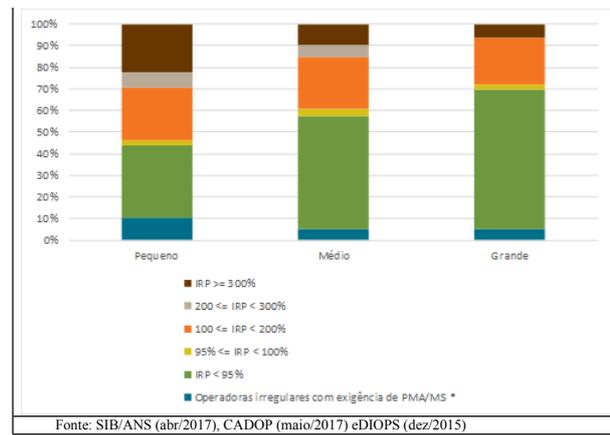
O retorno deveria relacionar-se ao risco do investimento. Assim, se operadoras de pequeno porte apresentam maior risco, deveriam ter maior retorno. Se essas operadoras mantiverem capital para contrabalançar os riscos que enfrentam, no entanto, tanto o risco de insolvência do negócio quanto o retorno diminuem. O nível de capitalização das operadoras pode ser aferido pelo indicador de recursos próprios (IRP) que compõe o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IRP é calculado por meio da comparação do patrimônio ajustado mantido pela operadora e o maior valor entre o patrimônio mínimo ajustado e a exigência total de margem de solvência. Para apuração do patrimônio ajustado, também são considerados as diferenças entre a exigência mínima referente às provisões técnicas (PEL SUS e PEONA) e os valores contabilizados pelas operadoras. A partir dessa comparação, a pontuação da operadora é calculada conforme a seguinte tabela:

Resultado de IRP obtido pela operadora	Pontuação
Operadoras irregulares com exigência de PMA/MS *	0
IRP < 95%	IRP
95% <= IRP < 100%	0,95
100 <= IRP < 200%	0,98
200 <= IRP < 300%	0,99
IRP >= 300%	1

Considerando-se os resultados do IRP do ano-base 2015, publicados em 2016, apresentados no gráfico 22, abaixo, observa-se que as principais diferenças das operadoras de pequeno porte para os outros portes ocorrem nos dois extremos. Há, relativamente, mais operadoras de pequeno porte que sequer cumprem a exigência de patrimônio mínimo ajustado do que de médio e grande porte. Paralelamente, há muito mais operadoras de pequeno porte que mantêm patrimônio ajustado pelo menos três vezes maior que a exigência total de margem de solvência.

Gráfico 22 – Proporção de operadoras, conforme o porte, por pontuação do IRP

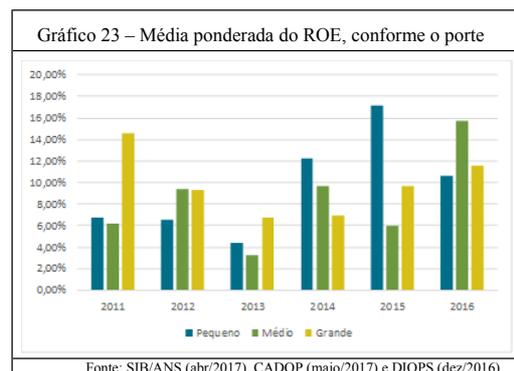




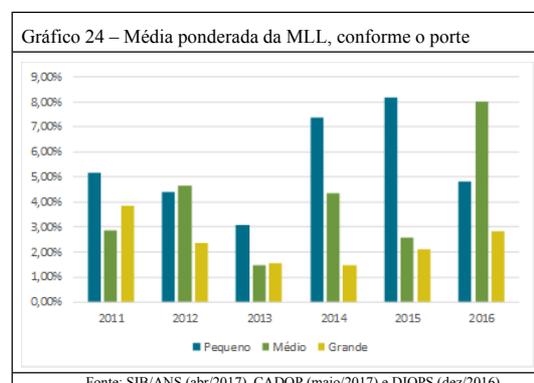
Tendo em vista a relação entre o retorno e o risco e assumindo como verdadeira a hipótese de que operadoras de menor porte são mais arriscadas, o ideal seria que essas operadoras, ao menos, mantivessem capital no nível estabelecido para a margem de solvência, sem considerar qualquer escalonamento. Mais de 46% dessas operadoras, contudo, mantinham patrimônio ajustado igual ou menor que a margem de solvência exigida pela ANS em 2015.

As operadoras que apresentam patrimônio ajustado menor, tudo o mais constante, deveriam apresentar maior retorno, já que, como afirmado anteriormente, retorno e risco devem ser positivamente correlacionados. Como a capitalização permite a manutenção da solvência mesmo em face de oscilações na sinistralidade, operadoras com menor patrimônio têm maior risco. Além disso, considerando-se a medida de desempenho, o patrimônio mínimo é usado para parametrizar o lucro e, assim, verificar-se o desempenho.

No gráfico 23, abaixo, apresenta-se a média ponderada do retorno sobre o patrimônio líquido (ROE), de acordo com o porte da operadora. O ROE é calculado pela divisão do lucro líquido pelo patrimônio líquido. Não se verifica a existência de um padrão nos seis anos analisados. Em 2011, 2012 e 2013, o retorno das operadoras de grande porte foi maior que o das de pequeno porte e, com exceção de 2012, que das operadoras de médio porte, mas nos anos seguintes as operadoras de pequeno ou médio porte apresentaram retorno maior que as de grande porte.



O comportamento da margem líquida (lucro líquido dividido pelas contraprestações), apresentado no gráfico 24, abaixo, é similar ao do ROE, fazendo inferir que a variabilidade dos indicadores é provocada, principalmente, pelo lucro líquido. Nesse sentido, há que se ressaltar que, em nenhum dos portes, a MLL manteve-se estável ao longo do período analisado.



Considerando-se os indicadores econômico-financeiros ora analisados, evidencia-se que as operadoras de pequeno porte não formam um grupo homogêneo. Há aquelas que, a princípio, mantêm capital suficiente para contrabalançar os riscos de seu negócio (pelo menos 22,18% das operadoras de pequeno porte), outras que estão insolventes (10,25%) e outras que, não havendo aporte de capital, também apresentam risco de insolvência (46,05%).

O desafio do regulador é estabelecer políticas adequadas conforme a situação da operadora. Nesse sentido, especial relevância deve ser dada às operadoras que ainda não apresentam problemas de solvência, mas que têm maior probabilidade de tornarem-se insolventes no futuro. Se for possível evitar processo de deterioração da situação econômico-financeira da operadora, que, na maior parte das vezes, gera problemas assistenciais e, ao fim, obriga o beneficiário a buscar assistência em outra operadora, cumpra-se o interesse público de evitar situações gravosas para beneficiários, operadoras e outros agentes da saúde suplementar.

V. Considerações Finais

As variáveis analisadas nesta nota mostram um quadro semelhante ao constatado em 2015 no que se refere às operadoras de pequeno porte. Essas operadoras ofertam, em geral, planos com menor abrangência geográfica do que operadoras de grande porte. Apesar de a maior parte dos produtos ofertados ser ambulatorial-hospitalar com cobertura obstétrica, a proporção de planos ambulatoriais é aproximadamente cinco vezes maior do que a proporção de planos dessa segmentação ofertados por operadoras de grande porte.

Nesta nota, o padrão de acomodação foi utilizado como indicativo da diferenciação do plano não associado ao risco assistencial. As operadoras de pequeno e médio portes têm iguais proporções de beneficiários em planos com acomodação individual (17,5%), enquanto que nas de grande porte, esta proporção chega a 25%. O dado sugere que as operadoras menores formatam planos com características que os tornem menos custosos aos consumidores.

Como em 2015, constatou-se que há mais beneficiários, proporcionalmente, em planos individuais em operadoras de pequeno porte do que nas operadoras dos demais portes. Planos coletivos, contudo, são o principal produto ofertado em todos os portes. Do mesmo modo, novamente foi constatado que há operadoras de pequeno porte que exercem papel importante em alguns mercados do interior. Em dez mercados de planos individuais, operadoras de pequeno porte são as principais ofertantes. O mesmo acontece em seis mercados de planos coletivos.

Do ponto de vista assistencial, constatou-se que, embora o desempenho médio das operadoras de pequeno porte seja igual ou, a depender do indicador, superior ao das operadoras de médio e grande porte, há maior variação entre aquelas. Em todos os indicadores assistenciais analisados, a proporção de operadoras que não atingiram os parâmetros estabelecidos é maior entre as operadoras de pequeno porte. Chamam atenção, sobretudo, os resultados referentes à hemodiálise. O desempenho médio de todos os portes foi inferior ao parâmetro estabelecido, apesar de, entre as operadoras de grande porte, 80% dos ofertantes atingirem a meta estabelecida. Comparativamente, apenas 27% das operadoras de pequeno porte atingiram a meta. Não é possível saber se esses resultados para esse procedimento refletem um problema específico ou uma dificuldade relacionada a um quadro mais abrangente.

Tudo o mais constante, operadoras de pequeno porte deveriam dispor de mais capital para contrapor a maior variabilidade da sinistralidade. Muitas, de fato, dispõem de capital acima do estabelecido pela ANS, mas mais de 45% mantêm capital em valor semelhante ou menor a atual exigência regulatória. Essas operadoras tendem a ter maior probabilidade de insolvência e a serem mais afetadas por revisões nas regras econômico-financeiras. Os indicadores de retorno não revelam padrão que indique ser o retorno suficientemente alto para contrabalançar operações mais arriscadas.

Em termos de políticas públicas, os resultados obtidos nesta nota indicam algumas direções a serem seguidas. A primeira refere-se à heterogeneidade das operadoras de pequeno porte. Embora estejam sujeitas a maior risco quando considerada a variação da sinistralidade, há operadoras que, a princípio, têm capital suficiente para contrabalançar seus riscos e são capazes de prover assistência a seus beneficiários conforme o estabelecido pela legislação setorial. Há que se formular, portanto, políticas que considerem essa diversidade.

A segunda direção é considerar a importância que algumas operadoras de pequeno e médio porte têm em determinados mercados geográficos. Se essas operadoras apresentarem dificuldades, é imperioso que se considere alternativas para evitar saídas não planejada e possibilitar que os beneficiários passem a vincular-se a operadoras em condições de prestar os serviços contratados. Nos mercados geográficos maiores, embora existam mais ofertantes, nem sempre os produtos ofertados têm as mesmas características.

Mais especificamente, considerando o objetivo estabelecido para a CPS de reformulação das regras de capital do setor com o fim de torná-las adequadas às peculiaridades e aos riscos da atuação de cada operadora, é necessário estabelecer políticas para que o impacto da revisão dessas regras não afete a oferta de forma a inviabilizar o acesso a planos por beneficiários residentes em determinados mercados. Nesse sentido, a proposta de Programa Especial de Escala Adequada é um meio de reduzir possíveis efeitos negativos da adequação das regras de capital. Busca-se viabilizar a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários de operadoras de pequeno e médio portes que avaliam não ter condições de atuar na saúde suplementar como ofertantes de planos de saúde, facilitar o ganho de escala por operadoras que tenham condições de aumentar suas operações e substituir ofertantes que não tenham condições de prover assistência adequada a seus beneficiários por outros que garantam assistência como preconizado pela legislação setorial e tenham maior probabilidade de manter-se solventes. É importante, contudo, se implementado for, acompanhar seu desenvolvimento, a fim de garantir que as operadoras que se candidatem sejam aquelas que se pretendia atingir. Se assim for, será possível estabelecer regras de capital baseadas em risco sem que se comprometa a assistência suplementar em mercados do interior.

[1]

Esta nota trata apenas do segmento médico-hospitalar. Assim, qualquer referência a operadoras engloba apenas as médico-hospitalares, ainda que o complemento não seja explicitado.

[2]

ANDRADE, Mônica et alli. Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015.

[3]

Uma explicação didática de modelo com monopólio e franja competitiva pode ser encontrada no capítulo 4 de CHURCH, J. e WARE, R. Industrial Organization: A Strategic Approach. McGraw-Hill, 1999.

[4]

Na 85ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar (10/12/2015), o sistema Unimed trouxe para pauta o tema "Desafios das pequenas operadoras na saúde suplementar". A apresentação realizada pode ser acessada em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar/documentos-das-reunioes-da-camss>.

[5]

Além dos ajustes feitos no patrimônio líquido, conforme a IN 50/2012 da DIOPE, no cálculo do IRP são excluídos todos os benefícios ainda mantidos nesta IN, como adição de ativo intangível referente a gastos com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS nos termos da regulamentação específica, desde que atendidas as exigências da regulamentação contábil vigente.





Documento assinado eletronicamente por **HEITOR FRANCO WERNECK, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/07/2017, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 18/07/2017, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Leandro Fonseca da Silva, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 18/07/2017, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **3543384** e o código CRC **FC2ADC57**.