

# OS PLANOS DE SAÚDE NA RECENTE CRISE ECONÔMICA BRASILEIRA<sup>1</sup>

Rosa Maria Marques<sup>2</sup>

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira<sup>3</sup>

Ana Hutz<sup>4</sup>

Este estudo tem como objetivo principal evidenciar os efeitos da crise econômica brasileira recente nos planos de saúde. As variáveis analisadas são: cobertura populacional, tipo de contrato, perfil dos segurados quanto ao gênero, concentração do setor e origem do capital e política de reajuste praticada. Para isso, é feita, primeiramente, uma breve retrospectiva histórica da origem da saúde privada no país, especialmente daquela vinculada ao processo de industrialização associado às multinacionais. A seguir, o estudo se debruça sobre a evolução dos planos de saúde a partir do início dos anos 2000, tendo como pano de fundo o desempenho da economia, particularmente do mercado de trabalho. Conclui-se que, assim como a ampliação da cobertura dos planos cresceu com o aumento da formalização nos governos Lula e no primeiro governo Dilma, o desemprego massivo provocado pela recessão, especialmente no mercado formal, acarretou a perda de vínculo com os planos de saúde de significativo contingente de trabalhadores. Esses, em reação à queda do número de segurados, buscaram alterar a sistemática de seus reajustes. O estudo ainda aponta para o aprofundamento da concentração e da presença do capital estrangeiro no setor no período recente.

**Palavras-chave:** saúde suplementar; planos privados de saúde; concentração de empresas; capital estrangeiro; crise econômica.

## HEALTH PLANS AND THE RECENT BRAZILIAN ECONOMIC CRISIS

The main objective of this study is to show the effects of the recent Brazilian economic crisis on the Health Plans. The variables analyzed are: population coverage, type of contract, profile of the insured as to gender, concentration of the sector and origin of capital, and adjustment policy practiced. For this, firstly a brief historical retrospective of the origin of private health in the country is made, especially of the one related to the process of industrialization associated with the multinationals. Next, the article focuses on the evolution of health plans, mainly in the early 2000s, considering the economy performance as a background, particularly the labor market. It is concluded that, the same way as the coverage of the plans increased with the expansion in formal labor market in the Lula governments and in the first Dilma term, massive unemployment, especially in the formal labor market, caused by the recession made a huge workers contingent loss their connection with the Health Plans. The insurance companies, in reaction to the fall in the number of insureds, sought to change the systematics of their readjustments. The study also points to the deepening of the concentration and presence of foreign capital in the sector in the recent period.

**Keywords:** supplementary health; private health insurance; business concentration; foreign capital, economic crisis.

---

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ppp59art8>

2. Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Pós-graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). *E-mail:* <rosamkmarques@gmail.com>.

3. Professora-doutora do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da PUCSP. *E-mail:* <mrferreira@pucsp.br>.

4. Professora do Departamento de História da PUCSP. *E-mail:* <ana.hutz@gmail.com>.

## LOS PLANES DE SALUD Y LA RECIENTE CRISIS ECONÓMICA BRASILEÑA

Este estudio tiene como objetivo principal evidenciar los efectos de la crisis económica brasileña reciente en los Planes de Salud. Las variables analizadas son: cobertura poblacional, tipo de contrato, perfil de los asegurados en cuanto al género, concentración del sector y origen del capital, y política de reajuste practicado. Para ello, se hace, primero, una breve retrospectiva histórica del origen de la salud privada en el país, especialmente de aquella vinculada al proceso de industrialización asociado a las multinacionales. A continuación, el estudio se centra en la evolución de los planes de salud a partir de principios de los años 2000, teniendo como telón de fondo el desempeño de la economía, particularmente del mercado de trabajo. Se concluye que, así como la ampliación de la cobertura de los planes creció con el aumento de la formalización en los gobiernos de Lula y en el primer gobierno de Dilma, el desempleo masivo, especialmente en el mercado formal, provocado por la recesión acarrió la pérdida de vínculo con los Planes de Salud de significativo contingente de trabajadores. Estos, en reacción a la caída del número de asegurados, buscaron alterar la sistemática de sus reajustes. El estudio aún apunta a la profundización de la concentración y de la presencia del capital extranjero en el sector en el período reciente.

**Palabras clave:** salud suplementaria; planos privados de salud; concentración de empresas; capital extranjero; crisis económica.

**JEL:** I1; I11.

### 1 INTRODUÇÃO

Os seguros e planos privados de saúde constituem parte importante do Sistema Nacional de Saúde brasileiro, a despeito de a Constituição de 1988 (CF/1988) ter criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal. Seus beneficiários são majoritariamente os trabalhadores (e suas famílias) que estão mais bem integrados ao mercado de trabalho, fazendo parte daquilo que é chamado de mercado formal, de modo que têm garantidos os direitos previdenciários e trabalhistas em vigor no país. Considerando sua importância, é relevante analisarmos quais foram as consequências da recente crise econômica sobre os planos e seguros de saúde, tanto do ponto de vista de sua cobertura como no que diz respeito a sua composição e origem patrimonial. Esse é o objetivo deste artigo: evidenciar os efeitos da crise econômica recente nos planos de saúde. As variáveis analisadas são: cobertura populacional, tipo de contrato, perfil dos segurados quanto ao gênero, concentração do setor e origem do capital, e política de reajuste praticada.

O texto está dividido em três seções, além desta breve introdução. Na seção 2, é feita, primeiramente, uma breve retrospectiva histórica da origem da saúde privada no país, especialmente daquela vinculada ao processo de industrialização associado às multinacionais, chamando atenção para o fato de o Brasil ser o único país onde foi instituída uma saúde pública universal, que tem o gasto privado maior do que o gasto público. , o estudo se debruça sobre a evolução dos planos de saúde a partir do início dos anos 2000, tendo como pano de fundo o desempenho da economia, particularmente do mercado de trabalho. Por fim, são retomadas as principais conclusões.

## 2 OS PLANOS PRIVADOS NO BRASIL: ORIGEM, EXPANSÃO E REGULAMENTAÇÃO

Os planos privados de saúde no Brasil possuem, como marco legal específico atual, a Lei nº 9.656/1998. Esta lei teve como objetivo regulamentar a atuação dos planos privados, cuja presença no sistema de saúde foi mantida após a criação do SUS, na CF/1988. Seu art. 199 explicita: “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e coloca o caráter complementar na prestação de serviços de saúde em seu primeiro parágrafo: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Brasil, 1988).

Esse desenho institucional, somado às diversas dificuldades em proporcionar um financiamento ao SUS que garanta sua efetiva universalidade (Marques e Mendes, 2012), permitiu não só a manutenção como o crescimento do setor privado de saúde no Brasil. Em termos de participação relativa, o Brasil constituiu-se em um caso único: um país em que (embora tenha um sistema público universal de saúde), a maior parte dos gastos em saúde é privada. E o peso desse setor no total do gasto não se alterou com a criação do SUS. Nas últimas três décadas, ele manteve-se relativamente estável, entre 55% e 60% dos gastos totais em saúde (WHO, [s.d.]).

O acesso aos cuidados de saúde no campo privado está vinculado a diferentes modalidades: i) o pagamento direto pelos bens e serviços (como o pagamento direto por uma consulta médica ou um medicamento); ii) os seguros de saúde (empresas de seguro que atuam na área de saúde suplementar); e iii) a modalidade mais recorrente no Brasil, os planos privados de saúde. Os planos de saúde, por sua vez, organizam-se como: empresas de medicina de grupo; cooperativas médicas; e instituições de autogestão.

O gasto privado em saúde realizado pelas famílias com planos e seguros privados de saúde é parte importante de seus dispêndios. De acordo com os dados da Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2018b), o consumo das famílias com bens e serviços de saúde caiu como proporção do produto interno bruto (PIB) entre 2001 e 2011, passando de 4,9% para 4,3% (excetuando o ano de 2009, em que a recessão fez a relação aumentar), mas subiu entre 2011 e 2015, ano em que atingiu 5,2% do PIB. Nesse processo, entre 2011 e 2015, a participação dos dispêndios com seguros privados e pagamentos diretos por cuidados em saúde cresceu de 59% para 67% do total gasto privado realizado pelas famílias.

Os dados da Conta-Satélite não diferenciam a parcela destinada aos planos e seguros privados daquela destinada aos desembolsos diretos. Dados de 2011 (Carvalho, 2012) apontam que os dispêndios com planos e seguros privados correspondiam a 48% do total de gastos privados e a 25% dos gastos totais em

saúde no país. Os demais 52% dos gastos distribuíam-se em gastos diretos com medicamentos e com cuidados médicos (como consultas particulares).<sup>5</sup>

Na origem, o desenvolvimento da saúde privada esteve vinculado às Santas Casas de Misericórdia e, a partir do século XIX, à formação do sistema previdenciário brasileiro (Souza, 2014). Após o surgimento de dezenas de Ligas de Socorros Mútuos, a primeira estrutura legal foram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), criadas a partir de 1923. Elas eram financiadas com recursos dos trabalhadores, das empresas e do próprio governo e, além de cobertura previdenciária, incluíam também assistência médica e fornecimento de medicamentos (Marques, 1996).

A partir do governo Vargas, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), a assistência médica provida por essas instituições tendeu a se expandir não só em termos de cobertura (dependentes), como ampliando a rede de hospitais e ambulatorios próprios, além da contratação de serviços de estabelecimentos de saúde privados, lucrativos ou filantrópicos. Quando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado, em 1967, ele cristalizou a atenção à saúde em uma perspectiva previdenciária, vinculada às relações de trabalho formais. Ao longo dos anos 1960 e até 1974, a articulação entre os setores público e privado foi a base da assistência à saúde, o que ocorreria mediante convênios. Os convênios baseavam-se, até 1974, no pagamento por unidade de serviço (US) e eram iguais para a contratação de serviços do setor privado ou de hospitais universitários (Escorel, 1999; Marques, 2017).

Nesse processo, surgiram os embriões dos planos privados de saúde. Os primeiros são criados na década de 1950, quando as empresas multinacionais se instalaram no país, pois buscaram garantir cuidados de saúde aos seus funcionários. Nos anos 1960, essa modalidade de cuidado se multiplicou com adesão de outras grandes empresas nas regiões metropolitanas.<sup>6</sup>

Em paralelo ao desenvolvimento dos planos para os trabalhadores da iniciativa privada, desenvolveram-se, já a partir dos anos 1940 e 1950, mecanismos privados de assistência médica para os funcionários de estatais e/ou autarquias. O Banco do Brasil criou a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e, ao longo dos anos 1970, conforme a quantidade de empresas estatais se expandiu, outros planos privados foram criados como parte dos benefícios oferecidos a seus funcionários (Bahia, 2001).

---

5. O autor chega a esses dados a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6. Para mais detalhes desse período, ver Menicucci (2007).

Entre 1974 e 1975, o desenho institucional da saúde foi modificado. Em 1974, o INPS foi reformulado e o governo federal criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). No mesmo ano, foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Além disso, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), que previa maior coordenação dos serviços prestados pelos setores público e privado.

Contudo, de acordo com Menicucci (2007, p. 101),

a política de saúde favoreceu a expansão do mercado privado de saúde de duas maneiras: a primeira, ao tornar o setor público o maior comprador de serviços médicos, propiciando o desenvolvimento da rede prestadora privada nas décadas de 60 e 70, em estreita dependência do setor público; a segunda, ao incentivar o desenvolvimento de formas privadas de assistência, vindo favorecer uma atuação autônoma dos diferentes segmentos privados, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas.

O final dos anos 1970 marca um momento de inflexão para os planos privados. De um lado, a crise econômica gerou uma redução de recursos para o INAMPS, levando diversos contratos do Estado com empresas privadas a serem extintos. Por outro lado, o início da reestruturação dos movimentos sociais – junto com a criação de novos partidos políticos e das centrais sindicais, além da retomada de ações dos sindicatos –, marcou o fortalecimento do movimento sanitarista, que foi crucial para a criação do SUS (Scorel, 1999).

Entretanto, apesar da criação do SUS, os planos privados de saúde continuaram crescendo. Nas décadas anteriores, entre os anos 1950 e início dos anos 1980, o país acumulou trezentas operadoras contando com cerca de 15 milhões de beneficiários. A criação de um sistema público universal poderia ter reduzido a relevância dos planos privados; no entanto, o SUS foi criado com limitações importantes decorrentes da baixa priorização política e social, além das restrições orçamentárias. É nesse contexto que se explica porque o sistema foi criado com frágeis garantias de financiamento e com a explícita permanência do setor privado na provisão dos serviços de saúde.

Esses determinantes supracitados permitiram que o setor privado tenha permanecido parte importante do sistema de saúde brasileiro. Isso aparece de forma evidente, inclusive do ponto de vista fiscal. As empresas que oferecem planos privados de saúde como benefício podem descontar suas despesas integralmente no Imposto de Renda desde 1982 (Linkseguros, 2018); o mesmo benefício é estendido às pessoas físicas beneficiárias em 1991 (Almeida, 1998).

Ao longo dos anos 1990, o ritmo de crescimento no número de beneficiários<sup>7</sup> dos planos privados de saúde reduziu-se não por conta do SUS, mas sim em decorrência da crise econômica. O crescimento do mercado formal de trabalho estagnou no início da década e o aumento da taxa de desemprego na segunda metade limitou a expansão dos planos. Ainda assim, o ritmo de crescimento de usuários de planos (2,2% entre 1990 e 1994 e 3,5% entre 1995 e 1998) ainda foi maior do que a ampliação populacional, com queda apenas entre 1996 e 1998 – retração de 3%, passando de 41 milhões para 38,7 milhões de usuários (Souza, 2014).

Como parte do processo de regulamentação da atuação do setor privado, principalmente em decorrência da série de privatizações realizadas ao longo dos anos 1990, diversas agências regulatórias foram criadas neste período, incluindo a da assistência suplementar de saúde. Assim, o art. 32 da Lei nº 9.656/98 regulamentou a existência dos planos de saúde e, em janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961. A criação da ANS visa regulamentar o setor nos seguintes elementos: i) definição de cobertura, com regras mais claras de proteção ao “beneficiário-consumidor”; ii) critérios de entrada e saída de operadoras no mercado; e iii) regulamentação e fiscalização das operadoras em termos de atividade econômica e assistencial.

### 3 A EVOLUÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO PERÍODO RECENTE

#### 3.1 Os planos de saúde antes da crise econômica

No Brasil, os planos de saúde são classificados pela ANS como aqueles que concedem assistência médica, incluindo ou não atendimento odontológico, e aqueles que garantem exclusivamente serviços odontológicos. Eles sempre apresentaram distribuição espacial no país desigual, expressando as diferenças entre os estados e as regiões quanto à renda, ao grau de formalidade do mercado de trabalho e aos investimentos privados e públicos. Por isso, em agosto de 2018, enquanto os estados das regiões Sul e Sudeste, bem como o Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal, registravam uma cobertura superior a 20% no que se refere à assistência médica; os estados do Nordeste, com exceção do Ceará e de Alagoas, bem como o Pará, Amapá e Amazonas, registravam uma cobertura entre 10 e 15%.

Em 2000, o número de beneficiários, contemplados por essas duas modalidades, somava 33.193.357. Desses, apenas 6,9% integravam planos de saúde com serviços exclusivamente odontológicos. Em 2014, esse percentual já havia aumentado para 33,1%, indicando que, no período, não só aumentou o “valor” atribuído por parte da população brasileira aos cuidados odontológicos, como as

---

7. Segundo a ANS, o termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo, um mesmo indivíduo, ter vários vínculos.

operadoras intensificaram sua especialização relativa, seja em assistência médica, seja em assistência odontológica.<sup>8</sup>

No período, o tipo de contrato que mais se expandiu entre os planos que atendiam exclusivamente serviços odontológicos foi o de “coletivo empresarial”. Em 2000, esse grupo abrangia 50% dos beneficiários; em 2014, 73%. Quanto à cobertura,<sup>9</sup> esta se ampliou de 1,4%, em 2000, para 10,2% em 2014. O número de operadoras com planos exclusivos odontológicos diminuiu no período, de 399 para 343, aumentando a concentração no segmento, muito embora tenha registrado aumento entre 2001 e 2003.

A cobertura dos planos de saúde com assistência médica, incluindo ou não serviços de odontologia, foi praticamente constante nos primeiros anos da série disponibilizada pela ANS, oscilando em torno de 18,1%. A partir de 2004, no entanto, esse indicador começou a aumentar, atingindo seu ápice em 2014, com 25,9%. Essa expansão da cobertura coincide com a melhora do mercado de trabalho brasileiro, quando, a partir de 2004, caiu sucessivamente a taxa de desemprego (com exceção de 2009, por conta dos efeitos da crise do *subprime*, ocorrida nos Estados Unidos) e, principalmente, ampliou-se a formalização do trabalho (tabela 1).

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), em 2005, 46,2% dos trabalhadores com 16 anos ou mais estavam ocupados em empregos formais; em 2014, essa participação havia aumentado para 57,7% (tabela 1). Dessa forma, podemos afirmar que o aumento da cobertura dos planos explica-se pela ampliação da formalização do emprego observada nos governos Lula e Dilma (esta, até 2014), tendo em vista que, desde a década dos 1970, os planos de saúde faziam parte da pauta de reivindicação dos trabalhadores mais organizados. Pouco a pouco, esse item foi incorporado nas demandas dos demais trabalhadores do mercado formal de trabalho. Além disso, é preciso dizer que não foi pouco importante o trabalho de *marketing* realizado pelas seguradoras junto à grande mídia televisiva e escrita. Tal como explorado na seção 3 deste artigo, os planos de saúde fazem parte dos principais desejos dos brasileiros.

No período, quando se analisa a evolução do número de beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano, verifica-se que a expansão da população coberta ocorreu basicamente mediante a modalidade “coletivo empresarial”, tal como para serviços exclusivamente odontológicos, mas com maior intensidade. Essa que, no início da série, já representava 45,5% do total dos contratos, quintuplicou, enquanto que as modalidades “individual ou familiar” e “coletivo por adesão” somente dobraram entre 2000 e 2014 (gráfico 1). Em 2014, os planos de saúde com esse tipo de contrato representavam 66,5% do total dos contratos.

8. Mesmo se considerarmos que, no início da série histórica, houve um processo de qualificação das informações do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB), a evolução no período 2000-2014 não desdiz as conclusões aqui mencionadas.

9. Trata-se do percentual da população brasileira beneficiário dessa modalidade de assistência médica, isto é, mediante planos de saúde.

TABELA 1

**Taxas de cobertura dos planos de saúde com assistência médica, taxa de desemprego e proporção do trabalho formal no total dos ocupados – Brasil (dez. 2000-dez. 2014)**

Ano	Taxa de cobertura	Taxa de desemprego	Trabalho formal (%)	Ano	Taxa de cobertura	Taxa de desemprego	Trabalho formal (%)
Dez. 2000	18,3	12,0	-	Dez. 2008	21,6	7,8	48,9
Dez. 2001	18,1	12,1	45,7	Dez. 2009	21,9	8,1	50,1
Dez. 2002	18,0	12,6	45,2	Dez. 2010	23,2	6,7	51,3
Dez. 2003	17,9	12,3	46,2	Dez. 2011	23,7	6,0	56,0
Dez. 2004	18,7	11,4	46,4	Dez. 2012	24,4	5,5	56,9
Dez. 2005	18,9	9,9	46,2	Dez. 2013	25,2	5,4	58,0
Dez. 2006	19,5	9,4	47,5	Dez. 2014	25,9	4,8	57,7

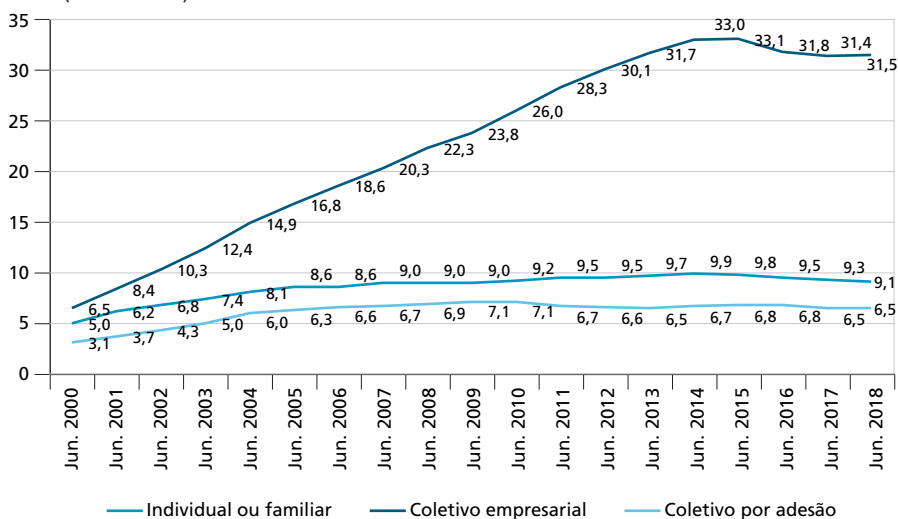
Fontes: Dados de ANS ([s.d.]); PME (IBGE, 2017); e PNAD (IBGE, 2018a).

Elaboração das autoras.

Obs.: 1. Período 2000-2004: proporção da população ocupada que contribui para a previdência social.

2. Período 2005-2014: proporção das pessoas com 16 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência em trabalhos formais.

GRÁFICO 1

**Beneficiários de assistência médica por tipo de contratação do plano – Brasil (jun. 2000-jun. 2018)**  
 (Em 1 milhão)


Fonte: Dados de ANS ([s.d.]).

Elaboração das autoras.



Durante os primeiros anos do período, a quantidade de operadoras que ofereciam assistência médica manteve-se praticamente estável, com algumas oscilações. A partir de 2006, no entanto, essa quantidade acusou queda todos os anos, chegando, em 2014, com 874, frente a 1.289 que havia no ano de 2000. Essa evolução é um dos indicadores da concentração ocorrida no setor, que teria ocorrido principalmente em termos do mercado de planos de saúde individuais (cada vez mais raros).

É importante destacar que esse processo de concentração ocorreu concomitantemente ao de outros setores da economia brasileira. Entre 2000 e 2014, a quantidade total de fusões e aquisições na economia aumentou de 353 para 818. Em quase todos os anos da série (com exceção de 2002, afetado pelo período eleitoral, e 2008, ano pelos impactos iniciais da crise do *subprime* estadunidense), o capital estrangeiro esteve presente em mais de 50% das operações de concentração (Galvão, 2019).

Além disso, no que diz respeito ao mercado de saúde suplementar, Andrade *et al.* (2015) mostram que mercados de saúde tão distintos como o brasileiro, o alemão, o holandês e o estadunidense apresentaram a mesma tendência de fusões nos anos 2000, em um movimento impulsionado pela busca de economias de escopo e escala.

Outra forma de concentração, mais relevante, refere-se a como os beneficiários se distribuem entre as operadoras. Esse ponto é tratado no item seguinte, quando o processo de concentração se acentua e quando se intensifica a entrada de capital estrangeiro no setor. O mesmo ocorreu com relação aos planos exclusivamente odontológicos.

## 3.2 Os planos de saúde e a crise econômica

### 3.2.1 A recessão, o desemprego e o aumento da informalidade

A entrada do país em recessão, em 2015, ao registrar uma queda do PIB de 3,5% nesse ano e de 3,3% em 2016, provocou significativa elevação no desemprego, de forma que foi registrada uma taxa de desocupação de 11,3% em 2016 e de 12,9% em 2017 (IBGE, 2017).

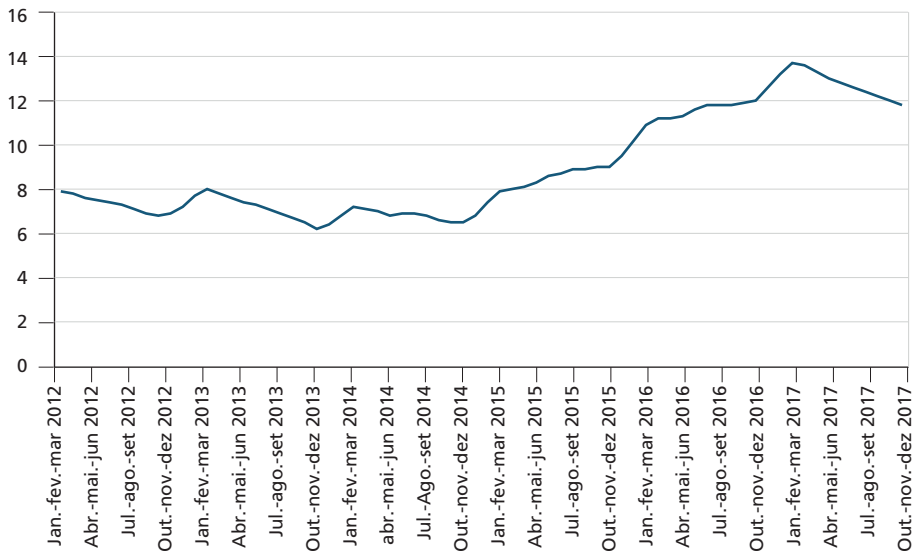
A evolução recente da taxa de desocupação pode ser vista no gráfico 2. Nele se pode observar que, ao final de 2014 e início de 2015, o desemprego calculado pelo IBGE, mediante a PNAD Contínua, havia registrado sua menor taxa (6,5% e 6,8%, para outubro, novembro e dezembro de 2014 e novembro e dezembro de 2017 e janeiro de 2015, respectivamente). Na média do ano de 2014, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego (PME),<sup>10</sup> também realizada pelo IBGE, o índice de

---

10. Essa pesquisa foi encerrada em março de 2016, com a divulgação dos dados de fevereiro desse ano.

desocupação ficou em 4,8%, o mais baixo da série. Ao mesmo tempo, correspondeu a essa taxa de desemprego, a mais alta participação da formalidade no total de ocupados com 16 anos ou mais (tabela 1). Esse desempenho coincide com o ápice da cobertura dos planos de saúde, quando 25,9% da população eram beneficiários de planos privados de assistência médica (ANS). Por sua vez, em 2015, a taxa de desemprego média ficou em 6,8%.

GRÁFICO 2  
Taxa de desocupação – Brasil (2012-2017)  
(Em %)



Fonte: PNAD Contínua mensal (IBGE, 2018a).

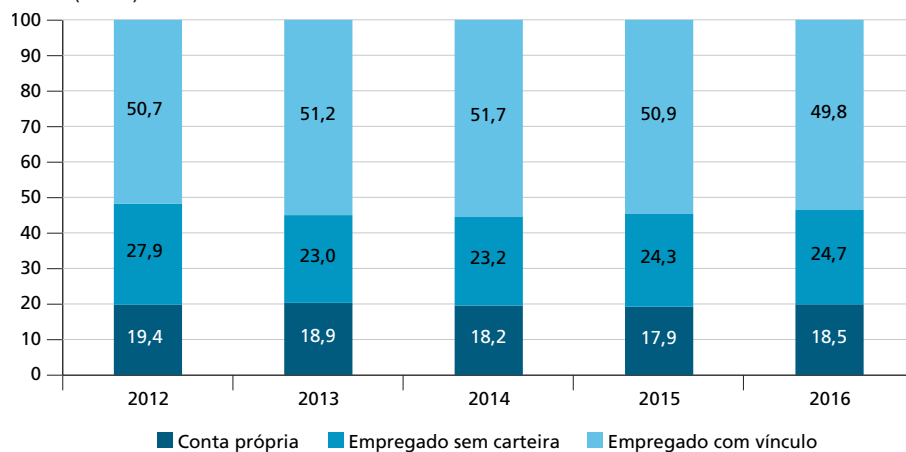
O desemprego atingiu de forma diferenciada os trabalhadores: mais fortemente os mais jovens e, entre homem e mulher, um pouco mais entre os homens. Em 2016, comparada à situação de 2015, a taxa de desocupação entre os trabalhadores com idade de 16 a 29 anos passou de 16,1% para 21,1%, 5 pontos percentuais (p.p.), mais que o dobro do maior aumento registrado entre as outras faixas (tabela 2). A desocupação sempre foi maior entre as mulheres do que entre dos homens, mas, entre 2015 e 2016, o aumento foi um pouco maior entre os primeiros (2,8 p.p. e 2,6 p.p., respectivamente).

TABELA 2  
Taxa de desocupação, por idade e sexo – Brasil (2015 e 2016)

	Total			Homens			Mulheres				
	2015	2016	%	2015	2016	%	2015	2016	%		
<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>11,3</b>	<b>2,7</b>	<b>Total</b>	<b>7,3</b>	<b>10,1</b>	<b>2,8</b>	<b>Total</b>	<b>10,3</b>	<b>12,9</b>	<b>2,6</b>
16 a 29 anos	16,1	21,1	5,0	16 a 29 anos	13,6	18,9	5,3	16 a 29 anos	19,2	24,0	4,8
30 a 49 anos	6,3	8,3	2,0	30 a 49 anos	5,1	7,0	1,9	30 a 49 anos	7,6	9,8	2,2
50 a 59 anos	3,8	5,5	1,7	50 a 59 anos	3,9	5,9	2,0	50 a 59 anos	3,8	5,0	1,2
60 anos ou mais	2,5	3,5	1,0	60 anos ou mais	2,6	3,8	1,2	60 anos ou mais	2,2	2,8	0,6

Fonte: IBGE (2017).

GRÁFICO 3  
Participação dos trabalhadores com 16 anos ou mais de idade, por posição na ocupação – Brasil (2012-2016)  
(Em %)



Fonte: IBGE (2017).

Ao mesmo tempo em que houve aumento no nível da desocupação, a crise econômica provocou a elevação da participação dos trabalhadores ocupados junto ao mercado informal. Como pode ser visto no gráfico 3, o crescimento da participação do emprego com vínculo, que crescia desde 2012, é interrompido, registrando seu nível mais baixo em 2016 (49,8%). Como contrapartida, expandiu-se a participação do emprego sem carteira e as ocupações classificadas como conta própria. Isso teve reflexo sobre o nível de cobertura dos planos de saúde, especialmente.

### 3.2.2 Os planos de saúde na crise

Como visto anteriormente, a cobertura dos planos de saúde de assistência médica com ou sem serviços odontológicos havia se ampliado de maneira contínua entre 2004 e 2014, acompanhando o crescimento econômico do país e o aumento da formalização do mercado de trabalho. Por outro lado, entre 2014 e 2015, o nível de cobertura caiu levemente (de 25,9%, em 2014, para 25,7%, em 2015), acentuando-se, a seguir, a redução com a recessão. Dessa forma, a taxa de cobertura se reduziu para 24,7% em 2016, 24,4% em 2017, e 24,2% em 2018. Como se pode observar no gráfico 1, isso foi provocado basicamente pela diminuição de beneficiários de planos de saúde de contrato “coletivo empresarial”, que estão inseridos no mercado formal de trabalho. Assim, o impacto de crise econômica afetou os planos de saúde não tanto pelo aumento do desemprego em geral, e sim pelo desemprego de trabalhadores que detinham anteriormente vínculos formais.

É interessante notar, ainda, que a redução de beneficiários foi um pouco maior entre os homens do que entre as mulheres, em consonância com a evolução da desocupação mencionada anteriormente. Assim, as mulheres, que sempre constituíram a maioria dos beneficiários de planos de saúde de assistência médica, aumentaram sua participação nos anos de crise mais aguda, representando 53,5% do total nos anos 2016 e 2017.

Do lado dos planos exclusivamente odontológicos, mesmo com a recessão, apresentaram ampliação da cobertura: de 10,2% em 2014, atingiu 10,8%, 11,4% e 12,6% em 2016, 2017 e 2018, respectivamente. Provavelmente isso se deve ao baixo valor relativo dos planos, quando comparados aos da assistência médica.

A crise teve forte impacto no processo em curso de concentração no setor. Ainda que essa fosse uma tendência já verificada, como mencionado na seção 2.1, em apenas três anos, entre 2014 e 2018, o número de operadoras de assistência médica diminuiu em 153 (38,25 operadoras, em média, por ano), enquanto que, entre 2000 e 2014, a redução havia sido de 415 (29,6 operadoras, em média, por ano). Junto às operadoras exclusivamente odontológicas, a redução de seu número foi menor, passando de 343, em 2000, para 289 em 2018.

O quadro de concentração dos planos de saúde se completa quando se coteja o número de operadoras com o dos beneficiários. Em dezembro de 2018, 252 operadoras (34% de um total de 743) que operam com assistência médica, detinham 90% dos beneficiários dos planos, em 2011 esse número era 331 e, em 2014, 293 (tabela 3). No caso das operadoras exclusivamente odontológicas, 53 (13% de um total de 392, reúnem 90% dos beneficiários).

**TABELA 3**  
**Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras – Brasil**

Dez. 2011			Dez. 2012			Dez. 2013		
Número de Operadoras	Número de beneficiários	%	Número de Operadoras	Número de beneficiários	%	Número de Operadoras	Número de beneficiários	%
1014	47.611.636	100,0	960	47.943.091	100,0	920	50.270.398	100,0
331	42.843.009	90,0	324	43.125.971	90,0	306	45.346.308	90,2
183	38.101.522	80,0	180	38.351.719	80,0	168	40.411.539	80,4
105	33.336.813	70,0	100	33.542.435	70,0	95	35.502.819	70,6
59	28.593.707	60,1	55	28.746.751	60,0	51	30.590.111	60,9
32	23.978.307	50,4	29	23.989.108	50,0	27	25.584.051	50,9
17	19.320.635	40,6	15	19.233.783	40,1	15	20.942.702	41,7
10	15.201.445	31,9	8	14.496.255	30,2	8	16.171.724	32,2
5	10.162.128	21,3	4	10.075.823	21,0	4	10.901.294	21,7
2	5.281.679	11,1	2	6.886.911	14,4	2	7.483.802	14,9

Dez. 2014			Dez. 2015			Dez. 2016		
Número de Operadoras	Número de beneficiários	%	Número de Operadoras	Número de beneficiários	%	Número de Operadoras	Número de beneficiários	%
873	50.809.249	100,0	873	50.809.249	100,0	788	47.730.390	100,0
293	45.774.020	90,1	293	45.774.020	90,1	306	43.385.023	90,9
159	40.703.588	80,1	159	40.703.588	80,1	168	38.646.116	81,0
89	35.680.461	70,2	89	35.680.461	70,2	95	33.852.680	70,9
48	30.536.075	60,1	48	30.536.075	60,1	51	29.300.906	61,4
26	25.460.372	50,1	26	25.460.372	50,1	27	24.722.353	51,8
14	20.619.011	40,6	14	20.619.011	40,6	15	19.777.492	41,4
7	15.221.553	30,0	7	15.221.553	30,0	8	15.884.390	33,3
4	11.029.487	21,7	4	11.029.487	21,7	4	9.596.311	20,1
1	4.090.572	8,1	1	4.090.572	8,1	2	3.819.610	8,0

(Continua)

(Continuação)

Set. 2017			Dez. 2018		
Número de Operadoras	Número de beneficiários	%	Número de Operadoras	Número de beneficiários	%
773	47.303.952	100,0	743	47.340.503	100,0
266	42.607.471	90,1	252	42.593.418	90,0
144	37.854.448	80,0	138	37.892.905	80,0
80	33.181.326	70,1	76	33.172.852	70,1
43	28.479.984	60,2	41	28.474.468	60,1
24	23.851.233	50,4	23	23.837.070	50,4
13	19.376.891	41,0	12	19.131.525	40,4
6	14.388.042	30,4	6	14.694.508	31,0
4	11.192.897	23,7	4	11.384.180	24,0
2	7.070.295	14,9	2	6.912.313	14,6

Fonte: Dados de ANS ([s.d.]).  
Elaboração das autoras.

Tal como em outros setores da economia brasileira, a intensificação do processo de concentração dos planos de saúde de assistência médica foi acompanhada do aumento da presença do capital estrangeiro na área da saúde. Entre 1999 e 2015, o total de transações realizadas no setor estava posicionado no 23º lugar do *ranking* da KPMG, com uma média de 7,5 fusões ou aquisições por ano. No entanto, a quantidade aumentou de forma significativa nos anos posteriores: 31 em 2016, 50 em 2017 e 52 no ano de 2018. Nos dois últimos anos, essas transações foram classificadas na quinta posição (KPMG, 2018).

O aumento de fusões e aquisições, entre os anos de 2016 e 2018, está certamente relacionado à mudança na legislação ocorrida em 19 de janeiro de 2015 – com a Lei nº 13.097/2015<sup>11</sup> –, quando foram introduzidas novas e amplas exceções à vedação constitucional no que tange à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde. Isso não quer dizer que, anteriormente, o capital estrangeiro não estivesse presente nos planos de saúde, bem como em seguradoras e farmácias. Ocorre que a mudança de legislação ampliou as possibilidades no setor e deu mais segurança aos investidores.

11. Essa lei versa sobre diversos assuntos sem qualquer ligação entre eles, conforme pode ser analisado em: <<https://bit.ly/3nd7e6d>>. No que diz respeito ao tema tratado neste artigo, ele se encontra no capítulo XVII: *Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde*, alterando os artigos 23 e 53-A, da Lei nº 8.080/1990, que vedava a participação do capital estrangeiro nos hospitais e nas ações e pesquisas de planejamento familiar.

No que diz respeito aos planos de saúde suplementares, a participação do capital estrangeiro já era possível, inclusive na aquisição de hospitais e laboratórios atrelados à seguradora. Uma das aquisições mais conhecidas ocorreu em 2012, quando a United Health Group comprou a maior seguradora nacional, a Amil. Nesta operação de quase US\$ 5 bilhões, a gigante americana adquiriu automaticamente 22 hospitais e quase 50 clínicas operados pela Amil (United Health Group, 2012). No entanto, com a flexibilização gerada pela alteração legal de 2015, temos como hipótese que a participação do capital estrangeiro, inclusive no segmento de seguro, aumente, com maior participação de grandes grupos empresariais e financeiros, acompanhando o movimento geral que ocorre em outros setores de atividade.

### 3.2.3 Política de reajustes dos planos

Comumente, a mídia em geral, ao divulgar a posição de representantes dos principais planos de saúde no Brasil, destaca que a política de seus reajustes está relacionada às peculiaridades da estrutura de custos da “mercadoria-saúde”, o que levaria necessariamente a que praticassem reajustes bem acima do aumento captado pelos índices de inflação mais utilizados no país. Isso não constitui uma novidade, pois, no campo da saúde, há várias décadas é defendido que grande parte do aumento do gasto em saúde, seja no setor público como no privado, deve-se ao aumento dos custos de seus bens e serviços, especialmente pressionados pelo desenvolvimento e introdução de técnicas de diagnóstico e de intervenção mais sofisticadas, mas também de novos medicamentos, em geral de preços proibitivos. Outros fatores são a esses agregados, entre os quais se destaca o fato de os profissionais da área da saúde serem propensos a usar o que é associado ao mais moderno/novo, dado que foram educados a associar o cuidado à tecnologia, que tem como princípio o fato de o novo ser melhor, e, no caso brasileiro, de solicitarem mais exames do que nos países desenvolvidos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (ANS, 2016). Além disso, não é desprezível a pressão que os próprios pacientes exercem sobre esses profissionais, dado “a medicalização dos sistemas sociais, através da maior exposição das pessoas a informação sobre saúde/doença, nem sempre verídicas” (Zucchi, Del Nero e Malik, 2000, p. 143). A literatura especializada é farta sobre esse assunto, tanto quando analisa a realidade brasileira como a de outros países (Médici, 1990; Lascoumes, 2003).

Dessa forma, o uso de novas tecnologias seria um dos principais responsáveis pelo aumento do custo em saúde. Esse fator, associado ao processo acelerado de envelhecimento da população brasileira (segundo o IBGE, em 2018, 13% da população tinham 60 anos ou mais; em 2000, esse percentual era de 8,5%; em 1980, era 6,07%), ganharia ainda mais relevância, dado que o custo do cuidado com os idosos sempre foi mais elevado.

Embora todos esses fatores sejam relevantes, consideramos que outros dois são igualmente importantes: a já mencionada alta e crescente concentração de operadoras no setor e a relação com sua agência reguladora, a ANS.

Anualmente, a ANS divulga o teto de reajuste de preços dos planos de saúde individuais e familiares. Essas modalidades, em junho de 2018, somente na categoria de assistência médica, acumulavam 9,1 milhões de beneficiários – isto é, 19,2% do total de beneficiários de todas as modalidades de contrato. Nesse mesmo mês, foi divulgado o teto de reajuste de 10% para esses planos, que poderia ser aplicado no período de maio de 2018 a abril de 2019. Não existe, entretanto, qualquer teto para os planos coletivos (empresariais ou por adesão) que, em junho de 2018, representavam 80% dos clientes dos planos de saúde vigentes no Brasil nessa modalidade.

Os planos coletivos, embora sejam regulados, tais como os planos individuais e familiares, pela ANS e pela Lei nº 9.656/1998, no tocante ao rol de procedimentos e eventos cobertos, entre outros aspectos, não têm seu reajuste definido pela agência. O índice aplicado no reajuste é fruto da negociação entre a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato e associação) e a operadora do plano de saúde.<sup>12</sup> O princípio que rege essa distinção é que, no caso dos planos individuais, a ANS estaria protegendo o “consumidor” que se apresenta como pessoa física única, com pouco ou nulo poder de barganha; no caso dos planos coletivos, haveria um *quantum* de trabalhadores que estaria representado por sindicatos ou associações. De qualquer forma, o reajuste aplicado, mesmo para os planos individuais, não é fundamentado em uma análise da evolução do custo envolvido com a prestação do serviço.<sup>13</sup>

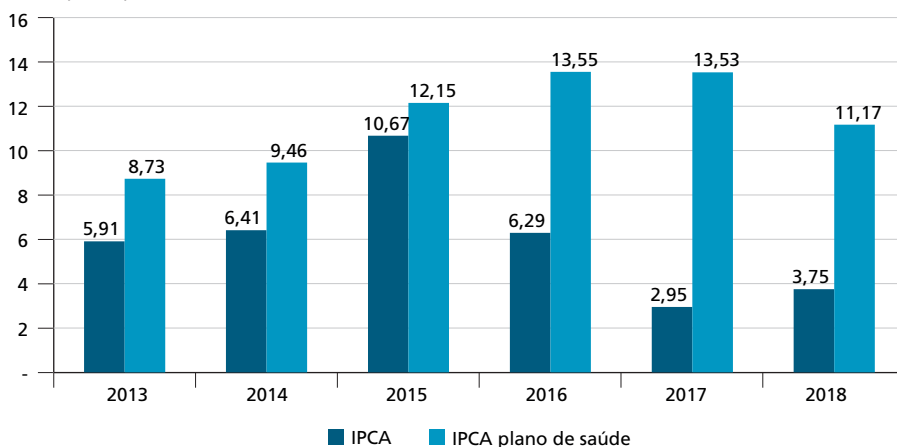
A inflação do setor, calculada por IBGE, mediante o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – planos de saúde (IPCA Planos de Saúde), foi de 13,51% entre abril de 2017 e maio de 2018. Apesar disso, a média dos reajustes dos planos coletivos, realizados em maio, foi de 19% (Koike, 2018), 5,09 p.p. acima da inflação do setor acumulada no mesmo período. Ao menos há mais de dez anos, a variação do IPCA planos de saúde tem sido superior à variação do IPCA geral. Entretanto, o gráfico 4 mostra que a diferença entre a variação do IPCA planos de saúde frente ao IPCA geral da economia brasileira se acelerou com o início da crise, em 2016. Nossa hipótese é de que essa aceleração de preços constitui uma tentativa de compensar os efeitos da perda do número de beneficiários sofrida pelos planos de saúde.

12. A única condição é que não pode haver reajustes diferenciados dentro de um mesmo contrato.

13. Em dezembro de 2018, a ANS fixou nova metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais. Esse será calculado com base na variação das despesas médicas das operadoras desses planos e na inflação geral da economia.



GRÁFICO 4  
**IPCA geral e IPCA planos de saúde (2013-2018)**  
 (Em %)



Fonte: IBGE (2018a).

Para essa prática de elevados aumentos das mensalidades pagas às operadoras, contribui o fato de haver pouca concorrência dado o grau de concentração do setor e da ANS não apresentar um teto para o reajuste dos planos de saúde coletivos. Como é sabido, em épocas de elevado nível de desemprego, a capacidade de negociação dos representantes dos trabalhadores é bastante questionável. Na falta de uma diretiva nesse sentido, não se descarta que as operadoras em parte quiseram compensar suas perdas provocadas pela diminuição do número de seus segurados mediante aumentos abusivos das mensalidades dos planos.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise econômica brasileira que se iniciou de forma mais forte em 2016, mas que já se expressava no ano anterior, repercutiu sobre os planos e seguros de saúde de quatro maneiras. Primeiramente, a perda do emprego levou a que um significativo número de trabalhadores perdesse seu vínculo trabalhista e, por consequência, com o plano de saúde a que tinha direito. Na análise, observou-se que esse movimento foi mais forte entre os homens do que entre as mulheres, talvez devido ao fato de o salário dessas ser menor, em geral, do que o dos homens. A redução da cobertura dos planos de saúde possivelmente levou ao aumento da demanda das ações e serviços do SUS, mas essa hipótese precisa ser confirmada por posteriores pesquisas.

A segunda e terceira repercussões constituem o aprofundamento da concentração e a “estrangeirização” do setor. Esse processo já se fazia presente anteriormente, mas, na crise, sua velocidade teve um impulso significativo: entre 2000 e 2014, o número de operadoras diminuiu em 405, isto é, em 29,6 operadoras, em média,

por ano. De 2014 a 2017, a redução foi de 108 (36 operadoras por ano). Chama atenção, ainda, que, em 2018, 34% das operadoras detinham 90% dos beneficiários dos planos de assistência médica. O aprofundamento da oligopolização do setor ocorreu mediante fusões e aquisições em parte realizadas mediante a entrada de capital estrangeiro, de modo que as operações no setor passaram a ter destaque no *ranking* das transações do período recente.

Por último, destaca-se o uso do reajuste do valor mensal dos planos bem acima da inflação e, inclusive, da inflação de custos do setor. Embora essa também não seja uma prática nova das operadoras, parece ter se intensificado no período de crise, quando a perda de filiados foi acentuada.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para discussão, n. 599).
- ANDRADE, M. V. *et al.* **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2015.
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2015**. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3n7d88F>>. Acesso em 28 jan. 2019.
- \_\_\_\_\_. **Dados consolidados**: saúde suplementar. Brasília: ANS, 2018.
- \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações de Beneficiários – SIB**. Brasília: ANS/MS, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/3zKDtgi>>. Acesso em: 2 nov. 2018.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/3jt04s4>>. Acesso em: 2 nov. 2018.
- CARVALHO, G. **Financiamento do SUS**: cenários e perspectivas. São Paulo: Cosems, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3BLlhnj>>. Acesso em: 14 nov. 2018.
- SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- GALVÃO, C. B. Fusões e aquisições: outra forma com a mesma essência. *In*: MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. (Org.). **O Brasil sob a nova ordem**. 2. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2019. No prelo.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores sociais 2017 – trabalho**. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/38HL57h>>. Acesso em: 30 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. IBGE, 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2VhSQxI>>. Acesso em: 30 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Conta-satélite de saúde**. IBGE, 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/3zT4P3V>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

KOIKE, B. Plano de saúde empresarial terá reajuste médio de 19% em 2018. **Valor**, 28 jun. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2WXXbXh>>.

KPMG. **Fusões e aquisições – 4º trimestre**. KPMG, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3kYcxDD>>. Acesso em: 5 maio 2019.

LASCOURMES, P. L'usager, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé? **Les Tribunes de la santé**, n. 1, p. 59-70, 2003.

LINKSEGUROS. Como deduzir o plano de saúde no Imposto de Renda de Pessoa Jurídica? **Linkseguros.com**, 20 fev. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3h7y8Zd>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

MARQUES, R. M. **A proteção social e o mundo do trabalho**. 1996. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 35-53, jul.-dez. 2017.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MÉDICI, A. C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 4, p. 83-98, dez. 1990.

MENICUCCI, T. M. G. A constituição do mix privado/público na assistência à saúde. In: MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 57-102.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health expenditure database**. WHO, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/3kX1R8q>>. Acesso em: nov. 2018.

SOUZA, R. M. L. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

UNITED HEALTH GROUP. **UnitedHealth Group, Amil to combine**. United-Health Group, 10 Oct. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3kVC8ND>>. Acesso em: 5 maio 2019.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9 1-2, p. 127-150, 2000.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Recuperação de planos de saúde se apoia na contratação por empregadores. **IESS.org**, 24 jun. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3jJmO7f>>. Acesso em: 4 out. 2018.

Data da submissão em: 4 jun. 2019.

Primeira decisão editorial em: 20 jan. 2020.

Última versão recebida em: 23 jan. 2020.

Aprovação final em: 27 fev. 2020.