



Causalidades Externas e Internas do sucesso de uma operadora de planos de saúde: Um estudo de caso do grupo Hapvida

Gamaliel da Silva Carreiro¹

Paula Katiana da Silva Carreiro²

Pedro de Andrade Calil Jabur³

Resumo A partir do estudo de caso do Grupo Hapvida, problematizamos as transformações no campo da assistência privada à saúde, com destaque para a ascensão das operadoras de planos de saúde. Discutem-se as causalidades internas e externas que levaram ao sucesso dessas organizações no país. Buscamos compreender, por um lado, as transformações políticas, econômicas e jurídicas nesse setor da economia, sobretudo pós-Constituição de 1988. Por outro, as alterações no modelo de gestão organizacional de algumas dessas corporações, com destaque para a concentração horizontal, a gestão verticalizada e o assalariamento dos médicos.

Palavras-chave: sociologia, mercado de trabalho médico, transformação.

- 1 Universidade Federal do Maranhão (UFMA) — gamaliel.carreiro@ufma.br — Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5237417408888487> — ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0139-7321>
- 2 Universidade Federal do Maranhão (UFMA) — katianapaula@hotmail.com. — Lattes: <http://lattes.cnpq.br/263386595063924> — ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4274-7770>.
- 3 Universidade de Brasília (UnB) — pedrojabur@gmail.com — Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7160757337951818> — ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5921-8993>.

External and internal causalities of the success of a health plan operator: A case study of the Hapvida group

Abstract *Based on the case study of the Hapvida Group, we problematize the transformations in the field of private health care, with emphasis on the rise of health plan operators. The internal and external causalities that led to the success of these organizations in the country are discussed. We seek to understand, on the one hand, the political, economic and legal transformations in this sector of the economy, especially after the 1988 Constitution. On the other, the changes in the organizational management model of some of these corporations, with emphasis on horizontal concentration, management verticalization and the salaries of doctors.*

Keywords: *sociology, medical job market, transformation.*

Causas externas e internas del éxito de un operador de plan de salud: un estudio de caso del grupo Hapvida

Resumen A partir del estudio de caso del Grupo Hapvida, problematizamos las transformaciones en el campo de la salud privada, con énfasis en el surgimiento de los operadores de planes de salud. Se discuten las causalidades internas y externas que llevaron al éxito de estas organizaciones en el país. Buscamos comprender, por un lado, las transformaciones políticas, económicas y jurídicas en este sector de la economía, especialmente después de la Constitución de 1988. Por el otro, los cambios en el modelo de gestión organizacional de algunas de estas corporaciones, con énfasis en concentración horizontal, verticalización de la gestión y salarios de los médicos.

Palabras clave: *sociología, mercado laboral médico, transformación.*

Introdução

O segmento privado de assistência à saúde brasileiro tem uma trajetória de mais de 90 anos. Ao longo desse período, ele sofreu diversas metamorfoses, muitas das quais corroboraram para a sua ampliação e consolidação como um dos segmentos mais bem-sucedidos da economia do país. Tais mutações fizeram nascer, nos últimos quinze anos, gigantescas organizações financeiras que se tornaram importantes intermediários na relação médico-paciente, com destaque para as operadoras de planos de saúde, as mais poderosas do setor. Sua

capacidade de influência ultrapassa o campo da medicina de grupo, alcançando outros setores da sociedade, como a esfera política, influenciando, assim, o Estado brasileiro, a agência que regulamenta o setor e o sistema jurídico criado para discipliná-lo (Scheffer e Bahia, 2013).

A presente reflexão é uma tentativa de síntese de alguns dos resultados da pesquisa realizada entre 2021 e 2023⁴ sobre o mercado privado de assistência à saúde. A investigação como um todo buscou compreender a expansão desse setor e seu impacto nos processos de perda de renda e autonomia profissional dos trabalhadores médicos. Embora muitas pesquisas tenham problematizado a relação entre as operadoras e o mercado consumidor, poucas se dedicaram a analisar os impactos ocasionados, no mercado de trabalho médico, pela consolidação dessas megaorganizações na economia brasileira. Diante dessa lacuna nas investigações, esta pesquisa propõe respostas para questões como: quando e em que contexto social e econômico surgiram essas megaorganizações? Que legislação as regula? O quanto do mercado de saúde elas controlam? Como compreendê-las dentro da lógica da saúde-mercadoria? Qual o impacto, para os trabalhadores médicos, da ascensão desses agentes no mercado de saúde brasileiro?

A presente reflexão é um recorte de uma investigação e concentra seus esforços na análise do Grupo Hapvida como um caso que sintetiza as tendências das transformações de outras organizações em curso no país. Apresentamos, então, a existência de causalidades externas e internas que permitiram o aparecimento e crescimento dessa operadora de planos: por um lado, transformações macrosociológicas de ordem econômica, política e jurídica; por outro, transformações organizacionais adotadas por essa instituição, como a gestão verticalizada e o assalariamento dos trabalhadores médicos, que resultaram no seu enorme sucesso. Diante dessa escolha, neste artigo, não nos dedicamos ao estudo de temas como outras formas de concentração de mercado ou a atuação de médicos não assalariados que cobram altos valores por consultas, modelos alternativos de gestão *etc.* Esses são temas também importantes, mas os limites físicos de um artigo não permitem a exploração de tantas variáveis.

O fenômeno da ascensão de organizações como o Grupo Hapvida, que passaram a controlar parte do mercado privado de assistência à saúde, é analisado a partir de uma perspectiva sociológica mais ampla que tem como pano de fundo

4 A pesquisa intitulada *Os atravessadores do campo da saúde: um estudo sobre a expansão dos planos de saúde no Brasil e no Maranhão e alguns de seus impactos na reestruturação da profissão de médico* foi aprovada nas instâncias da Universidade Federal do Maranhão, cumprindo os requisitos jurídicos da universidade e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) quanto a entrevistas, procedimentos éticos *etc.*

a reestruturação do capitalismo contemporâneo, sobretudo nas economias periféricas e suas consequências sobre a renda do trabalhador (Polanyi, 2004; Lebaron, 2010; Piketty, 2014). Assim, contextualizamos este estudo de caso analisando as afinidades eletivas entre as transformações do capital em busca da maximização dos lucros e as alterações dos sistemas legislativos, jurídicos e de controle do Estado, bem como de políticas públicas implementadas no Brasil pós-Constituição Federal de 1988 (doravante CF/88). Ao mesmo tempo, alterações organizacionais, como a adoção da gestão verticalizada e a transformação do médico de profissional liberal em trabalhador assalariado.

A mesma Carta Magna que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou o mercado privado de assistência à saúde, transformando-a em mercadoria. Nesse contexto, a saúde no Brasil carrega um paradoxo: ao mesmo tempo que é um direito do cidadão, garantido na CF/88, é também uma mercadoria com enorme potencial de gerar lucro. Sobre isso, observa Cintra:

Na prática, contudo, apesar dessa aparente contradição, sabemos que a saúde é tratada como direito “e” (e não “ou”) como mercadoria. A diferença entre o “e” e o “ou” não constitui um mero preciosismo. Ela serve para acentuar essa situação paradoxal. A saúde, como um dos reflexos do direito à vida, não pode ter um preço. Porém, enquanto objeto de interesse econômico e mercadológico, ela tem sim um preço. E é caro. Quem não tem plano de saúde e já passou pela desagradável experiência de ter que recorrer a um hospital privado em uma situação de emergência, provavelmente se assustou com o valor do cheque caução exigido para “garantir o pagamento do serviço” (Cintra, 2009: 437).

Problematizar as alterações nesse segmento da economia, bem como os novos papéis desses agentes no ecossistema econômico, sua articulação com o Estado e com os profissionais médicos é um tema central no debate em saúde no mundo e que merece mais atenção dos pesquisadores no Brasil.

1. O Grupo Hapvida em perspectiva histórica

A Hapvida Participações e Investimentos S.A. é, na atualidade, uma *holding*⁵, constituída na forma de sociedade por ações, com sede na cidade de Fortaleza,

5 Em termos mais simples, pode-se dizer que uma *holding* é uma sociedade gestora matriz de participações sociais, que exerce controle sobre outras empresas. Seu principal objetivo é a administração ou o controle de uma ou mais empresas. São as *holdings* que decidem e determinam a gestão das companhias que ela administra, em razão de ela ser a sócia majoritária.

no estado do Ceará (CE). A organização só obteve o registro de empresa de capital aberto em 20 de abril de 2018, após algumas alterações na legislação federal que regula esse setor da economia brasileira. Desde então, ela possui ações negociadas na Bolsa de Valores no segmento especial [B]3 — sob o código HAPV3.

A trajetória do Grupo Hapvida nas últimas décadas sugere que, do ponto de vista do capitalismo, trata-se de uma história de sucesso. Embora só nos últimos dez anos ela tenha aparecido como importante ator social no segmento de assistência privada à saúde, a empresa tem uma trajetória de mais de quarenta anos. Essa história se inicia em 1979, com a fundação da clínica Antônio Prudente, em Fortaleza (CE), pelo médico oncologista Candido Pinheiro Koren. Nos anos seguintes, a empresa expandiu suas atividades na capital do estado, ampliando a estrutura predial, e, em poucos anos, a clínica foi transformada em hospital.

Na década de 1990, os proprietários decidiram mudar as estratégias de investimentos e expandir seus negócios quando novas oportunidades surgiram no setor de assistência privada à saúde, especialmente no seguimento de planos de saúde. Esse período coincide com o da expansão dos planos de saúde no Brasil. Os empresários conseguiram captar recursos para criar uma “sucursal” do hospital, a operadora de saúde suplementar Hapvida Assistência Médica. A ideia original era usar a operadora como um meio para atrair pacientes/usuários e, por conseguinte, receitas para o Hospital Antônio Prudente. Assim, o hospital passou a ter seu próprio plano de saúde, uma estratégia adotada por diversas empresas em todo o país naquele período.

A estratégia de um hospital/operadora atuando conjuntamente alcançou enorme sucesso financeiro na capital cearense, de modo que, em 1996, os acionistas optaram por separar em definitivo os negócios da operadora e do hospital, visando, com isso, a maximização dos lucros das duas organizações. Os dados históricos recolhidos sugerem que o hospital havia chagado a um limite em termos de geração de lucro, enquanto a operadora de planos de saúde Hapvida ainda tinha muito a crescer. A manutenção de uma empresa atrelada juridicamente à outra era um impedimento à expansão da operadora. A decisão tomada, por fim, surtiu efeitos econômicos positivos.

Parte do sucesso pode ser creditada à fórmula hospital/operadora sob a mesma direção e um rígido controle e racionalização dos gastos — antecipando, no Brasil, o processo de integração vertical que só se tornaria realidade vinte anos mais tarde. Essa fórmula permitiu à empresa acumular capital, ao mesmo tempo que oferecia produtos (planos de saúde) mais baratos do que a concorrência.

Convencidos da eficiência do modelo de gestão adotado que articulava as atividades do hospital com as da operadora, os empresários iniciaram um

processo de aquisição de empresas. Em 1999, ocorreu a primeira incorporação, com a compra de um hospital no estado do Rio Grande do Norte (atual Hospital Antônio Prudente, de Natal). A experiência com essa aquisição foi um sucesso e a empresa optou pela estruturação do negócio nas duas frentes: por um lado, ampliar a atuação da operadora de planos de saúde, captando mais clientes e/ou comprando operadoras menores com suas carteiras de clientes, expandindo, assim, a rede credenciada para outros mercados das regiões Norte e Nordeste. Por outro lado, parte do capital acumulado era direcionada à aquisição de uma rede própria mediante a compra de clínicas, hospitais e unidades de pronto atendimento.

Após a aquisição, replicava-se o modelo de gestão pautado pela eficiência e eficácia dos recursos, com controle rígido do uso de insumos, da rede pelos usuários e do trabalho médico quanto à prescrição e realização de procedimentos. Assim, a Hapvida, de forma unificada e gerenciada por uma única *holding*, tanto expandia sua base de clientes quanto a infraestrutura de atendimento.

O enfoque desse artigo não nos permite pormenorizar a totalidade das aquisições realizadas entre 1999 e 2022, de modo que nos restringiremos nas principais incorporações realizadas pelo Grupo Hapvida, a fim de indicar o quanto a empresa cresceu em duas décadas.

Em 2000, a empresa abriu uma filial na Bahia, ofertando planos e adquirindo um hospital. Em 2005, conseguiu adentrar no Amazonas com a mesma fórmula: comprando hospitais e, em seguida, ofertando seus produtos. Em 2007, se instalou no Pará. A partir de 2008, a empresa se tornou mais agressiva no mercado, diversificando seus negócios ao migrar parte de seus investimentos para o setor de assistência odontológica com o nome “Mais Odonto”. Adquiriu hospitais e clínicas nas cidades de Recife, Alagoas, e, ainda, carteiras de beneficiários dos grupos MMS-PE e Santa Helena, que atuavam na região Nordeste.

A partir de 2011, ela iniciou uma nova fase de expansão, por meio da compra de pequenas operadoras de planos odontológicos no Ceará e no Maranhão, e ampliou sua presença na Bahia com novos hospitais em Salvador e cidades de médio porte. Em 2012, chegou a João Pessoa, replicando a fórmula “mágica”. Entre 2014 e 2016, fortaleceu sua presença nas regiões Norte e Nordeste comprando ou construindo hospitais, clínicas e unidades de pronto atendimento.

Em 2017, já se contabilizavam 26 empresas gerenciadas pelo Grupo Hapvida. Nesse momento, novos processos de controle e gestão foram implementados. Houve uma reorganização e padronização dos procedimentos de todas as empresas gerenciadas pelo Grupo, com concentração de atividades e ampliação da racionalização dos custos, dos procedimentos e dos controles. Nesse processo

de reorganização da gestão, centenas de demissões foram feitas, ao mesmo tempo em que foram ampliados os processos de controle e fiscalização dos profissionais, em especial de seus médicos atuantes quanto à solicitação de exames e procedimentos clínicos na rede.

Entre 2018 e 2019, a empresa avançou em direção às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste com a construção de hospitais em Joinville, em Santa Catarina (SC); com a compra de operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios de diagnóstico nos estados de Goiás, São Paulo e na região do Triângulo Mineiro; além de fortalecer sua presença no Ceará e no Piauí por meio da compra de operadoras como a Free Life e a Uniplam, incorporando mais de 50 mil beneficiários somente com essas duas aquisições. Ainda, conseguiu entrar no mercado de Ser-gipe por meio da aquisição da operadora de planos PLAMED, com forte atuação na capital, Aracaju.

Ainda em 2018, a Hapvida abriu seu capital, passando a atuar na Bolsa de Valores do Brasil em uma operação que movimentou R\$ 3,43 bilhões, sendo considerado o maior IPO (Oferta Pública Inicial/*Initial Public Offering*) da história da saúde suplementar do Brasil. Em 2019, a empresa emitiu debêntures no valor de R\$ 2 bilhões, com prazos de vencimento para cinco e sete anos. Em julho, injetou ações na bolsa (*follow-on*) no valor de R\$ 2,6 bilhões. Lançou, no mercado, as marcas Maida Health e Health Tech, sucursais da Hapvida que nasceram a partir da fusão de duas outras empresas, a Haptech, com *know-how* em tecnologia, e a Infoway, especializada no desenvolvimento de sistemas de gestão de planos de saúde.

Entre 2020 e 2022, após ter recebido novos aportes financeiros, a Hapvida passou a fazer aquisições de empresas maiores no setor, consolidando-se no mercado como uma das principais operadoras do país. Adquiriu também importantes *players* da saúde suplementar, como a RN Saúde; o Grupo São José, atuante na região do Vale do Paraíba (SP), com carteira de 51 mil beneficiários; o Grupo Promed, o segundo maior *player* da região metropolitana de Belo Horizonte na época; a carteira de beneficiários da empresa Samedh, com 18 mil beneficiários, concentrados na região de Goiânia; a Plamheg, também com 18 mil beneficiários, concentrados na região de Anápolis e Goianésia (GO); o Hospital Nossa Senhora Aparecida, em Anápolis (GO); a totalidade das ações das entidades do Grupo Santa Filomena, o que incluía a operadora de saúde Filosanitas, além de hospitais, clínicas médicas e centros de diagnóstico por imagem, que, juntos, totalizavam 5,5 mil beneficiários incorporados.

Comprou, ainda, a operadora de planos de saúde Premium Saúde, com carteira de 125 mil beneficiários, concentrados nas regiões metropolitanas de Belo

Horizonte, Brasília, Montes Claros (MG) e Triângulo Mineiro; o Grupo HB Saúde, operadora com 128 mil beneficiários localizados nos municípios de São José do Rio Preto e Mirassol (SP); o Grupo Smile, proprietário de uma operadora de planos de saúde com 80 mil beneficiários distribuídos por Maceió, João Pessoa, Campina Grande (PB) e Distrito Federal; e a operadora Sistemas e Planos de Saúde LTDA, com 77 mil beneficiários, atuante no município de São Paulo e região metropolitana. Nesse mesmo período, a empresa comprou, construiu ou arrendou dezenas de hospitais, clínicas e unidades de pronto atendimento em todas as regiões do Brasil, mas, especialmente, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, tanto nas capitais quanto nas médias cidades.

Em 2021, iniciou-se uma nova fase da empresa: as tratativas para a fusão da Hapvida com o Grupo NotreDame Intermédica (GNDI)⁶. Em abril desse mesmo ano, a empresa conclui a segunda operação de oferta de ações (*follow-on*), no valor de R\$ 2,7 bilhões. Em junho, a fusão entre a Hapvida e o GNDI foi aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o processo foi submetido ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

Em janeiro de 2022, o CADE aprovou a operação de combinação de negócios entre as empresas, tendo sido concluída a união em 11 de outubro desse mesmo ano. Trata-se da fusão entre as duas maiores operadoras de planos de saúde do Brasil, o que resulta na maior empresa de saúde suplementar do Hemisfério Sul, com mais de 15 milhões de beneficiários, 60 mil funcionários e colaboradores e 7 mil leitos. A empresa resultante da fusão é proprietária da maior rede própria de atendimento em saúde do país, com dezenas de clínicas, hospitais, estabelecimentos de pronto atendimento, centros de medicina preventiva, centros de diagnóstico por imagem e laboratórios espalhados em todos os estados e nas principais cidades.

2. Compreendendo o contexto histórico e político da expansão da Hapvida

Até o ano de 2023, momento em que se encerram as pesquisas que dão origem a este artigo, a Hapvida tinha uma história de sucesso no mercado privado de assistência à saúde. A estratégia agressiva de expansão permitiu à empresa

6 O GNDI, empresa de capital aberto, é uma das maiores operadoras de saúde do país. Em 2021, contava com aproximadamente 6,3 milhões de beneficiários. Fundada em 1968, trabalha com planos de saúde, planos odontológicos e atua na saúde ocupacional. Semelhantemente ao Grupo Hapvida, possui rede própria de atendimento na mesma magnitude. Suas atividades historicamente se concentram nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. Tal qual o Grupo Hapvida, o GNDI dispõe de ações listadas na B3.

adquirir muitas concorrentes menores que não estavam preparadas para a nova realidade do mercado, alterada pela CF/88, da qual trataremos agora. Para tanto, é fundamental compreender o contexto político e econômico que permitiu o crescimento dessa organização.

Como dito, o sistema privado de assistência à saúde tem quase um século de vida e muitos momentos importantes. Um marco nessa trajetória foi a promulgação da CF/88, que consolidou a dupla organização sistêmica da saúde brasileira. Ao mesmo tempo que a nova Constituição instituía a saúde como um direito universal e um dever do estado, e o SUS como o ator por excelência para o seu cumprimento, ela ampliava igualmente o espaço de atuação do setor privado, regulamentando sua atuação por meio de uma legislação específica.

Assim, no pós-Constituição, três elementos se destacam nesse campo, a saber: a comercialização de planos empresariais e individuais no contexto de implementação do SUS; a reforma do aparelho do Estado, que resultou na regulação do campo da saúde suplementar (Lei nº 9.656/1998)⁷; e a criação da ANS (Lei nº 9.961/2000). A ANS surgiu como um instrumento de intervenção direta do Estado no setor, com o objetivo de garantir, por um lado, o equilíbrio e a solvência econômica do mercado e, por outro, os direitos dos consumidores de planos privados de saúde em um segmento em expansão e com elevado índice de reclamações dos diversos agentes a ele ligados. Assim, a década de 1990 é marcada pelo fortalecimento do setor privado de assistência à saúde, por meio da criação de incentivos governamentais indiretos (deduções de Imposto de Renda, incentivos fiscais *etc.*) e diretos (financiamento de planos privados para servidores públicos e empregados de estatais) (Costa, 2008).

Diante de condições econômicas tão favoráveis, o setor se expandiu, por um lado consolidando a presença de algumas empresas já atuantes desde a década de 1980, mas, por outro, permitindo o aparecimento de centenas outras. O mercado de planos de saúde tornou-se tão atrativo que grupos financeiros de outros

7 A chamada “Lei dos Planos de Saúde” regulamentou o modo de atuação no mercado das operadoras de saúde. Antes dessa lei e da criação da ANS, as empresas do setor tinham total liberdade para elaborar elas mesmas os contratos, estabelecendo os direitos e deveres de cada uma das partes. Essa total liberdade gerava diversos conflitos (Salvatori e Ventura, 2012). A nova lei, então, disciplinou o setor, estabelecendo limitadores e balizas a serem seguidas pelas operadoras, dentre elas: a) políticas de controle de reajuste dos planos de saúde; b) regras para entrada e exclusão de beneficiários; c) obrigatoriedade da prestação de contas; d) definição da cobertura mínima do plano de saúde; e) políticas de reembolso e renovação automática dos planos; e f) prazos de carência para atendimento. Ainda, essa lei proporcionou uma uniformidade para os contratos de planos de saúde, segmentando os serviços oferecidos e estabelecendo regras precisas, como as que tratavam dos reajustes de preços. Além disso, criou condições jurídicas que permitiam à ANS fiscalizar o setor.

setores da economia redirecionaram seus negócios para esse foco, a exemplo do Grupo Hapvida, que, de simples hospital, se transformou em uma operadora de planos da saúde. Bancos, seguradoras e outras instituições financeiras também enxergaram ali importantes fontes de multiplicação de lucros. Igualmente, o capital internacional vislumbrou ótimas oportunidades de multiplicar seus lucros e passou a pressionar o Estado brasileiro para atuar no setor, até então fechado à sua participação (Scheffer e Souza, 2022).

A falta de regulamentação do mercado até meados da década de 1990 criou uma situação quase anárquica, com efeitos deletérios para consumidores e operadoras. O setor era composto tanto por grupos gigantescos apoiados em capital financeiro nacional, como também por pequenos empresários brasileiros que atuavam localmente (planos de saúde locais, estaduais e regionais, muitos deles adquiridos pelo grupo Hapvida), muitas vezes com pouquíssimas unidades credenciadas, carteiras de clientes reduzidas e atuando de maneira rudimentar — como foi o caso do Grupo Hapvida nos primeiros anos. Tal desregulamentação gerou, também, um desequilíbrio de forças entre as operadoras e usuários.

Montone (2009) argumenta que, antes da regulamentação, o que vigorava na saúde suplementar era um modelo predatório, no qual os agentes econômicos tinham poderes quase ilimitados. Eles podiam restringir o uso do serviço por parte dos consumidores, negar a realização de exames, limitar a cobertura dos clientes, excluir arbitrariamente aqueles que mais utilizavam os serviços, e usavam, para isso, o mecanismo da carência a seu favor. A regulamentação promoveu uma depuração do setor, fechando-o quase completamente ao pequeno capital.

A criação da Lei dos Planos de Saúde e da ANS foi, naquele momento histórico, uma conquista da população brasileira usuária desse tipo de serviço. Constituiu, também, uma vitória das grandes corporações do setor, que viam no mercado desregulamentado mais problemas do que oportunidades de lucrar, como demonstram alguns estudos aprofundados (Duarte, 2000; Costa, R., 2002; Costa, N., 2008; Andreazzi; Sicsú e Holguin, 2008; Sato, 2007; Freitas, 2018). Com a aprovação da lei, constatam-se alguns importantes avanços, tais como:

Estabelecimento de controle para reajustes das mensalidades, tanto para planos novos quanto para os antigos; Limitação dos reajustes por faixa etária, de forma que a maior mensalidade não poderia ultrapassar seis vezes o valor da mensalidade inicial paga pelo usuário, e aqueles que possuísem mais de 60 anos de idade, e mais de 10 anos de vínculo com o

plano, não podiam mais passar por reajustes; Proibia a seleção de risco pelas operadoras, ou seja, um usuário não poderia ter a proposta de contrato recusada em função de idade, condição de saúde, ou Doença ou Lesão Preexistente [...]; Inversão na lógica da DLP, que passa a ser assim definida enquanto doença cujo consumidor/usuário é portador e tem consciência da mesma no ato da assinatura do contrato; as carências deveriam ter no máximo seis meses, exceto no caso dos partos (10 meses) e situações de cobertura parcial temporária, cujo limite passaria a ser de 24 meses; as operadoras deveriam constituir reservas financeiras que garantissem a continuidade de seus serviços, ou seja, passa a ser observada de forma mais criteriosa a viabilidade contábil dos planos, a fim de evitar que usuários ficassem desamparados em caso de falência de uma operadora, por exemplo; proibição às operadoras de encerrarem suas atividades sem qualquer alternativa de atendimento para os usuários do plano. Ou seja, só é permitido à operadora encerrar suas atividades depois de garantido o atendimento via outra operadora, nas mesmas condições do contrato original. (Freitas, 2018: 65)

Scheffer e Souza (2022) observam outra alteração importante no setor nos anos seguintes à aprovação da lei, qual seja, a presença de fundos estrangeiros adquirindo dezenas de operadoras. Até então, muitos setores da economia brasileira estiveram fechados para o capital estrangeiro, mas a CF/88 legalizou sua atuação desde que, segundo consta na Carta Magna, ele venha a atender o interesse nacional. Assim, em 1996, por pressão empresarial, a Advocacia-Geral da União (AGU) deu parecer favorável à entrada de seguradoras estrangeiras nos segmentos de vida, previdência privada e saúde. Em 2014, uma nova mudança na legislação (Medida Provisória nº 656/2014) consolidou a presença do capital internacional no setor ao permitir que hospitais filantrópicos modifiquem sua natureza jurídica para receberem investimentos privados. Scheffer e Souza (2022) ainda asseveram que, embora a legislação não fosse clara, o capital estrangeiro passou a adquirir hospitais e ofertar serviços de saúde, incluindo produtos semelhantes aos comercializados pelas operadoras de planos de saúde. A ANS e outros órgãos fecharam os olhos para esse novo avanço. Em 2015, o setor foi completamente aberto ao capital estrangeiro, com permissão legal para a aquisição e operação inclusive de hospitais, clínicas e outros serviços de saúde.

Assim, a Lei Federal nº 13.097/2015, sancionada pela presidente Dilma Rousseff, que foi a conversão da MP nº 656, modificou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Para os defensores da lei, ela veio para corrigir uma assimetria entre operadoras de planos de saúde que podem se capitalizar com recursos financeiros oriundos do exterior e promover sua verticalização, enquanto os hospitais não podiam fazer o mesmo. Após a aprovação, a lei foi defendida pelo governo e contestada pela AGU, que alega junto ao STF a sua inconstitucionalidade: a “lei torna regra a exceção.” (Scheffer e Souza, 2022: 5)

A regulamentação aprovada implicou aumento de custos para as empresas, impactando diretamente as pequenas corporações, que não estavam preparadas para essa nova fase. Muitas regras e normativas emitidas pela ANS e aplicadas sobre as operadoras foram de natureza econômica, com efeitos importantes na reconfiguração do setor. As novas exigências estabelecidas atuaram como barreira, impedindo o aparecimento de novos concorrentes e/ou levando à falência de outros tantos⁸. Alguns autores sugerem que, por meio da ANS, o setor passou por um processo de saneamento do mercado (Santos; Malta e Merhy, 2008). Tal depuração não foi positiva apenas para os usuários de planos, que passaram a dispor de empresas mais sólidas para arcar com as cláusulas contratuais impostas pela ANS, mas, sobretudo, para as operadoras mais consolidadas e com condições econômicas para atender às novas exigências legais. Os que não conseguiram se adequar à legislação em vigor foram perdendo espaço: solicitavam cancelamento de seus registros ou eram comprados pelos maiores, que incorporavam suas carteiras de clientes. O histórico de incorporações do Grupo Hapvida ao longo dos últimos vinte anos é ilustrativo desse processo.

O que se viu nas duas décadas seguintes à criação da ANS e da Lei dos Planos de Saúde foi, por um lado, o incremento no número de beneficiários do setor de saúde ao mesmo tempo em que o número de operadoras diminuía consideravelmente. Em 1999, constava no país o registro de 2.639 operadoras de

8 São exemplo das exigências da ANS: a constituição de reservas financeiras, registro de produtos e inscrição nos conselhos profissionais das operadoras; o desenvolvimento de contratos que ofertem um rol mínimo assistencial, sem limites de consultas médicas e de internação; reajustes financeiros controlados e seguindo critérios predeterminados; acesso igualitário a portadores de doenças preexistentes; uma qualidade mínima nos serviços de saúde prestados; atendimento a todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e de cobertura de todos os procedimentos do rol de procedimentos editado pela ANS; a proibição de exclusão de qualquer tipo de doença; e atendimento integral durante a internação, incluindo materiais e todos os procedimentos necessários (desde que constantes em contrato ou no rol de procedimentos), sem limitação de dias de internação ou de quantidade de procedimentos (Sato, 2007).

planos de saúde, número que caiu para 2.226 em 2004. Em 2013, eram 920 e, em 2023, apenas 685, conforme dados da ANS⁹.

Desde a aprovação da lei, especialistas do setor e pesquisadores da área, como alguns mencionados aqui, apontam o aumento dos investimentos estrangeiros no mercado privado, seja na compra de operadoras ou das redes hospitalares e de clínicas do país. Scheffer e Souza (2022) registraram o aumento das aquisições e a criação de grandes conglomerados econômicos de saúde comandados pelo capital internacional. O setor passou a ser dominado por grupos econômicos poderosíssimos, atuando em um país que criou leis que favorecem a concentração horizontal, a verticalização e a criação de oligopólios que, em pouco tempo, dominaram a saúde privada brasileira, seja quando o cidadão busca adquirir um plano de saúde ou no momento do atendimento em um hospital privado.

Os elementos apontados nesse item do artigo objetivaram contextualizar política e economicamente o ambiente em que nasceu e se expandiu o Grupo Hapvida, ou seja, as causalidades externas. Todavia, importa indagar o que permitiu que o que era uma pequena empresa, fundada por empresários cearenses, ao invés de sucumbir à concorrência, se transformasse em uma das maiores empresas do setor no Brasil (isto é, as causalidades internas). Acreditamos que uma análise sociológica do modelo de gestão organizacional adotado pela Hapvida nos permitirá compreender a origem de seu sucesso.

3. Concentração horizontal e gestão verticalizada

Antes de avançarmos na análise do modelo de gestão do Grupo Hapvida, importa aprofundarmos algumas questões que situam teoricamente o debate sobre integração vertical (ou verticalização, como preferem alguns).

Cavalcanti e Dowell (1998) afirmam que a integração vertical ocorre quando diversos processos, do insumo à comercialização ao cliente, produzidos até então separadamente, por diversas empresas, passam a ser desenvolvidos por uma única organização ou por empresas diversas, mas que pertencem ao mesmo grupo. Eles observam, portanto, que a integração vertical é o processo

9 Scheffer e Bahia (2013) observam que a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde na Câmara Federal (2003) revelou a forte ligação entre diretores e altos funcionários da ANS com as empresas que atuavam no setor. Para a CPI, essa ligação (diretores de agências que eram ex-funcionários de operadoras ou que após saírem da agência ocupavam cargos elevados nas operadoras) tem efeitos deletérios nas formas de controle e fiscalização da agência sobre as operadoras. Segundo os autores, ao longo do tempo, as fiscalizações da ANS se mostraram limitadas na medida em que agentes das operadoras comandavam os postos chave da agência que deveriam regulamentá-las.

inverso à terceirização, no qual se busca utilizar de forma integrada as organizações em que a saída de uma constitui a entrada da outra, permitindo maximizar os ganhos e eliminar atravessadores que ficariam com parte dos lucros (Byrne e Ashton, 1999). O modelo promove a eliminação das trocas contratuais ou de mercado entre organizações diversas, funcionando também como um instrumento de propriedade e de controle sobre estágios vizinhos de produção ou distribuição de empresas dependentes.

A adoção desse modelo de gestão por empresas da saúde suplementar no Brasil, como o Grupo Hapvida, representou uma inovação nesse segmento da economia, pois foi na contramão de tudo que era praticado em termos de gestão na época. Santacruz (2012: 5) traz uma importante definição de como historicamente o mercado de saúde suplementar esteve estruturado:

Pelo lado da oferta, por um conjunto de relações contratuais (formais ou informais) entre as denominadas operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica, a indústria de medicamentos e, finalmente, a indústria de materiais e equipamentos médicos. Pelo lado da demanda, encontram-se os consumidores individuais (pessoas físicas), e os clientes corporativos (pessoas jurídicas). (Santacruz, 2012: 5)

Na gestão verticalizada, as parcerias e terceirizações das atividades que envolvem o cuidado com os usuários/clientes dos planos de saúde são substituídas por um modelo de negócio em que uma única empresa detém o controle decisório e gerencial de todas as empresas envolvidas no tratamento de saúde do paciente, tendo como objetivo unir e administrar todos os produtos e/ou serviços em uma única organização (Alves, 2008; Byrne e Ashton, 1999).

Byrne e Ashton (1999) reiteram que, adotando essa estratégia, duas dimensões sobressaem como pontos positivos, em termos teóricos: a integração estrutural e a integração funcional. A primeira exige que a empresa disponha de uma série de serviços, que, no caso da saúde, envolvem a propriedade de uma rede hospitalar e de laboratórios, clínicas, centros de diagnósticos e coletas de materiais, estabelecimentos de pronto atendimento, centros de medicina preventiva, dentre outros serviços necessários para a conservação ou melhoria da saúde dos pacientes, dispensando o serviço de terceiros. Já a segunda exige eficiência na coordenação de todas essas subsidiárias, de modo a adequar o seu tamanho às demandas da clientela, possibilitando ao paciente utilizar os serviços/produtos sem problemas e de forma adequada, mas sem excessos.

Montenegro *et al.* (2011) acrescentam que a implantação de um modelo verticalizado tem o potencial de trazer muitas vantagens para a organização, entre as quais se destacam: ausência de fragmentação dos serviços, em tese, aprimorando o acesso dos pacientes a eles; aumento da eficiência organizacional, com a prevenção da duplicação de infraestrutura e serviços; redução de custos e a resposta mais rápida e efetiva às necessidades e expectativas dos beneficiários. Byrne e Ashton (1999), por sua vez, sugerem que a verticalização ocorre, na maioria das vezes, com o objetivo de maximizar os lucros, pois o modelo gera ganhos reais de eficiência nas organizações, racionalizando os procedimentos, eliminando intermediários, diminuindo o risco moral e o problema da assimetria de informações entre elas e os demais prestadores.

Leandro (2010) observa que a integração vertical tem sido adotada pelas grandes operadoras de planos de saúde com o objetivo de melhorar o controle do número de procedimentos e dos preços dos procedimentos/produtos utilizados na prestação de serviços médico-hospitalares, com vistas a reduzir os custos da sua operação. As operadoras viram na integração vertical a solução desse problema, na medida em que a aquisição de uma rede própria (hospitais, clínicas, laboratórios *etc.*) reestrutura sua dinâmica econômica interna, alinhando os interesses entre os prestadores de serviços médicos e as operadoras de planos de saúde, que passam a maximizar os lucros das duas atividades conjuntamente, reduzindo os problemas de agência e o risco moral. A estrutura verticalizada reduz os custos das operadoras, possibilitando, em tese, maior racionalidade econômica e administrativa, maior capacidade de competição no mercado e a oferta de produtos (planos de saúde) a preços mais acessíveis no mercado (Cuellar e Gertler, 2006).

Nesses termos, a verticalização das operadoras de planos de saúde rumo ao controle de todos os processos envolvidos no cuidado dos clientes/pacientes (hospitais, centros de diagnósticos e, sobretudo, assalariando o médico) é o meio mais eficiente de sobreviver no mercado brasileiro de saúde suplementar, marcado pela presença de grandes grupos e forte concorrência. A eficiência dos processos reduz os custos de transação, mitigando os efeitos das assimetrias de informação entre operadoras de planos e os prestadores dos serviços médicos. Além disso, os problemas decorrentes das pressões de custos das operadoras advindas da regulação pública e das alterações nas características estruturais da demanda têm o potencial de mitigação por meio dessa modalidade de gestão. Assim, a aquisição de uma rede própria de cuidado por parte das operadoras, além do assalariamento da mão de obra médica, permite um maior controle dos custos totais e mesmo do número de procedimentos.

A análise comparativa realizada ao longo da pesquisa entre empresas que adotaram a integração vertical e a concentração horizontal e aquelas que mantiveram as antigas práticas de gestão indicam um *upgrade* em termos de ganhos de eficiência organizacional, com efeitos na elevação dos lucros anuais, a exemplo dos grupos Hapvida e NotreDame, os mais bem-sucedidos do setor na última década. A eficiência da produção e dos custos de transação, influenciados por economias de escopo e de escala, são exemplos de ganhos que podemos indicar dessas empresas, com reflexo na maximização dos lucros das organizações em magnitude ainda não vista no setor. Por outro lado, elas conseguem oferecer produtos no mercado (planos de saúde) a preços bem mais baixos do que as concorrentes, alcançando segmentos da sociedade brasileira que nenhuma operadora havia alcançado.

3.1 O problema da assimetria de informações e do risco moral

Algumas linhas acima usamos as expressões “assimetria de informações” e “risco moral” para traduzir parte dos problemas estruturais que as operadoras enfrentam nesse segmento de negócio. Cabe, aqui, pormenorizarmos esses fenômenos de modo a situar melhor o debate.

O setor da saúde suplementar tem, pelo menos, cinco atores fundamentais e com interesses divergentes entre si. Por um lado, encontramos os prestadores de serviços, entre os quais os mais importantes são os hospitais, laboratórios, consultórios e clínicas. Um segundo ator são os usuários contratantes do plano. Em terceiro lugar estão as operadoras de planos de saúde que intermedeiam a relação entre os dois primeiros. O quarto grupo é composto pelos médicos, produtores da saúde-mercadoria. Um quinto agente é o Estado, que, em tese, atua como mediador dos conflitos entre consumidores e operadoras, mas pouco atuante na relação entre operadoras e prestadores de serviços, especialmente os trabalhadores médicos.

Para as operadoras, é essencial ter um número significativo de pagantes das mensalidades dos planos. Todavia, se eles usam com frequência os serviços ofertados, o negócio deixa de ser economicamente interessante, pois os lucros desaparecem ou são reduzidos. Por sua vez, os prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) lucram à medida que a sua rede é utilizada (internações, consultas, cirurgias *etc.*) e trabalharão diuturnamente nessa direção.

Já os médicos formam sua renda a partir dos serviços prestados nas redes dos colaboradores e pagos pelas operadoras. Nos modelos não verticalizados, existem diversas formas de eles trabalharem em conluio com as redes de

prestadores e se apropriarem de parte dos lucros das operadoras, usando, para isso, a assimetria de informações entre médicos e pacientes. Desse modo, os incentivos oferecidos por hospitais privados aos médicos para que prescrevam medicamentos, exames e outros procedimentos levam à chamada *indução de demanda pela oferta*, característica muito presente — endêmica, na verdade — no setor de saúde privada brasileiro.

Como há assimetria de informação entre o paciente e o médico, este pode sugerir/indicar a adoção de diversos procedimentos que não necessariamente tenham respaldo técnico-científico. A literatura sobre essas práticas é abundante, não sendo raro encontrarmos situações em que o médico sonega informações ao paciente induzindo-o a realizar mais procedimentos. Pesquisadores como Stancioi (2002) e Maia (2004) sugerem que a facilidade em lucrar por meio da assimetria de informações entre médico e paciente entra em conflito com os compromissos éticos da categoria quanto a priorizar o restabelecimento da saúde do paciente. Assim, os médicos podem adotar um comportamento que leva o paciente a sobreutilizar o sistema, de modo que ele e os prestadores de serviços venham a lucrar.

Quanto mais serviços dos hospitais são demandados pelo paciente, orientados/prescritos pelos médicos, maior a fatura a ser paga pela operadora. Como as operadoras não conseguem monitorar se todas as orientações dos prestadores de serviços são adequadas ou se é uma tentativa de lucrar por meio de prescrição de procedimentos desnecessários, e como raramente elas encontram justificativas para negar os pedidos (prática de glosa¹⁰), seus gastos aumentam. Assim, a assimetria de informações tem sido historicamente o gargalo mais importante a ser resolvido pelas operadoras nos últimos trinta anos, o que impulsionou o processo de verticalização. Sobre isso, observa Santacruz (2012: 14):

Especificamente no mercado de saúde suplementar, o conflito de interesses pode ser visualizado na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços. O conflito surge essencialmente pelo fato de que aquilo que representa custo para as operadoras (por exemplo, as despesas médico-hospitalares) representa receita para os médicos ou hospitais. Analogamente, o que representa custo para os beneficiários (as mensalidades) representa receita para as operadoras. Portanto, o conflito de interesses materializa-se nas relações contratuais das operadoras com seus provedores e beneficiários na medida

10 Em linhas gerais, a glosa é o não pagamento por parte das operadoras de saúde por procedimentos realizados ou supostamente realizados em seus clientes por prestadores de serviços médicos, o que inclui internações, exames *etc.*

em que as ações estratégicas que governam estes contratos possuem sentidos opostos. *Dependendo da forma de remuneração* estabelecida entre os agentes (operadora e prestador de serviços), uma maior utilização de serviços pode estar sendo incentivada, como é o caso do pagamento por serviço realizado. Nesse caso, os agentes possuem incentivos opostos, o que leva a constante oposição de objetivos. Para a operadora, quanto menor for a utilização, maior seu lucro. Para o prestador, quanto maior for a utilização, maior o lucro. A assimetria de informação está presente, pois a operadora não monitora totalmente a ação do prestador e o incentivo para o comportamento oportunista por parte do prestador de serviço é evidente. (Santacruz, 2012: 14)

Outro histórico gargalo presente no setor que a integração vertical se propõe a resolver é o problema do risco moral¹¹, resultante, sobretudo, mas não só, do também histórico modelo de remuneração adotado pelas operadoras e defendido pelas entidades que representam os médicos para pagamento dos serviços que esses prestam, que é o modelo *fee-for-service* (FFS) ou “taxa por serviço”. Assim, ter previsibilidade sobre a remuneração a ser paga a esses profissionais sempre foi uma meta, tanto desejada quanto inalcançada pelas operadoras. Santacruz (2012) faz importante referência à forma de remuneração utilizada pelas operadoras aos prestadores de serviços como uma variável importante que ameaça o sacrossanto lucro dessas empresas.

Empenhadas em resolver esse gargalo, as operadoras passaram a buscar, nas últimas décadas, modelos alternativos de remuneração dos prestadores, visando um maior controle dos gastos. Os limites físicos desse artigo nos impedem de realizar um detalhamento pormenorizado sobre essa temática, de modo que nos limitaremos a nomear os tipos mais frequentemente encontrados no contexto brasileiro, dando ênfase ao modelo FFS e seu substituto, o assalariamento. Assim, a forma de pagamento mais comum é o pagamento por procedimento. O FFS é também o modelo de remuneração defendido pela classe médica e por seus representantes oficiais, como conselhos federais e regionais de medicina, dentre outros órgãos representativos de classe. Além dele, existem outros, sobre os quais não trataremos aqui, como o *capitation*, o assalariamento dos médicos,

11 Para Arrow (1968), o risco moral (*moral hazard*) refere-se à possibilidade de um agente econômico mudar seu comportamento a partir da leitura de diferentes contextos nos quais ocorrem as transações econômicas. Einav (2013) acrescenta que se trata de uma situação em que um lado da transação detém maior quantidade de informações, ou informações mais seguras, do que o outro. O risco moral envolve algumas situações, destaque para situações em que a ação de um dos lados não é verificável ou aquela em que o agente obtém informação privilegiada durante a transação econômica.

o pagamento por performance (P4P), o *bundled services* e o *diagnosis-related group* (DRG).

O modelo FFS foi criado nos anos 1930 nos Estados Unidos e rapidamente se disseminou pelo mundo. Ele consiste em listar, em uma fatura detalhada, tudo o que foi realizado no procedimento, incluindo aí: consultas, exames, materiais, medicamentos, diárias do hospital, recursos humanos, entre outros procedimentos que devem estar especificados e discriminados na fatura¹². A remuneração paga pelas operadoras é embasada em uma tabela predefinida ou um combo de procedimentos. A literatura sugere que o modelo FFS facilita o estabelecimento de parceria entre hospitais e médicos, favorecendo a ambos em desfavor das operadoras (Culyer e Newhouse, 2000; Gaynor e Vogt, 2000; Andrade *et al.*, 2006). Assim, na relação com o paciente, desprovido de conhecimento sobre que técnicas realizar para resolver seu problema de saúde, os médicos podem prescrever diversos procedimentos que serão realizados dentro dos estabelecimentos (hospitais) onde eles prestam serviços, muitos dos quais realizados pelos próprios médicos que os prescreveram. Esses custos são arcados pelas operadoras de planos de saúde.

Nos últimos anos, essa forma de remuneração tem sido objeto de diversas críticas, sobretudo das operadoras, que alegam ser um modelo de cobrança baseado na lógica produtivista, a qual estimula a realização de altos volumes de procedimentos, muitos dos quais podem ser desnecessários para a cura do paciente. Investigações realizadas por Hickson, Altemeir e Perrin (1987) apontam que médicos remunerados pelo regime FFS aumentam a produtividade (número de consultas e de procedimentos) de 20% a 40% quando comparados a médicos assalariados, implicando aumento do pagamento que recebem. Outros autores (Carlsen e Grytten, 2000; Reschovsky, Hadley e Landon, 2006) apontam o fenômeno da indução de demanda, que é a manipulação pelo médico do paciente para que este realize mais procedimentos do que o necessário para a resolutividade da doença.

O assalariamento dos médicos tem se tornado uma importante alternativa ao modelo FFS dentro do processo de integração vertical. Esse modelo de pagamento era impensável e impraticável no Brasil fora da rede pública de saúde. Todavia, a expansão dessa mão de obra no país nos últimos dez anos tem facilitado

12 Em 2020, por meio das operadoras de planos de saúde, realizou-se 1,3 bilhão de consultas médicas, exames, terapias, cirurgias e procedimentos médicos e odontológicos. Segundo a ANS, todos esses serviços custaram aproximadamente R\$ 188 bilhões às operadoras naquele ano.

a vida das empresas que a compram no mercado¹³. O médico torna-se um empregado da organização, recebendo um salário fixo por mês independente de sua produtividade, o que diminui o risco moral. As pesquisas de Gosden *et al.* (2001) observam que, como nessa modalidade de remuneração não há incentivo à produtividade, as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos dos pacientes. Outros pesquisadores (Tobar; Rosenfeld e Reale, 1998; Noronha *et al.* 1991) apontam, ainda, que nesse modelo de remuneração o produtivismo (atender mais pacientes no menor tempo possível) é desestimulado. Baumol (1993) faz uma análise refinada sobre a importância e o significado do trabalho e como ele se relaciona nos setores de bens e serviços. Segundo ele, no setor de produção de bens, o trabalho estaria incorporado ao produto, mas no setor de serviços, como é o caso do setor de saúde, o trabalho é o produto a ser trocado. Não por acaso, usamos aqui a expressão “saúde-mercadoria”, pois o trabalho do médico constitui a mercadoria oferecida pelas operadoras aos clientes.

3.2 A integração vertical em perspectiva macrossociológica

Algumas colocações ainda são necessárias para situar melhor o debate microeconômico brasileiro no contexto geral das transformações do capitalismo contemporâneo. Quando estabelecemos o diálogo entre os autores da integração vertical e as reflexões de Lebaron (2010), Karl Polanyi (2004) e Piketty (2014) acerca das transformações econômicas do capitalismo contemporâneo e seu impacto nas categorias profissionais, conseguimos definir melhor as origens dos lucros dessas organizações. Teoricamente, as categorias profissionais se ajustam às transformações históricas do processo de produção econômica, e a estrutura econômica determina o espaço que cada categoria deve ocupar na estrutura da sociedade. Colocando no centro de nossa reflexão o campo da saúde privada brasileira e diante das transformações econômicas e cognitivas

13 Programas de governo como o Mais Médicos (2013) alteraram significativamente o jogo de forças entre esses trabalhadores e as empresas contratantes. Esse programa possibilitou a ampliação, sem precedentes, do número de faculdades, cursos de medicina e, por conseguinte, de profissionais médicos formados no país em um curto espaço de tempo e em todo o território nacional (Carreiro, 2023). Os médicos formados residem majoritariamente nos grandes e médios centros urbanos do país, onde também estão localizadas as redes hospitalares das operadoras de planos de saúde, como a do Grupo Hapvida. Uma vez que o SUS e o mercado não conseguem absorver a totalidade dessa mão de obra, muitos médicos são obrigados a se submeter à lei da oferta e da procura. Essa situação vem facilitando muito a contratação e o seu assalariamento, que historicamente se constituiu como classe de profissionais liberais.

pela qual a nossa sociedade está passando (Lebaron, 2010), indagamos qual é o espaço que os médicos passam a ocupar na estrutura social.

As pesquisas mais recentes acerca das transformações nas relações capital/trabalho no mundo e, por conseguinte no Brasil, indicam que existe uma tendência de aumento das desigualdades sociais e um retorno a condições salariais semelhantes às encontradas no século XIX (Piketty, 2014). O problema que se coloca como pano de fundo é relativo à renda do trabalho, às formas de distribuição da riqueza e como elas impactam as profissões, inclusive a médica.

A investigação e os destilados teóricos extraídos da revisão da literatura permitem situar melhor este objeto específico de estudo — as operadoras de planos de saúde — como os verdadeiros atravessadores da saúde-mercadoria, que, concorrendo com o SUS, tornaram-se as maiores intermediadoras da relação entre classe médica e pacientes no Brasil. Tais destilados permitem também discutir, como pano de fundo, a proletarianização dos médicos, a perda da autonomia na profissão e a própria reorganização da lógica interna do mercado de prestação de serviços de saúde.

Ao longo de praticamente todo o século XX, os médicos estiveram parcialmente fora do jogo capital/trabalho especialmente no Brasil, mas, a partir da promulgação da CF/88, entraram em definitivo na lógica que estrutura a dinâmica de todas as profissões. De profissionais liberais com enorme poder para definir o valor de seus serviços, foram transformados em trabalhadores assalariados e encontram-se diante de um aumento sem precedentes da mão de obra à disposição do mercado, o que impacta na redução dos valores que recebem pelo seu trabalho (Carreiro e Carreiro, 2024).

Na medida em que a saúde se torna uma mercadoria fictícia no sentido de Karl Polanyi, sua valorização social e monetária reifica progressivamente aquele que a produz (o médico). Desse modo, o quadro que constatamos na atualidade é o de submissão desses profissionais (de profissional liberal a empregado) às mesmas regras impostas às demais categorias profissionais presentes no mercado de trabalho. Isso envolve: a instabilidade no emprego, trabalho controlado pelo empregador, mão de obra em expansão no mercado, redução salarial, precarização das condições de trabalho, insalubridade, futuro incerto *etc.*

Há, portanto, uma homologia entre a produção capitalista de massa e o desenvolvimento considerável da sociedade salarial (Boltanski e Esquerre, 2017). Nesse sentido, desenvolve-se, no campo da assistência privada à saúde, um tipo de trabalho médico em grande escala, em que a organização disciplinada assume um papel central nos novos modos de dominação, do qual a integração vertical e o assalariamento do médico são exemplos. Isso marca uma

nova fase de desenvolvimento do capitalismo, tanto nas economias centrais quanto nas periféricas, ao instituir o modelo de industrialização definido pela produção e pelo consumo de massa e uma nova arte de governar (Polanyi, 2004). Com a crise do keynesianismo, surgiram novos modelos de organização do trabalho, como o de integração vertical, com o controle sistemático de avaliação de desempenho baseado na produtividade e na economicidade. O fenômeno demorou décadas para alcançar os médicos, mas finalmente mostrou sua cara, conseguindo atingir aqueles que acreditavam estar fora da dinâmica capital/trabalho.

Para compreender a atual lógica de expansão do capitalismo e como os trabalhadores médicos são afetados, é preciso levar em conta os limites impostos pela busca da lucratividade na produção em massa. A lógica da nova economia do enriquecimento, como observam Boltanski e Esquerre (2017), procura captar menos dinheiro dos trabalhadores mais pobres, o que foi fundamental no passado. A maximização do lucro na atualidade passa a ser buscada nas categorias liberais intermediárias como os médicos, por exemplo, por meio do assalariamento, do controle da profissão e do monopólio do mercado de assistência à saúde. “É a extensão do campo da mercadoria que alimenta o desenvolvimento de uma economia do enriquecimento”. (Boltanski e Esquerre, 2017: 379)

Importa asseverar que modelos de gestão como a integração vertical implicam uma perda progressiva da autonomia profissional e isso tem consequências não somente no aumento do *stress* do médico, mas também na qualidade do serviço prestado à população (Schraiber, 1993; Silva, s/d). Embora existam profissionais que se recusem a se curvar a essa lógica e lutam por autonomia e por um estilo de trabalho mais humanizado, o setor privado trabalha com a certeza da existência de um importante e crescente “exército industrial de reserva” para substituir o profissional que recusa a se submeter às novas condições de trabalho.

4. O modelo de gestão verticalizada adotado pela Hapvida

Parte crucial do sucesso alcançado pela Hapvida está ancorada em três estratégias fundamentais adotadas pelo Grupo. Por um lado, um forte investimento em concentração horizontal (aquisição de empresas atuantes no mesmo segmento), por outro, a adoção de um modelo de gestão verticalizada com forte impacto na saúde financeira da empresa, além do assalariamento do médico. Tanto o Grupo Hapvida quanto o GNDI são os maiores entusiastas desse modelo de gestão no país e credenciam a ele seu sucesso.

A integração vertical anda de mãos dadas com a concentração horizontal. Ao longo da pesquisa, não conseguimos enxergar grandes novidades sociológicas no processo de concentração horizontal do setor de saúde suplementar brasileiro, apenas constatamos a existência do fenômeno, sobretudo a partir da promulgação da Lei dos Planos de Saúde e da criação da ANS. Foi uma estratégia decisiva para o sucesso do Grupo Hapvida, que, se aproveitando das intensas alterações no mercado, conseguiu comprar dezenas de empresas concorrentes. Quanto à verticalização, não restam dúvidas de que se trata de um fenômeno sociologicamente importante, com efeitos sociais significativos.

Como a própria companhia propaga tanto para seu público interno (especialmente acionistas, *stakeholders* e investidores) quanto para o público externo, ela é estruturada à prestação dos serviços de forma verticalizada. Isso quer dizer que o atendimento ao beneficiário é prioritariamente realizado em rede própria e, segundo ela, objetiva ofertar assistência médica e odontológica de qualidade e de baixo custo para a operadora, quando comparado aos demais modelos existentes no mercado, permitindo-lhe também ofertar planos de saúde a baixo custo.

Houve um esforço gigantesco da companhia ao longo de mais de duas décadas para construir uma rede própria de atendimento dos seus usuários, o que inclui atualmente quase uma centena de hospitais, mais de 300 clínicas médicas, quase 300 centros de diagnósticos e coletas de materiais, estabelecimentos de pronto atendimento, centros de medicina preventiva *etc.* Os usuários são desestimulados a buscar atendimento fora dessa rede, e em poucas localidades do Brasil ela faz parceria com prestadores de serviços para atendê-los. Isso ocorre porque a empresa acredita que a maximização da geração de valor consolidado (operadora e as unidades de atendimento) só se dá quando se exclui ao máximo pagamentos a terceiros. Em outros termos, o Grupo Hapvida acredita que a adoção conjunta das estratégias de concentração horizontal e integração vertical constituem a forma mais eficiente e lucrativa de atuação de uma empresa nesse segmento de mercado.

Como observado anteriormente, os grupos Hapvida e NotreDame são os mais entusiasmados do modelo de gestão verticalizada. Esse entusiasmo se traduziu ao longo dos últimos quinze anos na reestruturação das sucursais do grupo seguindo essa fórmula. Assim, não bastava fazer investimentos na aquisição de novas empresas (concentração horizontal), era necessário organizá-las de forma eficiente e em rede de modo a atender aos interesses da empresa. Os relatórios analisados pela pesquisa da expansão do Grupo Hapvida indicam um forte investimento na aquisição de empresas de diferentes setores da saúde

— todavia, seguindo um planejamento com vistas a melhorar a eficiência da empresa, o que efetivamente aconteceu.

Constatou-se a redução da sinistralidade, por meio da criação e do aprimoramento de protocolos, bem como a expansão da rede própria, mas não de qualquer maneira. Hospitais, clínicas e redes de laboratórios que iam sendo adquiridos passavam por um enxugamento e readequação dos produtos que ofertavam, incluindo redução da quantidade de funcionários, de estrutura e dos tipos de serviços prestados. Buscava-se eliminar as duplicidades nas despesas gerais e administrativas (empresas do mesmo grupo que ofereciam os mesmos serviços nas mesmas localidades), de modo a racionalizar os gastos e tornar a empresa mais saudável. A aquisição de novos hospitais ou clínicas em algumas cidades do Nordeste deixou de ser realizada pelo fato de a empresa já ter uma rede própria que atendia sua clientela de forma aceitável.

A própria fusão/cominação entre Hapvida e GNDI pode ser encarada, em termos sociológicos, como uma consequência prevista a partir da estratégia de verticalização das duas organizações. Trata-se de uma fusão entre gigantes com a mesma visão gerencial, o que tem permitido ampliar e fortalecer o mercado para ambas por meio da venda cruzada de planos corporativos em regiões atendidas por uma das empresas.

Outra área em que a empresa atua fortemente diz respeito ao incremento de tecnologias cuja finalidade é racionalizar despesas. Não se trata, aqui, de disponibilizar nas redes hospitalares e de laboratórios do grupo novas máquinas e equipamentos que oferecem os exames mais sofisticados, mas incorporar tecnologias que baixem os custos. No início deste artigo, mostramos que a Hapvida havia adquirido duas empresas do ramo de tecnologia e de desenvolvimento de sistema de gestão de planos de saúde (Haptech e Infoway). Por meio dessas sucursais, a companhia desenvolveu uma plataforma própria que dispõe, por um lado, dos prontuários de todos os beneficiários de forma eletrônica, podendo ser acessada a qualquer momento de qualquer sucursal no país. Essa plataforma oferece ao médico todas as informações dos procedimentos realizados pelos pacientes na rede credenciada, o que permite ter o histórico completo do usuário registrado no sistema. Isso é possível graças ao modelo verticalizado, em que as consultas, exames e demais procedimentos são realizados dentro das unidades de uma mesma organização, completamente interligadas. O que, por sua vez, permite a redução nas solicitações de exames por parte dos médicos e, segundo a empresa, facilita a realização de diagnósticos mais precisos e a condução de tratamentos mais adequados. A empresa, assim, é capaz de economizar milhões de reais a cada ano dispensando a realização de exames já feitos.

Um segundo exemplo que aponta para a racionalização com vistas à economicidade é a adoção do atendimento *online*. A companhia consolidou essa prática como parte corriqueira do atendimento aos pacientes. A primeira consulta ocorre de forma presencial, com o médico da rede do grupo, e, quando necessária, a consulta de retorno é realizada exclusivamente por um aplicativo desenvolvido pela própria companhia. A Hapvida publiciza que essa estratégia traz comodidade para o paciente, mas a adoção desse modelo de consulta está intimamente ligada à busca por eficiência financeira, uma vez que os estabelecimentos do grupo (hospitais, clínicas *etc.*) terão menos pessoas sendo atendidas presencialmente nas unidades, implicando a contratação de menos funcionários e a racionalização da estrutura física disponível. A empresa permite que o médico proceda o atendimento de onde estiver (em casa, em outro trabalho, de férias *etc.*), o que também tem o potencial de reduzir custos.

Por fim, restava à Hapvida controlar os valores pagos ao trabalho médico, outro grande gargalo econômico já tratado aqui. A fixação de um salário mensal a esses trabalhadores facilitou muito os processos de gestão, sobretudo quando se compara a Hapvida com as outras organizações que ainda trabalham com o modelo FFS. A empresa transformou boa parte dos seus 28 mil médicos credenciados em trabalhadores assalariados. O salário mensal desses profissionais parte de R\$ 12.580,00, mas a empresa oferece bônus e remuneração adicional quando esses cumprem as metas estabelecidas, o que permite chegar a R\$ 17.979,00 e, em alguns casos, a R\$ 21.212,00. As metas a serem alcançadas envolvem, sobretudo, a redução dos custos para a empresa (solicitação de menos exames, menos internações, por exemplo). Embora ela ainda faça uso de pagamentos avulsos, por cirurgias e outros procedimentos de maior risco, eles constituem uma ínfima parcela das despesas e não ameaçam os lucros da empresa.

A verticalização de operadoras de planos de saúde como a Hapvida é uma estratégia comumente utilizada em resposta ao risco moral advindo do modelo de remuneração FFS, que sempre afetou os lucros dessas organizações. Ela conseguiu reestruturar os incentivos financeiros, alinhando os interesses dos prestadores aos da operadora, de modo a maximizar os lucros das duas atividades conjuntamente, reduzindo, portanto, o problema de agência (Klein *et al.*, 1978; Cuellar e Gertler, 2006), ao mesmo tempo em que os gastos com os médicos, agora assalariados, se estabilizaram.

Como consequência da redução dos custos totais, a empresa pode ofertar no mercado planos de saúde a preços menores. Quando comparamos os gastos da Hapvida aos de outras instituições, como as operadoras Bradesco e CASSI, por exemplo, também analisadas durante a pesquisa, constatamos a eficiência

da primeira quanto à racionalidade dos gastos em todos os setores, incluindo a economia com os trabalhadores médicos. Assim, enquanto as operadoras concorrentes continuam a reclamar da sobreutilização dos serviços pelos clientes, elevando seus gastos com hospitais, médicos, clínicas e laboratórios, a Hapvida paga salários fixos por jornadas de trabalho de 30 a 40 horas semanais e inibe o uso de sua rede porque a controla. Sendo empregados, os médicos não conseguem auferir maiores rendas realizando procedimentos supostamente desnecessários. Ao contrário, os bônus pagos pela empresa vão para aqueles que usam racionalmente os recursos e geram economia para a organização. Obviamente, ouve-se muita reclamação por parte desses profissionais a respeito dos baixos salários recebidos na organização. Todavia, pouco podem fazer diante da expansão da mão de obra médica no país, sobretudo após dez anos de implantação do Programa Mais Médicos, conforme assevera Carreiro (2023).

Considerações finais

Antes da criação da Lei dos Planos de Saúde e da ANS, o poder quase ilimitado das operadoras lhes garantia infinitas possibilidades de atuação no mercado, de modo a ampliar suas margens de lucro absoluto, embora eles fossem divididos com empresas parceiras prestadoras de serviços e com os médicos. A nova realidade do setor, com maior regulamentação e algum tipo de fiscalização da ANS, criou barreiras limitadoras à expansão dos lucros no formato tradicional.

Diante dessa situação, as operadoras passaram a buscar outras fontes de lucro e a encontraram na concentração horizontal e na verticalização de suas operações, um caminho não somente para sobreviver nesse mercado, mas para crescer. Grupos como o Hapvida foram mais longe e engoliram seus concorrentes locais e regionais, ampliaram sua base de clientes e, graças à integração vertical e ao assalariamento dos médicos, hoje conseguem oferecer produtos com preços mais acessíveis a novos segmentos de mercado, antes fora do radar.

Enquanto as operadoras concorrentes da Hapvida, que ainda mantêm o modelo de remuneração FFS, continuam a reclamar do tamanho das faturas pagas a cada mês aos prestadores de serviços — em razão das falhas estruturais do setor, que oferece incentivos financeiros a terceiros pela sobreutilização da rede credenciada —, a Hapvida conseguiu eliminar esse gargalo com a integração vertical, obtendo redução dos custos e combatendo a sangria do seu sacrossanto lucro. Ao se tornar proprietária das demais empresas envolvidas no processo, ela promoveu o alinhamento dos interesses de todos os atores envolvidos na prestação de serviços aos clientes, eliminando o problema de risco moral. Por

fim, ela conseguiu transformar o médico em trabalhador assalariado, diminuindo o problema da sobreutilização dos serviços oferecidos pelos planos, pois não há benefícios financeiros aos médicos quando se adota tal comportamento naquela forma de pagamento.

Não podemos deixar de lembrar uma consequência importante da adoção desse modelo de gestão: as assimetrias de informações e o risco moral que existiam na relação entre prestadores de serviços (hospitais e médicos) e pacientes, com efeito no aumento de gastos das operadoras, praticamente desaparecem com a concentração horizontal e a integração vertical, mas tem o potencial de ressurgir na relação entre operadoras e pacientes, uma vez que elas passam a controlar todo o processo de cuidado do paciente.

Dados da ANS (ANS, 2024) sugerem que esse fenômeno esteja acontecendo e um dos principais indicadores seria o aumento da negação de procedimentos por parte das operadoras, gerando reclamações dos consumidores junto ao órgão. Em pesquisa de 2024 da ANS (ANS, 2024), as reclamações contra as operadoras de planos de saúde aumentaram mais de 374% nos últimos dez anos. Em 2014, foram 61,5 mil registros; em agosto de 2024, elas já haviam alcançado 290.445 registros. Entre as campeãs estão a NotreDame em terceiro lugar e a Hapvida em sexto. Existe quase uma centena de inquéritos e processos judiciais contra este grupo em todo o país de clientes que os acusam de: recusa em realizar procedimentos, práticas abusivas, recusa de cobertura de medicamentos e de tratamento, dentre outros. Nossas pesquisas encontraram ainda inquéritos nos Estados de São Paulo e Minas Gerais contra o grupo por descumprimento de decisões judiciais que os obrigavam a realizar determinados procedimentos.

Dados da ANS sugerem que houve uma piora na qualidade do atendimento após a fusão das duas gigantes. Embora haja instrumentos de fiscalização e regulação do setor, o poder econômico e político do grupo tem conseguido blindá-lo da fiscalização por meio de subterfúgios jurídicos. Não restam dúvidas que os órgãos reguladores e os atuais mecanismos de controle do setor não são suficientes para fazer frente a estas megaorganizações e minimamente proteger os interesses dos pacientes. Os novos contornos organizacionais assumidos por elas, em que controlam todo o processo que envolve a saúde (os médicos, os laboratórios, os hospitais) cria uma situação de desequilíbrio frente aos demais agentes envolvidos nesse setor da economia. Não se vislumbra a médio prazo interesse político em criar novas instâncias de defesa do consumidor ou legislação que fortaleça os órgãos de controle como a ANS. Pelo contrário, a desregulamentação e o aleijamento dessas agências parece ser a tendência em

curso, especialmente quando se constata a indicação política de “ex-executivos” das operadoras para ocuparem posições-chave na Agência.

Por fim, a revisão da literatura que trata dos estudos dessas organizações não sugere a existência de modelos que minimizem ou eliminem fenômenos como a assimetria de informações e o risco moral, tanto na relação entre prestadores e pacientes quanto entre operadoras e pacientes no contexto da saúde-mercadoria. A assimetria e o risco moral tornam-se fenômenos sociologicamente irrelevantes apenas no contexto do serviço público de saúde, em que a saúde não possui o potencial de gerar lucro. Isso é constatado não somente no SUS, mas, também em países como Canadá e Inglaterra, que têm modelos de saúde pública universal mais aprimorados que o brasileiro. Enquanto a saúde tiver o potencial de ser transformada em mercadoria e gerar lucro, o país continuará padecendo desses problemas estruturais e o estado brasileiro terá que enfrentar organizações cada vez mais poderosas, que não estão dispostas a recuar frente a maximização de suas margens de lucro.

Referências

- ABICALAFFE, Cesar Luiz. *Pagamento por Performance: o desafio de avaliar o desempenho em saúde*. Rio de Janeiro, ed DOC Content, 2015.
- ALVES, Sandro Leal. Eficiência das Operadoras de Planos de Saúde. *Revista Brasileira de Risco e Seguro*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, pp. 87-112, out. 2008/mar. 2009. Disponível em: <https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bib_digital&pagfis=18605>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Demanda no Setor de Saúde Suplementar no Brasil. In: FIUZA, Eduardo e MOTTA, Ronaldo. (Coords.). *Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência, Tomo I*. Rio de Janeiro, Secretaria de Direito Econômico – Ministério da Justiça, IPEA e ANPEC, 2006. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28186>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. *Relatório trimestral da Ouvidoria (2. trimestre de 2024)* / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. Rio de Janeiro, ANS, agosto 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria-1/Relatorio_Trimestral_Ouvid_ANS_2tri2024.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SICSÚ, Bernardo e HOLGUIN, Tássia. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada a saúde: contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo,

- v. 22, n. 1, pp. 137-151, 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_10.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- ARROW, Kenneth. The Economics of Moral Hazard: Further Comment. *The American Economic Review*, v. 58, n. 3, pp. 537-539, 1968.
- BAHIA, Lúgia e SCHEFFER, Mário. Financeirização na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 14, 3 p., 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT119722.
- BALZAN, Márcio Vinicius. O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares. *Dissertação de mestrado*. Administração, Fundação Getúlio Vargas, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.fgv.br/items/8c62c91d-14bf-4bbb-99e0-66ea445b5a3>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- BAUMOL, William. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, pp. 17-28, 1993.
- BESSA, Ricardo de Oliveira. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. *Dissertação de mestrado*. Gestão da Saúde, Fundação Getúlio Vargas, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa-eaesp.fgv.br/teses-dissertacoes/analise-dos-modelos-de-remuneracao-medica-no-setor-de-saude-suplementar>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- BIJLSMA, Michiel; MEIJER, Arno e SHESTALOVA, Victoria. *Vertical relationships between health insurers and healthcare providers*, CPB Document 167, 2008. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/cpb/docmnt/167.html>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- BYRNE, Margareth e ASHTON, Carol. Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 44, n. 1, pp. 34-46, 1999. <https://doi.org/10.1097/00115514-199901000-00007>.
- BOLTANSKI, Luc e ESQUERRE, Arnoud. Enrichement, Profit, Critique. A Rejoinder to Nany Fraser. *New Left Review*, v. 106, p. 67-76, 2017.
- CARLSEN, Fredrik and GRYTEN, Jostein. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*, v. 19, n. 5, pp. 731-753, 2000.
- CARREIRO, Gamaliel. O mercado de trabalho médico no Maranhão: interiorização de cursos de medicina, de profissionais formados e a constituição de um mercado de saúde privada. *Redes - Revista do Desenvolvimento Regional*, v. 28, n. 1, pp. 1-25, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17058/redes.v28i1.18212>.
- CARREIRO, Gamaliel; CARREIRO, Paula. Efeitos previstos e imprevistos de uma política pública: O Programa Mais Médicos e seu impacto no mercado de trabalho médico brasileiro. *Trabajo y Sociedad*, v. 25, n. 42, pp. 133-158, 2024.
- CAVALCANTI, José Carlos e DOWELL, Maria Cristina. Integração vertical: um painel da literatura. *Nova Economia*, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, 1998, pp. 183-200.

- CINTRA, Guilherme. Saúde: direito ou mercadoria?. In: COSTA, Alexandre Bernardino *et al.* (Orgs.). *O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília, CEAD/UNB, 2009, pp. 435-445. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39282>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- COSTA, Ana; BAHIA, Lúgia e SCHEFFER, Mário. Onde foi parar o sonho do SUS?. *Le Monde Diplomatique Brasil*, v. 69, 2013. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- COSTA, Ricardo Cesar Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/3607>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- COSTA, Nilson do Rosário. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1453-1462, 2008.
- CUELLAR, Alison e GERTLER, Paul. Strategic integration of hospitals and physicians. *Journal of Health Economics*, pp. 1-28, 2006. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2005.04.009.
- CULYER, Anthony e NEWHOUSE, Joseph. *Handbook of Health Economics*, v. 1. Amsterdam, Elsevier, 2000.
- DUARTE, Cristina Maria. Equidade na Legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, pp. 443-463, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016>.
- EINAV, Liran; FINKELSTEIN, Amy *et al.* Selection on Moral Hazard in Health Insurance. *The American Economic Review*, v. 103, n. 1, pp. 178-219, 2013.
- FREITAS, Maria Helena de. Saúde Suplementar dos Servidores Públicos Municipais de Uberlândia. *Dissertação de mestrado*. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/22190>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- GAYNOR, Martin e VOGT, William. Antitrust and Competition in Health Care Markets. In: CURLYER, Anthony e NEWHOUSE, Joseph. (Eds.). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, North-Holland, 2000, pp. 1405-1487.
- GAYNOR, Martin. Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final). *Journal of Health Economics*, v. 25, n. 1, pp. 175-180, 2006.
- GOSDEN, Toby *et al.* Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 6, n. 1, pp. 44-55, 2001. <https://doi.org/10.1258/1355819011927198>.
- HAPVIDA. Apresentação Institucional. 3T23. Fortaleza, CE. Disponível em: <4acae2fcbf91-a468-5315-cc86e3ddb66d@mziq.com>. Acesso em: 28 set. 2022.
- HAPVIDA. *Combinação de Negócios Hapvida GNDI*. Fortaleza, CE. Disponível em: <<https://ri.hapvida.com.br/informacoes-financeiras/combinacao-de-negocios-hapvida-e-gndi/>>. Acesso em: 14 dez. 2023.

- HAPVIDA. *Histórico Institucional*. Fortaleza, CE. Disponível em: <<https://ri.hapvida.com.br/a-companhia/historico/>>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência 2018. Fortaleza, CE, 2018. Disponível em: <https://mz-filemanager.s3.amazonaws.com/b80d6626-708a-46b2-a2b4-dd14f1f4e227/relatorios-anuaiscentral-de-downloads/b2a1a1f8854bf7c6296c69eac9cb38ba8648602361e936bad8ec82bb5ec24ce8/formulario_de_referencia_2018.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência. Fortaleza, CE, 2019. Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/37ce24b4-d100-04b4-b695-99b70a55ce05?origin=1>>. Acesso em: 10 maio 2021.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência. Fortaleza, CE, 2020. Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/66f69f82-390b-944d-9fca-05e7c2747978?origin=1>>. Acesso em: 11 maio 2022.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência. Fortaleza, CE, 2021. Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/61ab545d-21ed-8dd8-9774-e7829c2ba10f?origin=1>>. Acesso em: 15 maio 2021.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência. Fortaleza, CE, 2022. Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/33604ffa-c2c1-7fb1-5d46-66560357c8c8?origin=1>>. Acesso em: 12 de jun. 2021.
- HAPVIDA. Relatórios Anuais. Formulário de Referência. Fortaleza, CE, 2023. Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/8d4c5def-85ce-e08f-21df-af7806e9974a?origin=1>>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- HICKSON, Gerald; ALTEMEIR, William e PERRIN, James. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*, v. 80, n. 3, pp. 344-350, 1987.
- JEGERS, Marc *et al.* A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, v. 60, n. 3, p. 255-273, 2002.
- KLEIN, Benjamin *et al.* Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *The Journal of Law and Economics*. Chicago, University of Chicago Press, v. 21, n. 2, pp. 297-326, 1978.
- LEANDRO, Tainá. Defesa da Concorrência e Saúde Suplementar – A integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado. *Dissertação de mestrado*. Economia, Universidade Nacional de Brasília, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/6972>>. Acesso em: 19 mar. 2025.

- LEBARON, Frédéric. *La crise de La Croyance Économique*. Paris, éditions du croquant, 2010.
- MAIA, Ana Carolina. Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro. *Dissertação de mestrado*. Economia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/LPCP-68ZG9B?mode=full>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- MCMAHON, Laurence. The development of diagnosis related groups. In: BARDSLEY, Martin; COLES, James e JENKINS, Linda. (Orgs.). *DRGs and health care: the management of case-mix*. London, King Edward's Hospital Fund, 1987, pp. 29-41. Disponível em: <https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000014218?locale=pt-BR>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- MONTENEGRO, Hermán *et al.* Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal Of Integrated Care*, London, v. 19, n. 5, pp. 5-16, 2011. Disponível em: <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14769011111176707/full/html>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- MONTONE, Januario. *Planos de saúde: passado e futuro. 10 anos da lei geral dos planos de saúde*. Rio de Janeiro, Medbook, 2009.
- NORONHA, Marina *et al.* O desenvolvimento dos Diagnosis Related Groups - DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 198-208, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300007>.
- OKAZAKI, Reimy. Identificação de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São Paulo. *Dissertação de mestrado*. Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.fgv.br/items/7cb2b601-1263-4779-aa87-242a46f35bd9>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- PIKETTY, Thomas. *O Capital no Século XXI*. 1. ed. Rio de Janeiro, Intrínseca, 2014.
- POLANYI, Karl. *La Gran Transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México, DF, Fondo de Cultura Económica, 2004.
- RESCHOVSKY, James; HADLEY, Jack and LANDON, Bruce. Effects of compensation methods and physician group structure on physician's perceived incentives to alter services to patients. *Health Services Research*, v. 41, n. 4, pp. 1200-1220, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00531.x>.
- RIORDAN, Michael and SALOP, Steve. Evaluating vertical mergers: a post-Chicago approach. *Antitrust Law Journal*. Chicago, American Bar Association, v. 63, n. 2, pp. 513-568, 1995.
- ROBINSON, James. Theory and Practice in the design of physician payment system. *The Milkbank Quartely*, v. 79, n. 2, pp. 149-173, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00202>.

- SALVATORI, Rachel e VENTURA, Carla. A Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Revista Organizações e Sociedade*, v. 19, n. 62, pp. 471-487, 2012. <https://doi:10.1590/s1984-92302012000300006>.
- SANTACRUZ, Ruy. *Regulação e Concentração no mercado Brasileiro de Saúde Suplementar*. In: FARINA, Laércio e GUIMARÃES, Denis Alves. (Coord.). *Concorrência e regulação no setor de saúde suplementar*. São Paulo, Singular, 2010, pp. 109-168.
- SANTACRUZ, Ruy. Verticalização do mercado brasileiro de saúde suplementar. *Universidade Federal Fluminense Economia*. Texto para Discussão n. 282, p. 1-32, 2012. Disponível em: <http://economia.uff.br/wp-content/uploads/sites/584/2020/11/UFF_TD282.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- SANTOS, Fausto Pereira; MALTA, Deborah Carvalho e MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475, 2008.
- SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, pp. 49-62, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/WNh8TxCkn7CZVH95JgP385h/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- SCHIEFFER, Mário e BAHIA, Lúcia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, pp. 96-103, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GdsJWtgPMp4hJdkfCpBgGC/?format=pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- SCHIEFFER Mário e SOUZA, Paulo Marcos Senra. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. 1, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00239421>.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SILVA, Alceu Alves. *Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços - Um Novo Relacionamento Estratégico*. 57 p. [s/l: s/n]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.
- STANCIOLI, Anderson Eduardo. Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil. *Dissertação de mestrado*. Economia, Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-19122002-145831/publico/Stancioli.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- TOBAR, Federico; ROSENFELD, Nicolás e REALE, Armando. Modelos de pago em servicios de salud. *Cuaderno Medicos Sociales*, v. 74, p. 39-52, 1998. Disponível em:

<<https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n74a341.pdf>>.

Acesso em: 19 mar. 2025.

WILLIAMSON, Oliver. *Las instituciones económicas del capitalismo*. México, FCE, 1989.

Data de recebimento: 12/03/2024

Data de aceite: 14/02/2025

Como citar este artigo:

CARREIRO, Gamaliel da Silva; CARREIRO, Paula Katiana da Silva; JABUR, Pedro de Andrade Calil. Causalidades Externas e Internas do sucesso de uma operadora de planos de saúde: Um estudo de caso do grupo Hapvida. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v.15, p. 1-34, e151303, 2025. Doi: <https://doi.org/10.14244/contemp.v15.1303>