

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados
Centro de Documentação e Informação
Coordenação de Biblioteca
<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



CONCENTRAÇÃO NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

Dr. Hugo Fernandes Junior

Área XVI

Saúde Pública, Sanitarismo

e

Dr^a Luciana Teixeira

Área IX

Política e Planejamento Econômicos,

Desenvolvimento Econômico,

Economia Internacional

ESTUDO

MAIO/2012



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF



SUMÁRIO

1 – Introdução.	3
2 – Concentração econômica.	3
3 – A concentração no Setor de Planos de Saúde sob a ótica econômica.	4
4 – A concentração no Setor de Planos de Saúde sob a ótica assistencial.	13
5 – Conclusões.	16

© 2012 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) o(a) autor(a) e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu(sua) autor(a), não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

CONCENTRAÇÃO NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

*Dr. Hugo Fernandes Junior e
Dr^a Luciana Teixeira*

1 – INTRODUÇÃO

Trata-se de Estudo sobre os planos de saúde no Brasil, com foco nas dificuldades que os pequenos planos enfrentam para se manterem no mercado.

2 – CONCENTRAÇÃO ECONÔMICA

Em primeiro lugar, é necessário pontuarmos alguns marcos conceituais e históricos importantes para o desenvolvimento do tema proposto.

O primeiro deles é o de concentração econômica. Segundo Paula Forgioni, “trata-se de conceito bastante simples, que expressa o aumento de riquezas em poucas mãos. Consequentemente, a ideia de concentração relaciona-se com o aumento de poder econômico de um ou mais agentes que atuam em um mercado relevante. É importante ainda relevar que o conceito de concentração foi dado, primeiramente, pela doutrina econômica e se trata de um conceito empírico-factual e não técnico-jurídico”.¹

Marx foi provavelmente o primeiro a declarar que a concentração do capital é uma tendência central e fundamental do capitalismo. O filósofo e político dá uma definição muito interessante da concentração ao dizer que cada capital individual é, em maior ou menor grau, uma concentração de meios de produção. A mera existência do capital da empresa individual já implica uma concentração de meios de produção, sob o comando único de um proprietário ou de um grupo de proprietários.

Mesmo os que discordam da visão citada, admitem que o processo de concentração econômica é um fenômeno inerente às economias de mercado, e pode decorrer do crescimento interno da empresa ou do crescimento externo.

O crescimento interno é aquele decorrente dos investimentos realizados na e pela empresa e de sua eficiência na produção de bens ou serviços, propiciando um aumento de sua participação no mercado.

¹ FORGIONI, Paula. Os fundamentos do Antitruste. *Revista dos Tribunais*, [S.l.], [n.º], 2004.

Já o crescimento externo decorre da aquisição de ativos e direitos de outros agentes econômicos, aglutinação de dois ou mais agentes econômicos por fusão ou incorporação ou associação não temporária entre agentes econômicos, por intermédio de *joint-ventures*, consórcios, contratos de longo prazo etc.

Destaque-se que os tipos de crescimento citados podem ser concomitantes e têm como consequência o aumento do poder de mercado ou de posições dominantes dos agentes em um dado mercado, conferindo-lhe capacidade de influir no mercado que atua.

Observe-se, ainda, que os agentes econômicos envolvidos em processos de concentração podem ser do mesmo mercado, denominando-se, assim, de concentração horizontal; podem caracterizar uma concentração vertical, quando os agentes pertencem à mesma cadeia produtiva; ou ainda pode ser classificada como conglomerada, no caso de atuarem em mercados distintos e não fazerem parte da mesma cadeia produtiva, de setores diferentes, como por exemplo a associação de empresa industrial com outra do ramo financeiro.

3 – A CONCENTRAÇÃO NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ECONÔMICA

Os dados que constam deste Estudo foram produzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS e foram coletados, basicamente, de três fontes: os Cadernos de Informação da Saúde Suplementar (2007 a 2011), o Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar de 2010 e o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar do 2º trimestre de 2011.

Observa-se, pela análise da Tabela 2, que, entre 2008 e 2011, o número de operadoras em atividade no Brasil sofreu um decréscimo de 6,78%, ao passo que o número de beneficiários aumentou 9%. Segundo especialistas, houve alterações na configuração do setor que decorreram mais de movimentos de capitalização, fusões e aquisições do que do incremento da demanda. Nesse contexto, há uma tendência de concentração das empresas e de aproximação entre operadoras e bancos de investimentos.

Verifica-se também que, enquanto o valor médio da contraprestação subiu 10%, as despesas das operadoras aumentaram bem menos: os gastos com eventos indenizáveis líquidos (DM) subiram 0,96%; as despesas com despesas administrativas (DA) caíram quase 4%, o que revela aumento da eficiência administrativa dessas empresas, e os gastos

com despesas de comercialização (DC) cresceram quase 8%, o que denota aumento da participação das despesas não assistenciais no total das despesas das operadoras.

Os índices de concentração de mercado — o índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) e a Razão de Concentração (C4) —, apresentados na Tabela 1, definem a participação de mercado não com base nas receitas das operadoras, como é de praxe, mas tomando como proxy o número de beneficiários de cada empresa em relação ao total de pessoas que possuem vínculo com planos de saúde. O quadro abaixo auxilia a interpretação dos índices, em que 100% indica a presença de monopólio e 0%, a ocorrência de um mercado perfeitamente competitivo.

Tabela 1 Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) e a Razão de Concentração (C4) Concentração (C4)

HHI	Nível de concentração
Menor ou igual a 10%	Mercado altamente competitivo
De 10% a 18%	Mercado moderadamente competitivo
De 18% a 100%	Mercado altamente concentrado

Observa-se, na tabela a seguir, que o mercado de planos de saúde no Brasil pode ser considerado competitivo (HHI inferior a 2%). Porém, convém notar que, entre 2008 e 2010, houve um incremento da concentração do mercado de planos de saúde superior a 10%.

A análise da concentração de mercado por unidades da federação mostra uma realidade diferente. Apesar de o mercado de planos de assistência médica poder ser considerado altamente competitivo em Estados com maior número de beneficiários, em Estados como Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Ceará e Mato Grosso esse mercado é fortemente concentrado. Adicionalmente, uma análise mais apurada e refinada deveria considerar as peculiaridades locais, incluindo a análise de municípios, os quais podem revelar resultados diferentes quando comparados à realidade mostrada pela média nacional ou mesmo estadual.

Tabela 2. Panorama das Operadoras de Planos de Saúde - Brasil, 2008-2010

	2008	2009	2010	Var. % (2008-10)
Número de operadoras	1269	1218	1183	-6,78
Beneficiários (x 1000)	43816	45241	47767	9,02
População (x 1000)	189.613	191.481	190725	0,59
Cobertura (%)	23,11	23,63	25,05	8,38
Contraprestação média (R\$)	117,26	119,39	129,06	10,06
DM(%)	78,91	79,69	79,66	0,96
DC (%)	3,15	3,49	3,4	7,94
DA (%)	15,81	16,04	15,19	-3,96
Combinado (%)	97,87	99,22	98,25	0,39
HHI (%)	1,27	1,35	1,41	10,62
C4 (%)	16,7	17,72	18,56	11,17

Fonte: Atlas Econômico-Financeiro da saúde Suplementar 2010.

Contraprestações Efetivas de Operações de Assistência à Saúde (CP); eventos indenizáveis líquidos (DM); Despesas de Comercialização (DC); despesas administrativas (DA); C4 (Razão de Concentração) e HHI (HerfindahlHirschman Index)

A concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil também pode ser examinada por meio do registro das operadoras em atividade com beneficiários, segundo o porte. A esse respeito, a Tabela 3 revela que em setembro de 2008 havia 1.179 operadoras com até 20 mil beneficiários em atividade no Brasil e que, três anos depois, restavam 988 operadoras de pequeno porte, o que representa uma diminuição de 16%.

Tabela 3. Operadoras em atividade de pequeno porte*, segundo modalidade
(Brasil - 2008-2011)

Modalidade da operadora	set. 2008	set. 2009	set. 2010	set. 2011	Var, % (2008/11)
Total	1179	1112	1.044	988	-16,20
Administradora de benefícios			-	-	-
Autogestão	188	177	170	166	-11,70
Cooperativa médica	209	196	186	169	-19,14
Cooperativa odontológica	113	105	104	92	-18,58
Filantropia	78	74	70	67	-14,10
Medicina de grupo	344	315	289	273	-20,64
Odontologia de grupo	245	243	224	219	-10,61
Seguradora especializada em saúde	2	2	1	2	0

Fonte: Cadernos de Saúde Suplementar, ANS. Elaboração nossa.

* Até 20 mil beneficiários.

Concomitantemente, houve um aumento do número de operadoras de grande porte em atividade com beneficiários no Brasil ao longo deste mesmo período, conforme mostra a tabela a seguir. Note-se que em 2008 e 2009 não existiam cooperativas odontológicas e filantrópicas com mais de 100 mil beneficiários e que, em setembro de 2010, foram registradas 3 cooperativas odontológicas de grande porte; em 2011, já eram 4; e 2 operadoras filantrópicas de grande porte no Brasil.

Tabela 4. Operadoras em atividade de grande porte*, segundo modalidade
(Brasil - 2008-2011)

Modalidade da operadora	set. 2008	set. 2009	set. 2010	set. 2011	Var, % (2008/11)
Total	95	99	102	101	6,32
Administradora de benefícios	0	0	0	0	0,00
Autogestão	11	11	10	10	-9,09
Cooperativa médica	30	32	36	37	23,33
Cooperativa odontológica	0	0	3	4	400,00
Filantropia	0	0	2	2	200,00
Medicina de grupo	26	28	31	27	3,85
Odontologia de grupo	11	11	11	13	18,18
Seguradora especializada em saúde	11	11	9	8	-27,27

Fonte: Cadernos de Saúde Suplementar, ANS. Elaboração nossa.

* Mais de 100 mil beneficiários

Note-se que, em 2001, norma da ANS — RDC n° 77, de 17 de julho de 2001 — estabeleceu regras quanto ao capital mínimo ou provisão para operação, provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência requeridos das empresas entrantes ou já participantes do mercado de saúde suplementar. Essa norma foi posteriormente revogada e atualmente está em vigor a RN n° 209, de 22 de dezembro de 2009, que também estabelece critérios de manutenção de recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Há que se observar, entretanto, que frente às exigências da ANS, operadoras de pequeno porte, haja vista sua reduzida capacidade de garantia de operação, podem não conseguir se manter no mercado. Esses requisitos de capital também se constituem em uma barreira à entrada de novas empresas no mercado, as quais, para se estabelecer, necessitam de um investimento inicial que, por vezes, pode se mostrar demasiadamente elevado. Assim, os critérios fixados se, por um lado, visam a diminuir o risco de insolvência dessas empresas, aumentam o grau de concentração do mercado de planos de saúde no Brasil².

Considerando esse cenário, foi editada a RN n° 274, de 20 de outubro de 2011, que, entre outras providências, estabelece tratamento diferenciado para pequenas e médias

² Em sua tese de doutorado, intitulada “Poder Compensatório e Política de Defesa da Concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro”, Almeida constata que o poder de mercado das operadoras é agravado por outros três elementos: a existência de “custos de mudança” (switching costs), elevada diferenciação do produto e barreiras à entrada.

operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Interessante observar que apenas 33 operadoras detinham, em setembro de 2011, 50,3% do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil. As duas maiores operadoras, por sua vez, tinham, em suas carteiras, 10,9% dos beneficiários, o que representa mais de 5 milhões de pessoas.

A Tabela 5 mostra a receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo a modalidade da operadora entre 2003 e 2010. Ao longo deste período, verifica-se que, em média, tais receitas aumentaram 162,7%. Os aumentos foram mais expressivos para as operadoras exclusivamente odontológicas, chegando o 288,8% para a modalidade de odontologia de grupo. Por seu turno, as operadoras médico-hospitalares obtiveram um incremento de 161,2%. Vale destacar que a inflação, registrada pelo IPCA, acumulada neste mesmo período, foi de 43,12%, garantindo às operadoras expressivos aumentos reais de receita.

Tabela 5. Receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil-2003-2009)

Modalidade	Em milhões de R\$								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. 2004-10
Total	28.486,5	32.216,2	37.266,1	42.624,6	52.210,3	60.682,6	65.790,4	74.838,4	162,7
Operadoras médico-hospitalares	28.015,8	31.622,1	36.522,4	41.713,8	51.127,5	59.506,2	64.449,5	73.166,5	161,2
Autogestão (1)	534,0	656,6	935,9	1.071,1	6.472,9	7.079,3	7.721,7	8.567,1	1.504,4
Cooperativa médica	1.061,4	12.163,9	14.057,7	16.505,2	18.286,8	21.365,5	23.240,8	26.502,8	2.397,0
Filantropia	864,3	868,8	1.088,7	1.243,3	1.933,0	2.213,1	1.561,5	2.070,3	139,5
Medicina de grupo	9.302,2	10.410,3	12.527,6	14.144,3	15.826,4	17.793,9	19.521,8	21.930,3	135,8
Seguradora especializada em saúde	6.701,3	7.522,6	7.912,5	8.749,9	8.608,4	11.054,3	12.403,6	14.096,0	110,3
Operadoras exclusivamente odontológicas	470,7	594,1	743,8	910,9	1.082,8	1.176,4	1.340,9	1.671,9	255,2
Cooperativa odontológica	153,8	211,8	246,8	277,5	323,4	360,8	402,0	439,6	185,9
Odontologia de grupo	317,0	382,3	497,0	633,3	759,5	815,6	938,9	1.232,3	288,8

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dez. 2009 e 2011.

(1) As operadoras de autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

A ANS calcula o denominado Índice Combinado, que mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, de comercialização e assistenciais) e as receitas de contraprestações, cujos resultados são mostrados na Tabela 6.

Tabela 6. Índice Combinado - Brasil, 4º trim. de 2008 ao 3º trim. de 2011.

Modalidade	4ºtri08	1ºtri09	2ºtri09	3ºtri09	4ºtri09	1ºtri10	2ºtri10	3ºtri10	4ºtri10	1ºtri11	2ºtri11	3ºtri11
Cooperativa Médica	0,98	0,95	0,99	1	1	0,9	0,99	0,99	1	0,94	0,99	1
Filantropia	1,73	1,66	1,75	1,73	1,75	1,44	1,66	1,56	1,64	1,5	1,61	1,49
Medicina de Grupo	0,95	0,95	1	1	0,99	0,93	0,98	0,98	0,97	0,94	1	1
Seguradora espec. saúde	0,97	0,93	0,99	0,98	0,96	0,97	0,97	0,93	0,91	0,95	0,98	0,98
Médico-hospitalar	0,99	0,96	1,02	1,01	1,01	0,94	1	0,99	0,99	0,96	1,01	1,01
Cooperativa Odontológica	0,94	0,95	0,98	0,98	0,95	0,9	0,95	0,99	1,02	0,95	0,99	0,97
Odontologia de Grupo	0,83	0,77	0,8	0,8	0,84	0,73	0,84	0,77	0,81	0,74	0,77	0,79
Exclusivamente odontologia	0,86	0,82	0,85	0,85	0,87	0,77	0,87	0,81	0,85	0,77	0,81	0,82

Fonte: Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, 2º trimestre de 2011.

Depreende-se da Tabela 6 que, no período examinado, o índice combinado manteve, especialmente para as operadoras médico-hospitalares, certa estabilidade. No último trimestre de 2008, esse índice era de 0,99 e aumentou, no terceiro trimestre de 2011, para 1,01, mostrando que houve, portanto, um acréscimo de despesas maior do que o de receitas. Sabendo que as despesas de comercialização cresceram mais aceleradamente que as despesas administrativas e as despesas com eventos indenizáveis, conforme revela a Tabela 2, supõe-se que o crescimento das despesas de comercialização foram responsáveis pelo aumento do total de despesas das operadoras de planos de saúde. Cabe mencionar que o aumento dessas despesas não resulta do crescimento da utilização de serviços assistenciais e que, portanto, não produz impacto sobre as condições de saúde dos beneficiários de planos de saúde.

Considerando que, quando o índice é igual a 1 significa que despesas e contraprestações são iguais, no período considerado, as receitas das operadoras médico-hospitalares foram superiores às despesas em metade dos índices calculados — em 6 dos 12 índices calculados para cada trimestre apresentado na tabela —, e que, quando isso aconteceu, as receitas superaram as despesas por uma margem maior do que nos trimestres em que as despesas foram maiores que as receitas.

As operadoras exclusivamente odontológicas, por seu turno, obtiveram um resultado expressivamente superior, haja vista que os índices combinados foram menores do que os observados para as operadoras médico-hospitalares — 0,86, no quarto trimestre de 2008, passando para 0,82 no terceiro trimestre de 2011. No último ano, portanto, houve um aumento das receitas de contraprestações pecuniárias significativamente superior ao aumento das despesas.

O resultado líquido das operadoras de planos de saúde é mostrado na Tabela 7. Ao longo do período analisado — final de 2008 a 2011 — nota-se que essa variável apresentou resultados bastante erráticos. A título de exemplo, o resultado líquido das operadoras médico-hospitalares foi, no 4º trimestre de 2008, de 182 milhões de reais e, no trimestre seguinte, sofreu um incremento de mais de 500%, totalizando 1,1 bilhão de reais. Malgrado as fortes oscilações, observa-se que o resultado líquido dessas empresas apresenta uma tendência ascendente.

Tabela 7. Mercado de Saúde Suplementar: Resultado Líquido

Valores em milhões de reais

Modalidade	4ºtri08	1ºtri09	2ºtri09	3ºtri09	4ºtri09	1ºtri10	2ºtri10	3ºtri10	4ºtri10	1ºtri11	2ºtri11	3ºtri11
Autogestão	24,1	349,4	278,8	42,6	210,7	342,9	116,9	279,1	93,4	284,3	40,4	-48,5
Cooperativa Médica	51,2	235,3	39,5	67,4	-79,3	515,9	101,3	120,7	-42,0	371,7	56,6	41,5
Filantropia	43,6	47,1	20,2	18,6	-117,2	99,6	33,7	43,4	-123,5	35,6	-5,5	8,2
Medicina de Grupo	63,3	111,4	-50,4	-54,8	18,4	226,5	31,3	130,3	-48,7	136,4	50,9	87,5
Seguradora Especializada em Saúde	0,1	361,0	224,9	261,5	291,0	328,7	252,4	339,8	443,5	391,4	290,2	360,3
Médico-hospitalares	182,2	1104,2	513,0	335,3	323,6	1513,5	535,4	913,3	322,8	1219,5	432,5	449,0
Varição (%) no trimestre	-0,3	5,1	-0,5	-0,3	0,0	3,7	-0,6	0,7	-0,6	2,8	-0,6	0,0
Cooperativa Odontológica	0,4	4,8	1,8	1,0	2,7	11,2	2,5	3,9	-2,1	2,6	3,0	1,6
Odontologia de Grupo	-129,4	34,6	32,6	27,9	26,5	49,3	27,3	50,9	104,6	50,8	43,2	28,4
Exclusivamente Odontológicas	-129,0	39,3	34,4	28,9	29,2	60,5	29,9	54,8	102,4	53,4	46,2	30,0
Varição (%) no trimestre	-5,2	-1,3	-0,1	-0,2	0,0	1,1	-0,5	0,8	0,9	-0,5	-0,1	-0,3
TOTAL	53,2	1143,6	547,5	364,2	352,8	1574,0	565,3	968,1	425,2	1272,8	478,7	479,0
Varição (%) no trimestre	-0,8	20,5	-0,5	-0,3	0,0	3,5	-0,6	0,7	-0,6	2,0	-0,6	0,0

Fonte: Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, ANS, 2º trim. de 2011.

4 – A CONCENTRAÇÃO NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ASSISTENCIAL

Assim como fatores de ordem econômica e atuarial são apontados como concentradores do mercado (vide referência à RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, e posteriores), fatores de ordem assistencial têm concorrido para o mesmo processo.

De fato, o grande marco jurídico do setor inaugurou aquilo que poderíamos denominar como concentração decorrente da regulação.

Até a entrada em vigor da Lei n.º 9.656, de 1998, e das Medidas Provisórias que sucessivamente alteraram aquele diploma jurídico, as operadoras de planos de saúde atuavam em meio a um vazio legal. Nos contratos que regiam a relação entre empresas e usuários vigorava a mais completa falta de padronização e os abusos se multiplicavam. Inexistiam critérios para a exclusão de procedimentos, para o estabelecimento de carências, para a fixação dos reajustes das mensalidades, para a definição das doenças preexistentes, para a fiscalização e para as garantias de atendimento das necessidades dos usuários.

Ao cidadão que se considerasse lesado na relação com sua respectiva operadora só restava a reclamação judicial, com base no Código de Defesa do Consumidor, ou a apresentação de queixas aos órgãos de Defesa do Consumidor para tentar um acordo extrajudicial. As queixas se multiplicavam aos milhares e, embora os PROCONs e quejandos tenham sempre atuado de forma diligente, nem sempre a questão era solucionada, pois muitas vezes a empresa simplesmente encerrava suas atividades sem garantir ao usuário a sucessão da cobertura por outra operadora.

Consubstanciava-se, desse modo, um quadro em que uma legislação específica era mais do que premente.

Curioso observar, entretanto, que a primeira proposição apresentada no Congresso Nacional sobre o tema, em 1985, não objetivava tratar de questões refletivas às relações entre as empresas e os consumidores, mas entre as empresas e os prestadores, pois propunha que a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira fosse a base para a remuneração profissional nos “convênios médicos”.

A partir de 1991, começaram a ser apresentadas diversas proposições enfocando aspectos diversos da relação operadoras-consumidores, tais quais: ressarcimento quando o atendimento é feito em estabelecimentos não conveniados, limitação na alegação de preexistência de patologias, limitação nas exclusões contratuais, regulamentação das carências etc.

Após uma longa tramitação, em 1998 o País passou a contar com uma legislação que impôs limites às operadoras em vários aspectos, tais como os citados acima.

A legislação aprovada pelo Congresso Nacional foi, logo após sua publicação, alterada sucessivas vezes por Medidas Provisórias, mas, no que concerne aos aspectos mais relevantes das garantias assistenciais inseridas na legislação pelo texto aprovado no Legislativo, permaneceu sem grandes modificações.

Os pontos que merecem destaque são:

1º) cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;

2º) limitação das exclusões possíveis aos casos de: tratamentos experimentais, procedimentos estéticos, inseminação artificial, tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento estéticos; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, para tratamento domiciliar ou de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico, tratamentos ilícitos ou antiéticos e casos de cataclismos, guerras e comoções internas;

3º) limitação da alegação de preexistência de doença ou lesão às comprováveis à data da contratação do plano e até 24 meses depois;

4º) limitação da segmentação dos contratos a planos: ambulatoriais, hospitalares, com cobertura de parto e com cobertura odontológica;

5º) limitação das carências a até 300 dias para partos e a até 180 dias para todos os demais casos;

6º) reembolso, das despesas em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras;

7º) proibição de cobranças de taxas para renovação, recontagem de carências, exclusão unilateral em razão de idade e outros pontos que eram comuns aos contratos impostos pelas operadoras até então.

Tais exigências e limites legalmente impostos aos contratos trouxeram uma nova realidade ao mercado e, possivelmente, tiveram como decorrência uma aceleração no processo de concentração econômica, embora praticamente inexistam dados que corroborem esse fato.

Isso porque o mercado só pode ser efetivamente dimensionado com o advento da Lei nº 9.656, que, de início obrigou as operadoras a se cadastrarem na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, e, posteriormente, com as modificações daquele diploma jurídico e publicação da Medida Provisória 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, seguida da conversão desta em lei (Lei nº 9.961, de 2000), na Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.

O fato é que as novas disposições levaram à inviabilidade muitas operadoras, pois o custo de se adequar às novas exigências legais tornou-se impeditivo. Nesse processo, misturaram-se o joio e o trigo: operadoras honestas e ligadas a grupos bem intencionados e outras, claramente lesivas ao interesse do consumidor.

No primeiro grupo, podemos agrupar, basicamente, planos que até então eram oferecidos por hospitais, muitos deles de caráter filantrópico e sediados em pequenas e médias cidades, que ofereciam cobertura nas especialidades existentes no próprio estabelecimento.

Já no segundo grupo, havia um número expressivo de empresas, muitas delas sem qualquer ligação com o setor saúde ou securitário, que, se aproveitando das brechas legais, ofereciam contratos repletos de exclusões e de cláusulas limitantes da cobertura. Tais exclusões significavam na prática que qualquer quadro mais grave, ou que demandasse uso de tecnologia ou períodos de internação mais prolongados, era passível de negação de cobertura e de rompimento unilateral do instrumento contratual.

A partir da entrada em vigor da lei e da atuação da ANS, outras regulamentações de caráter assistencial foram criadas, de forma a ampliar a cobertura e a inserir novos procedimentos, decorrentes da evolução científica e tecnológica, que tornaram mais e mais difíceis a permanência no mercado de empresas que não contam com lastro financeiro ou instalações condizentes com as novas exigências.

Exemplos mais recentes das exigências interpostas pela regulamentação, com base em reclamações de consumidores e nos avanços científicos e tecnológicos, são os decorrentes da publicação das Resoluções 259 e 262 de 2011.

A primeira Resolução citada procurou garantir ao beneficiário o atendimento dos serviços e procedimentos contratados, com previsão de prazos máximos, no município onde os demandar ou nas localidades vizinhas, desde que estes sejam integrantes da área geográfica de abrangência e de atuação do plano.

O objetivo alegado da norma foi o de garantir que o beneficiário tenha acesso a pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada.

Já a outra Resolução atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, expandindo a cobertura assistencial mínima obrigatória, o que é realizado a cada dois anos pela Agência.

Com a entrada em vigor do novo Rol foram incluídos: 41 novas vídeo cirurgias, 13 novos exames laboratoriais, procedimentos relacionados à prevenção de doenças e à promoção da saúde, inclusão de novos tratamentos, como a terapia imunobiológica endovenosa para artrite reumatoide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante, e novas tecnologias, como pet-scan oncológico e oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de pé diabético.

É forçoso reconhecer que, nessas circunstâncias, as médias e pequenas operadoras terão mais dificuldades para se adequar à amplitude de procedimentos e a cumpri-los com a prestação exigida, levando, desse modo, a que sejam forçadas a se associarem, fundirem ou simplesmente a venderem suas carteiras a operadoras mais robustas economicamente.

5 – CONCLUSÕES

Na análise empreendida com base nos dados econômicos, um dos fatores apontados para o avanço do processo de concentração do setor foi a atuação reguladora da ANS, com a exigência de capitais mínimos para provisão, provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência.

No que concerne aos fatores concentradores de caráter assistencial, também se sobressai o papel regulador, tanto da legislação aprovada pelo Congresso Nacional, como da legislação infra legal, decorrente do papel conferido pelo Legislativo à agência reguladora setorial.

Percebe-se, desse modo, que ao lado das características inerentes ao próprio mercado, com crescente participação de empresas ligadas ao setor financeiro no ramo de planos de saúde, a regulação, seja ela econômica, seja ela assistencial, desempenha papel importante na concentração setorial.

Embora o objetivo precípua da regulação, em qualquer setor, não seja o da concentração econômica, ela é conseqüente à elevação dos níveis de exigência em face do objetivo maior que é o de proteger o consumidor, correntista ou beneficiário, ou seja, proteger os cidadãos e empresas, qualquer que seja o nome que recebam em decorrência das diversas formas de relações de consumo que estabelecem.

Se nos debruçarmos sobre as atividades regulatórias empreendidas pelo Banco Central, ou pela Agência Nacional de Telecomunicações, ou pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária verificaremos que diversos de seus respectivos atos, sejam de caráter econômico, sejam de conteúdo tecnológico, ou ainda de cobertura têm nítido viés concentrador.

Há que se considerar, entretanto, que abrir mão de tais regulações representaria riscos à higidez de nosso sistema financeiro, ou à cobertura dos serviços de telecomunicações disponíveis, ou ao rigor na fabricação de fármacos que são, de todo o modo, indesejáveis para a proteção e para o resguardo dos interesses da população.

A viabilização da capacidade competitiva de operadoras de planos de saúde, portanto, não deve prescindir das garantias a serem exigidas das mesmas no que concerne ao atendimento do usuário.