



Relação entre o porte das operadoras de planos de saúde e indicadores econômico-financeiros: uma análise dos grupos autogestão, cooperativas médicas e mercado

Área Temática: Planos de saúde

DOI: <https://doi.org/10.29327/1680956.11-99>

Rafael Abreu Costa Magalhães

Universidade Federal de Sergipe

rafael.abreucosta@gmail.com

Gabriel César de Oliveira Alves

Universidade Federal de Sergipe

gabriell_drum@academico.ufs.br

Marcelo Coelho de Sá

Universidade Federal de Sergipe

mcs.atuarial@gmail.com

José Nazareno Maciel Júnior

Universidade Federal do Ceará

nazareno_junior@hotmail.com

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a despesa não assistencial dos grupos Autogestões, Cooperativas Médicas e Mercado no período de 2011 a 2019 e a influência do porte para uma melhor competitividade. Para alcançar este objetivo, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o Setor de Saúde Suplementar e seus desafios, Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Despesas não Assistenciais. Utilizou-se o banco de dados ANS TabNet como fonte fundamental da pesquisa. A estatística básica de dados foi utilizada para sumarizar as informações, elaborar estatísticas descritivas, aplicar regressões e realizar estimativas. Calculou-se os indicadores econômico-financeiros de Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade, Índice de Despesa de Comercialização, Índice de Despesa Administrativa e Índice Combinado. O resultado do estudo revelou o segredo da lucratividade das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares de grande porte, demonstrando que as Despesas não Assistenciais voltadas à manutenção das operações administrativas das operadoras de Planos de Saúde tendem a ser diluídas na medida em que há o incremento da massa de beneficiários, tornando lucrativas as operadoras de maior porte.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Despesas Não Assistenciais. Solvência. Competitividade. Modalidade. Planos de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar brasileiro desempenha um papel essencial no atendimento às demandas de assistência médica hospitalar de uma parcela significativa da população. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mais de 50 milhões de brasileiros são beneficiários de planos de saúde privados, o que representa



aproximadamente um quarto da população do país (ANS, 2025). Nesse contexto, as operadoras de planos de saúde assumem responsabilidades de grande relevância social, garantindo o acesso a serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Contudo, a sustentabilidade econômica e financeira dessas operadoras é constantemente desafiada por fatores internos e externos. Entre esses fatores, destacam-se as despesas não assistenciais, que englobam todos os custos indiretos relacionados à gestão administrativa, comercial, operacional e de infraestrutura. Embora não estejam diretamente vinculadas à prestação de serviços de saúde ao beneficiário, tais despesas impactam de forma significativa o equilíbrio financeiro, a solvência e, consequentemente, a competitividade das operadoras em um mercado regulado e muito competitivo.

Um aspecto frequentemente negligenciado em análises sobre o setor é que, embora a sinistralidade que costuma representar entre 80% e 85% das receitas concentre grande parte das discussões, são as despesas não assistenciais que, quando mal controladas, podem comprometer de forma imediata a solvência e a capacidade de resposta das operadoras. Essas despesas, por serem de responsabilidade interna, permitem ajustes mais rápidos e diretos, diferente da sinistralidade, que depende de fatores externos como frequência de uso, gravidade, sazonalidade e negociações com prestadores de serviço. Assim, o controle efetivo dos gastos administrativos e de comercialização torna-se estratégico, pois pode trazer resultados concretos em menos tempo.

De acordo com Santos e Almeida (2014), a análise das despesas administrativas é um ponto crítico na gestão das operadoras, pois revela a eficiência operacional e a capacidade de direcionar recursos para a atividade principal, que é a assistência à saúde. Nesse sentido, Pereira (2016) destaca que a regulação econômica na saúde suplementar tem buscado aprimorar mecanismos de monitoramento e controle para garantir a sustentabilidade do setor, protegendo os interesses dos beneficiários e a solidez das operadoras.

Autores como Castro e Maia (2017) enfatizam que a solvência é um dos maiores desafios da saúde suplementar no Brasil, sobretudo em um ambiente de alta competitividade e mudanças regulatórias frequentes. A gestão ineficiente das despesas não assistenciais, somada a uma estrutura de custos mal dimensionada, pode comprometer a margem de solvência, sujeitar a operadora a penalidades regulatórias e limitar sua capacidade de expansão.

Assim, este artigo tem como foco analisar a relação entre o porte das operadoras de planos de saúde no Brasil e seus principais indicadores econômicos e financeiros, considerando os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, no período de 2011 a 2019, sob as exigências legais e regulatórias estabelecidas pela ANS. Busca se entender como o porte dessas operadoras levando em conta número de beneficiários, receita de contraprestações e estrutura operacional influencia a relação entre gastos administrativos, conformidade regulatória, solvência e desempenho competitivo.

Neste estudo, o objetivo principal é analisar a relação entre o porte das operadoras de planos de saúde classificadas nos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, no período de 2011 a 2019, e seus principais indicadores econômicos e financeiros, destacando os impactos dessa relação na solvência e na competitividade. Para isso, o trabalho busca, de forma específica, examinar os indicadores que caracterizam cada grupo, reunindo informações sobre Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade, Índice de Despesa de Comercialização, Índice de Despesa Administrativa e Índice Combinado.

Além disso, pretende-se mostrar como o porte influencia esses indicadores, destacando de que maneira essa relação interfere nos resultados financeiros e na sustentabilidade de cada modelo analisado. Dessa forma, o artigo contribui para o debate sobre práticas sólidas de



gestão financeira na saúde suplementar, oferecendo informações úteis para gestores, reguladores, pesquisadores e outros interessados. Ao investigar as características de cada grupo de operadoras, espera-se apontar caminhos para estratégias de gestão mais equilibradas das despesas não assistenciais, fortalecendo a sustentabilidade do setor e garantindo mais segurança e qualidade para os beneficiários.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme a Resolução Normativa nº 85/2004, classifica as operadoras de planos de saúde em diferentes modalidades institucionais, como Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestões, Seguradoras Especializadas em Saúde, Filantrópicas e Administradoras de Benefícios. Cada modalidade possui características específicas de estrutura, forma de gestão, base de beneficiários e estratégias de custos, servindo de base para a organização dos dados e a análise comparativa. Neste trabalho, essas modalidades foram agrupadas em três tipos de interesse: o grupo Mercado (Medicina de Grupo e Seguradoras Especializadas), grupo Autogestões e grupo Cooperativas Médicas.

As operadoras do grupo Mercado, com fins lucrativos, são responsáveis pela maior parte do setor, atendendo tanto contratos individuais quanto coletivos empresariais. Segundo Pereira (2016), essas operadoras buscam expansão, diversificação de produtos e estratégias comerciais mais agressivas, o que também eleva as despesas administrativas com marketing, equipes de vendas e tecnologia de comercialização.

As operadoras do grupo Autogestões, por sua vez, são organizações sem fins lucrativos, normalmente mantidas por associações, sindicatos ou grandes empresas para atender seus próprios colaboradores e dependentes. Vianna (2012) explica que esse modelo costuma apresentar menores margens de negociação junto à rede prestadora, além de restrições de escala para diluir custos administrativos.

Já as operadoras do grupo Cooperativas Médicas, como o sistema Unimed, combinam o modelo associativo com práticas empresariais. Souza et al. (2019) aponta que esse formato traz o desafio de equilibrar a remuneração justa dos cooperados com o controle de despesas administrativas e a manutenção da competitividade frente a grandes grupos mercantis.

Outro ponto essencial para compreender a estrutura dessas operadoras é o porte, definido pela RN nº 574 de 2023, que estabelece parâmetros claros: operadoras de pequeno porte são aquelas com menos de 20 mil beneficiários, as de médio porte contam com mais de 20 mil e menos de 100 mil, e as de grande porte são as que atendem mais de 100 mil pessoas. Essa classificação impacta diretamente o cálculo das provisões técnicas obrigatórias e a capacidade de diluir despesas não assistenciais.

Portanto, a natureza jurídica, o porte e o perfil de beneficiários formam a base para entender como cada grupo enfrenta os desafios de controlar despesas administrativas, atender às exigências regulatórias e manter a solvência financeira.



2.2 Desafios do Setor de Saúde Suplementar para os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas

Os desafios para as operadoras brasileiras são influenciados pela estrutura de cada grupo, pelo porte e pelas exigências do mercado e da regulação. O crescimento constante dos custos médicos, a inflação da saúde, o aumento da judicialização e as exigências cada vez mais rígidas da ANS tornam essencial o controle eficiente das despesas não assistenciais para manter o equilíbrio econômico-financeiro.

Operadoras do grupo Mercado precisam equilibrar expansão, satisfação do beneficiário e margem de lucro. A competição obriga a modernização de processos internos, digitalização de serviços e contenção de custos indiretos. Para grupos de menor porte, esses desafios são ainda mais críticos, pois a capacidade de diluir gastos administrativos é limitada.

No caso das Autogestões, Souza et al. (2019) destacam que o envelhecimento do público e o aumento da sinistralidade tornam o controle de despesas administrativas uma prioridade para garantir que a reserva técnica permaneça adequada. Muitas autogestões recorrem à integração de sistemas, auditorias e redes de atendimento próprias para otimizar custos.

As Cooperativas Médicas, conforme Santos Filho e Ferreira (2020), precisam conciliar os interesses dos médicos cooperados com a necessidade de oferecer preços competitivos. O modelo cooperativista exige governança robusta para manter transparência e disciplina na gestão das despesas indiretas.

A exigência de capital baseado em risco, determinada pela RN nº 435 de 2018, reforça a necessidade de que todos os tipos de operadora ajustem sua estrutura de capital considerando exposição a riscos e capacidade de geração de caixa. Assim, o controle das despesas não assistenciais é diretamente ligado à manutenção da solvência, condição indispensável para a continuidade das operações.

Com base em dados da ANS, observa-se que entre 2011 e 2019 muitas operadoras pequenas enfrentaram dificuldades para manter reservas técnicas, resultando em processos de liquidação extrajudicial ou fusões. Esse cenário evidencia a relação direta entre porte, gestão de despesas administrativas e capacidade de competir em um mercado dinâmico e regulado.

Portanto, estudar as despesas não assistenciais à luz do porte e do tipo de operadora é essencial para compreender a saúde financeira do setor de saúde suplementar no Brasil, especialmente para entender como cada grupo pode garantir sustentabilidade, qualidade assistencial e competitividade.

2.3 Despesas Não Assistenciais

As despesas não assistenciais representam todos os gastos que não estão diretamente ligados à cobertura médica oferecida aos beneficiários. São custos como salários de equipes administrativas, aluguel de sedes, sistemas de tecnologia da informação, marketing, contabilidade, auditoria e consultorias. Embora indispensáveis para a operação, essas despesas precisam ser controladas com rigor para não comprometer recursos que poderiam ser destinados à assistência direta.

Segundo Santos e Almeida (2014), a eficiência na gestão das despesas não assistenciais é um dos fatores determinantes para a estabilidade econômico-financeira das operadoras. Altos custos administrativos podem reduzir a margem operacional e afetar o cumprimento das provisões técnicas exigidas pela ANS, impactando a solvência da empresa.



Portela (2018) reforça que o monitoramento dessas despesas deve estar integrado a processos de auditoria interna, planejamento estratégico e indicadores de desempenho. Ferramentas de controle de custos são especialmente importantes para operadoras de menor porte, pois enfrentam limitações para diluir gastos fixos em uma base restrita de beneficiários.

A Resolução Normativa nº 317 de 2012, que trata do Monitoramento Econômico-Financeiro, e a RN nº 209 de 2009, que regulamenta as provisões técnicas, são marcos regulatórios que demonstram como a ANS exige transparência na gestão de receitas e despesas. Além disso, o Manual de Contabilidade para Operadoras de Planos de Saúde (ANS, 2023) detalha como registrar e reportar esses custos de forma padronizada, permitindo maior controle por parte do órgão regulador.

No período de 2011 a 2019, dados da ANS mostram que as despesas administrativas se concentraram entre 10% e 15% do total das despesas operacionais das operadoras. Essa média varia significativamente de acordo com o porte: operadoras de menor porte apresentam percentual maior, enquanto grandes grupos conseguem diluir os custos fixos em uma base mais ampla de beneficiários. Assim, o porte se revela um fator decisivo na eficiência da gestão administrativa e na competitividade de mercado.

Portanto, compreender como cada grupo Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas lida com essas despesas ajuda a entender por que algumas operadoras têm mais dificuldades para manter a solvência, enquanto outras se destacam pela eficiência operacional.

3 METODOLOGIA

Este trabalho adota como base a pesquisa realizada por Rafael Abreu Costa Magalhães, intitulada “A Despesa Não Assistencial das Operadoras de Planos de Saúde Médico-Hospitalares do Brasil no Período de 2011 a 2019 e a Influência do Porte na Solvência e Competitividade destas Empresas”, aplicando recorte específico aos grupos mercado, autogestão e cooperativas médicas.

A pesquisa é de natureza aplicada e exploratória, com procedimentos técnicos de pesquisa bibliográfica e análise de caso, combinando levantamento de dados em fontes oficiais da ANS e referências acadêmicas atuais. A abordagem é quantitativa, utilizando estatística descritiva para quantificar, organizar e interpretar os dados referentes às despesas não assistenciais, porte, solvência e competitividade.

Os dados foram *tratados* e analisados por meio do software *Microsoft Office Excel* para *tratar* os dados, permitindo a geração de tabelas e gráficos que subsidiam a leitura e a interpretação dos resultados. Assim, a metodologia mantém a essência do trabalho de referência, mas direciona a análise para os três grupos institucionais selecionados, a fim de evidenciar de identificar diferenças e semelhanças na relação entre o porte das operadoras de planos de saúde brasileiras e seus principais indicadores econômico-financeiros.

3.1 Dados

A construção da base de dados deste artigo tomou como ponto de partida o levantamento realizado por Magalhães (2024), que organizou informações oficiais disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre receita e despesas das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no Brasil, entre 2011 e 2019. Para este estudo, o foco se restringe aos grupos de operadoras do tipo Mercado, Autogestão e Cooperativas



Médicas, respeitando a estrutura original de coleta, mas com o objetivo de detalhar as especificidades desses segmentos.

As informações foram obtidas por meio do sistema ANS TabNet, uma ferramenta que permite consultas personalizadas dos dados coletados pela ANS. O sistema, desenvolvido em parceria com o DATASUS, oferece ao público amplo acesso a relatórios sobre beneficiários, receitas, despesas assistenciais e despesas administrativas, resarcimento ao SUS, entre outros. Essa base atende às exigências de transparência e livre acesso às informações do setor regulado.

Assim como no estudo base, definiu-se como recorte temporal o período de 2011 a 2019, evitando distorções provocadas pelo contexto da pandemia de Covid-19, que alterou de forma significativa as despesas administrativas e o funcionamento das operadoras a partir de 2020. O corte temporal garante maior consistência na análise, considerando um cenário de estabilidade regulatória e operacional.

Para o refinamento dos dados, manteve-se o cuidado de excluir as operadoras exclusivamente odontológicas, uma vez que o foco está nas OPS de perfil médico hospitalar, conforme os filtros aplicados no ANS TabNet. Foram consideradas apenas as operadoras que declararam movimentação financeira em receitas de contraprestações, despesas assistenciais e despesas administrativas, com atenção especial às despesas administrativas e de comercialização, que são centrais nesta pesquisa.

Os dados brutos, organizados originalmente por Magalhães (2024), foram revisados e filtrados novamente para assegurar que apenas as operadoras dos três grupos de interesse estivessem presentes, de modo a eliminar registros de outras modalidades, como filantropia.

Após a consolidação do banco de dados, realizou-se o tratamento quantitativo por meio de planilhas no Microsoft Office Excel, o que permitiu a organização das variáveis, como número de beneficiários, receita de contraprestações, despesas assistenciais, despesas administrativas e despesas de comercialização, para cada operadora e para cada ano do período estudado. A estruturação final passou por uma validação cruzada com os totais disponibilizados diretamente no portal da ANS, garantindo coerência e minimizando possíveis distorções por arredondamentos de valores.

Dessa forma, a base de dados que sustenta este artigo mantém a essência e a qualidade técnica do estudo original, mas adaptada ao propósito específico de analisar como as despesas administrativas se comportam dentro dos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, relacionando-as ao porte das operadoras e à sua sustentabilidade econômico-financeira.

3.2 Tratamento da Base de Dados

A etapa de tratamento da base de dados partiu integralmente do conjunto estruturado por Magalhães (2024), que consolidou informações oficiais disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre receitas, despesas assistenciais, despesas não assistenciais, número de beneficiários e resultados financeiros das operadoras de planos de saúde entre 2011 e 2019.

Para adaptar esse material aos objetivos específicos deste trabalho, foram aplicados filtros adicionais para delimitar a amostra exclusivamente aos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas. Para isso, foi criada uma variável na base, denominada Modalidade, classificando cada operadora de acordo com os critérios estabelecidos na Resolução Normativa nº 85/2004 da ANS..



A base de dados original contava com 751 operadoras, classificadas em 121 como Autogestão, 299 como Cooperativa Médica, 20 como Filantropia, 196 como Medicina de Grupo, 7 como Seguradora Especializada em Saúde e 108 em Outras. Para este estudo, consideraram-se apenas as operadoras enquadradas nos grupos Autogestões, Cooperativas Médicas e o grupo de Mercado, formado pela soma das modalidades Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde, totalizando 203 operadoras de perfil mercadológico. As operadoras Filantrópicas e aquelas classificadas em Outras categorias foram excluídas, por não integrarem o escopo de análise definido neste trabalho.

Todos os registros foram revisados para garantir que operadoras fora do escopo definido fossem removidas, especificamente as classificadas como administradoras de benefícios e filantrópicas. O corte dessas modalidades se justifica porque as administradoras de benefícios não atuam diretamente como operadoras médico-hospitalares, mas sim como gestoras intermediárias de planos coletivos, sem assumir o risco direto da assistência. Já as entidades filantrópicas, embora sejam operadoras, possuem perfil jurídico e regulatório diferenciado, com isenções e finalidades sociais que poderiam distorcer a comparação de despesas administrativas e de comercialização em relação aos grupos mercado, autogestão e cooperativas médicas, as quais são o foco central deste estudo.

Além disso, foram excluídas operadoras exclusivamente odontológicas, já que não se enquadram na análise das despesas médico-hospitalares. Essa filtragem garante a consistência do recorte temático, fortalecendo a comparação entre os modelos organizacionais realmente equivalentes em termos de estrutura de custos e responsabilidade assistencial.

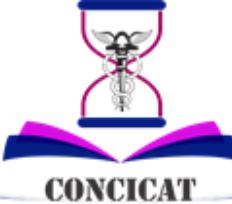
Em seguida, os dados filtrados foram organizados em séries temporais para cada variável principal: número de beneficiários, receita total, despesa assistencial, despesa não assistencial (despesas administrativas somadas às de comercialização) e resultado financeiro. Toda a estrutura da base foi validada com uma dupla checagem dos totais disponibilizados no portal ANS TabNet, para assegurar a integridade e a fidedignidade da amostra final.

Essa etapa de tratamento possibilitou estruturar as informações de forma clara, criando condições para cálculos de médias, construção de indicadores e comparações entre os grupos definidos, permitindo analisar como as despesas não assistenciais se comportam dentro de cada modalidade em relação ao porte, à receita e ao desempenho econômico-financeiro ao longo do período estudado.

3.3 Indicadores

As séries de dados temporais utilizadas neste estudo partiram da base organizada por Magalhães (2024), o que assegura a consistência e a integridade das informações analisadas. Embora se mantenham conceitos semelhantes aos do trabalho original, este estudo aplicou um recorte específico voltado para os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, com destaque para os componentes administrativas e de comercialização, que formam as despesas não assistenciais, alinhado ao objetivo de analisar a relação do porte com os indicadores econômico-financeiros nesses segmentos.

De acordo com Silva e Andrade (2020), a análise de indicadores é essencial para a gestão estratégica na saúde suplementar, pois permite identificar padrões de eficiência, sustentabilidade e rentabilidade que orientam decisões gerenciais. Nesse contexto, o uso de médias ajustadas por séries históricas, conforme aplicado por Magalhães (2024) e replicado aqui, possibilita maior precisão na comparação entre operadoras de diferentes portes e perfis organizacionais.



Com base nessas séries de dados temporais, foram reaproveitados os principais indicadores financeiros utilizados por Magalhães (2024), já consolidados para refletir o desempenho das operadoras no que se refere à evolução das despesas não assistenciais. Neste trabalho, os mesmos indicadores foram aplicados de forma específica aos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, mantendo a estrutura de análise, mas com foco nos grupos delimitados para esta pesquisa. Para cada operadora, calculou-se a média de número de beneficiários, receita total, despesa assistencial, despesa não assistencial (composta pelas despesas administrativas somadas às de comercialização) e resultado financeiro, considerando o período de 2011 a 2019 e respeitando a disponibilidade de dados em cada ano, tal como procedeu Magalhães (2024), garantindo precisão e evitando distorções.

A média aritmética foi adotada como medida central por sintetizar de forma equilibrada o comportamento financeiro das operadoras e permitir comparações consistentes entre os grupos analisados, seguindo o mesmo princípio metodológico de Magalhães (2024). A partir dessas médias, foram calculados os indicadores recomendados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e largamente utilizados em estudos do setor.

Esses indicadores são:

- *Margem de Lucro Bruto (MLB)*, que avalia a rentabilidade relacionando o resultado financeiro médio à receita total média, demonstrando a eficiência econômica em gerar retorno sobre os recursos movimentados.
- *Índice de Despesa Médica (DM)*, que mede a proporção das despesas assistenciais sobre a receita total média, indicando o custo assistencial gerado pelos beneficiários.
- *Índice de Despesa Administrativa (DA)*, que aponta o peso relativo das despesas administrativas em relação à receita total, importante para avaliar a eficiência da gestão interna.
- *Índice de Despesa de Comercialização (DC)*, que revela quanto as despesas destinadas à captação e manutenção de beneficiários representam dentro da receita total.
- *Índice Combinado (COMB)*, que integra as despesas médicas, administrativas e de comercialização sobre a receita total média, fornecendo uma visão abrangente da sustentabilidade financeira das operadoras.

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024) destaca que o monitoramento contínuo de índices como DM, DA, DC e COMB é essencial para garantir a transparência, a eficiência e o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, servindo como instrumento para a regulação e o acompanhamento do setor.

A utilização conjunta desses indicadores, aliada ao recorte por modalidade, tornou possível identificar diferenças estruturais e operacionais entre os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, além de destacar variações ligadas ao porte das operadoras e sua capacidade de permanecer competitivas.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os principais achados do estudo, construídos a partir de todas as etapas metodológicas descritas anteriormente. O foco central é compreender de que forma o porte das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil influencia seus indicadores econômico-financeiros, especialmente em relação às despesas não assistenciais, à geração de resultados sustentáveis e à manutenção da competitividade no setor.

Para isso, foram analisados dados de receita e despesas de um conjunto selecionado de operadoras, com destaque para os componentes administrativas e de comercialização, que formam as despesas não assistenciais. A partir dessas informações, foram calculados indicadores que permitem avaliar o grau de eficiência econômico-financeira dos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, evidenciando diferenças estruturais entre eles.

Além de observar a estrutura de custos, esta etapa também buscou verificar se há relação entre o porte da operadora, medido pelo número médio de beneficiários, e o comportamento das despesas não assistenciais, identificando possíveis reflexos dessa dinâmica sobre o resultado financeiro e a competitividade de cada modelo organizacional.

Assim, os resultados apresentados a seguir consolidam os indicadores construídos, permitem comparações entre os grupos e fornecem subsídios para interpretações sobre a gestão de custos indiretos e sua importância para a sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde no país.

4.1 Análise Geral do Mercado de Saúde Suplementar

A Tabela 1 apresenta um panorama geral com os valores médios dos principais indicadores econômicos e financeiros analisados, considerando o total de 751 operadoras de planos de saúde que permaneceram na base após a filtragem inicial. Nesta etapa, ainda sem o recorte específico por grupo e sem filtro de modalidade, o foco se mantém alinhado ao de Magalhães (2024), de quem se utilizou a mesma estrutura de dados para garantir consistência metodológica.

Observa-se na distribuição que a maior parte das operadoras está concentrada nos estratos entre 5.001 e 20.000 beneficiários, reunindo juntas 268 OPS. Já as operadoras de grande porte, com mais de 1 milhão de beneficiários, somam apenas 7, demonstrando a concentração do mercado em poucos grupos.

No que se refere às despesas não assistenciais, representadas pela soma das despesas administrativas e de comercialização (DA+DC), a Tabela 1 mostra que operadoras menores apresentam uma participação proporcionalmente maior dessas despesas em relação à receita total, como no estrato de 101 a 500 beneficiários, onde chega a 27,53%. À medida que o porte aumenta, essa proporção diminui gradativamente, alcançando 13,47% nas OPS com mais de 1 milhão de vidas, evidenciando a vantagem de escala para diluição de custos fixos.

A Margem de Lucro Bruto (MLB) também segue essa tendência, sendo negativa nos grupos menores por exemplo, -26,23% para OPS de 101 a 500 beneficiários e positiva nos grandes, como nas operadoras acima de 1 milhão de vidas, onde a média chega a 3,93%. Já o Índice de Sinistralidade se mantém relativamente estável entre os estratos, variando de 70% a 97%, enquanto o Índice Combinado reforça a percepção de maior equilíbrio financeiro entre as operadoras de maior porte.

Portanto, os resultados gerais confirmam que o porte impacta diretamente na eficiência da gestão de despesas não assistenciais, influenciando o resultado financeiro e a competitividade das operadoras, assim como constatado também por Magalhães (2024).



Tabela 1 — Estratos pós-filtros, aglutinações e exclusão das OPS outliers do banco de dados

ESTRATOS	QTD	MÉDIA DE BENEFICIARIOS	DA+DC	MLB	SINISTRALIDADE	COMB
de 0 a 100	1	90	13,15%	16,00%	70,85%	84,00%
de 101 a 500	9	314	27,53%	-26,23%	96,10%	111,48%
de 501 a 1.000	15	784	24,28%	-6,40%*	80,83%	100,11%
de 1.001 a 5.000	130	2797	21,11%	-1,01%*	79,16%	98,21%
de 5.001 a 10.000	109	7432	18,35%	0,19%	81,12%	98,34%
de 10.001 a 20.000	159	14710	18,13%	1,08%	80,30%	97,63%
de 20.001 a 30.000	82	24266	17,88%	1,69%	80,36%	97,92%
de 30.001 a 40.000	47	35047	17,59%	0,91%	81,50%	99,09%
de 40.001 a 50.000	45	44678	15,27%	2,78%	81,83%	96,42%
de 50.001 a 100.000	82	72023	14,89%	2,21%	82,81%	97,13%
de 100.001 a 200.000	40	140302	13,83%	2,70%	83,46%	97,30%
de 200.001 a 300.000	6	241709	12,99%	8,23%	78,79%	91,77%
de 300.001 a 400.000	8	341608	13,31%	2,26%	84,24%	95,73%
de 400.001 a 500.000	2	458896	16,13%	2,46%	81,41%	97,54%
de 500.001 a 1.000.000	9	662079	13,33%	0,15%	86,52%	99,85%
Acima de 1.000.000	7	2209590	13,47%	3,93%	82,60%	96,07%
TOTAL	751	-	-	-	-	-

Elaboração Magalhães (2024)

Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

A análise apresentada na Figura 1 mostra que as despesas não assistenciais (DA e DC) variam proporcionalmente mais entre operadoras de menor porte, o que confirma os resultados de Magalhães (2024) ao evidenciar que operadoras menores enfrentam maior dificuldade em diluir esses custos. Para representar essa relação, utilizou-se uma regressão logarítmica, adequada para ilustrar como o aumento do número de beneficiários reduz proporcionalmente essas despesas, mas com ganhos que se estabilizam nos portes mais altos, evidenciando o efeito de economia de escala.

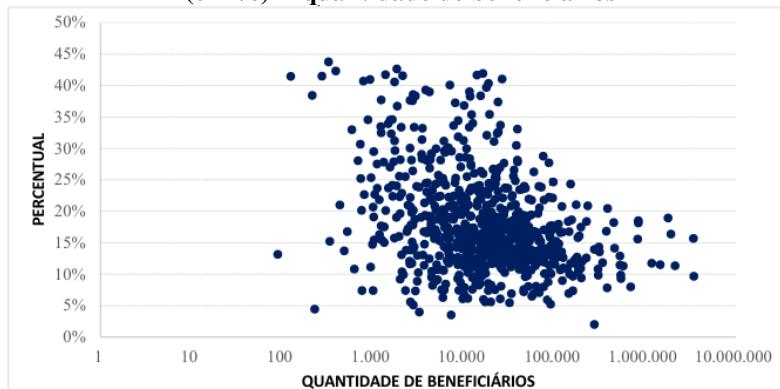
$$y = -0,171 \ln(x) + 0,4241 \quad (1)$$

O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,1312$) reforça que, embora a tendência seja clara, o porte não explica toda a variação, pois outros fatores como gestão, estrutura e contexto regional também influenciam os indicadores. Assim, a função logarítmica traduz bem a tendência geral, mas reconhece as limitações do modelo em captar todas as variáveis que afetam a eficiência financeira das operadoras.

Além disso, é importante destacar que a escolha pela função logarítmica se justifica porque ela descreve bem o comportamento de fenômenos que apresentam ganhos marginais decrescentes, como é o caso da diluição de despesas fixas administrativas e de comercialização. Ou seja, os primeiros aumentos no número de beneficiários têm impacto significativo na redução proporcional das despesas, mas esse efeito tende a diminuir à medida que o porte da operadora cresce, estabilizando a eficiência operacional em patamares mais elevados.

Ainda assim, mesmo operadoras de grande porte podem apresentar variações decorrentes de estratégias internas, qualidade de gestão, investimentos em tecnologia, abrangência geográfica e perfil da carteira de beneficiários. Esses fatores, por não estarem integralmente refletidos no modelo matemático, ajudam a explicar o valor relativamente baixo do coeficiente de determinação, ressaltando a necessidade de análises complementares para interpretar integralmente a eficiência econômico-financeira das operadoras de planos de saúde.

Figura 1 - Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

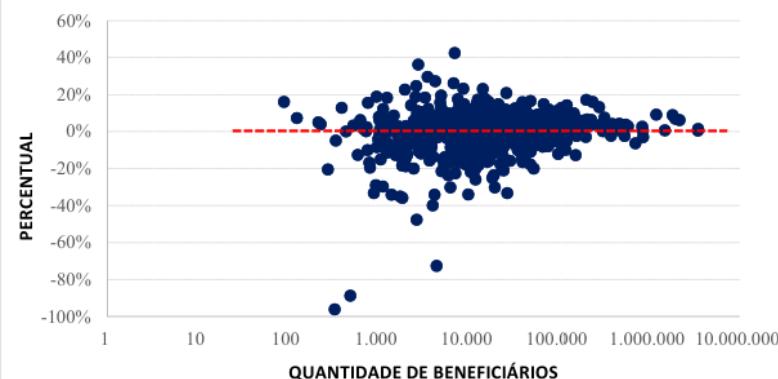
A Figura 2, por sua vez, apresenta a Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde entre 2011 e 2019. O eixo x está em escala logarítmica para representar o porte e o eixo y mostra o percentual da MLB em relação à receita total. Assim como identificado por Magalhães (2024), nota-se que operadoras maiores tendem a registrar margens de lucro bruto positivas, enquanto as menores ficam mais expostas a resultados negativos. Além disso, a dispersão é menor nos grupos maiores. A regressão ajustada resultou na expressão:

$$y = 0,0333x - 0,1356 \quad (2)$$

com coeficiente de determinação ($R^2 = 0,0397$), confirmando a tendência a relatada no estudo original de Magalhães (2024). Embora a expressão ajustada para a Margem de Lucro Bruto seja apresentada como uma equação linear, vale ressaltar que a variável independente o número de beneficiários foi transformada para uma escala logarítmica. Assim, o modelo é linear apenas na forma, mas a relação capturada reflete um crescimento proporcional, indicando que o aumento do porte das operadoras impacta de forma progressiva na melhoria das margens de lucro.

O coeficiente de determinação baixo indica que o modelo explica apenas cerca de 3,97% da variação da Margem de Lucro Bruto (MLB) em função do logaritmo do porte das operadoras. Esse valor relativamente baixo ocorre porque a MLB é influenciada por diversos outros fatores além do tamanho da operadora, como eficiência operacional, estratégias comerciais, mix de produtos e condições de mercado, que não estão incluídos na análise. Além disso, embora a tendência geral seja de margens positivas para operadoras maiores, há variações significativas dentro de cada grupo de porte, refletindo a complexidade e a heterogeneidade do setor. Portanto, o baixo R^2 sugere que, apesar da importância do porte, é necessário considerar outras variáveis para explicar de forma mais completa o desempenho financeiro das operadoras.

Figura 2 – Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

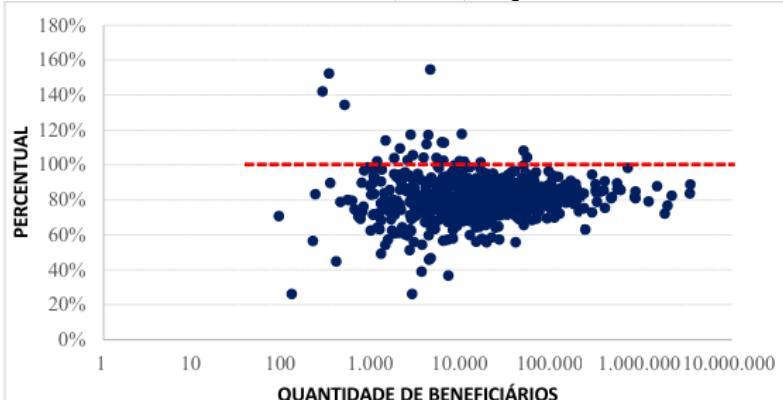
A Figura 3 traz o índice de Sinistralidade (DM) e segue a mesma estrutura metodológica adotada por Magalhães (2024). O eixo x em escala logarítmica representa o número de beneficiários e o eixo y os percentuais da DM em relação à receita total. Assim como no trabalho de Magalhães, observa-se que, à medida que o porte cresce, existe uma leve tendência de redução do índice de sinistralidade, concentrando-se abaixo de 100% a partir de determinado porte, além de menor variabilidade nos estratos superiores. A regressão ajustada para este indicador foi:

$$y = 0,0112x + 0,7646 \quad (3)$$

com coeficiente de determinação ($R^2 = 0,0042$), confirmando o padrão já observado por Magalhães (2024). A equação é linear em relação à variável x, que representa o logaritmo do número de beneficiários. Portanto, o modelo é uma regressão linear aplicada sobre dados transformados. Isso significa que, na escala original, a relação entre o índice de sinistralidade e o número de beneficiários é não linear, mas o ajuste fica linear ao considerar a transformação logarítmica. Essa abordagem facilita a análise de variáveis com grande variação e permite captar melhor a tendência observada.

O coeficiente de determinação baixo indica que o modelo explica muito pouco da variação do índice de sinistralidade em função do logaritmo do número de beneficiários. Isso ocorre porque o índice é influenciado por diversos outros fatores, como o perfil dos beneficiários, a gestão de risco e as características dos planos, que não estão contemplados no modelo. Além disso, a variabilidade natural entre operadoras e a simplicidade do modelo linear podem limitar a capacidade de explicar a complexidade dos dados. Portanto, apesar da leve tendência observada, o baixo R^2 sugere que é necessário considerar outras variáveis ou abordagens para entender melhor o comportamento do índice de sinistralidade.

Figura 3 – Sinistralidade (DM) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

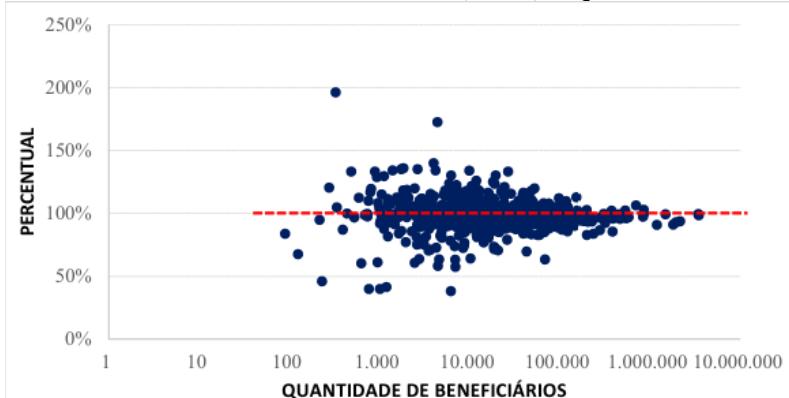
Por fim, a Figura 4 mostra o Índice Combinado (COMB), que também mantém coerência com os resultados apresentados por Magalhães (2024). O padrão indica que operadoras com mais beneficiários tendem a ter um COMB mais próximo de 100% e com menor dispersão, evidenciando maior estabilidade financeira. A equação de regressão ajustada foi:

$$y = 0,0112x + 0,7646 \quad (4)$$

com coeficiente de determinação ($R^2 = 0,004$), alinhando-se ao comportamento identificado no estudo original de Magalhães (2024). é linear em relação à variável x, que representa o logaritmo do número de beneficiários. Isso significa que o modelo é uma regressão linear aplicada a dados transformados pela escala logarítmica. Na escala original, a relação entre o índice combinado e o número de beneficiários não é linear, mas essa transformação permite ajustar uma reta aos dados, facilitando a análise de variáveis com grande amplitude de valores e captando melhor a tendência observada.

O coeficiente de determinação baixo indica que o modelo explica uma parcela muito pequena da variação do índice combinado. Isso ocorre porque o índice é influenciado por diversos outros fatores, como estratégias de gestão, perfil dos beneficiários e condições de mercado, que não são capturados por essa análise. Além disso, a variação natural entre operadoras e a simplicidade do modelo linear limitam a capacidade de explicar completamente os dados. Assim, apesar da tendência identificada, é necessário considerar outras variáveis ou modelos mais complexos para compreender melhor o comportamento do índice combinado.

Figura 4 – Índice Combinado (COMB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019(em %) X quantidade de beneficiários



Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

Assim, esta análise inicial corrobora integralmente os achados de Magalhães (2024), reforçando que o porte é um fator determinante para a diluição de custos, manutenção da rentabilidade e equilíbrio econômico das operadoras, o que fundamenta a etapa seguinte do trabalho, que aplicará o recorte específico por modalidade.

4.2 Análise da Despesa Não Assistencial por Grupo

Ao analisar a Figura 5 percebe-se que a representatividade das Despesas Não Assistenciais, compostas pela Despesa Administrativa (DA) mais a Despesa de Comercialização (DC), varia consideravelmente conforme os grupos: Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, e em função do porte das operadoras, medido pela quantidade de beneficiários. Com o objetivo de verificar formalmente se as diferenças observadas nas médias e na dispersão desses percentuais entre os três grupos são estatisticamente relevantes, aplicou-se uma ANOVA de um fator (Grupo), complementada por um teste de homogeneidade de variâncias (Levene) e comparações entre pares com variâncias desiguais (Welch).

De modo geral, observa-se uma tendência clara e consistente em todos os grupos: quanto menor o porte da operadora, ou seja, quanto menor a quantidade de beneficiários, maior é o percentual destinado às despesas não assistenciais. Esse comportamento evidencia o efeito de economia de escala, já que operadoras maiores conseguem diluir melhor custos administrativos e de comercialização, reduzindo o peso percentual dessas despesas sobre o total.

No grupo Mercado, os dados mostram grande dispersão nos percentuais de DA + DC, sobretudo entre as operadoras de menor porte, onde podem ser observados valores que ultrapassam 40%. À medida que o número de beneficiários aumenta, há redução consistente desses percentuais, que tendem a se concentrar abaixo de 20% nas grandes operadoras. Estatisticamente, o grupo Mercado apresenta uma média de 17,82%, com desvio padrão de 7,64%, máximo de 42,30% e mínimo de 2,00%. Esses valores refletem a heterogeneidade do setor, especialmente entre as pequenas operadoras.

As Autogestões apresentam uma distribuição mais concentrada, com a maioria dos pontos entre 10% e 25%, com poucos casos extremos. Isso sugere maior homogeneidade interna no grupo. A média do percentual é de 16,01%, com desvio padrão de 8,14%, máximo de 43,74% e mínimo de 5,08%. O comportamento também indica redução das despesas não

assistenciais conforme o porte aumenta e, de modo geral, o percentual médio é ligeiramente inferior ao observado no grupo Mercado.

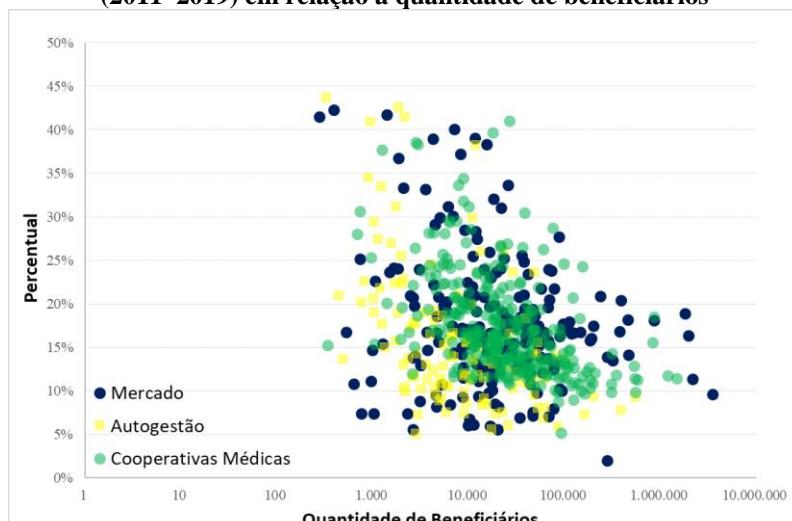
Nas Cooperativas Médicas, a maioria das operadoras se concentra entre 10% e 25% de DA + DC, com menos casos de percentuais muito elevados. A média é de 17,58%, com desvio padrão de 6,13%, máximo de 39,65% e mínimo de 8,74%. Assim como no grupo Mercado, nota-se o efeito de escala: operadoras maiores exibem percentuais menores de despesas não assistenciais.

Os testes estatísticos confirmam o que se observa visualmente: há variações entre os grupos, mas elas são relativamente sutis nas médias e mais pronunciadas nas dispersões. A ANOVA indicou diferença global próxima ao limite de significância estatística quando consideradas todas as observações ($p_valor = 0,0678$), sugerindo que, embora as médias percentuais entre Mercado, Autogestões e Cooperativas não sejam drasticamente distintas, há indícios de que não são totalmente equivalentes.

O teste de Levene apontou diferenças significativas de variância entre os grupos, reforçando o que se vê na Figura 5: o Mercado é o mais heterogêneo, as Autogestões são mais concentradas e as Cooperativas situam-se em posição intermediária. Dada essa heterogeneidade, procedeu-se a comparações entre pares com correção para variâncias desiguais (Welch), que mostraram diferenças modestas entre os grupos, especialmente entre Mercado e Autogestões, embora nem todas se mantenham estatisticamente significativas após ajustes para múltiplas comparações.

Comparando os dados estatísticos com a Figura 5, nota-se que os pontos estão em sua maioria dentro das faixas esperadas e que a tendência de redução percentual com o aumento do porte é consistente em todos os grupos. O grupo Mercado apresenta a maior variabilidade, enquanto as Autogestões mostra menor dispersão. As Cooperativas Médicas situam-se em um patamar intermediário, com percentuais médios semelhantes ao grupo Mercado, mas menos casos extremos.

Figura 5 – Índice DA + DC dos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas (2011–2019) em relação à quantidade de beneficiários



Elaboração própria (2025)
Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

4.3 Análise Margem de Lucro Bruto (MLB) por Grupo

Analizando a Figura 6 pode-se perceber que a Margem de Lucro Bruto (MLB) mostra diferenças importantes entre os grupos (Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas), além de revelar a influência do porte, representado pela quantidade de beneficiários, sobre esse indicador. Com o objetivo de confirmar se as diferenças observadas nas médias e dispersões entre os grupos são estatisticamente significativas, aplicou-se uma ANOVA de um fator (Grupo), complementada por testes de homogeneidade de variâncias e comparações pareadas com ajuste para variâncias desiguais.

De maneira geral, observa-se que a Margem de Lucro Bruto apresenta grande dispersão entre as operadoras, especialmente entre aquelas de menor porte. A linha vermelha no gráfico indica o ponto de equilíbrio (0%), separando as operadoras com margem positiva daquelas que operam no prejuízo. É evidente que existe uma quantidade significativa de operadoras, principalmente de Autogestão, com margens negativas bastante expressivas.

No grupo Mercado, a média da Margem de Lucro Bruto é de 2,63%, com desvio padrão de 7,69%, máximo de 24,67% e mínimo de -25,10%. Isso indica que, embora a maioria das operadoras de mercado opere próxima do equilíbrio ou com pequena margem positiva, há casos de margens negativas, especialmente entre as operadoras menores. À medida que o número de beneficiários aumenta, a dispersão dos resultados diminui e as margens tendem a se aproximar da média do setor, destacando a importância do ganho de escala para a sustentabilidade financeira.

Nas Autogestões, chama atenção a média negativa de -7,09% na Margem de Lucro Bruto, com alto desvio padrão de 17,27%, máximo de 26,03% e mínimo de impressionantes -96,24%. A Figura 6 reforça essa estatística, mostrando diversos pontos amarelos (Autogestões) abaixo da linha de zero, alguns bastante distantes, evidenciando que várias operadoras desse grupo enfrentam dificuldades para cobrir seus custos assistenciais e operacionais. Apesar disso, também existem casos de autogestões com margens positivas, sobretudo entre aquelas com maior porte, o que sugere novamente a relevância das economias de escala.

As Cooperativas Médicas apresentam uma média de 2,52% na Margem de Lucro Bruto, com desvio padrão de 6,60%, máximo de 19,39% e mínimo de -30,26%. Os pontos verdes no gráfico estão mais concentrados próximos da linha de zero, com menos casos extremos de margens negativas em comparação à Autogestões. De modo geral, as cooperativas se comportam de forma semelhante ao mercado, com margens predominantemente positivas e menor dispersão, especialmente entre as operadoras de maior porte.

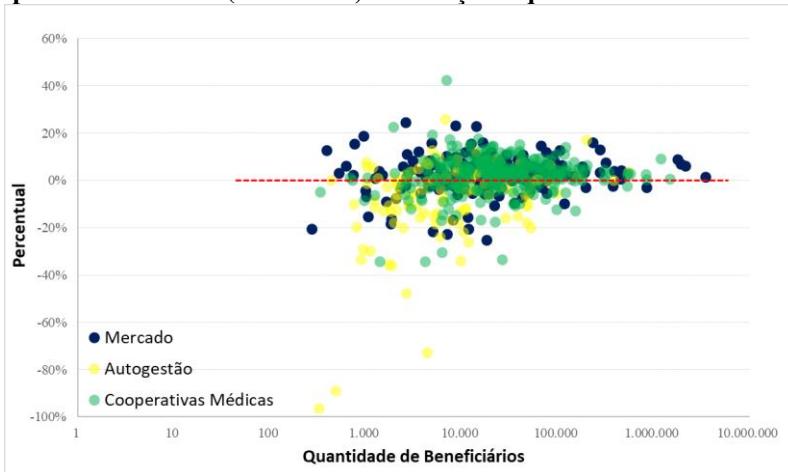
Do ponto de vista estatístico, os testes confirmam as diferenças entre os grupos. A ANOVA indicou diferença significativa entre os grupos ($p_valor = 1,29 \times 10^{-10}$), reforçando que as médias de Margem de Lucro Bruto não são homogêneas. O teste de Levene apontou diferenças significativas nas dispersões ($p < 0,001$), evidenciando heterogeneidade entre os grupos, aspecto já perceptível na Figura 6: Autogestões apresentam maior variabilidade, enquanto Mercado e Cooperativas Médicas são mais estáveis. Comparações pareadas pelo método de Welch mostraram que as Autogestões diferem significativamente dos demais grupos (p ajustado $< 0,001$), apresentando margem média negativa e maior risco estrutural.

Comparando a Figura 6 com as estatísticas fornecidas, percebe-se que a distribuição dos pontos confirma os valores de média, dispersão e extremos informados. A grande maioria das operadoras, independentemente do grupo, está concentrada na faixa de -20% a 20% de Margem de Lucro Bruto, mas as pequenas operadoras, sobretudo as Autogestões, podem

apresentar resultados muito abaixo desse intervalo, indicando maior vulnerabilidade financeira.

Em resumo, a Margem de Lucro Bruto das operadoras de planos de saúde é fortemente influenciada pelo porte, sendo as operadoras menores mais propensas a apresentar margens negativas, enquanto aquelas com maior número de beneficiários conseguem resultados mais próximos ou acima do equilíbrio. Nas Autogestões se evidencia um maior risco, com média negativa e casos extremos de margens fortemente negativas, enquanto Mercado e Cooperativas Médicas apresentam médias positivas, margens mais estáveis e menor dispersão, especialmente entre as operadoras de grande porte.

Figura 6 – Margem de Lucro Bruto (MLB) dos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas (2011–2019) em relação à quantidade de beneficiários



Elaboração própria (2025)
Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

4.4 Análise da Sinistralidade por Grupo

Analizando a Figura 7 sobre a Sinistralidade, representada pelo percentual das Despesas Médicas (DM) em relação à receita, evidencia diferenças relevantes entre os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas, assim como a influência do porte das operadoras, medido pela quantidade de beneficiários. Com o objetivo de confirmar se as diferenças observadas nas médias e dispersões entre os grupos são estatisticamente significativas, aplicou-se uma ANOVA de um fator (Grupo), complementada por testes de homogeneidade de variâncias (Levene) e comparações pareadas com correção para variâncias desiguais.

De forma geral, a Figura 7 mostra que a sinistralidade apresenta grande dispersão, especialmente entre as operadoras de menor porte, com destaque para o grupo de Autogestões, que concentra vários casos acima da linha dos 100%. A linha vermelha no gráfico indica o patamar de 100%, que representa o ponto de equilíbrio entre o que a operadora arrecada e o que ela gasta com despesas médicas. Operadoras acima dessa linha estão gastando mais do que arrecadam, enquanto aquelas abaixo estão conseguindo manter as despesas sob controle.

No grupo Mercado, a média da sinistralidade é de 79,23%, com desvio padrão de 10,17%, máximo de 142,23% e mínimo de 44,92%. Isso indica que a maior parte das operadoras do mercado trabalha com um nível de sinistralidade abaixo de 100%, ou seja,

conseguem manter uma relação saudável entre receitas e despesas médicas. A dispersão é menor entre as operadoras de maior porte, sugerindo maior eficiência e capacidade de gestão, enquanto pequenas operadoras apresentam maior variabilidade, estando algumas inclusive acima do limite desejado.

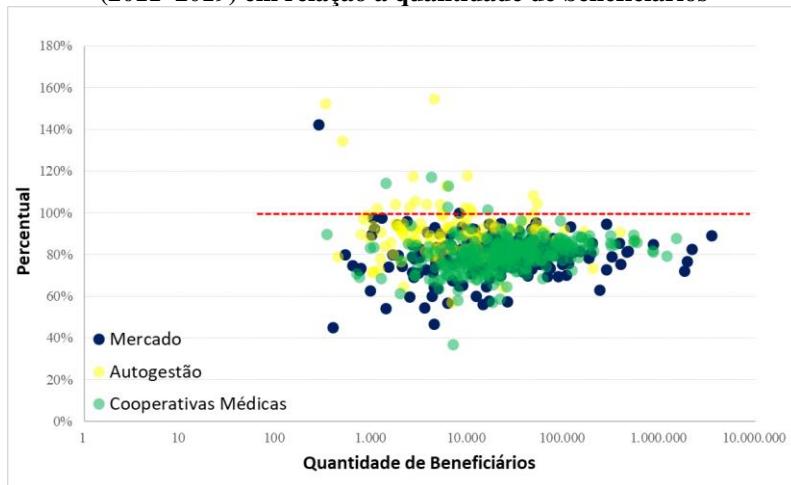
No caso das Autogestões, a média da sinistralidade é significativamente mais alta, em 90,77%, com desvio padrão de 13,31%, máximo de 154,76% e mínimo de 57,26%. A Figura 7 reforça essa informação, já que há uma quantidade relevante de pontos amarelos acima da linha de 100%. Isso revela que muitas Autogestões enfrentam dificuldades para equilibrar receitas e despesas médicas, especialmente entre as operadoras de menor porte, onde a dispersão é ainda mais acentuada. Ainda assim, há Autogestões com sinistralidade controlada, especialmente entre as de maior porte, o que sugere que o ganho de escala também beneficia esse grupo.

As Cooperativas Médicas apresentam uma média de sinistralidade de 79,90%, com desvio padrão de 7,03%, máximo de 112,86% e mínimo de 56,98%. Os pontos verdes no gráfico estão majoritariamente abaixo da linha dos 100%, com menos casos extremos quando comparados às Autogestões. O comportamento das Cooperativas Médicas é semelhante ao do grupo Mercado, com sinistralidade predominantemente sob controle e menor dispersão, especialmente entre as operadoras com mais beneficiários.

Os testes estatísticos confirmam essas diferenças: a ANOVA indicou significância elevada ($p = 3,12 \times 10^{-14}$), evidenciando que as médias de sinistralidade não são iguais entre os grupos. O teste de Levene também indicou heterogeneidade nas dispersões ($p < 0,001$), confirmando a maior variabilidade na Autogestão em relação aos demais grupos. As comparações pareadas (Welch) mostraram que as Autogestões diferem significativamente do grupo Mercado e das Cooperativas Médicas (p ajustado $< 0,001$), enquanto o grupo Mercado e as Cooperativas Médicas não apresentam diferença estatisticamente significativa entre si ($p > 0,05$).

Comparando a Figura 7 com as estatísticas apresentadas, nota-se que a distribuição dos pontos está de acordo com os valores de média, desvio padrão e extremos informados. A maior parte das operadoras, independentemente do grupo, está concentrada entre 60% e 110% de sinistralidade, mas as Autogestões menores apresentam risco elevado de ultrapassar esse limite, indicando maior vulnerabilidade financeira.

Figura 7 – Sinistralidade (DM) dos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas (2011–2019) em relação à quantidade de beneficiários





Elaboração própria (2025)
Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

4.5 Análise do Índice Combinado por Grupo

A Figura 8 permite observar o comportamento do Índice Combinado das operadoras de planos de saúde, indicador que relaciona o total das despesas administrativas, despesas de comercialização e eventos indenizáveis líquidos em relação às contraprestações efetivas. Essa análise mostra como as operadoras equilibram suas despesas operacionais e revela diferenças importantes de desempenho conforme o porte e por grupo. Com o objetivo de confirmar se as diferenças observadas nas médias e dispersões entre os grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas são estatisticamente significativas, aplicou-se uma ANOVA de um fator (Grupo), complementada por testes de homogeneidade de variâncias e comparações pareadas ajustadas para variâncias desiguais.

De modo geral, a Figura 8 mostra que o Índice Combinado apresenta grande dispersão, principalmente entre as operadoras de menor porte, e a linha vermelha indica o patamar de 100%, ou seja, o ponto a partir do qual as despesas superam as receitas.

Operadoras acima dessa linha estão operando com prejuízo operacional, enquanto aquelas abaixo conseguem manter as despesas totais controladas em relação à receita.

No grupo Mercado, a média do Índice Combinado é de 93,97%, com desvio padrão de 12,28%, valor máximo de 125,10% e mínimo de 39,95%. Esses números mostram que a maioria das operadoras do grupo Mercado consegue atuar com despesas totais menores do que a receita, mantendo equilíbrio ou gerando superávit operacional. A dispersão diminui de forma significativa à medida que o porte aumenta, indicando maior eficiência e estabilidade nas operadoras maiores, enquanto as menores apresentam maior variabilidade, com parte delas acima ou bem abaixo do patamar de 100%.

Nas Autogestões, a média do Índice Combinado é de 106,13%, com desvio padrão de 15,92%, valor máximo de 196,24% e mínimo de 73,97%. A Figura 8 evidencia muitos pontos amarelos acima da linha de 100%, indicando que grande parte das Autogestões opera com despesas superiores à receita, o que gera prejuízo operacional. Essa situação é mais comum entre as operadoras de menor porte, mas há casos de Autogestões maiores que também enfrentam dificuldades para equilibrar as contas. Mesmo assim, algumas autogestões apresentam Índice Combinado inferior a 100%, especialmente as de maior porte, o que reforça o impacto positivo do ganho de escala.

As Cooperativas Médicas apresentam média de 97,48%, desvio padrão de 6,60%, valor máximo de 130,26% e mínimo de 80,61%. Os pontos verdes se concentram mais próximos da linha de 100%, com menor dispersão e menos casos extremos em comparação às autogestões. Esse cenário mostra que a maioria das cooperativas mantém o equilíbrio operacional, principalmente entre as de maior porte, sendo o grupo com maior estabilidade nesse índice entre os três grupos analisadas.

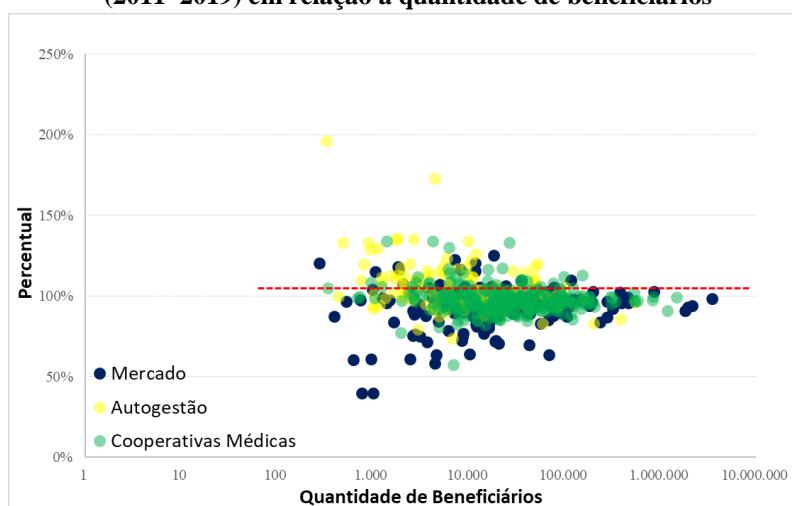
Do ponto de vista estatístico, a ANOVA confirmou que as diferenças entre os grupos são altamente significativas ($p = 2,84 \times 10^{-16}$), indicando que as médias do Índice Combinado não são homogêneas. O teste de Levene também mostrou diferenças significativas nas dispersões ($p < 0,001$), o que evidencia maior variabilidade nas Autogestões. As comparações pareadas (teste de Welch com ajuste de p-valor) indicaram que as Autogestões diferem significativamente dos demais grupos (p ajustado $< 0,001$), enquanto o grupo Mercado e as Cooperativas Médicas não apresentaram diferença significativa entre si ($p > 0,05$).

Comparando a Figura 8 com os dados estatísticos, observa-se que a distribuição dos pontos confirma as médias e os extremos apresentados. A maior parte das operadoras, em

todos os grupos, concentra-se na faixa de 80% a 120% de Índice Combinado, com as autogestões apresentando mais casos acima desse limite, o que demonstra maior vulnerabilidade financeira.

Em síntese, o Índice Combinado das operadoras de planos de saúde é fortemente influenciado pelo porte, sendo as operadoras menores, principalmente as Autogestões, mais suscetíveis a índices acima de 100%, ou seja, com despesas totais superiores à receita. O grupo Mercado apresenta índice médio em torno de 94%, com maior dispersão entre as pequenas operadoras, mas grande parte do setor opera de forma equilibrada. Já as Cooperativas Médicas demonstram maior estabilidade e menor dispersão, com média abaixo de 100% e poucos casos de desequilíbrio.

Figura 8 – Índice Combinado (COMB) nos grupos Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas (2011–2019) em relação à quantidade de beneficiários



Elaboração própria (2025)

Fonte dos dados: Brasil, ANS TABNET (2025)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo atingiu seu objetivo principal ao analisar, de forma integrada, a relação entre porte, medido pelo tamanho da carteira de beneficiários, e os indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil, incorporando um recorte adicional por grupos (Mercado, Autogestões e Cooperativas Médicas). Essa abordagem permitiu compreender não apenas tendências associadas ao porte, como no estudo base, mas também como diferentes modelos de operação convertem escala em eficiência, controlam custos e sustentam resultados econômico-assistenciais ao longo do tempo.

A análise evidenciou que, em todos os indicadores examinados Despesas Não Assistenciais (DA+DC), Margem de Lucro Bruto (MLB), Sinistralidade (DM) e Índice Combinado (COMB), as operadoras de maior porte tendem a apresentar desempenho econômico-financeiro superior, efeito compatível com economias de escala. À medida que aumenta a base de beneficiários, diluem-se custos fixos administrativos e de comercialização, amplia-se o poder de negociação com prestadores, reduz-se a volatilidade e fortalece-se a capacidade de absorver riscos assistenciais. Essa constatação já aparecia no estudo de

Magalhães (2024), focado somente em porte; contudo, ao separar por modalidade, percebeu-se que a escala não gera os mesmos efeitos em todos os grupos.

Os resultados revelaram que as operadoras do grupo Mercado mantêm despesas não assistenciais relativamente controladas, Margens de Lucro Bruto predominantemente positivas e Sinistralidade em níveis saudáveis. Esse cenário está associado a uma estrutura competitiva mais consolidada, voltada à eficiência e à busca por rentabilidade, além do fato de que muitas operadoras de mercado concentram grandes carteiras, o que amplia o ganho de escala, dilui custos fixos e permite maior poder de barganha na negociação com prestadores de serviços. As Autogestões, por outro lado, apresentaram fragilidade significativa, com Margens de Lucro Bruto negativas e Índices Combinados frequentemente acima de 100%, além de Sinistralidade mais elevada. Esse quadro decorre da própria natureza do modelo, geralmente voltado a grupos fechados, com baixa capacidade de expansão e menor flexibilidade para ganhos de escala, o que dificulta o equilíbrio econômico. As Cooperativas Médicas mostraram comportamento intermediário, com Despesas Administrativas controladas, Sinistralidade sob controle e Índice Combinado próximo a 100%, embora cooperativas de menor porte ainda enfrentem desafios para manter equilíbrio financeiro.

Ao comparar com a análise baseada apenas em porte, esta abordagem trouxe avanços importantes. Primeiro, revelou que os efeitos da escala são assimétricos: enquanto operadoras do grupo Mercado convertem escala rapidamente em eficiência, as operadoras do grupo Autogestão precisam atingir níveis muito mais elevados para alcançar equilíbrio. Segundo, evidenciou perfis distintos de risco: em Autogestões, pequenas operadoras combinam Sinistralidade elevada, margens negativas e alto Índice Combinado, ampliando a vulnerabilidade financeira. Terceiro, mostrou que custos administrativos isoladamente não explicam a sustentabilidade: autogestões têm despesas administrativas controladas, mas ainda assim registram desequilíbrios operacionais por pressão assistencial. Por fim, destacou que as Cooperativas Médicas, mesmo sem atingir escalas tão elevadas quanto o grupo Mercado, alcançam estabilidade operacional por meio de modelos de governança que reforçam alinhamento clínico e gestão coletiva.

Esses achados reforçam que a economia de escala é o fator mais determinante para a sustentabilidade das operadoras, mas seu impacto depende do modelo organizacional e das estratégias de gestão. Para as Autogestões, o desafio passa por estruturar parcerias, redes colaborativas e práticas de gestão profissionalizadas para ampliar escala e conter desequilíbrios. As Cooperativas Médicas precisam fortalecer sua governança e consolidar estruturas administrativas sem perder a essência participativa. Já as operadoras do grupo Mercado devem continuar investindo em inovação e gestão de custos, mantendo a eficiência sem comprometer a qualidade assistencial.

Em síntese, este estudo amplia as conclusões do estudo de Magalhães (2024) ao mostrar que a escala não é apenas um número de beneficiários, mas uma plataforma estratégica que deve ser associada a modelos de gestão adequados para gerar eficiência, controlar riscos e garantir sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 2004. Disponível



em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-85-de-7-de-dezembro-de-2004-707528>. Acesso em: 24 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 209**, de 22 de abril de 2009. Estabelece critérios para as provisões técnicas obrigatórias das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 23 abr. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 317**, de 5 de março de 2012. Dispõe sobre o Monitoramento Econômico-Financeiro das operadoras de planos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 6 mar. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 435**, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a constituição de capital baseado em risco (CBR). Diário Oficial da União, Brasília, 27 jun. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 574**, de 27 de setembro de 2023. Dispõe sobre as regras para classificação do porte das operadoras de planos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **TabNet ANS**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/dados-e-indicadores-do-setor/tabnet>. Acesso em: jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar**. Brasília, ANS, 2024.

CASTRO, R. L.; MAIA, M. S. **Solvência na Saúde Suplementar Brasileira: Uma Análise Crítica**. Revista de Administração em Saúde, v. 19, n. 74, p. 12–20, 2017.

FERNANDES, R.; CAILLEAU, F.; SOUZA, A. **Indicadores econômico-financeiros aplicados à análise de operadoras de planos de saúde**. Revista Brasileira de Gestão em Saúde, v. 9, n. 2, p. 30–45, 2019.

MAGALHÃES, R. A. C. **A Despesa Não Assistencial das Operadoras de Planos de Saúde Médico-Hospitalares do Brasil no Período de 2011 a 2019 e a Influência do Porte na Solvência e Competitividade destas Empresas**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2024.

PEREIRA, R. A. **Regulação Econômica na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

PORTELA, M. C. **Gestão de Custos em Operadoras de Planos de Saúde: Foco em Despesas Assistenciais e Administrativas**. Revista de Administração em Saúde, v. 20, p. 55–66, 2018.

SANTOS, L. B.; ALMEIDA, J. S. **Análise das Despesas Administrativas das Operadoras de Planos de Saúde**. Revista de Saúde Pública, 2014.

VIANNA, L. A. **Sustentabilidade e Regulação no Setor de Planos de Saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 2, p. 123–132, 2012.