

AVALIAÇÃO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA NÚMERO 49 - ANS

São Paulo, Maio de 2013



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	AGENTES ECONÔMICOS E A REGULAÇÃO DE MERCADOS.....	7
2.1	REGULAÇÃO DE MERCADOS	7
2.2	O REGIME DE CONCORRÊNCIA MAXIMIZA O BEM-ESTAR SOCIAL	9
3	ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	13
4	ESTRUTURA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	21
5	REGULAÇÃO DOS REAJUSTES CONTRATUAIS	38
5.1	INDEXAÇÃO E REDUÇÃO DO NÍVEL DE COMPETIÇÃO NO MERCADO.....	39
5.2	A FALTA DE INCENTIVO PARA A LIVRE NEGOCIAÇÃO PREVISTA NA IN49 E O AUMENTO DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO.....	43
5.3	VARIAÇÃO DOS CUSTOS DAS OPERADORAS	46
6	CONCLUSÕES	48
7	REFERÊNCIAS	50
8	GLOSSÁRIO	53

SUMÁRIO DE QUADROS

QUADRO 1: PARTICIPAÇÃO DAS MODALIDADES NO SETOR (EM % DA RECEITA 2011)	16
QUADRO 2: ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	19
QUADRO 3: QUATRO ELOS (A, B, C E D) DA CADEIA PRODUTIVA DOS SEGUROS DE SAÚDE.....	22
QUADRO 4: RISCO MORAL NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	24
QUADRO 5: SELEÇÃO ADVERSA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	26
QUADRO 6: OPERADORAS EM ATIVIDADE E COM BENEFICIÁRIOS	29
QUADRO 7: OPERADORAS COM BENEFICIÁRIOS, POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO DE RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO.....	30
QUADRO 8: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO.....	30
QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (SETEMBRO/2012).....	31
QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ENTRE AS OPERADORAS, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (SETEMBRO/2012).....	32
QUADRO 11: PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, COM BENEFICIÁRIOS, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO, SEGUNDO ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA (BRASIL - SETEMBRO/2012).....	32
QUADRO 12: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE ATENDEM PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	34
QUADRO 13: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR ATENDIMENTO A PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, SEGUNDO TIPO	35
QUADRO 14: DADOS DE MERCADO (BASE SETEMBRO DE 2012).....	35
QUADRO 15: MODELO DE VARIAÇÃO DO CUSTO DAS OPERADORAS	47

SUMÁRIO EXECUTIVO

O objetivo deste Parecer é oferecer uma análise técnica acerca dos impactos econômicos da Instrução Normativa da ANS nº 49/2012 para a saúde suplementar e para a economia em geral.

Há dez conclusões que merecem destaque:

- (i) A teoria econômica geral e a prática demonstram que a concorrência efetiva entre os agentes do mercado leva ao melhor resultado para a sociedade. A atuação de órgãos reguladores deve se dar apenas na falta de concorrência e para resolver falhas de mercado.
- (ii) Há fortes evidências de que o mercado de saúde suplementar em questão tem elevado grau de rivalidade e de competição entre operadoras de planos de saúde suplementar e entre prestadores de serviços. Em especial, destaque-se que, os médicos atendem, em média, em seus consultórios, oito planos ou seguros saúde.
- (iii) Recomenda-se, desse modo, a menor intervenção regulatória de ordem econômica na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços.
- (iv) Entende-se que embora haja a necessidade de norma exigindo a existência de cláusula de reajuste nos contratos entre operadoras e prestadores, **a forma de reajuste deve ser deixada como parâmetro de livre negociação, de forma a incentivar as partes a efetivamente negociar anualmente**.
- (v) O processo de negociação e reajuste anual dos contratos é um mecanismo importante para garantir um mercado com efetiva concorrência e que leve as partes a buscarem eficiência e redução dos custos.
- (vi) A previsão de livre negociação entre operadoras e prestadores prevista na IN49 resta prejudicada ao se incluir que sua aplicação terá prazo máximo. O resultado prático tende a ser a não cooperação entre os indivíduos ao longo das negociações, já prevendo que ao final aplicar-se-á uma das alternativas propostas na Instrução da ANS.
- (vii) Negociações que eventualmente terminariam com algumas rodadas de interação entre os participantes, em face da IN49, tendem a se prolongar por todo o prazo

disponível. **O resultado é o aumento dos custos de transação, algo que contraria os objetivos da própria instrução normativa.**

- (viii) Esse aumento dos custos de transação acaba por reduzir o bem-estar social. Além disso, ao pré-definir um índice de reajuste, pode distorcer os preços uma vez que cria mecanismo que mascara as mudanças tanto do ponto de vista da oferta quanto da demanda.
- (ix) Do ponto de vista microeconômico, **a IN49 pode reduzir a concorrência nesse mercado uma vez que elimina um dos pontos que permite a contestabilidade do arranjo comercial estabelecido.**
- (x) Do ponto de vista macroeconômico, **a IN49 pode elevar a inflação**, uma vez que reforça mecanismo de indexação, introduzindo uma rigidez no sistema à redução do índice inflacionário, algo nocivo à estabilidade dos preços conseguida a duras penas durante as duas últimas décadas no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste Parecer é oferecer uma análise técnica acerca dos impactos econômicos da Instrução Normativa da ANS nº 49/2012 para a saúde suplementar e para a economia em geral.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela regulação do setor de planos de saúde no Brasil, publicou em 17 de maio de 2012 a Instrução Normativa Nº 49/2012 (IN 49), com a expectativa de reduzir os custos de transação no mercado de saúde suplementar decorrentes das negociações anuais entre operadoras de planos de saúde e prestadoras de serviços para os reajustes contratuais.

Serão avaliadas as principais falhas de mercado desse setor, em particular neste elo de transações comerciais em que a IN49 se aplica. Este trabalho aborda a questão em duas etapas. A primeira revisa brevemente conceitos e teorias dos agentes econômicos e da regulação de mercados, com algumas conclusões gerais sobre informação e regulação. A segunda descreve a estrutura do mercado de saúde suplementar, além do processo de regulação desse setor, com foco na Instrução Normativa Nº 49 e suas implicações, avaliando em que medida a norma publicada pela ANS é capaz de corrigir as falhas de mercado inerentes ao elo comercial avaliado e maximizar o bem-estar social.

Como demonstrado ao longo do texto, há sólidas razões para recomendar que essa relação comercial não seja regulada por meio de políticas de restrição dos preços, sobretudo na forma de indexação de reajuste contratuais. Aliás, parte da concorrência que se estabelece no mercado pode justamente advir do fato de anualmente ocorrerem intensas negociações para definição de tais reajustes.

Adicionalmente, caso se opte pela manutenção da limitação das possíveis formas de reajustes contratuais, as regras da ANS devem incorporar a dinâmica pela qual os preços efetivamente variam nessa relação comercial.

O restante deste texto está organizado da seguinte forma. A Seção 2 faz breve revisão dos aspectos conceituais que embasam este Parecer, abordando a regulação de serviços públicos e a estrutura concorrencial de mercados competitivos. A Seção 3 discute a organização do setor de saúde suplementar no Brasil. A Seção 4 descreve as principais características do mercado como assimetria de informação, concorrência e abrangência geográfica, entre outras. A Seção 5 aborda a regulação dos reajustes contratuais e a Instrução Normativa Nº 49 publicada pela ANS. Uma seção final sumaria as principais conclusões do Parecer.

Este documento foi elaborado com base em fontes públicas e/ou fornecidas pela Contratante, devidamente citadas ao longo do texto.

2 AGENTES ECONÔMICOS E A REGULAÇÃO DE MERCADOS

O objetivo desta seção é rever alguns aspectos conceituais importantes para o entendimento deste Parecer. As informações aqui reunidas são utilizadas como fundamentos para o direcionamento e justificativa dos posicionamentos adotados ao longo das próximas seções. Os temas de maior relevância abordados são:

- i) Regulação de mercados; e
- ii) Como o regime de concorrência leva à maximização do bem-estar social.

2.1 Regulação de mercados

A regulação de mercados pelo Governo é caracterizada por um conjunto de normas e controles administrativos exercidos por órgãos do Estado que limitam as escolhas dos agentes econômicos, afetando o funcionamento das empresas e dos mercados e, conseqüentemente, a eficiência econômica e o bem-estar social.

As razões para a regulação de setores da economia estão relacionadas à existência das chamadas falhas de mercado, que se manifestam de quatro formas principais: externalidades, informação imperfeita, poder de mercado e bens públicos.

As normas e controles para corrigir tais falhas normalmente incluem a regulação de preços, quantidades e qualidade da oferta. A primeira, chamada de regulação econômica, tem como objetivo promover um mercado que seja o mais próximo possível daquele que seria obtido se os agentes estivessem em um ambiente concorrencial. Isso porque, como detalhado na próxima seção, o preço de equilíbrio do mercado concorrencial reflete o custo marginal de produção (ou da prestação de serviço), maximizando desta forma o bem-estar social (o excedente do produtor e do consumidor são os maiores possíveis).

Na prática, dificilmente se identifica um mercado plenamente concorrencial. Notadamente, na maioria dos mercados e, em particular, em serviços públicos podem ocorrer

falhas de mercado significativas que afastam tais serviços de um regime de concorrência plena. Nesses casos, deve ocorrer a interferência de reguladores independentes. O mecanismo natural de concorrência e ajuste é substituído parcialmente por normas regulatórias.

Ressalte-se que cada tipo de falha de mercado tem causas e efeitos distintos sobre o bem-estar e, portanto, deve ser tratado de forma específica pelos reguladores. As principais falhas de mercado associadas ao setor de saúde suplementar serão abordadas na Seção 4 deste Parecer.

Por fim, é importante a noção de que um setor normalmente é formado por uma ou mais cadeias de produção, configurando diversos elos de transações comerciais entre agentes econômicos. Assim, uma cadeia produtiva pode conter diferentes regimes de mercado em seus diversos segmentos, exigindo tratamento diferenciado para cada um deles.

Em geral, cada um destes elos possui características peculiares, de forma que reguladores que atuem sobre todo o setor devem entender as características de cada elo comercial, especialmente suas falhas, para definir normas que as corrijam. Um exemplo deste conceito pode ser observado na regulação da energia elétrica em que as normas para a etapa de geração de energia são bastante distintas daquelas que definem as regras para a transmissão e distribuição de energia, e assim por diante.

Principais pontos da seção:

- 1. Setores que apresentam falhas de mercado devem ser regulados por agente independente, que deve reintroduzir critérios concorrenciais por meio de normas regulatórias. A atuação de órgãos reguladores deve ser mais intensa para mercados com menos concorrência entre os agentes e na presença de falhas de mercado como monopólio e informação imperfeita/assimétrica.**
- 2. Cada tipo de falha de mercado tem causas e efeitos distintos sobre o bem-estar e, portanto, deve ser tratado de forma específica pelos reguladores.**
- 3. Para uma regulação eficiente, cada elo comercial do setor deve ser analisado quanto às suas falhas de mercado, de forma que as normas regulatórias sejam**

adequadas para corrigir as falhas daquele elo específico.

2.2 O regime de concorrência maximiza o bem-estar social

O mercado de um determinado bem ou serviço pode ser caracterizado como concorrência perfeita quando nenhum dos participantes detém poder de mercado suficiente para influenciar o preço praticado pelos agentes. O preço de equilíbrio é determinado pela interação entre oferta e demanda, sendo a oferta o resultado da produção do conjunto das empresas existentes nesse mercado. Independentemente da quantidade que uma determinada empresa produza, terá que vender a sua produção ao preço de equilíbrio do mercado.

De forma geral, são necessárias cinco características para configurar esse tipo de mercado¹:

- i. existência de um grande número de empresas, cada uma produzindo produtos similares.
- ii. as empresas são tomadoras de preço, e assumem que suas ações não têm efeitos sobre o preço de mercado.
- iii. os preços são conhecidos por todos os participantes do mercado – a informação é perfeita.
- iv. cada uma das empresas maximiza seus lucros.
- v. as transações têm custo zero. Compradores e vendedores não incorrem em custos em suas operações.

¹ NICHOLSON, 2004.

Um mercado perfeitamente competitivo tem o pressuposto fundamental de que o preço para um determinado produto independe da produção de cada competidor do mercado (VARIAN, 2006). Logo, nesta estrutura de mercado, a decisão de cada produtor está relacionada com a quantidade que irá ofertar.

De forma simplificada, o lucro de uma determinada firma é dado pela receita total menos o custo total:

$$\pi(q) = R(q) - C(q)$$

Na qual:

π = Lucro

q = quantidade vendida

$R(q)$ = receita da venda de 'q' unidades

$C(q)$ = custo da venda de 'q' unidades

A decisão racional desta firma seria vender até o ponto de lucro máximo, o que equivale matematicamente a fazer:

$$\frac{d\pi}{dq} = 0$$

$$\frac{d\pi}{dq} = 0 \rightarrow \frac{dR}{dq} - \frac{dC}{dq} = 0 \rightarrow R_{mg} - C_{mg} = 0$$

$$R_{mg} = C_{mg}$$

Que é a condição de primeira ordem para a maximização de lucro², na qual R_{mg} e C_{mg} denotam receita e custo marginal, respectivamente.

No caso de firmas que atuam em ambiente perfeitamente competitivo, a condição expressa pela igualdade entre receita marginal e custo marginal pode ser simplificada pelo fato de que, nesta estrutura de mercado, os agentes são tomadores de preços. Sendo os preços determinados no mercado, independentemente das escolhas de qualquer firma individual, para uma determinada firma as receitas marginais são iguais ao preço vigente no mercado ($R_{mg} = p$), ou seja, a cada nova unidade vendida, a receita total da empresa aumenta em valor equivalente ao preço da unidade, que é dado e único no mercado. Por fim, dada a equivalência entre receita marginal e custo marginal, o preço de mercado pode ser igualado ao custo marginal de produção, ou $p = C_{mg}$.

Conforme assinalado antes, na prática, são raros os mercados que podem ser considerados de concorrência perfeita. O conceito, no entanto, é fundamental como ponto de referência para avaliar a eficiência de mercados competitivos, em maior ou menor escala. Em linhas gerais, em mercados competitivos, o melhor resultado para a sociedade é atingido quando não há interferência regulatória, ou pelo menos quando é mínima.

Já em mercados com necessidade de intervenção regulatória, deve ser objetivo dos reguladores definirem normas que aproximem ao máximo o mercado de uma competição efetiva. A boa regulação é aquela que, na medida do possível, mimetiza os mecanismos de mercado.

² Por brevidade, não serão discutidas as condições de segunda ordem neste texto.

Principais pontos da seção:

Em mercados competitivos a maximização do bem-estar econômico de consumidores e de produtores se dá pelas forças do próprio mercado. O preço decorrente do equilíbrio é o ideal (equivalente ao custo marginal de produção), e aquele que iguala a quantidade demandada à quantidade ofertada. Intervenções exógenas ao mercado apenas reduziram sua eficiência, posto que seria praticamente impossível reguladores replicarem em normas as forças que regem a concorrência.

3 ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O objetivo desta seção é descrever os principais aspectos do setor de saúde suplementar. Este segmento compreende as atividades de operação de planos privados de assistência à saúde.

Os principais produtos transacionados neste mercado são os planos e seguros individuais ou familiares, e os planos e seguros empresariais (ou de grupos), podendo incluir tanto serviços médico-hospitalares como serviços odontológicos.

O setor no Brasil é organizado basicamente por duas Leis Federais: a Lei 9.656/98, que trata de Planos e das Operadoras de planos privados de saúde e a Lei 9.961/00, que criou a ANS, entre outras providências. Esta seção descreve cada um dos agentes e suas principais funções na organização setorial.

Operadoras de Plano de Assistência à Saúde

A Lei 9.656/98, em seu artigo primeiro, define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como a entidade que opera um Plano Privado de Assistência à Saúde. Este Plano pode ser entendido como: *“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, 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”*.

A operadora pode ser pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão.

A ANS classifica as operadoras nas seguintes modalidades³:

Administradora: empresas que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

Autogestão: entidades que operam planos privados de assistência à saúde exclusivamente para públicos específicos, tais como sócios, empregados e ex-empregados, grupo familiar, entre outros. Essas entidades podem ser: (i) a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado; (ii) a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora opera plano privado de assistência à saúde; (iii) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional.

Cooperativa Médica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71 (Lei geral do cooperativismo), que operam planos privados de assistência à saúde. Conforme dados da ANS, esta modalidade é a mais frequente e corresponde a aproximadamente 35% do setor em termos de receita em 2011.

Medicina de Grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

³ Atr. 10 da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39/00

Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro-saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos de seguro. A Lei 10.185/01 enquadrou o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde, passando a estar subordinadas a uma nova estrutura de regulação e fiscalização vinculada ao Ministério da Saúde. Com isso, as sociedades seguradoras passaram a ser disciplinadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴.

Cooperativa Odontológica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam exclusivamente planos odontológicos.

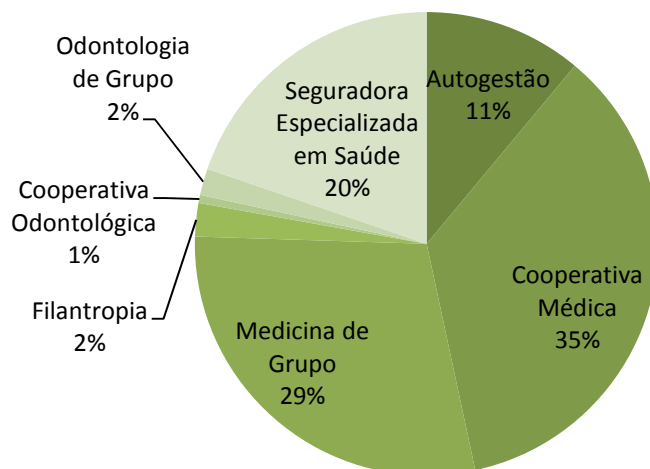
Odontologia de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes.

O Quadro 1 mostra a participação de cada modalidade de operadora no Brasil, segundo dados da ANS de novembro de 2012.

⁴ A RDC nº 65/01 da ANS regulamentou este segmento, aplicando-se às sociedades seguradoras especializadas em saúde o disposto nas normas da SUSEP e do CNSP, publicadas até 21 de dezembro de 2000, cujas matérias não tenham sido disciplinadas pela ANS e pelo CONSU.

QUADRO 1: PARTICIPAÇÃO DAS MODALIDADES NO SETOR (EM % DA RECEITA 2011)



Fonte: ANS

Conselho de Saúde Suplementar - CONSU

Criado pela Lei 9.656/98, o CONSU é órgão colegiado vinculado ao Ministério da Saúde, composto pelo Chefe da Casa Civil, na qualidade de presidente, e pelos Ministros da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão, além do Presidente da ANS, na qualidade de Secretário das reuniões. As competências do CONSU são:

- i) estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar.
- ii) aprovar o contrato de gestão da ANS.
- iii) supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.
- iv) fixar diretrizes gerais do setor acerca de aspectos econômico-financeiros, constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, entre outros.
- v) deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS é uma autarquia sob regime especial criada pela Lei 9.961/00, vinculada ao Ministério da Saúde, cuja missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. De acordo com o texto legal,

Lei 9.961/00, art. 3º - (...) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A Agência deve regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Dentre suas competências, as mais relevantes para este Parecer são:

- i) autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde.
- ii) expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões.
- iii) fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.
- iv) propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar.
- v) estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.
- vi) definir, para fins de aplicação da Lei 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades.
- vii) decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos definidos na Lei 9.656/98.
- viii) articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990.

As competências da ANS que baseiam suas intervenções nas relações entre operadoras, prestadores e consumidores de serviços de saúde, e possuem direta relação com a IN 49 estão descritas no artigo quarto e são as seguintes:

Lei 9.961/00, art. 4º - (...)

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; (...)

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões; (...)

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; (...)

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde; (...)

Câmara de Saúde Suplementar

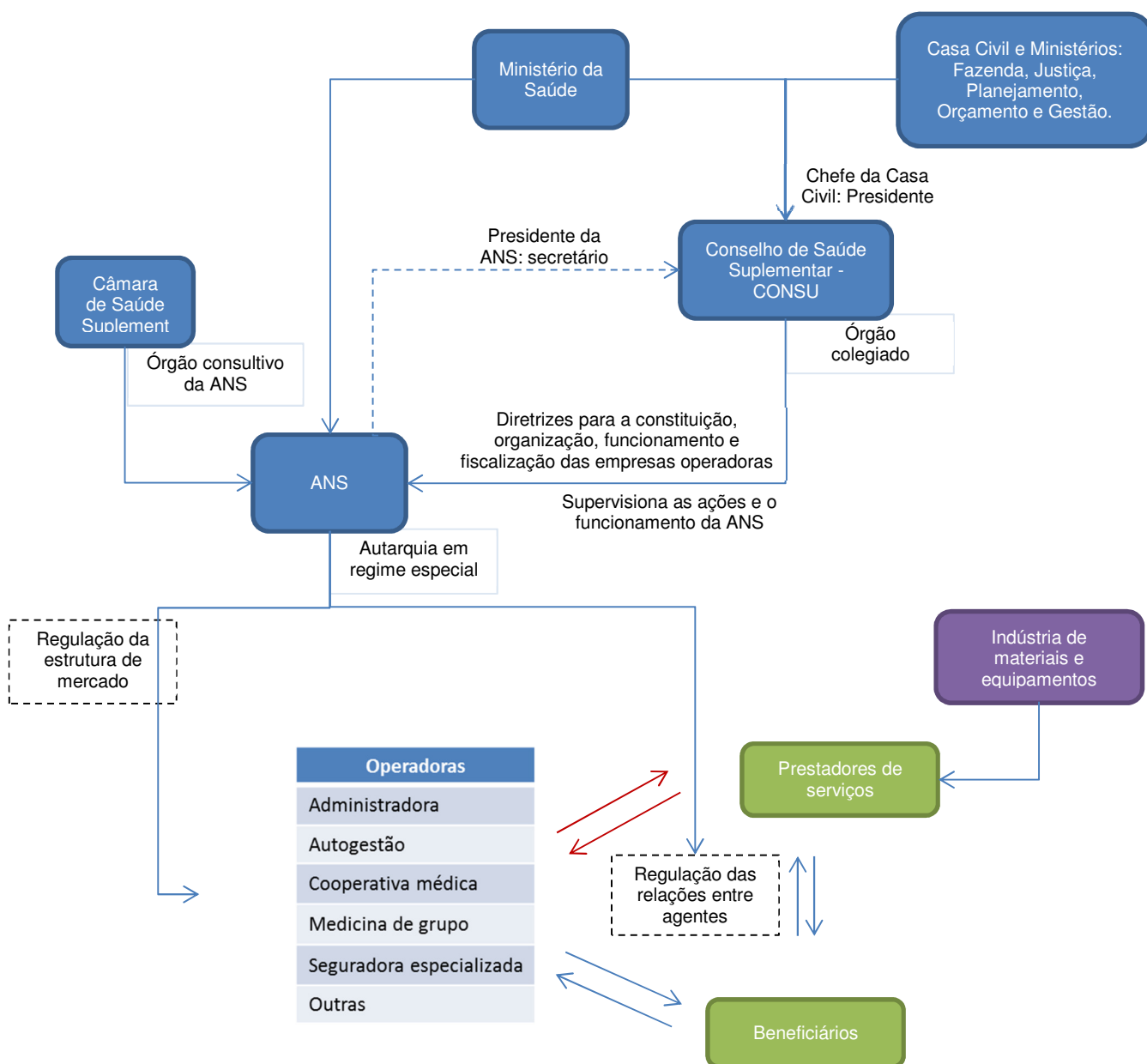
A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão consultivo da estrutura da ANS conforme a Lei 9.961/00, cujo objetivo é promover a discussão de temas relevantes para o setor de saúde suplementar no Brasil, além de dar subsídios às decisões da ANS. É integrada pelo diretor-presidente da ANS, por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário, por representantes de dos Ministérios da Fazenda, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Emprego, Justiça e Saúde, além de representantes de diversas outras entidades como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Brasileira de Hospitais, a Força Sindical, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – Fenaseg e entidades de proteção e defesa do consumidor.

Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde

A Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde é a representante institucional das seguradoras especializadas em saúde e de operadoras de outras modalidades. Sua missão

consiste em contribuir para a consolidação do mercado privado de assistência à saúde. Dentre os objetivos da entidade estão a defesa de um marco regulatório estável para o setor, o diagnóstico dos problemas, o incentivo às discussões sobre os desafios; e a resolução de soluções efetivas para a expansão do mercado.

QUADRO 2: ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Elaboração: GO Associados

Este Parecer se concentra na análise da relação entre Operadoras e Prestadoras de serviços, assinalado em vermelho no Quadro 2.

4 ESTRUTURA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O objetivo desta seção é discutir as características da estrutura de mercado do setor de saúde suplementar. Em particular, discutem-se as principais falhas de mercado que podem ocorrer em cada um dos elos do mercado, com ênfase na relação entre operadoras e prestadores de serviços, conforme mencionado na seção anterior.

A formulação das normas de regulação de um determinado setor deve ser precedida da compreensão das características específicas de cada elo de transação comercial do mercado em questão: as falhas de homogeneidade das informações relevantes para as transações comerciais e grau de concorrência, entre outras.

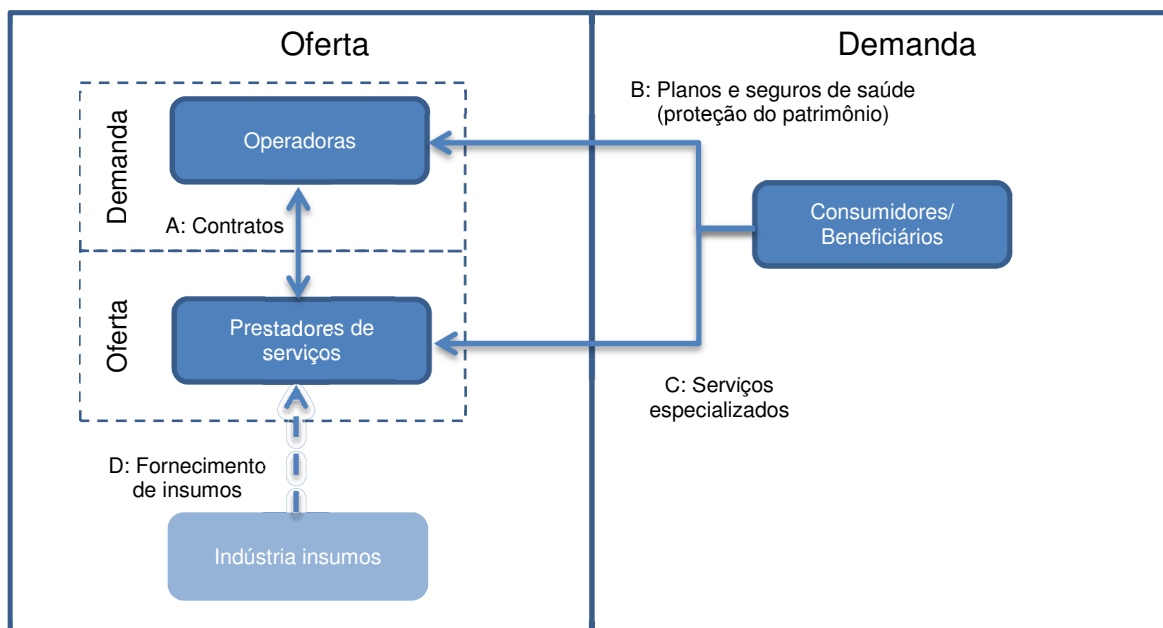
É comum e correta a visão de que o setor de saúde suplementar possui particularidades importantes no que diz respeito à sua estrutura concorrencial. Existem falhas de mercado inerentes ao segmento associadas tanto ao risco moral quanto à seleção adversa, ambas decorrentes de informação assimétrica, quando somente um dos agentes possui determinadas informações relevantes para a transação comercial.

O Quadro 3 ajuda a descrever o setor. Pelo lado da oferta, o setor de saúde suplementar está organizado por um conjunto de relações contratuais entre as operadoras e os prestadores de serviços médico-hospitalares (médicos, hospitais e laboratórios) e odontológicos. Os prestadores de serviços, em outro elo da cadeia produtiva, interagem com as indústrias de medicamentos, de equipamentos e de materiais.

Pelo lado da demanda, os consumidores requerem serviços médico-hospitalares e odontológicos dos prestadores de serviço e requerem, das operadoras, proteção de patrimônio por meio da aquisição de planos ou seguros de saúde, sejam eles individuais ou de grupo.

O lado da oferta pode ainda ser subdividido em demanda e oferta na medida em que as operadoras contratam serviços especializados dos prestadores. Essa relação é, usualmente, contratualizada.

QUADRO 3: QUATRO ELOS (A, B, C E D) DA CADEIA PRODUTIVA DOS SEGUROS DE SAÚDE



Elaboração: GO Associados

Risco moral

O risco moral pode ocorrer em qualquer tipo de seguro, não só nos de saúde. Em linhas gerais, na medida em que o custo marginal do indivíduo em utilizar-se dos serviços segurados é próximo a zero, tende a ocorrer a utilização acima da necessidade efetiva. No setor de saúde, esse efeito pode ser potencializado pelo fato de os indivíduos serem avessos ao risco. Desta forma, existe um descasamento entre risco e retorno: o indivíduo naturalmente opta por não correr nenhum tipo de risco, posto que seu custo para isso é irrelevante⁵.

De forma similar, caso o custo marginal do prestador de serviços seja próximo de zero para recomendar a continuidade dos tratamentos e prescrição de exames e medicamentos, há a

⁵ Alguns planos já adotam o compartilhamento de custos, cuja finalidade é reduzir o risco moral.

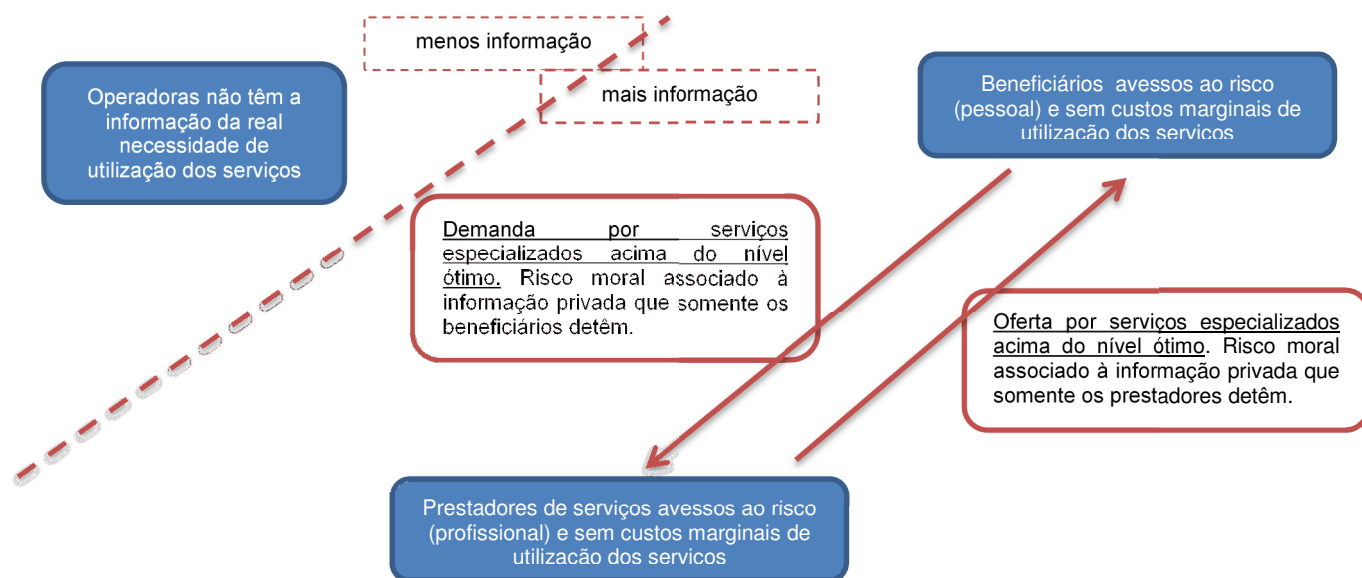
tendência natural de incentivo à sobreutilização dos serviços. Esse incentivo é ainda mais forte na medida em que a continuidade dos tratamentos leva ao incremento da receita dos prestadores de serviços.

O risco moral nesse caso também pode ser visto sob a ótica do problema do agente-principal no qual o provedor de serviços é o Agente e a Operadora de Saúde é o Principal. Conforme apresentado em Parecer da Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda (SEAE) no Caso Amil-Medial, *"Na ausência de incentivos contratuais nas relações entre segurados x OPS e provedores x OPS, o problema do agente-principal (risco moral) tende a gerar uma sobreutilização dos serviços demandados, elevando gastos que serão realizados (pagos no futuro) pelas operadoras."*

O incremento de dispêndios nesse caso pode ser devido tanto à questão de indução da demanda pelo ofertante buscando proteção da própria reputação quanto indução da demanda por incentivo financeiro resultante do modelo *fee-for-services*, no qual o prestador de serviços recebe mais renda quanto mais procedimentos solicitar. Isso pode se manifestar, por exemplo, na solicitação de exames em maior quantidade do que o efetivamente necessários, ou por exames que exijam tecnologias mais avançadas (mais caras).

Posto que a real necessidade de tratamento é uma informação privada que somente parte dos agentes possui (assimetria de informação), é difícil para as operadoras se resguardarem dessa utilização acima do necessário. Como resultado, as transações comerciais relacionadas à demanda por serviços especializados (elo 'C' no Quadro 3) tendem a ocorrer com maior frequência que o nível que seria atingido caso todos os agentes detivessem todas as informações relevantes.

QUADRO 4: RISCO MORAL NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Elaboração: GO Associados

Seleção adversa

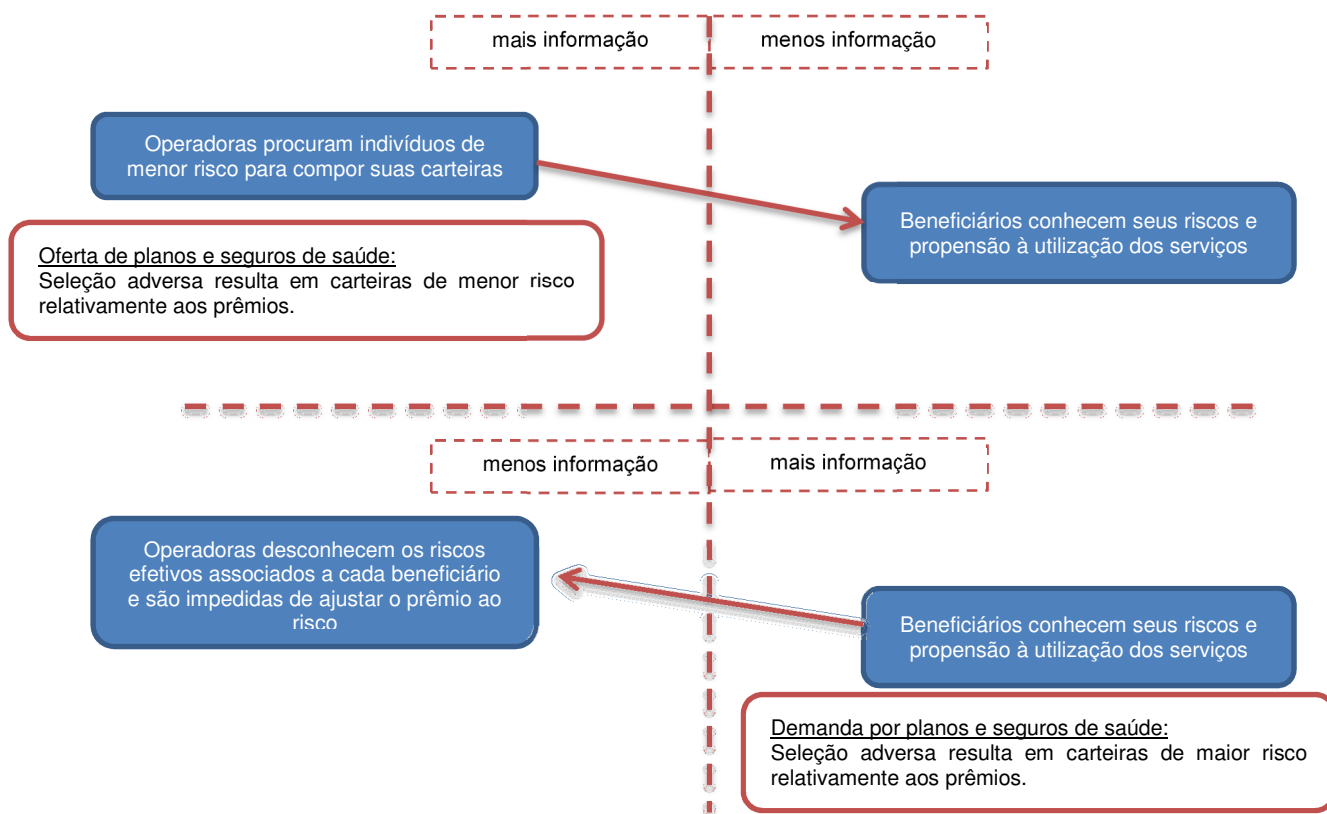
A seleção adversa pode ocorrer de duas formas. Na primeira, a livre alocação dos indivíduos nos planos pode levar as firmas a concorrerem apenas pelos indivíduos de baixo risco. A outra forma ocorre no sentido inverso, quando as firmas são impedidas de ajustar o prêmio ao risco do beneficiário. Nessa hipótese, os indivíduos de maior risco é que tendem a comprar os planos de seguros, formando-se assim, uma carteira de alto risco quando comparado ao prêmio pago por cada indivíduo.

Segundo Alves (2009), “o fenômeno da seleção adversa ocorre no caso em que as operadoras de planos de saúde não são capazes de conhecer perfeitamente o risco dos indivíduos (ou a probabilidade de adoecimento) antes de aceitá-los em sua carteira”. Dessa forma, cria-se um incentivo perverso em que as operadoras definem o preço com base na média do risco dos indivíduos. Nesse contexto, os indivíduos com risco maior do que a média têm incentivo para entrarem nos planos, enquanto os indivíduos com risco menor do que a média não têm. Na prática, as operadoras procuram minimizar tal efeito com a avaliação de

risco e o estabelecimento de contratos diversificados, embora encontre diversas restrições devido à regulação do setor. O autor, com base em exercício econométrico, chega a resultado que mostra a presença de seleção adversa no mercado de planos de saúde no Brasil.

A própria legislação por vezes estimula a seleção adversa ao impor limites entre faixas de preços dos planos por idade, proibir a seleção de riscos, padronizar contratos e proibir limites de utilização, por exemplo. O Quadro 5 ilustra esses dois tipos de seleção adversa.

QUADRO 5: SELEÇÃO ADVERSA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Elaboração: GO Associados

Grau de Concorrência

Para a avaliação sobre o grau de concorrência no setor de planos de saúde é preciso que se faça a definição de mercado relevante tanto do ponto de vista dos produtos quanto do ponto de vista geográfico.

Do ponto de vista dos produtos, os mercados costumam ser divididos em plano médico individual/familiar; plano médico coletivo; plano exclusivamente odontológico individual/familiar; e plano exclusivamente odontológico coletivo.

Do ponto de vista geográfico, a definição mais usual é a de grupos de municípios. Essa definição é baseada na ideia de que a depender da proximidade geográfica, moradores de uma determinada cidade podem utilizar serviços médicos de cidades vizinhas, sendo que em geral

há um município centralizador que conta com uma rede de saúde mais completa do que os municípios vizinhos e por isso recebe pacientes de outras localidades.

Uma conclusão importante sobre o setor de saúde suplementar é a existência de efetiva rivalidade entre os concorrentes. Quatro aspectos podem ser destacados em relação a essa conclusão.

Em primeiro lugar, a existência de efetiva rivalidade tem sido um dos fatores destacados pelo CADE em análises recentes que resultaram na aprovação de atos de concentração nesse mercado. No recente caso Amil-Medial, assim como em outras transações⁶, o CADE aprovou o ato de concentração. De acordo com o Conselheiro Elvino de Mendonça Carvalho:

“Existem planos de saúde e hospitais gerais pertencentes a outros grupos que são capazes de promover rivalidade nas diversas regiões analisadas”,

Alguns aspectos do Parecer da Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) neste caso são também ilustrativos a esse respeito, como em relação ao mercado de plano individual/familiar,

“164. Quanto ao mercado relevante de plano médico individual/familiar em SP3

(...)

⁶ De maneira não exaustiva, é possível citar os casos: (i) AMICO – MedCard e HSA; (ii) cccc AMIL a totalidade de sua participação no capital da PSI, AMSP e Orion; (iii) Bradesco Dental e Odontoprev; (iv) grupo AMESP. Em alguns desses casos, a aprovação foi condicionada a retirada de cláusula de não concorrência.

o Grupo Amil passou para a posição de líder de mercado através da presente operação... Porém, dois grupos rivais, Sistema Unimed e Grupo Intermédica, possuem uma tendência crescente nas suas parcelas de mercado no período analisado.

(...) a presente operação não apresentaria problemas concorrenciais no mercado relevante de plano individual/familiar em SP3.

(grifo nosso)

Mercado de Planos Médicos Coletivos

“172. Quanto ao mercado relevante de plano médico coletivo em DFI

(...)

173. Portanto, no caso desse mercado relevante, como (1) não existe o custo de transferência para o consumidor, no mercado coletivo; como (2) não foram identificados problemas de facilidade de acesso aos fatores produtivos (...), como (3) estão presentes empresas de porte semelhantes; e como (4) não existem problemas quanto à capacidade instalada neste mercado, levando-se em consideração a relação custo x benefício – isto é, tempo de análise x análise mais precisa – e considerando essas quatro condições simultaneamente, pode-se admitir a existência de efetiva rivalidade nos mercados relevantes de planos médicos coletivos e\ou exclusivamente odontológicos coletivos nos municípios analisados.”

(...)

Como mostrado, há exemplos de constatação do CADE de existência de efetiva rivalidade tanto no mercado de planos de saúde individuais/familiares quanto no mercado de planos de saúde coletivos.

Em segundo lugar, a concorrência é estimulada pelo grande número de agentes no mercado, sendo que há um grupo relativamente grande de operadoras com atuação em maior escala. Dentre as operadoras com maior escala de atuação é possível citar: Bradesco Seguros, Unimed RJ, Amil, Intermédica, SulAmerica, Amico, Golden Cross, entre outras.

De fato, os dados do Quadro 6 mostram a existência de um grande número de agentes e oferta de serviços em todo o mercado. Em setembro de 2012, havia 1.542 operadoras, das quais 1.338 tinham beneficiários. Nesses nove meses de 2012, foram registradas 21 novas operadoras e canceladas 80 (Quadro 6).

QUADRO 6: OPERADORAS EM ATIVIDADE E COM BENEFICIÁRIOS

Data	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras em atividade			Operadoras com beneficiários		
			Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas	Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas
dez/10	65	142	1.618	1.184	434	1.411	1.044	367
dez/11	56	73	1.601	1.175	426	1.369	1.005	364
set/12 ⁽¹⁾	21	80	1.542	1.125	417	1.338	973	365

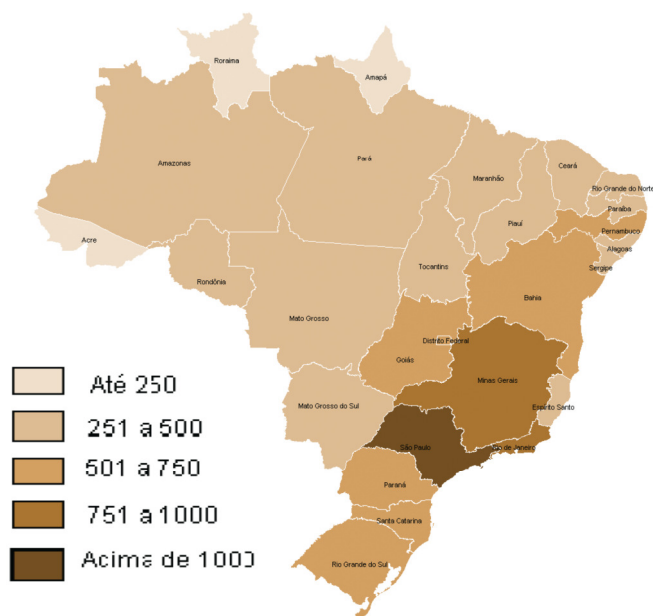
Fontes: CADOP/ANS/MS - 09/2012 e SIB/ANS/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

(1) Operadoras com beneficiários incluem quatro operadoras médico-hospitalares que estavam ativas em setembro/2012 no momento da coleta de dados e cujos registros foram posteriormente cancelados.

A distribuição de operadoras nos estados mostra grande sobreposição de empresas operando em cada estado, sendo que apenas três estados possuem menos de 250 operadoras atuando com beneficiários e nos três maiores mercados em número de beneficiários, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, há mais de 750 operadoras concorrendo entre si (Quadro 7).

QUADRO 7: OPERADORAS COM BENEFICIÁRIOS, POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO DE RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO



Fontes: CADOP/ANS/MS - 09/2012 e SIB/ANS/MS - 09/2012

Nota: Uma operadora pode possuir beneficiários em mais de uma UF, portanto o total de operadoras ativas não corresponde à soma do número de operadoras em cada UF.

Adicionalmente, 38% dos beneficiários participam de planos de abrangência nacional e mais de 92% dos beneficiários participam de planos de larga abrangência territorial (nacional, grupo de estados, estadual ou grupo de municípios), indicando que há grande sobreposição de ofertas de planos nas diversas regiões do país, sem exclusividade ou segregação de planos por região geográfica (Quadro 8).

QUADRO 8: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

Abrangência geográfica do plano	Total de beneficiários
Nacional	18.696.892
Grupo de estados	2.913.605
Estadual	3.391.009
Grupo de municípios	20.242.085
Municipal	2.168.159
Outras	1.582
Não identificado	1.247.373
Total	48.660.705

Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

Beneficiários: Na mesma data (set/12), o número de beneficiários era de 48,7 milhões, 2,92% maior que o mesmo mês do ano anterior, sendo que os dados mostram grande variância no tamanho das operadoras em termos de número de beneficiários. A curva ‘ABC’ tem as seguintes características: 176 operadoras detinham 80% dos beneficiários; 323 operadoras detinham 90% dos beneficiários; 970 operadoras detinham 100% dos beneficiários⁷ (Quadro 9 e Quadro 10). A existência de inúmeras operadoras de portes distintos reforça o ponto colocado no início desta seção de que a oferta de plano não possui características de uma oferta monopolista.

QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (SETEMBRO/2012)

Cobertura assistencial do plano	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
7.398.086	15,2%	2	0,2%
10.683.748	22,0%	4	0,4%
15.194.096	31,2%	8	0,8%
19.473.273	40,0%	14	1,4%
24.354.800	50,1%	28	2,9%
29.186.454	60,0%	54	5,6%
34.051.364	70,0%	98	10,1%
38.912.102	80,0%	176	18,1%
43.773.629	90,0%	323	33,3%
48.660.705	100,0%	970	100,0%

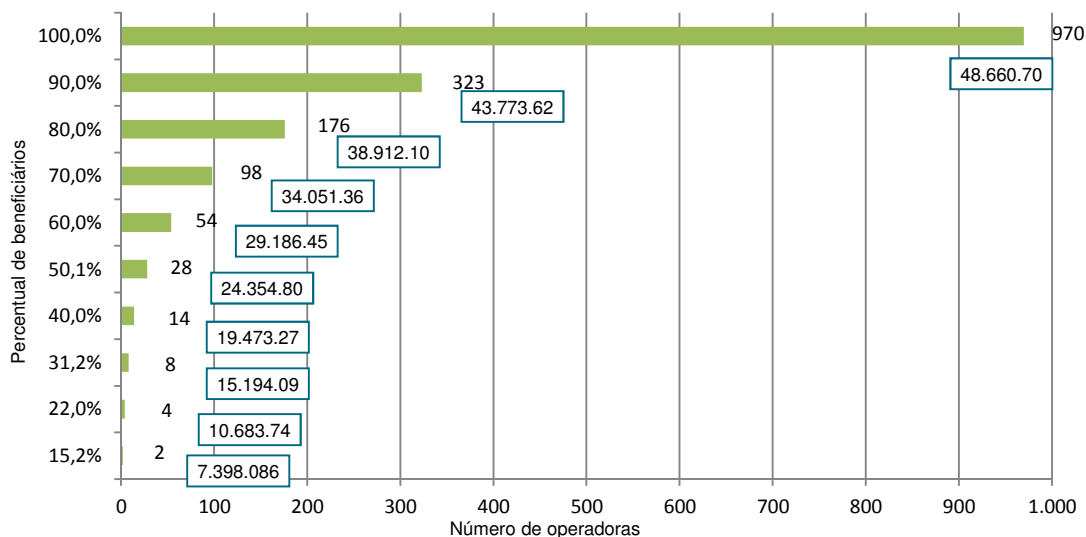
Fontes: SIB/ANS/MS - 09/2012 e CADOP/ANS/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

⁷ Números sem as operadoras exclusivamente odontológicas

QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ENTRE AS OPERADORAS, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (SETEMBRO/2012)



Fontes: SIB/ANS/MS - 09/2012 e CADOP/ANS/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Plano privados: Em setembro de 2012, a ANS registrou um total de 31.445 Planos Privados de Assistência Médica. Olhando pelo lado da abrangência territorial dos Planos ofertados, os dados mostram que tanto para os planos coletivos quanto para os planos individuais, prevalecem os planos que abrangem grupos de municípios, seguido pelos planos de abrangência nacional (Quadro 11).

QUADRO 11: PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, COM BENEFICIÁRIOS, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO, SEGUNDO ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA (BRASIL - SETEMBRO/2012)

Abrangência geográfica do plano	Total	Coletivo				Individual
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado	
Total	31.445	16.707	11.115	5.505	87	14.738
Nacional	9.089	4.645	3.189	1.448	8	4.444
Grupo de estados	1.236	679	519	151	9	557
Estadual	2.686	1.538	957	570	11	1.148
Grupo de municípios	14.945	8.252	5.389	2.805	58	6.693
Municipal	3.489	1.593	1.061	531	1	1.896

Fontes: SIB/ANS/MS - 09/2012 e RPS/ANS/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

Em terceiro lugar, os prestadores de serviço costumam trabalhar com vários planos de saúde. De acordo com dados publicados pelo Conselho Federal de Medicina⁸, os médicos atendem, em média, em seus consultórios, oito planos ou seguros saúde. De fato o custo marginal de um prestador de serviços em adicionar mais um plano ou operadora à sua carteira tende a ser bastante baixo.

Em quarto lugar, em alguns casos podem existir monopólios na prestação dos serviços de saúde. Esses casos que podem ocorrer em duas condições principais:

- (i) municípios ou estados com baixa oferta de serviços, com apenas um hospital ou laboratório na região, ou
- (ii) hospitais de tecnologia muito superior aos seus concorrentes naquele mercado relevante que, portanto exercem poder de monopólio em determinados produtos e serviços inovadores oferecido exclusivamente por eles.

Os dados apresentados no Quadro 12, retirados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012, por exemplo, mostram diversos estados brasileiros com apenas um hospital especializado, poucos hospitais gerais, e a presença de apenas um pronto socorro especializado em toda a Região Norte do país. **Esse fato mostra que nestes casos, os prestadores de serviço podem ter um elevado poder de barganha na negociação com as operadoras de saúde.**

Em muitos desses casos, mesmo que haja apenas um hospital em determinada área, é provável que exista mais de uma operadora competindo na oferta de planos de saúde à

⁸ Site do CFM, http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3., dados de outubro de 2012.

população desta localidade e na contratação de prestadores de serviços para integrarem suas listas de profissionais cadastrados.

QUADRO 12: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE ATENDEM PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Clinica ou ambulatório especializado	Consultório Isolado	Hospital especializado	Hospital geral	Policlínica	Pronto socorro especializado	Pronto socorro geral	Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia
Brasil	17.925	71.681	439	1.599	2.125	55	59	7.973
Norte	542	1.180	19	62	35	1	4	215
Rondônia	118	178	2	14	5	-	-	54
Acre	30	150	2	1	2	-	-	11
Amazonas	45	111	1	6	6	-	-	24
Roraima	17	39	1	2	1	-	-	2
Pará	260	498	12	32	15	1	3	53
Amapá	9	42		2		-	-	8
Tocantins	63	162	1	5	6	-	1	63
Nordeste	3.359	8.750	123	228	363	30	9	1.097
Maranhão	134	291	4	13	29	-	-	104
Piauí	117	259	6	8	8	-	2	77
Ceará	674	2.726	34	45	17	9	-	128
Rio Grande do Norte	167	891	5	9	5	2	3	59
Paraíba	167	312	17	18	17	2	2	48
Pernambuco	745	1.475	18	32	21	6	2	265
Alagoas	165	629	8	9	5	-	-	28
Sergipe	51	945	4	4	22	1	-	31
Bahia	1.139	1.222	27	90	239	10	-	357
Sudeste	9.071	40.493	173	738	1.018	11	34	3.886
Minas Gerais	2.172	8.490	20	196	112	2	5	974
Espírito Santo	546	1.224	4	35	54	-	-	189
Rio de Janeiro	2.227	5.323	81	161	170	3	1	1.107
São Paulo	4.126	25.456	68	346	682	6	28	1.616
Sul	3.399	16.607	47	413	526	7	9	1.916
Paraná	1.052	5.938	28	159	386	2	-	747
Santa Catarina	930	3.171	12	94	50	1	2	438
Rio Grande do Sul	1.417	7.498	7	160	90	4	7	731
Centro-Oeste	1.554	4.651	77	158	183	6	3	859
Mato Grosso do Sul	186	959	7	35	67	3	-	170
Mato Grosso	273	1.322	5	26	3	-	-	161
Goiás	529	1.731	55	78	83	1	2	449
Distrito Federal	566	639	10	19	30	2	1	79

Fonte: CNES/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

Os dados mostram a existência de 101 mil estabelecimentos de saúde que atendem a planos privados, número que corresponde a pouco mais da metade dos estabelecimentos registrados na mesma data (Quadro 13).

QUADRO 13: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR ATENDIMENTO A PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, SEGUNDO TIPO

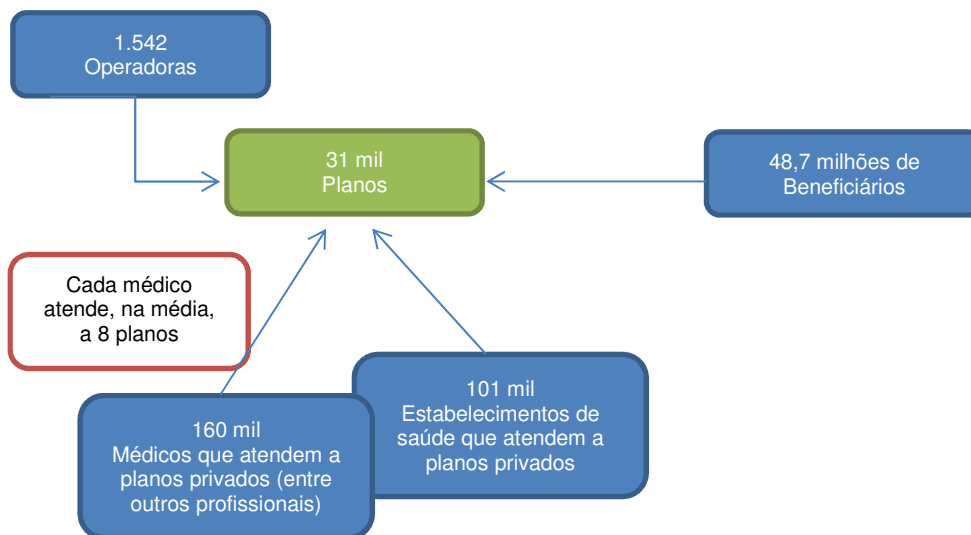
Tipo de estabelecimento	Total		Atendem a planos privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Clinica ou ambulatório especializado	36.283	100,0	17.925	49,4
Consultório isolado	120.154	100,0	71.681	59,7
Hospital especializado	1.125	100,0	439	39,0
Hospital geral	5.184	100,0	1.599	30,8
Policlínica	5.169	100,0	2.125	41,1
Pronto socorro especializado	144	100,0	55	38,2
Pronto socorro geral	480	100,0	59	12,3
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	18.571	100,0	7.973	42,9
Total	187.110	100,0	101.856	54,4%

Fonte: CNES/MS - 09/2012

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2012

O Quadro 14 resume os principais dados do mercado mostrados nesta seção.

QUADRO 14: DADOS DE MERCADO (BASE SETEMBRO DE 2012)



Elaboração: GO Associados com base em dados da CNES/MS e do CFM

Principais pontos da seção:

1. As principais falhas de mercado nas relações entre beneficiários, operadoras e prestadores de serviços são o risco moral e a seleção adversa. Os dois tipos de falhas têm como resultado a tendência de sobreutilização dos serviços, que leva à elevação dos gastos das operadoras. Por vezes, o próprio Governo cria regras que estimulam a seleção adversa, por exemplo, ao limitar a individualização de preços para corresponder ao risco de cada beneficiário e proibir limites de utilização.
2. Seria desejável, portanto, que as normas regulatórias previssem mecanismos fortes de uniformização da informação no setor e mecanismos de ajuste dos contratos com base na sinistralidade ou taxa de utilização dos serviços como forma de incentivo financeiro à correta utilização destes.
3. O CADE aprovou recentemente casos de concentração no mercado de planos de saúde. Nesses casos, foi argumentada a existência de efetiva rivalidade tanto em mercados de planos coletivos e planos individuais/familiares.
4. Os prestadores de serviço costumam trabalhar com vários planos de saúde. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, os médicos atendem, em média, em seus consultórios, a oito planos ou seguros saúde. Isso mostra que existe uma ampla oferta de planos de saúde para médicos.
5. A combinação de efetiva rivalidade e do fato de que os médicos costumam trabalhar com vários planos de saúde mostra que, de forma geral, pode-se concluir que a capacidade de cada operadora em exercer poder de mercado tende a ser limitada.
6. Os prestadores de serviços podem ter poder de barganha quando possui uma especialidade exclusiva no mercado relevante em que atua ou detém tecnologia muito acima de seus concorrentes. Do outro lado, em geral, mais de uma operadora estaria apta a ofertar planos a este agente.
7. De forma geral, pode-se concluir que o setor deve ter normas regulatórias rígidas de correção de falhas associadas à informação assimétrica entre os agentes e não, necessariamente, de controle econômico de preços.

8. Em relação ao elo específico do mercado de que trata este parecer, operadoras-prestadores de serviços, as conclusões são similares. Os dados apontam para um mercado com efetiva rivalidade principalmente pelo lado das operadoras que demandam serviços, no qual a intervenção sistemática via regulação econômica pode levar à redução do bem-estar geral, incluindo os beneficiários, operadoras e prestadores de serviços.
9. Como demonstrado na próxima seção, a intervenção nessa relação tende a causar distorções como a redução do nível de competição entre os agentes, a falta de cooperação entre as partes em negociação, o prolongamento desnecessário das negociações, com eventual aumento dos custos de transação, e o desincentivo à busca por ganhos de produtividade e ao repasse para os beneficiários.

5 REGULAÇÃO DOS REAJUSTES CONTRATUAIS

O objetivo desta seção é descrever o conteúdo das legislações pertinentes ao caso apresentado e avaliar as implicações da adoção da Instrução Normativa 49. A Instrução regulamenta o artigo segundo da RN 42 mostrada abaixo.

A Resolução Normativa Nº 42

De acordo com a Resolução Normativa Nº 42, artigo segundo, todos os contratos entre prestadores de serviços e operadores devem obrigatoriamente definir os critérios para os reajustes:

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

Parágrafo único – São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: (...)

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;

(grifo nosso).

A Instrução Normativa Nº 49

A Instrução Normativa Nº 49, de 17 de maio de 2012, foi criada para regulamentar a forma e periodicidade dos reajustes dos contratos entre operadores de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços. Aplica-se como um detalhamento além daquele já estipulado pela RN 42 descrita acima:

Regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN'S nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004.

Segundo seu artigo 4º, as partes envolvidas (operadores e prestadores) estão restringidas a escolher dentre as formas de reajuste permitidas pela ANS:

Art. 4º As partes deverão escolher uma das seguintes formas de reajuste:

I - índice vigente e de conhecimento público;

II - percentual prefixado;

III - variação pecuniária positiva;

IV - fórmula de cálculo do reajuste

Parágrafo único - *Será admitida a previsão de livre negociação no instrumento jurídico, desde que fique estabelecido que em não havendo acordo até o termo final para a efetivação do reajuste, aplicar-se-á automaticamente uma das formas listadas nos incisos de I a IV deste artigo, que deverá ser expressamente estabelecida no mesmo instrumento. (BRASIL, 2012).*

Como demonstrado nesta seção, por um lado, não há evidências de que a adoção da IN49 reduza os custos de transação do mercado relativos às negociações que ocorrem anualmente. Por outro, é possível identificar ao menos três efeitos indesejados da indexação que resulta da aplicação da referida norma. O primeiro é a redução do nível de competição entre os agentes do mercado. O segundo é a inaplicabilidade da previsão da livre negociação entre as partes, levando a eventual aumento dos custos de transação do mercado. O terceiro é uma possível distorção de preços que pode ocorrer caso os parâmetros adotados para a indexação não expressem corretamente a forma como os custos dos contratos evoluem.

5.1 Indexação e redução do nível de competição no mercado

Negociações que ocorrem anualmente para reajuste de preços dos serviços são mecanismos importantes para que a competição no mercado ocorra. Tais negociações podem ser entendidas como uma das formas como:

- i. a competição entre os agentes ocorre;

- ii. a demanda se ajusta à oferta; e
- iii. o mercado incentiva e absorve os ganhos de eficiência.

Essas três características são fundamentais para o correto funcionamento do mercado de forma concorrencial e levam a ganhos para a sociedade, em particular para os beneficiários (como detalhado na seção 2.2 - O regime de concorrência maximiza o bem-estar social).

A indexação de reajuste dos contratos prevista na IN 49 tem efeito de distorcer as relações entre operadoras e prestadores de serviço. Isso porque, no limite, os reajustes deixarão de refletir a mudança de preços efetivamente enfrentados por prestadores ou operadoras e passarão a ter como base um índice de reajuste, que pode estar distante da realidade daquele contrato.

Como apresentado na Seção 4 deste Parecer, que avaliou a estrutura do setor e suas principais falhas de mercado, a relação entre operadoras e prestadores de serviços, normalmente regida por meio de contrato, é essencialmente concorrencial. Os mercados contam com diversas operadoras e há efetiva rivalidade entre elas. Do ponto de vista dos prestadores de serviço, em média, cada médico aceita cerca de oito planos de saúde.

Lembrando que se o custo de um prestador de serviços em trocar sua adesão a um determinado plano ou operadora ou para adicionar mais um plano ou operadora à sua carteira for baixo, a contestabilidade, por outra operadora, de um determinado contrato em vigor entre operadora e prestador de serviços tende a ser bastante expressiva.

Embora a competição exista de forma contínua no tempo, ou seja, em qualquer momento um concorrente pode contestar o arranjo estabelecido oferecendo condições mais atraentes para a uma das partes, ela tende a ser mais acirrada em dois momentos principais da relação comercial: (1) na contratação, quando ainda não existem relações contratuais estabelecidas e os vários ofertantes negociam com os demandantes e (2) nos momentos de reajustes contratuais, em que a relação benefício/preço do serviço em discussão pode ser alterada em relação àquela que vinha sendo praticada.

A definição, *a priori*, das formas como os reajustes contratuais podem ser regidos, tem efeito equivalente à indexação dos contratos, eliminando um dos pontos que permite a contestabilidade do arranjo comercial estabelecido. O resultado é a redução natural do nível de concorrência de agentes externos ao arranjo.

A redução da concorrência externa, por si só, já reduz os incentivos das partes em repassar à outra parte do contrato os ganhos de produtividade que eventualmente tenham resultado de seu desenvolvimento ao longo do tempo⁹. Nessa mesma linha, o fato de haver menos liberdade de negociação também reduz os incentivos para repasses de ganhos de produtividade (esse ponto pode ser bem entendido na próxima seção, que trata de como a livre negociação prevista na norma não será efetiva por alterar a os incentivos à negociação).

Adicionalmente a essa redução de competição externa e redução dos incentivos de repasse dos ganhos de produtividade, a indexação contratual altera significativamente a expectativa das partes contratuais em relação à evolução econômica dos contratos em seus vários ciclos de reajustes.

Na medida em que os reajustes contratuais estarão necessariamente atrelados a um mecanismo de indexação, **cria-se uma rigidez no sistema à redução do índice inflacionário, algo nocivo à estabilidade dos preços.**

⁹ Ressalte-se que no setor de saúde, em particular, os avanços da tecnologia podem não levar à redução de custos, mas sim ao seu aumento, na medida em que técnicas e equipamentos mais avançados podem ser mais caros que aqueles anteriormente utilizados.



Elaboração: GO Associados

Principais pontos da seção:

- 1. A definição, a priori, das formas como os reajustes contratuais podem ser regidos é equivalente à indexação dos contratos, eliminando justamente um dos pontos que permite a contestabilidade do arranjo comercial estabelecido. O resultado é a redução natural do nível de concorrência entre os agentes.**
- 2. Além da redução de concorrência entre os agentes, há redução dos incentivos em repassar para os serviços os eventuais ganhos de produtividade que ocorrem, por exemplo, por evolução tecnológica ou administrativa.**
- 3. A expectativa dos agentes é significativamente alterada, uma vez criado esse mecanismo de indexação de preços. Cria-se uma rigidez no sistema à redução do índice inflacionário, algo nocivo à estabilidade dos preços.**

5.2 A falta de incentivo para a livre negociação prevista na IN49 e o aumento dos custos de transação

A livre negociação entre as partes está prevista no parágrafo único do mesmo artigo, da seguinte forma:

Art.4º, Parágrafo único - Será admitida a previsão de livre negociação no instrumento jurídico, desde que fique estabelecido que em não havendo acordo até o termo final para a efetivação do reajuste, aplicar-se-á automaticamente uma das formas listadas nos incisos de I a IV deste artigo, que deverá ser expressamente estabelecida no mesmo instrumento. (BRASIL, 2012).

Há, no entanto, um incentivo negativo de ordem econômica no qual, os agentes prevendo que se não entrarem em acordo, haverá uma solução padrão, tendem a não cooperar para uma boa negociação.

Essa situação é bem caracterizada pela teoria dos jogos, matéria que estuda situações estratégicas nas quais, diante das regras de determinado jogo, os jogadores escolhem um comportamento para maximizar seu bem estar.

Em um jogo repetido, no qual os jogadores jogam o mesmo jogo diversas vezes, existe a possibilidade de se estabelecer uma reputação, no sentido de que um jogador passa a acreditar que o outro jogador irá cooperar na próxima rodada, sendo induzindo, desta maneira, a proceder de forma similar. Para que isso ocorra, no entanto, dependerá se este jogo terá um número finito ou infinito de rodadas.

Um exemplo clássico é o de serviço de atendimento em restaurante. Em locais onde a frequência é majoritariamente de turistas, que apenas comerão uma vez naquele local, há uma tendência natural do cliente em não deixar a gratificação pelo serviço após finalizada a refeição. Por sua vez, o garçom antecipando que se trata de um turista, adota a estratégia de não cooperação e presta um atendimento de qualidade inferior. Trata-se de um jogo finito.

Por outro lado, no caso de um morador que vai ao restaurante com frequência, sabe que se não deixar a gratificação ao final de uma determinada refeição (não colaborar), será retaliado

na próxima vez que voltar ao restaurante. Assim, ambas as partes adotam a estratégia de cooperação: o garçom presta um bom atendimento e o cliente lhe deixa uma boa gratificação.

Os jogos que são repetidos infinitas vezes ou que os jogadores não conhecem o número de rodadas proporcionam maiores chances de cooperação mútua, pois ambos buscam garantir seus ganhos futuros e uma incerteza quanto à cooperação já é argumento forte suficientemente para que se busque a Eficiência de Pareto¹⁰.

A associação com o parágrafo único da IN49 pode ser feita relacionando-se cada etapa de negociação com uma rodada do jogo. As diversas rodadas configurariam os esforços de negociação entre as partes. Não havendo um número máximo de rodadas, as negociações se aproximam de um jogo em que o número de rodadas é desconhecido, e que, portanto oferece aos jogadores incentivos à colaboração.

Por outro lado, ao se incluir a instrução de que não havendo consenso, uma das previsões da IN49 deverá ser aplicada, a ANS aproximou as negociações de um jogo repetitivo em que o número de rodadas é conhecido. Neste tipo de jogo a estratégia predominante dos participantes é a não cooperação.

Posto que determinado reajuste resultante de negociação entre as partes poderá ser inferior ou superior àquele definido com base na IN49, sempre haverá uma das partes interessada na aplicação da norma em detrimento da negociação. Se uma das partes pleiteia, por exemplo, um reajuste superior àquele resultante da aplicação da norma, a melhor estratégia para a outra parte é aguardar o final do prazo negocial, quando uma das alternativas da IN49 será aplicada

¹⁰ Eficiência de Pareto: Conceito desenvolvido por Vilfredo Pareto, bastante utilizado na economia, segundo o qual uma situação é eficiente ou ótima de Pareto se não existir nenhuma forma de melhorar a situação de um agente econômico sem piorar a de outro agente.

obrigatoriamente. Para esta parte, a estratégia de não negociar (ou de negociar sem a intenção de finalizar as discussões) até que o prazo se acabe é a melhor estratégia.

Uma conclusão importante desta análise é que as negociações tendem a sempre se alongar pelo prazo máximo disponível para que ocorram, sem que efetivamente as partes entrem em acordo, posto que a estratégia dominante de uma das partes será a de esperar o decurso de prazo de negociação. Negociações que eventualmente terminariam com algumas rodadas de interação entre os participantes, em face da IN49, tendem a se prolongar por todo o prazo disponível. O resultado é o aumento dos custos de transação¹¹, algo que contraria os objetivos da própria instrução normativa.

O objetivo inicial da ANS de redução de custos de transação é positivo. Entretanto, entende-se que a regra estabelecida pela IN 49 para a relação entre operadoras e prestadores de serviços não necessariamente conseguirá reduzir custos de transação. Pelo contrário, com a possibilidade de incentivar o alongamento de negociações pode, de fato, aumentar os custos de transação.

Do ponto de vista econômico, o maior risco envolvido é o da perda de bem estar social. A indexação nos contratos entre operadoras de saúde e prestadores de serviço traz dois aspectos que podem diminuir o bem-estar social: (i) o possível aumento de custos de transação com o alongamento desnecessário de negociações e (ii) a distorção de preços provocado por potenciais reajustes que não reflitam mudanças de preços relativos. Esse segundo efeito, em

¹¹ Pinheiro e Saddi (2006) definem custos de transação como os custos para a realização de cinco atividades necessárias para a realização de uma transação: (i) busca pela informação sobre preços, qualidade, compradores e vendedores; (ii) negociação; (iii) realização e formalização de contratos; (iv) monitoramento dos parceiros; (v) correta aplicação do contrato.

especial, pode inclusive afastar possíveis novos competidores do mercado, na medida em que trazem uma ineficiência no momento de negociação dos contratos.

Na medida em que é estabelecida uma política de regulação do mercado que pode levar a ineficiências (indexação de contratos), a intervenção faz com que o mercado funcione de maneira pior e com isso ocorra uma diminuição líquida de bem-estar.

Principais pontos da seção:

1. A situação apresentada no parágrafo único da IN49 pode ser modelada pela teoria dos jogos, comparando-se jogos finitos (com um número determinado de rodadas) e jogos infinitos ou de duração desconhecida. Quando os agentes conhecem o número de rodadas, suas expectativas são alteradas logo no início do jogo e a chance de cooperação entre eles é significativamente reduzida.
2. A previsão de livre negociação a que a IN49 faz alusão resta prejudicada ao se incluir na norma que sua aplicação terá prazo máximo. Desta forma, a expectativa dos agentes perante a negociação é alterada, de forma que o efeito prático de se prever a livre negociação é bastante reduzido.
3. O resultado prático tende a ser a não cooperação entre os indivíduos ao longo das negociações, já prevendo que ao final aplicar-se-á uma das alternativas propostas na Instrução da ANS.
4. Negociações que eventualmente se encerrariam com poucas rodadas de interação entre os participantes, em face da IN49, prolongar-se-ão por todo o prazo disponível, resultando em aumento do custo de transação.

5.3 Variação dos custos das operadoras

Caso se decida pela manutenção da restrição das possíveis formas de se estabelecer os reajustes contratuais, há que entender a forma pela qual os custos das operadoras variam.

De forma simplificada, o custo das operadoras é formado por dois componentes: preço e frequência de uso. Sua variação, portanto, é a combinação da variação destes dois fatores

(Quadro 15). A título de exemplo, se o preço do procedimento aumentar 5% e a frequência aumentar 2%, então o custo total para a operadora subirá 7,1%.

QUADRO 15: MODELO DE VARIAÇÃO DO CUSTO DAS OPERADORAS

$$\frac{\Delta C}{C} = \frac{\Delta P}{P} + \frac{\Delta Q}{Q} + \frac{\Delta P * \Delta Q}{C}$$

Na qual:

C é o custo para a operadora;

P é o preço do procedimento; e

Q é a frequência de utilização

Do ponto de vista dos prestadores de serviços, ao contrário da operadora, o aumento da frequência é benéfico, já que cobram por procedimento realizado. A eles importa apenas a variação dos custos do procedimento, dado que quanto maior a frequência de utilização, maior sua receita. Desta forma, não se deve esperar que os dois grupos de agentes do mercado tenham, anualmente, os mesmos índices de variação dos custos.

6 CONCLUSÕES

O objetivo desta seção é sumariar as principais conclusões deste Parecer. Dez pontos merecem destaque:

- (i) A teoria econômica geral e a prática demonstram que a concorrência efetiva entre os agentes do mercado leva ao melhor resultado para a sociedade. A atuação de órgãos reguladores deve se dar apenas na falta de concorrência e para resolver falhas de mercado.
- (ii) Há fortes evidências de que o mercado de saúde suplementar em questão tem elevado grau de rivalidade e de competição entre operadoras de planos de saúde suplementar e entre prestadores de serviços. Em especial, destaque-se que, os médicos atendem, em média, em seus consultórios, oito planos ou seguros saúde.
- (iii) Recomenda-se, desse modo, a menor intervenção regulatória de ordem econômica na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços.
- (iv) Entende-se que embora haja a necessidade de norma exigindo a existência de cláusula de reajuste nos contratos entre operadoras e prestadores, **a forma de reajuste deve ser deixada como parâmetro de livre negociação, de forma a incentivar as partes a efetivamente negociar anualmente**.
- (v) O processo de negociação e reajuste anual dos contratos é um mecanismo importante para garantir um mercado com efetiva concorrência e que leve as partes a buscarem eficiência e redução dos custos.
- (vi) A previsão de livre negociação entre operadoras e prestadores prevista na IN49 resta prejudicada ao se incluir que sua aplicação terá prazo máximo. O resultado prático tende a ser a não cooperação entre os indivíduos ao longo das negociações, já prevendo que ao final aplicar-se-á uma das alternativas propostas na Instrução da ANS.
- (vii) Negociações que eventualmente terminariam com algumas rodadas de interação entre os participantes, em face da IN49, tendem a se prolongar por todo o prazo disponível. **O resultado é o aumento dos custos de transação, algo que contraria os objetivos da própria instrução normativa**.

- (viii) Esse aumento dos custos de transação acaba por reduzir o bem-estar social. Além disso, ao pré-definir um índice de reajuste, pode distorcer os preços uma vez que cria mecanismo que mascara as mudanças tanto do ponto de vista da oferta quanto da demanda.
- (ix) Do ponto de vista microeconômico, **a IN49 pode reduzir a concorrência nesse mercado uma vez que elimina um dos pontos que permite a contestabilidade do arranjo comercial estabelecido.**
- (x) Do ponto de vista macroeconômico, **a IN49 pode elevar a inflação**, uma vez que reforça mecanismo de indexação, introduzindo uma rigidez no sistema à redução do índice inflacionário, algo nocivo à estabilidade dos preços conseguida a duras penas durante as duas últimas décadas no Brasil.

7 REFERÊNCIAS

1. ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: Beneficiários, Operadoras e Planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar: dezembro, 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/20130115_caderno_DEZEMB_revisado.pdf>.
2. ANS. **Foco Saúde Suplementar**: dezembro 2012. Agência Nacional de Saúde Suplementar: dezembro, 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20130124_foco_dezembro_web_2012.pdf>. Acesso em: mar. 2013.
3. ANS. **Planos de Saúde – Guia Prático**: dicas úteis para quem tem ou deseja ter um plano de saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar: fevereiro, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/20130308_guia_pratico_web.pdf>. Acesso em: mar. 2013.
4. AZEVEDO, Joelli. **SINDHOSP alerta ANS sobre dificuldades de negociação por reajustes**. Sindicato dos Médicos de Pernambuco, março, 2013. Disponível em: <<http://www.simepe.org.br/novoportal/?p=12307>>. Acesso em: mar. 2013.
5. ALVES, Sandro Leal. **Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção adversa no mercado de saúde suplementar após a regulação**. II Prêmio SEAE: monografias em defesa da concorrência e regulação econômica: 2007, (2009).
6. BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em: jan. 2013.
7. BRASIL. **Instrução Normativa Nº 49, de 17 de maio de 2012**. Regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN'S nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <

- http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2115>. Acesso em: fev. 2013.
8. BRASIL. **Resolução Normativa Nº 42, de 4 de julho de 2003**. Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=563>. Acesso em: fev. 2013.
 9. MACHADO, Felipe. **ANS obriga indexação de contratos entre médicos e planos de saúde**. Valor Econômico, maio, 2012. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/2666234/ans-obriga-indexacao-de-contratos-entre-medicos-e-planos-de-saude>>. Acesso em: mar. 2013.
 10. PEREIRA, Edgar Antônio; HUSSNE, Rodrigo Delgallo. **Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar**. R. Bras. Risco e Seg., Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 17-36, out. 2010/mar. 2011. Disponível em: <http://www.rbrs.com.br/paper/_download/RBRS12-2%20Edgar%20Antonio.pdf>. Acesso em: mar. 2013.
 11. PINHEIRO, Armando Castellar e SADDI, Jairo. **Direito, Economia e Mercados**. Rio de Janeiro, Elsevier, (2005).
 12. ROCHA, Sérgio André; FARO, Maurício Pereira. **Livre Concorrência e Neutralidade Tributária**. DOUTRINA – Revista Brasileira de Direito Tributário: Nº 21, Jul-Ago, 2010. Disponível em: <http://www.bmalaw.com.br/nova_internet/arquivos/Artigos/MPF-Doutrina_Tribut%C3%A1ria_21-2.pdf>. Acesso em: março de 2013.
 13. Saúde Suplementar em Foco, “**Da impossibilidade de reajustar prestadores pelo mesmo índice de reajuste das Operadoras**”, publicação da IEES – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Informativo Eletrônico – ano 1, número 9, 2010.
 14. Site da Fenaseg/FenaSaúde, consultado em abril de 2013 - <http://www.fenaseg.org.br/fenasaude/>
 15. Site da ANS, consultado em abril de 2013 - <http://www.ans.gov.br>
 16. Site da Secretaria de Atenção à Saúde – DATASUS - <http://cnes.datasus.gov.br/>, consultado em abril de 2013.

17. Site do Conselho Federal de Medicina - CFM, http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23291:apos-cinco-meses&catid=3:portal

8 GLOSSÁRIO

Contraprestação pecuniária: Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

Despesa das operadoras: Corresponde à soma das despesas informadas pelas operadoras à ANS. Dividem-se em:

- Despesa administrativa: são todas as despesas das operadoras que não estejam relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde.
- Despesa assistencial: despesa resultante toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas e expresse em reais.

Taxa de sinistralidade: Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.