

# **Situação Financeira e Satisfação do Consumidor das Operadoras de Saúde Suplementar no Brasil**

**Rafael F. Schiozer\***

**Richard Saito**

**Cristiana Checchia Saito**

Rafael Schiozer e Richard Saito são professores do departamento de Contabilidade, Finanças e Controle de Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV/EAESP). Cristiana Checchia Saito é *PhD* em *Health Policy and Administration* pela *University of Illinois*. Os autores agradecem o apoio recebido do GV-Pesquisa e o excelente trabalho de assistência de pesquisa de Graziella Laureano.

---

\* Autor para contato. Fundação Getulio Vargas/EAESP. Rua Itapeva, 474, 8º andar, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP 01332-000. Fone (11) 3281-7899. Email: [rafael.schiozer@fgv.br](mailto:rafael.schiozer@fgv.br)

## **Situação Financeira e Satisfação do Consumidor das Operadoras de Saúde Suplementar no Brasil**

**Resumo:** *Este artigo elabora um diagnóstico sobre a situação financeira das operadoras de saúde suplementar no Brasil de acordo com a modalidade de gestão (seguro saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, filantrópica e autogestão). Como indicador principal de saúde financeira, utiliza-se uma versão adaptada do z-score de Altman. Paralelamente, o estudo examina empiricamente os determinantes de satisfação do consumidor do sub-sistema suplementar de saúde, focando a análise no impacto da situação financeira da operadora e nas modalidades de gestão existentes sobre o nível de reclamações registradas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Para tanto, utiliza-se uma amostra de 270 operadoras de saúde suplementar para o período 2003-2005, e são utilizadas regressões de dados em painel, com variáveis de controle de mercado, operacionais e de gestão. Os resultados indicam que (1) as operadoras de saúde se beneficiam de economias de escala, (2) as empresas que operam no modelo de autogestão têm melhor situação financeira que as demais, e (3) as despesas com marketing não impactam a satisfação dos consumidores dos planos de saúde no Brasil. Finalmente, encontra-se também evidência fraca de que boa situação financeira implica melhor satisfação do consumidor.*

**Palavras-Chave:** Saúde Suplementar, Brasil, Desempenho Financeiro, Satisfação do Cliente

## **Financial Performance and Customer Satisfaction of the Health Care Providers in Brazil**

**Abstract:** *This paper provides a diagnosis of the financial performance of health care providers in Brazil according to their category (health insurance, HMO, health care co-operatives, not-for-profit health care provides, and autogestão). As a major indicator of financial performance, we use an adjusted Altman's z-score. Parallel, this study examines the major determinants for customer satisfaction of health care providers according to its category as a function of customers' claims to the Brazilian Health Care Providers Agency. To perform this analysis, we use a sample of 270 health care providers for the period of 2003-2005, and we apply panel data controlling for variables of market, operations, and management. Our main results indicate that (1) the health care providers benefit themselves from economies of scale, (2) the companies that operate under the autogestão scheme have the better financial performance, and (3) the marketing expenses do not significantly impact customer satisfaction in Brazil. Finally, we find weak empirical evidence that the better the financial performance the better the customer satisfaction.*

**Keywords:** Heath Care Providers, Brazil, Financial Performance, Customer Satisfaction

## **Situação Financeira e Satisfação do Consumidor das Operadoras de Saúde Suplementar no Brasil**

### **1. Introdução**

O sub-sistema suplementar de saúde no Brasil é operado por organizações que diferem em modelo de gestão, podendo-se distingüir basicamente 5 modalidades, quais sejam: seguro saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e filantrópicas. Autores da área da saúde apontam para o fato de que peculiaridades de cada modalidade são tais que impactam na situação financeira das operadoras de saúde suplementar, bem como no nível de satisfação do consumidor das mesmas (Lopes, 1993 e Ocké-Reis, 2004).

É constante o clamor, por parte dos usuários de empresas de planos de saúde (tanto beneficiários individuais e familiares, quanto beneficiários que têm seus planos patrocinados por empregadores, por exemplo), por ferramentas de controle e direcionamento da prática das operadoras, no sentido de protegê-los de situações de risco financeiro e assistencial (Ministério da Saúde do Brasil, 2006). Por outro lado, as operadoras de planos de saúde proclamam a necessidade de reconhecimento de dificuldades a que estão sujeitas, em virtude de operarem num mercado severamente competitivo e regulado, em que o aumento de seus custos está em grande parte fora de seu controle e em que há pouca margem de manobra para que se possa melhorar a qualidade dos serviços ao cliente ao mesmo tempo em que se busca garantir a sustentabilidade do sistema (Marujo et al., 2006).

Um estudo que leve ao conhecimento do efeito dos principais fatores determinantes da condição financeira das operadoras é de extrema relevância para que o agente regulador (no caso brasileiro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) possa direcionar suas políticas de forma a balancear adequadamente a qualidade dos serviços prestados ao usuário do sistema de saúde suplementar, garantindo, ao mesmo tempo, retorno às operadoras condizente com o risco assumido. Políticas públicas de saúde suplementar devem, portanto, assegurar a estabilidade econômico-financeira das operadoras, minimizando a chance de infortúnios desagradáveis para o beneficiário, como a falta de assistência devido a dificuldades financeiras da operadora à qual se associou. Também por parte das operadoras, conhecer os principais determinantes de sua condição financeira é fundamental para a sustentabilidade da organização no longo prazo.

Esse estudo investiga qual o efeito da modalidade de gestão, do tamanho e da política de fixação de preços na saúde financeira das operadoras de saúde no Brasil, oferecendo subsídios para direcionamento das práticas regulatórias por parte de agências reguladoras, e até mesmo de negociação por parte do usuário final.

Como objetivo secundário, o estudo procura também qualificar e mensurar empiricamente o impacto de todas essas variáveis sobre o nível de satisfação do beneficiário de planos de saúde, não de forma isolada, mas conjunta, sem negligenciar as questões financeiras. A literatura é pouco profusa no que se refere ao levantamento de determinantes de satisfação dos consumidores do sub-sistema de saúde suplementar. O exame empírico do impacto conjunto desses determinantes sobre a

satisfação do consumidor é ainda mais raro, sobretudo em se considerando também aspectos financeiros. Trata-se, portanto, de uma abordagem pioneira, inédita no Brasil. A documentação do efeito positivo ou negativo de algumas variáveis sobre a satisfação do cliente permite que as operadoras canalizem esforços no vetor de variáveis de impacto positivo, aumentando e refinando a competitividade do mercado.

A exemplo do que foi verificado por Browne, Carson e Hoyt (1999) nos EUA, esse trabalho mostra que há economias de escala para as operadoras de saúde suplementar no Brasil, ou seja, que a situação financeira das operadoras de saúde é melhor quanto maior o número de beneficiários. Além disso, fomos capazes de identificar que as empresas que operam na modalidade “autogestão” encontram-se em situação financeira melhor do que as demais, e que as organizações filantrópicas encontram-se em condição financeira mais delicada. Também se encontrou que a boa situação financeira impacta significativamente a satisfação do beneficiário, e há evidência de que os clientes das operadoras de autogestão se encontram mais satisfeitos com seus planos de saúde do que os clientes das outras modalidades de operação. Finalmente, ao contrário do que sugere a literatura internacional, as despesas de marketing e o tamanho da empresa têm pouca ou nenhuma relação com o grau de satisfação dos clientes.

O artigo está estruturado da seguinte forma: a seção 2 descreve sucintamente o referencial teórico acerca dos sistemas de saúde suplementar no Brasil e no exterior e estrutura as hipóteses; a seção 3 descreve a amostra utilizada e os modelos usados

para testar as hipóteses; a quarta seção traz os resultados empíricos e sua interpretação, e a última seção conclui.

## **2. Referencial Teórico e formulação de hipóteses:**

Pesquisadores sustentam empiricamente a hipótese de que variáveis econômicas e de mercado são determinantes importantes do grau de insolvência de seguradoras de saúde e de vida. Algumas dessas variáveis econômicas e de mercado são as mesmas apresentadas como determinantes da satisfação do consumidor de operadoras de assistência à saúde. Browne, Carson e Hoyt (1999), mostram que há economias de escala na operação de empresas de saúde suplementar, o que faz com que o tamanho da empresa e o “market share” sejam negativamente relacionados ao grau de insolvência de operadoras de planos de saúde.

A situação financeira da operadora é um fator que se imagina exercer influência positiva sobre a satisfação do consumidor de planos privados de atenção à saúde, uma vez que operadoras com melhor situação financeira desfrutam de maior poder de barganha junto a provedores de serviços de saúde e maior margem de manobra para elaboração de programas, produtos ou modelos assistenciais que estejam em maior conformidade ou que superem as expectativas dos consumidores (Booske, Sainfort, e Hundt, 1999).

Irvine (2001) traça correlações entre o “market share” da operadora de planos de saúde com a satisfação do consumidor dessas operadoras. Alguns estudos examinaram o uso de informação relativa à satisfação de clientes em *report-cards* entre empregadores,

compradores de planos privados de saúde nos Estados Unidos e encontraram pouca evidência de que a satisfação com relação ao plano que patrocinavam causasse algum rearranjo significativo no mercado (Knutson et al. 1998 e Scanlon et al., 2002). Em estudos sobre a satisfação dos consumidores de planos de saúde, os determinantes prevalentes têm se mostrado definitivamente o custo do plano para o pagador (“valor médio do prêmio”) e a abrangência da cobertura, freqüentemente associada à “qualidade” do plano.

Christianson, Parente e Feldman (2004) defendem que a modalidade de gestão da operadora, exerce influência sobre o grau de satisfação do beneficiário de planos de saúde supletiva. Também Tae-Seale (2004) utiliza um modelo para explicar retenção/permanência de consumidores em planos de saúde no sub-sistema privado dos Estados Unidos, cujas modalidades de gestão são classificadas de forma similar àquela utilizada nesse estudo; segundo esse modelo, o “tipo de operadora” (modalidade de gestão) exerce influência definitiva sobre o índice de retenção de consumidores.

Outro determinante recorrente, contudo, é a “forma de trabalhar” (Booske, Sainfort e Hundt, 1999), comumente associada à qualidade do plano e a modalidade assistencial, nesse trabalho segundo o sentido adotado por Figueiredo (2002). Figueiredo refere-se às maneiras de viabilização do acesso/uso/escolha dos serviços de saúde por parte dos beneficiários (a *Livre escolha total*, a *Livre escolha dirigida*, o *Referenciamento* e o *Direcionamento*). O Direcionamento (com função de contenção da utilização) ocorre mais freqüentemente relacionado a eventos médicos complexos e considerados



dispendiosos pela empresa responsável pelo seu custeio; costuma também ter maior incidência entre planos de saúde que se estruturaram a partir de um ou poucos prestadores próprios. Trata-se de uma modalidade assistencial geralmente não apreciada pelos usuários, pelo fato de burocratizar o atendimento à saúde, já que devem buscar a guia na empresa médica ou apanhá-la na própria organização que os empregam antes que o atendimento médico se dê, momento de sofrimento e tensão prováveis. No entanto, o Direcionamento confere, costumeiramente, custos e preços mais baixos aos planos médicos.

A modalidade Livre Escolha Dirigida caracteriza-se pela disponibilização, ao usuário, de uma rede de serviços médicos credenciados (comumente listados num “livreto”), dentro da qual poderá escolher “livremente” o prestador e receber o atendimento (nas ocorrências e condições determinadas pelo tipo de seu plano). Assim como na modalidade Direcionamento, o usuário não precisa efetuar desembolso no momento de receber o serviço; o prestador é remunerado, segundo valores acordados previamente (freqüentemente atrelados a coeficientes, tabelas ou parâmetros, como os da Associação Médica Brasileira, por exemplo), proporcionalmente à sua produção ou por meio de salário, pago pela empresa que o credencia.

Na Livre Escolha Total, não há nenhuma restrição no que tange à escolha do prestador de serviços. Os usuários/beneficiários decidem livremente em que clínica, médico, laboratório, hospital, *etc.* receberão atendimento, de acordo com suas conveniências. Nesse caso, desembolsarão, na ocasião do atendimento, o preço fixado pelo prestador e serão reembolsados posteriormente, total ou parcialmente, pelas instituições que

assumem o risco do “sinistro” (que podem ser companhias seguradoras, empresas médicas ou as próprias organizações empregadoras). As companhias seguradoras praticam obrigatoriamente a modalidade assistencial Livre Escolha Total.

Pode ocorrer de, mesmo sendo-se beneficiário de um plano com Livre Escolha Total, não haver necessidade de pagar pelo serviço no momento de sua prestação; isso acontece quando o prestador de serviços escolhido pelo usuário faz parte de rede credenciada pela empresa que oferece o plano. Há, nesse caso, um misto de modelos assistenciais (Livre Escolha Total + Livre Escolha Dirigida). No modelo assistencial Livre Escolha Total, sob o ponto de vista do prestador de serviço, a atividade profissional aproxima-se do “exercício da medicina liberal”, do atendimento chamado “privado puro”, pois o prestador estipula o preço de seus serviços que é pago diretamente pelo paciente. Na modalidade Referenciamento, há um acordo de fixação de preços a serem praticados, celebrado entre o prestador de serviços e a empresa que o “referencia”. O prestador de serviços é remunerado pelo beneficiário na ocasião da prestação dos serviços, mas segundo os preços pré-acordados (geralmente bem abaixo dos que seriam estipulados para o atendimento “privado puro”, por exemplo), em contrapartida de ter seu nome “recomendado” aos usuários, já que constará de lista de prestadores de serviços referenciados, o que potencialmente aumenta sua clientela. Assim, a diferença entre Referenciamento e Livre Escolha Total, para o prestador de serviços, reside no fato deste estabelecer para o usuário (no caso do Referenciamento), obrigatoriamente, um preço que a empresa referenciadora julgue conveniente, ao passo que no caso da Livre Escolha Total, o preço é determinado exclusivamente pelo prestador. A diferença, para o prestador, de ter seu nome

referenciado para tê-lo credenciado consiste no fato de, neste último caso, o prestador não receber pelo seu serviço, do usuário, no momento do ato médico e sim, posteriormente, da empresa que o credencia.

Da explanação acima depreende-se a clara associação entre qualidade percebida pelo usuário e modelo assistencial, definido segundo Figueiredo (2002). Infelizmente, não há informação sistematizada sobre a modalidade assistencial prevalente adotada por cada uma das operadoras, individualmente, de maneira que não podemos utilizar “modalidade assistencial” como uma variável do modelo. Existe, contudo, correlação entre as modalidades assistenciais e modalidades de gestão. A modalidade de gestão Medicina de Grupo atua mais freqüentemente com as modalidades assistenciais Direcionamento e Livre Escolha Dirigida, nas quais o usuário não precisa desembolsar nenhuma soma na ocasião do uso dos serviços médicos (Médice, 1991). Contudo, tem-se tornado mais freqüente a operação da modalidade assistencial Livre Escolha Total por parte das empresas de Medicina de Grupo, como uma forma de atingir segmentos do mercado compostos por usuários de renda mais alta e funcionários de níveis hierárquicos superiores das organizações.

Já as seguradoras, quando começaram a operar no ramo de saúde no Brasil, em 1976, só estavam autorizadas por lei a operar planos de reembolso (Livre Escolha Total). Atualmente, as seguradoras desfrutam de maior liberdade, valendo-se, cada vez mais comumente, das modalidades assistenciais Referenciamento e Livre Escolha Dirigida, como uma estratégia de aumento de fatia de mercado já que, conforme colocado por Lopes (1993), “as seguradoras encontravam-se com seus segmentos de mercado

praticamente saturados, com a demanda e a margem decrescendo em todas as gamas de produtos existentes. ... os planos de seguro saúde começam a trabalhar com rede credenciada de médicos e hospitais e a oferecer alternativas para o pessoal abaixo da faixa de gerência nas empresas.”.

Dessa maneira, depreende-se que, embora não direta, existe uma correlação entre modalidade de gestão e modalidade assistencial. Modalidade de gestão é uma informação clara e sistematicamente reportada pelas operadoras de assistência médica à ANS e essa informação é disponibilizada pela Agência, de maneira que temos acesso à mesma. Assim, modalidade de gestão, em vez de assistencial, é a variável adotada nesse estudo.

Modalidade de gestão, em nosso estudo é definida conforme Malta et alli (2004) e Ocké-Reis (2004); são elas a autogestão, a cooperativa médica, a filantrópica, a medicina de grupo e a seguradora de saúde. São chamados planos de Autoprograma ou Autogestão os sistemas de saúde supletivos administrados diretamente pela instituição patrocinadora ou por uma instituição assistencial e/ou previdenciária, diretamente vinculada à primeira.

As Cooperativas Médicas são instituições em que os médicos, além de prestadores de serviços, são também co-proprietários; recebem pagamentos na proporção dos atos médicos que realizam a título de “adiantamento” e, no encerramento de cada exercício, também uma participação nos resultados, nas “sobras” das transações realizadas, que podem ser destinadas a fundos de benefício social ou de reinvestimento, de acordo

com decisões tomadas em assembléia geral de cooperados. Um exemplo de cooperativa médica muito conhecido em todo o país é a Unimed.

Uma das principais características das empresas de Medicina de Grupo é o custeio de suas atividades através do sistema de pré-pagamento, onde o cliente paga um valor por beneficiário ou por funcionário. O valor é determinado em função do grau de cobertura de eventos e/ou de sofisticação do plano, e de cálculos atuariais que levam em conta o risco de contração de enfermidades associado ao indivíduo ou grupo de beneficiários do plano. Sendo um plano cujo financiamento é do tipo 'segurado' o pré-pagamento é efetuado periodicamente, independentemente do grau de utilização dos serviços pelo(s) beneficiário(s). As empresas de Medicina de Grupo podem ter estrutura própria ou trabalhar conjuntamente, ou exclusivamente, com rede credenciada.

As Seguradoras de Saúde estão vinculadas aos seus usuários através de uma apólice de seguro, tal como em qualquer outro sinistro (vida, propriedade, etc.). É freqüente que as Seguradoras estejam organizacionalmente vinculadas a bancos.

Fiegenbaum e Thomas (1990), em estudo seminal, desenvolveram uma metodologia para identificar grupos de ações estratégicas na indústria de seguros nos Estados Unidos, entre 1970 e 1984. Embora a análise não focasse no setor de saúde (o foco foi seguro de vida), os achados relativos à atividade no setor de saúde endossam as conclusões gerais do estudo. Os autores identificaram dimensões estratégicas-chave que definem estratégia competitiva na indústria: escopo do produto, diversificação do produto, tamanho da firma, valor do prêmio médio, alavancagem financeira da firma e investimentos.

Alinhamo-nos à teoria apresentada por Fiegenbaum e Thomas ao selecionar, com base nos trabalhos anteriormente apresentados, variáveis de gestão, de mercado e financeiras para traçar linhas gerais da dinâmica de atividade das operadoras de planos de saúde no Brasil

Há uma série de razões para acreditar que os fatores que determinam a situação financeira das empresas brasileiras seguiriam o que se observa nos EUA em termos de necessidade de escala. Operadoras de grande porte são mais capazes de diversificar os riscos inerentes às contraprestações de serviços, ao mesmo tempo em que são capazes de negociar melhores condições junto aos provedores de serviços de saúde, como hospitais, laboratórios, clínicas, etc. Além disso, a atividade envolve uma série de custos fixos relacionados à elaboração de regras contratuais e administração dos contratos de contraprestação de serviços que podem ser mais diluídos quanto maior for a base de clientes. Assim, pode-se formular a primeira hipótese:

*Hipótese 1: A situação financeira das operadoras está positivamente relacionada a seu tamanho.*

Uma vez que as empresas que operam no modelo de autogestão são em geral caracterizadas por possuir comunidades específicas como beneficiários do plano (em geral trabalhadores de uma empresa ou grupo de empresas e seus dependentes), contando com aportes financeiros das organizações responsáveis pelo plano de saúde e com a efetiva participação dos beneficiários/patrocinadores do serviço de assistência. Sustentando esse raciocínio apresenta-se o conceito de *moral-hazard*, ou seja, a noção

de que quando o beneficiário para um serviço de saúde não é o pagador direto do mesmo (existe a figura do ‘terceiro pagador’), incorre-se numa tendência de uso excessivo e indiscriminado do serviço, além do que seria tecnicamente preconizado. Assim, em termos agregado, tem-se que o custo marginal do cuidado à saúde é mais alto que o benefício marginal recebido (Cutler e Zeckhauer, 2000). Também é possível esperar que essas organizações possuam situação financeira melhor do que as demais, que financiam suas atividades quase que exclusivamente a partir dos prêmios pagos pelos próprios beneficiários/empregadores. Esse raciocínio dá origem, portanto, à segunda hipótese a ser testada:

*Hipótese 2: Organizações que operam no modelo de autogestão têm situação financeira melhor do que as outras operadoras.*

No que se refere à satisfação do consumidor, espera-se que no Brasil os resultados sigam o que foi verificado pela evidência internacional e está em linha com a teoria. Primeiro, espera-se que o valor do prêmio esteja inversamente relacionado à satisfação do consumidor, já que um dos fatores que o beneficiário do plano deve apreciar é o seu baixo custo. Muller e Luft (1997 e 2002), Ashish (2001) e Buchmueller e Feldstein (1996 e 1997) apresentam evidências de que o “valor médio do prêmio” é uma variável que, isoladamente, impacta negativamente sobre o nível de satisfação do cliente com relação à sua operadora de saúde suplementar; quanto maior o valor médio do prêmio, *ceteris paribus*, menor será a satisfação do consumidor. Segundo, embora a evidência teórica não seja categórica, espera-se que as despesas com marketing estejam

diretamente relacionadas à satisfação do consumidor, uma vez que esta tem o poder de aumentar a percepção de qualidade dos planos de saúde.

Assim, somos capazes de formular a terceira e quarta hipóteses:

*Hipótese 3: O prêmio médio pago pelo beneficiário do plano de saúde se relaciona negativamente à satisfação do consumidor.*

*Hipótese 4: A satisfação do consumidor está positivamente relacionada às despesas com marketing da operadora.*

Também em consonância com a teoria, acredita-se que a boa situação financeira da operadora possa permitir ao usuário a utilização de recursos médicos mais caros e compreensivos, dado que o poder de barganha das empresas nessa situação resulta em capacidade de remunerar os procedimentos dos provedores de serviços médicos a preços menores dos que os conseguidos pela concorrência. Isso resultaria um aumento da percepção da qualidade do serviço por parte do consumidor final dessas operadoras. Assim, pode-se elaborar a quinta hipótese:

*Hipótese 5: Quanto melhor a situação financeira da operadora, maior a satisfação do consumidor do serviço de saúde suplementar.*

Dentre as diversas modalidades de planos de saúde, os de autogestão são aqueles que costumam ter modelos assistenciais (de acesso ao prestador de serviços de saúde) menos restritivos, por meio de mecanismos que são conhecidos por “livre escolha total”



e “livre escolha dirigida”, que garantem ao beneficiário maior liberdade para escolher o prestador de serviço de saúde (hospital, laboratório, médico etc), do que no mecanismo conhecido por direcionamento, em que a liberdade de escolha do usuário é menor. Assim, esse raciocínio nos permite formular a sexta e última hipótese.

*Hipótese 6: Os consumidores das operadoras que atuam no modelo de autogestão apresentam maior nível de satisfação do que os clientes das demais modalidades de operação.*

Na próxima seção será descrita a metodologia utilizada para testar tais hipóteses.

### **3. Base de Dados e Metodologia:**

#### **3.1 Dados**

A base de dados utilizada foi exclusivamente construída a partir de dados públicos disponíveis no website da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde constam os demonstrativos financeiros das operadoras de saúde cadastradas na ANS. O período de estudo corresponde aos anos de 2003 a 2005, já que este era o último ano para o qual havia dados disponíveis para todas as operadoras na data de conclusão deste trabalho. A amostra foi composta de empresas classificadas como de médio e grande porte, pela própria ANS (o que corresponde às operadoras com um mínimo de 17 mil beneficiários). Empresas de pequeno porte foram excluídas da amostra uma vez que se notou que o índice de dados faltantes era consideravelmente maior para essas empresas. A ANS também disponibiliza em seu *website* uma tabela

com o índice de reclamações fundamentadas feitas à Agência acerca de cada operadora. As reclamações são feitas por consumidores através de contato telefônico ou via *internet*, diretamente à ANS. Considerando que a tabela originária para a elaboração da amostra foi do ano de 2005 e levando-se em conta que a classificação do porte de uma operadora pode variar ano a ano de acordo com o tamanho de sua carteira de clientes, empresas que foram classificadas como “pequenas” em 2005 não foram incluídas na amostra, ainda que tivessem sido consideradas médias ou grandes nos anos anteriores.

Além disso, empresas que estavam listadas na tabela de reclamações, mas que não tinham seus dados operacionais e financeiros disponíveis no site da ANS foram excluídas da amostra. Foi constatado, em análise de dados faltantes, que isso ocorria mais freqüentemente entre as modalidades de gestão ‘lantrópica’ e ‘autogestão’.

A partir dessa seleção inicial, as demais informações referentes às operadoras da amostra – financeiras, de gestão e de mercado – assim como os índices de reclamações para cada um dos anos, foram transferidas para uma base única, constituindo a amostra final. A amostra final é composta de 270 operadoras, totalizando 768 empresas-ano<sup>1</sup>. Destas, 14 são seguradoras, 7 fazem autogestão, 20 são filantrópicas, 115 operam como medicina de grupo e 114 são cooperativas médicas. A Tabela 1 apresenta algumas estatísticas descritivas a respeito das principais variáveis da amostra.

Destaca-se na Tabela 1 que as seguradoras são aquelas com o maior número de beneficiários (mais de 151 mil, em média), resultado muito influenciado pela Bradesco

Seguros S/A, que tem por volta de 2,5 milhões de beneficiários. Tal assimetria à direita na distribuição observada se verifica em todas as categorias de modelo de gestão, embora com menor intensidade. Na próxima seção, essa questão será tratada em mais detalhes. Destaca-se que o prêmio médio anual pago por beneficiário é semelhante (ligeiramente superior a R\$3 mil) nas modalidades medicina de grupo, seguradora e autogestão, ao passo que é menor nas filantrópicas (cerca de R\$2.100), e maior nas cooperativas médicas (acima de R\$5 mil). Essa informação será importante na interpretação dos resultados, na próxima seção.

**Tabela 1 – Estatística descritiva das principais variáveis da amostra:**

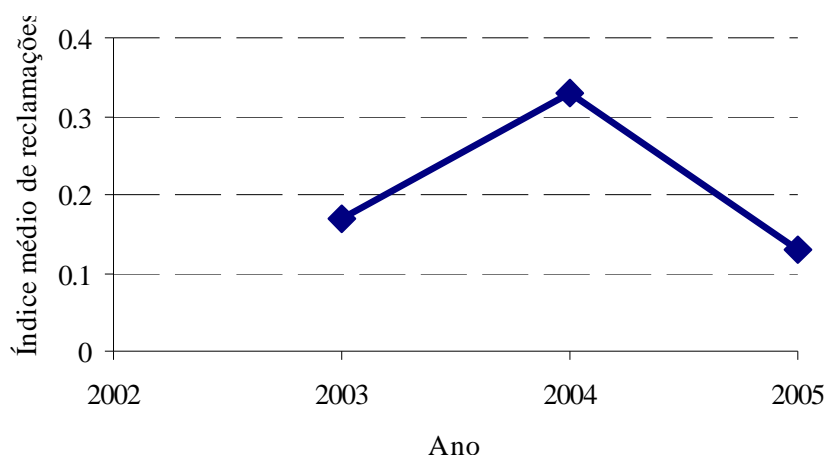
Essa tabela descreve, em termos de média e desvio-padrão, e discriminadas por tipo de operadora, o número de beneficiários, o prêmio médio pago e o z-score adaptado das empresas da amostra. Notar que em quase todas as variáveis, o valor de média e desvio-padrão sugerem uma assimetria à direita bastante acentuada.

	Cooperativas médicas		Medicina de grupo		Filantrópicas		Autogestão		Seguradoras	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Beneficiários (milhares)	65,9	86,0	77,5	152,2	34,7	29,6	47,8	58,0	151,7	411,6
Prêmio médio (R\$)	5.369,5	33.147,0	3.061,5	15.148,7	2.143,6	5.978,9	3106,1	5751,1	3186,4	10480,1
Z-score adaptado	5,08	2,54	5,65	4,60	2,77	3,30	5,20	5,52	6,14	6,93

A Figura 1 mostra a evolução do índice médio de reclamações fundamentadas junto à ANS, no período 2003-2005. Percebe-se um aumento notável no nível de reclamações em 2004, em grande parte resultado da reforma do sistema de saúde suplementar no país, que se iniciou no final de 2003. Nesse período, muitos consumidores migraram para planos diferentes daqueles que tinham anteriormente, e as normas que deveriam reger os contratos ainda eram um tanto nebulosas tanto para os clientes quanto para as operadoras, o que certamente contribuiu fortemente para o nível de reclamações

elevado em 2004 comparado aos demais anos da amostra. Uma análise mais profunda mostra que essa elevação no número de reclamações foi mais acentuada para as modalidades de cooperativa médica e medicina de grupo.

**Figura 1 – Evolução do índice de reclamações ao longo do triênio 2003-05**



### **3.2 Modelagem:**

Uma vez que o objetivo principal de pesquisa é identificar a condição financeira das operadoras de saúde, elaborou-se um diagnóstico geral da situação financeira das operadoras em termos de liquidez, eficiência operacional e endividamento. Usou-se, como indicador principal para a situação financeira da operadora, uma versão adaptada do *z-score*, popularizado por Edward Altman (Heine, 2000). A adaptação se deu em função da necessidade de acomodar o cálculo do índice aos dados contábil-financeiros das operadoras a que se teve acesso.

O *z-score* é largamente utilizado como indicador abrangente de situação financeira e probabilidade de falência (Heine, 2000). Altman elaborou *z-scores* alternativos, para

organizações de atividades industriais ou não. Em sua versão original, o índice *Z-Score* aplicável a operadoras de saúde é calculado através da seguinte fórmula:

$$Z = 6,56X_1 + 3,26X_2 + 6,72X_3 - 1,05X_4 \quad (1), \quad \text{em que:}$$

$X_1$  = Capital Circulante Líquido/Ativo Total (portanto uma medida de liquidez);

$X_2$  = Lucro Acumulado/Ativo Total (portanto uma medida de lucratividade);

$X_3$  = Lucro Antes de Juros e IR/Ativo Total (medida de eficiência operacional) e, finalmente;

$X_4$  = Exigível de Longo Prazo/Valor de Mercado do Passivo e Patr. Líquido (endividamento).

Uma vez que não há dados disponíveis sobre Lucros Acumulados para as operadoras da amostra, não houve saída senão a exclusão da dimensão concernente a 'lucratividade' ( $X_2$ ). Finalmente, como a imensa maioria das operadoras em questão não ter ações negociadas, substituiu-se o Valor de Mercado pelo valor contábil do passivo. Assim, O *z-score* adaptado resultou no seguinte modelo:

$$Z = 6,56X_1 + 6,72X_3 - 1,05X_4 \quad (2), \quad \text{em que:}$$

$X_1$  = Capital Circulante Líquido/Ativo Total,

$X_3$  = Lucro Antes de Juros e IR/Ativo Total;

$X_4$  = Exigível de Longo Prazo/Passivo Total Contábil.

Fundamentalmente, interessa saber quais são as modalidades de gestão que proporcionam melhor conforto financeiro (medido pelo *z-score*) às empresas. Também

interessa saber se existem ganhos de escala na operação de empresas de saúde complementar e, finalmente, se existe uma relação entre o prêmio médio pago pelo cliente e a situação financeira das empresas. Assim, o modelo utilizado para estimar as inter-relações entre as variáveis de interesse é:

Assim, utilizou-se um modelo de regressão de dados em painel, em que as variáveis independentes são dummies associadas aos diversos modelos de gestão (seguradora, autogestão, cooperativa médica, filantrópica ou medicina de grupo), ao tamanho da empresa e ao prêmio médio pago pelos clientes da operadoras. Uma vez que as variáveis dummy se repetem a cada ano, necessariamente a estimação é feita utilizando-se efeitos aleatórios.

Já para a modelagem relativa a satisfação do consumidor, utilizamos como variável independentes as dummies associados às modalidades de gestão, controlando pela situação financeira (*z-score*), tamanho e pelas despesas de marketing, conforme justificado acima. Dado que não foram apresentadas reclamações fundamentadas para uma parcela significativa das operadoras, foi necessário utilizar regressão em painel para dados truncados (TOBIT).

*Definições Operacionais das variáveis utilizadas:*

*Situação Financeira:* situação financeira. Utilizou-se o *z-score* adaptado, como descrito acima.

*Tamanho:* Medido pelo logaritmo natural do número de beneficiários atendidos pela operadora. O uso do logaritmo diminui a assimetria à direita observada nos dados;

*Prêmio:* prêmio médio pago pelos beneficiários. Foi medido como o total de receitas operacionais em um determinado ano dividido pelo número de beneficiários atendidos pela operadora no mesmo período;

*Despesas com marketing:* A exemplo do preconizado por Lemieux (2005), por tratar-se de indicador consagrado e acompanhado na prática setorial e em literatura internacional, utilizou-se o percentual de despesas administrativas em relação à receita operacional total como proxy para as despesas com marketing. A prática internacional consagrada, inclusive endossada pela própria ANS de monitorar o percentual de despesas administrativas se justifica pelo raciocínio de que, se as despesas administrativas forem desproporcionalmente maiores que as assistenciais, isso pode significar que a operadora pode estar negligenciando assistência em favor de despesas não relacionadas à função/produto/serviço da operadora.

*Satisfação do consumidor:* Medida como o oposto do índice de reclamações para uma operadora num determinado ano, conforme divulgação da ANS. O índice de reclamações é definido como o número de reclamações fundamentadas dirigidas à ANS dividido pelo número médio de beneficiários atendidos pela operadora num dado ano. É importante notar que a variável dependente utilizada nas regressões descritas na próxima seção é o índice de reclamações (que é uma medida de insatisfação do cliente). Assim, para se interpretar corretamente a relação entre cada uma das variáveis e a satisfação do consumidor, deve-se considerar o sinal oposto ao do coeficiente obtido para cada variável nas regressões, como será visto abaixo.

#### 4. Resultados

A Tabela 2 mostra os resultados da regressão por mínimos quadrados generalizados (GLS) com dados em painel, na qual a variável dependente é o *z-score*. A especificação 1 inclui como variáveis independentes, as “dummies” de modalidade de gestão, bem como o tamanho da operadora (medido pelo logaritmo do número de beneficiários). A especificação 2 inclui também o valor do prêmio médio como explicador da situação financeira das operadoras.

Para a modalidade de gestão, o *benchmark* são as medicinas de grupo. O que se evidencia a partir das regressões reportadas na Tabela 2 é que o tamanho (medido pelo logaritmo do número de beneficiários) tem uma relação positiva e estatisticamente significativa com a situação financeira da empresa, confirmando a hipótese 1.

#### Tabela 2 – Determinantes da saúde financeira das operadoras

Essa tabela mostra os resultados de regressões de dados em painel, usando método de mínimos quadrados generalizados (GLS) com efeitos aleatórios, em que a variável dependente é o *z-score* (*proxy* para a situação financeira da operadora). Os símbolos \*, \*\* e \*\*\* representam significância estatística a 10%, 5% e 1% respectivamente. As variáveis de modalidade de gestão são *dummies* para cada uma das modalidades, sendo que o grupo de controle é composto pelas operadoras da modalidade “medicina de grupo”. As demais variáveis seguem a definição dada na seção anterior.

	Espec. (1)		Espec. (2)	
	Estimador	Valor-P	Estimador	Valor-P
Tamanho	0,057	0,043**	0,047	0,049**
Autogestão	0,894	0,031**	0,895	0,037**
Filantrópica	-2,869	0,001***	-2,872	0,001***
Cooperativa	-0,495	0,267	-0,494	0,270
Seguradora	-0,560	0,558	-0,523	0,587
Prêmio médio	-	-	-0,000	0,778
Constante	4,063	0,000	4,160	0,000
R <sup>2</sup> (overall)	0,363		0,373	



Além disso, percebe-se que as operadoras da modalidade autogestão têm saúde financeira superior às demais, enquanto que as filantrópicas apresentam *z-score* significativamente menor que as demais operadoras, mesmo controlando para tamanho da empresa e para valor médio do prêmio. Esse resultado também confirma a segunda hipótese formulada. É importante notar que as operadoras filantrópicas cobram prêmio em média menor que os demais e possuem menor número de beneficiários, conforme evidenciado na tabela 1. Assim, é possível que o resultado das regressões esteja refletindo o fato de que o efeito de falta de escala é potencializado nas operadoras filantrópicas. Outra possível explicação pode residir no fato de que empresas filantrópicas estejam menos focadas em sua estabilidade financeira, trabalhando com uma margem de lucratividade menor (vale lembrar que a lucratividade é um dos componentes do *z-score*).

A tabela 3 mostra os resultados da regressão para dados em painel truncados (TOBIT), visto que, das 737 observações (operadora-ano) válidas, 219 apresentaram índice de reclamação igual a zero, o que inviabilizaria o uso de mínimos quadrados para estimação. Vale destacar que o índice de reclamações é uma proxy para a insatisfação do consumidor, portanto a relação entre as variáveis descritas na tabela 3 e a satisfação do consumidor é inversa ao sinal obtido para os coeficientes da regressão.

Nessa regressão, como indicador da condição financeira da empresa, utilizou-se  $\ln(\text{z-score} + 40)$ . Uma vez que o *z-score* é explicado por algumas das outras variáveis utilizadas na regressão, haveria possibilidade de a alta correlação entre as variáveis independentes prejudicar a estimação da equação por problemas de colinearidade. Foi

verificado que a correlação entre esse novo indicador de situação financeira e as demais variáveis é baixa (não significativa a 10% em nenhum dos casos), e portanto esse procedimento é capaz de mitigar completamente o problema da colinearidade entre as variáveis<sup>2</sup>.

### Tabela 3 – Determinantes da satisfação dos consumidores

Essa tabela mostra os resultados de regressões TOBIT de dados em painel, com efeitos aleatórios, em que a variável dependente é o índice de reclamações da operadora (*proxy* para a insatisfação do consumidor). Os símbolos \*, \*\* e \*\*\* representam significância estatística a 10%, 5% e 1% respectivamente. As variáveis de modalidade de gestão são *dummies* para cada uma das modalidades, sendo que o grupo de controle é composto pelas operadoras da modalidade “medicina de grupo”. As demais variáveis seguem a definição dada na seção anterior.

	Espec. (1)		Espec. (2)		Espec. (3)	
	Estimador	Valor-P	Estimador	Valor-P	Estimador	Valor-P
Tamanho	0,004	0,945	0,002	0,975	-0,003	0,966
Sit. financeira	-	-	-0,037	0,068*	-0,042	0,051*
Autogestão	-1,080	0,070*	-1,111	0,061*	-1,115	0,061*
Filantrópica	-0,466	0,086*	-0,624	0,043**	-0,604	0,041**
Cooperativa	0,024	0,881	-0,040	0,801	-0,052	0,745
Seguradora	-0,285	0,683	-0,275	0,644	-0,279	0,642
Prêmio médio	-0,000	0,523	-0,000	0,503	-0,000	0,498
Despesa MKT	0,048	0,794	-	-	0,034	0,854
Constante	0,216	0,038	0,060	0,012	0,094	0,010
Wald- $\chi^2$	39,4		40,3		41,7	

Os resultados da tabela 3 mostram que o tamanho da operadora não influi na satisfação do consumidor, assim como o prêmio médio e as despesas com marketing. Dessa forma, as hipóteses 3 e 4 não são confirmadas empiricamente. Novamente, o benchmark para a modalidade de gestão é “medicina de grupo”. Verifica-se claramente que o índice de reclamações é menor para operadoras das modalidades “filantrópica” (significância a 5%) e “autogestão” (significância a 10%), o que não é evidência suficiente para confirmar a Hipótese 6. Quando usamos as filantrópicas como grupo de

controle, o coeficiente de “autogestão” não é significativo, e os das demais modalidades são positivos e significantes (resultados não reportados). Assim, pode-se dizer que a satisfação do usuário da modalidade autogestão é superior à satisfação do usuário das demais modalidades, com exceção das filantrópicas. Quanto às filantrópicas, é possível especular que, pela própria característica dessa modalidade de gestão, o foco principal se dê na boa prestação de serviços em detrimento da estabilidade financeira e lucratividade. Outra possível explicação para o resultado obtido é que os beneficiários desses planos reconhecem estar pagando um prêmio significativamente menor, e têm portanto menos expectativas quanto à qualidade do serviço obtido, não formalizando suas reclamações à ANS com frequência.

Finalmente, também se encontra evidência de que a melhor situação financeira diminui o índice de reclamações, o que é consistente com a hipótese 5, embora a significância estatística desse resultado seja apenas em torno de 5 a 6%, tanto na especificação (2) quanto na (3). De qualquer forma, parece ficar evidente que uma operadora em situação financeira confortável é capaz de oferecer a seus beneficiários uma gama maior e melhor de procedimentos médicos, implicando num aumento de sua satisfação.

## **5. Conclusões**

Esse estudo objetiva analisar os determinantes da situação financeira das operadoras de saúde suplementar no Brasil, bem como a satisfação dos clientes dessas operadoras. Utiliza-se, como indicador de situação financeira, uma versão adaptada do

z-score, popularizado por Altman (Heine, 2000). Como indicador de satisfação do consumidor, utiliza-se o oposto do índice de reclamações fundamentadas feitas à ANS. A amostra é constituída de 270 operadoras de saúde suplementar, com dados contábil-financeiros e de reclamações feitas à ANS para os anos de 2003 a 2005.

Primeiramente, procura-se identificar qual a influência da modalidade de gestão (cooperativa médica, autogestão, medicina de grupo, seguradora ou filantrópica) na saúde financeira das empresas. Constatou-se que as operadoras da modalidade “filantrópicas” encontram-se numa situação financeira mais delicada do que as demais, e que as autogestões tem situação financeira significativamente mais confortável. Além disso, verificou-se que as empresas que operam com maior escala (i.e., as que têm maior número de beneficiários em sua carteira de clientes), tendem a se encontrar em situação financeira melhor que suas concorrentes que operem com menor escala. Isso se explica pelo fato de existirem custos fixos relativamente altos na gestão de operadoras de saúde, fato que faz com que as operadoras com grande carteira de clientes sejam capazes de diluir esses custos fixos, e pelo maior poder de barganha dessas operadoras junto aos prestadores de serviços, como hospitais, laboratórios, etc.

No que se refere à satisfação do consumidor, foi possível identificar que estes tendem a estar mais satisfeitos em empresas que se encontrem em situação financeira confortável. Além disso, verificou-se que as empresas que operam no modo de “autogestão” e as filantrópicas possuem clientes mais satisfeitos, controlando por tamanho, valor do prêmio e despesas com marketing. A possível explicação para a preferência pelo modelo de autogestão está no fato de que clientes desse tipo de plano

têm, entre outras coisas, maior liberdade para escolher qual será o provedor dos serviços médicos que utilizará. Já a satisfação dos beneficiários de operadoras filantrópicas pode estar ligada principalmente ao fato de que essas operadoras priorizam o bom atendimento em detrimento da lucratividade.

Contrariamente às expectativas indicadas pela teoria, não se encontrou nenhuma relação significativa entre os gastos em marketing e satisfação do consumidor. É necessário entender que é possível estarmos enfrentando um problema de endogeneidade nesse sentido. É perfeitamente lógico imaginar que a decisão de realizar investimentos em campanhas de marketing seja derivada de uma necessidade de melhorar a percepção de qualidade dos serviços por parte de clientes insatisfeitos. Assim, é difícil identificar qual é a relação causal entre a (in)satisfação dos clientes e os gastos em marketing. No futuro, quando houver séries de dados mais longas, talvez seja possível identificar qual dessas variáveis é causa, e qual é efeito. Fica aqui a sugestão para estudo futuros nesse sentido.

As principais limitações desse estudo se devem às variáveis escolhidas para medir satisfação do cliente e situação financeira. O índice de reclamações pode não ser a melhor medida para aferir a satisfação do cliente, uma vez que a formalização de uma reclamação pode não refletir necessariamente a condição de insatisfação. Da mesma forma, é razoável argumentar que nem todo cliente insatisfeito fará reclamações à ANS, e é natural que haja outras maneiras do cliente manifestar sua insatisfação (por exemplo, registrando reclamações junto a órgãos de defesa do consumidor, como o Procon, ou simplesmente trocando de operadora).

Também importante é notar a limitação do uso do z-score como indicador único de saúde financeira das operadoras. É preciso compreender que operadoras distintas podem ter objetivos financeiros bastante diferentes entre si. Ao passo que, para uma seguradora de controle privado, a lucratividade é fator fundamental nos objetivos da empresa, numa operadora filantrópica e numa autogestão, a lucratividade é fator secundário, dado que o objetivo principal desse tipo de operadora é simplesmente garantir a estabilidade dos recursos no longo prazo (isso é, entrada de caixa suficiente para cobrir os gastos gerados pelos beneficiários).

Finalmente, vale destacar que o assunto em questão tem importantes implicações, tanto para a academia, quanto para órgãos reguladores, clientes e para as próprias empresas, o que faz com que se abra uma grande avenida para pesquisas futuras. O que se espera, com esse trabalho seminal e pioneiro, é iniciar uma linha de pesquisa com grande potencial de contribuição para o setor de saúde suplementar no Brasil.

#### Notas de final de texto.

---

<sup>1</sup> O número de empresas-ano é menor do que 3 vezes o número de empresas devido ao fato de existirem dados faltantes para algumas empresas em 2003 e 2004.

<sup>2</sup> O fato de se somar 40 ao argumento do logaritmo se deve simplesmente ao fato de haver valores observados do z-score original até -39. dessa forma, garante-se que não há perda de dados.

## 6. Referências Bibliográficas

Ashish, Chandra: Healthcare Client Satisfaction. Hospital Topics, March, 2001.

Booske, Bridget C., Sainfort, François, e Hundt, Ann S.: Eliciting consumer preferences for health plans. Health Service Research, 34(4): 839–854, 1999.

Browne, Mark J., Carson, James M., and Hoyt Robert E.: Economic and Market Predictors of Insolvencies in the Life-Health Insurance Industry. The Journal of Risk and Insurance, 66(4): 643-659, 1999.

Buchmueller, T., and P. Feldstein: Consumers' sensitivity to health plan premiums: Evidence from a natural experiment in California. Health Affairs 15:143-51, 1996.

Buchmueller, TC and Feldstein, PJ. (1997), The Effect of Price on Switching Among Health Plans, Journal of Health Economics, April 1997, Vol.16, No.2, pp.231-247.

Chernew, M., and D. P. Scanlon. Health Plan Report Cards and Insurance Choice. Inquiry 35 (spring): 9-22, 1998.

Christianson J, Parente ST, Feldman R. Consumer Experiences in a Consumer-Driven Health Plan, Health Services Research.;39(4, part 2):1123–40, 2004.

Cutler, D. M. and R. J. Zeckhauser: The anatomy of health insurance. In: A. J. Culyer and J. P. Newhouse, Handbook of Health Economics., Elsevier. 2000.

- Fiegenbaum, A, Thomas, H.: Strategic groups and performance: the US insurance industry, 1970-84, Strategic Management Journal (11)2:197-215, 1990.
- Figueiredo, L.F: O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. Oficina Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio. ANS/DIPRO/GGTAP, 2002.
- Goodman, Ellen: Freedom of Choice Enslaves Dazed Consumer. The Columbus Dispatch, in: Engel, J., Blavkwell, R. and Miniard, P. Consumer Behavior (7):44, 1993.
- Heine, M. L.: Predicting Financial Distress of Companies: Revisiting the z-score and Zeta® Models. An adaptation from E. Altman's 1968 Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bankruptcy, Journal of Finance, 2000.
- Irvine, Clarke: Satisfaction with HMO Coverage: An Empirical Study of a Medical School's Faculty, Staff, and Administrators, Hospital Topics, March, 2001.
- Knutson, D., E. Kind, J. Fowlers, and S. Adlis: Impact of Report Cards on Employees: A Natural Experiment. Health Care Financing and Review 20 (1): 5-27, 1998.
- Lemieux, Jeff: Perspective: Administrative Costs of Private Health Insurance Plans. AHIP – Center for Policy and Research, 2005.
- Lopes, Luiz T. A.. A Diferenciação como Vantagem Competitiva: um Estudo de Caso. Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV. Área de Concentração: Mercadologia. São Paulo, 1993.



Marujo, Ernesto, Martins, Carina Burri, Saito, Cristiana Checchia, Pires, Clarissa Côrtes:  
Saúde Suplementar frente às Demandas de um Mundo em Transformação.  
IESS – Instituto de Estudos em Saúde Suplementar Series – 001/2006. Sao  
Paulo, Setembro, 2006.

Médice, André C. A Medicina de Grupo no Brasil. Série Desenvolvimento de Políticas  
de saúde. Nº 1. Brasília - D.F., OPAS / BRASIL, 199 1. p. 20.

Miller, Robert H. and Harold S. Luft: HMO Plan Performance Update: An Analysis of the  
Literature, 1997-2001 Health Affairs, 21(4):63-85, 2002.

Miller, Robert H. and Harold S. Luft: Does Managed Care Lead to Better or Worse  
Quality of Care? Health Affairs, 16:7-25, 1997.

Miller, Robert H. e Harold S. Luft: HMO Plan Performance Update: An Analysis of the  
Literature, 1997-2001, Health Affairs 21(4):63-85, 2002.

Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde Suplementar: Resolução Normativa-  
RN nº 139, de 24 de novembro de 2006. Publicação no Diário Oficial da União  
nº 226, em 27 de novembro de 2006.

Ocké-Reis, C. Octávio: Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil.  
IPEA – Texto para Discussão nº 1013, 2004.

Ries, Al e Trout, Jack: Posicionamento: como a Mídia Faz a sua Cabeça. Pioneira, São  
Paulo, 1993.

Scanlon, D., M. Chernew, C. McLaughlin, and G. Solon: The Impact of Health Plan  
Report Cards on Managed Care Enrollment. Journal of Health Economics  
21:19-41, 2002.

Tae-Seale, Ming: Does Consumer Satisfaction Information Matter? Evidence on Member Retention in FEHBP Plans. Medical Care Research and Review 61 (2):171-186, 2004.