



XXVIII Congresso Brasileiro de Custos
17 a 19 de novembro de 2021
- Congresso Virtual -



Integração Vertical e Desempenho Econômico-financeiro em Operadoras de Planos de Saúde

Alan Junior do Nascimento (Unisinos) - alanjrnascimento@live.com

Carlos Alberto Diehl (Unisinos) - cd@unisinos.br

Marcella Soares Piccoli (Unisinos) - cellapiccoli@gmail.com

Resumo:

Este estudo foi realizado no contexto de saúde brasileiro, no qual a contribuição da saúde suplementar é muito maior que em outros países do modelo Beveredgiano. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a integração vertical e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde brasileiras. Foram coletadas informações sobre integração vertical e desempenho de 239 das 592 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares brasileiras. Os dados foram tratados e analisados no software IBM SPSS. O tratamento contou com análises fatoriais confirmatórias, regressões lineares múltiplas e testes de diferença de média. O estudo traz a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho. Os principais determinantes do desempenho foram a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios das operadoras, a existência de clínicas de especialidades, ambulatórios e centros de diagnóstico próprios, considerando que o modelo explica apenas 20,2% do desempenho.

Palavras-chave: *Integração Vertical. Desempenho. Operadoras de planos de saúde.*

Área temática: *Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões*

Integração Vertical e Desempenho Econômico-financeiro em Operadoras de Planos de Saúde

RESUMO

Este estudo foi realizado no contexto de saúde brasileiro, no qual a contribuição da saúde suplementar é muito maior que em outros países do modelo Beveredgiano. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a integração vertical e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde brasileiras. Foram coletadas informações sobre integração vertical e desempenho de 239 das 592 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares brasileiras. Os dados foram tratados e analisados no *software* IBM SPSS. O tratamento contou com análises fatoriais confirmatórias, regressões lineares múltiplas e testes de diferença de média. O estudo traz a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho. Os principais determinantes do desempenho foram a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios das operadoras, a existência de clínicas de especialidades, ambulatórios e centros de diagnóstico próprios, considerando que o modelo explica apenas 20,2% do desempenho.

Palavras-chave: Integração Vertical. Desempenho. Operadoras de planos de saúde.
Área Temática: Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões.

1 INTRODUÇÃO

O comportamento de uma empresa é influenciado pela existência de outras empresas ou possíveis participantes no mercado (Scanlon *et al.*, 2006). A presença de outras empresas influencia a extensão em que um determinado competidor perderá negócios se aumentar seu preço ou alterar outra característica, como qualidade ou serviço ao cliente (Scanlon *et al.*, 2006). Da mesma forma, muitas empresas decidem por expandir o território de atuação visando a obtenção e manutenção de uma vantagem competitiva (Mélo & Medeiros, 2007). Esta expansão pode ser observada no mercado de saúde suplementar brasileiro, que mesmo com a presença de uma grande variedade de empresas competidores, é consideravelmente competitivo (Nunes, 2014).

Por exemplo, em dezembro de 1999 o Brasil tinha 970 (ANS, 2020b) operadoras de planos de saúde (OPS) médico-hospitalares ativas. Quando se compara a dados mais atuais, de junho de 2020, pode-se observar uma pequena redução, para 914 empresas, porém sem uma redução de beneficiários ou de cobertura, pelo contrário, o número de beneficiários subiu de 31 para 46,7 milhões.

Quanto a competitividade do segmento, mesmo com a redução de OPS e o aumento de beneficiários, a competição entre empresas tem aumentado substancialmente (Mélo & Medeiros, 2007), tornando-se um tópico atrativo para pesquisas. Nesse sentido, Alves (2021) aponta um aumento na concentração de mercado de OPS em 64% entre 2014 e 2019 e um aumento na média de IHH (índice Herfindahl–Hirschman, usado para medir a concorrência do setor) no mesmo período. Ainda, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), só no ano de 2017 julgou 155 atos de concentração entre OPS dentro do próprio mercado e entre empresas de diferentes elos da cadeia (CADE, 2018). O relatório atribui o fenômeno

ao crescimento dos custos derivados das exigências regulatórias e da incorporação de novas tecnologias de tratamento demandam maior capacidade de investimento e a necessidade de obter ganhos de escala.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aconteceram profundas mudanças regulamentares, incluindo novas regras e formas de organização do mercado (Melo & Medeiros, 2007). Essas reorganizações ocorrem principalmente de duas formas, sendo a primeira é caracterizada pela aquisição de outras empresas visando a ampliação de capacidades e atuação. A segunda forma de organização é caracterizada pela integração vertical da cadeia de serviços (Thaldorf & Liberman, 2007), ou mais conhecida verticalização, como por exemplo, a incorporação de hospitais, laboratórios, clínicas e centros de diagnóstico (Albuquerque *et al.*, 2011).

Quanto a verticalização, Albuquerque *et al.* (2011) apontam que esta tem sido tendência em diversos setores e recentemente chegou à saúde suplementar, no Brasil. Este processo apresenta implicações diversas para as OPS, como um melhor controle dos custos e a melhoria da qualidade ou resolatividade dos serviços médicos. Um outro ponto a se considerar quanto a importância da saúde suplementar no Brasil, é o fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não teria condições de suprir a demanda de atendimentos assistenciais caso não existisse o setor privado (Zirolto *et al.*, 2013). Mesmo que grande parte dos países contem com planos privados, poucos países que contam com cobertura universal, como o Brasil, contratam adicionalmente planos privados (Kulesher & Forrestal, 2014).

Dada a importância da saúde suplementar no sistema brasileiro e o contexto de competição existente no setor e demais aspectos discutidos, entende-se justificável a realização de um estudo que **objetiva avaliar a relação entre a integração vertical e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde suplementar brasileiras.**

Para tal, foi conduzida uma revisão que é apresentada no segundo capítulo que contextualiza o custeio da saúde suplementar no Brasil e no mundo, assim como revisa a literatura de integração vertical na saúde suplementar. A terceira seção aborda os procedimentos metodológicos, incluindo amostra. Já a quarta e quinta tratam dos resultados, discussão dos resultados e conclusões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Custeio da saúde

Os sistemas de saúde podem ser classificados com base na sua abrangência, financiamento e propriedade (Reibling *et al.*, 2019). Os principais modelos conhecidos ao redor do mundo são os modelos de Beveridge, Bismarck e planos privados (Kulesher & Forrestal, 2014). Os autores explicam que o modelo de Beveridge (ou Serviço Nacional de Saúde, como é conhecido na Inglaterra) é caracterizado pela cobertura universal de saúde para todos os cidadãos pela união, sendo financiado pela arrecadação de tributos. Nesse modelo, os prestadores de cuidados são normalmente públicos ou controlados pelos governos nacionais ou regionais e a distribuição de serviços e os pagamentos do provedor são controlados pelos governos (Kulesher & Forrestal, 2014). Esse modelo pode ser encontrado em países como a Inglaterra (onde o modelo surgiu), Itália, Espanha, Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Canadá (Lameire *et al.*, 1999).

Já o modelo de Bismarck tem por base a previdência social (Kulesher & Forrestal, 2014). Ele caracteriza-se por uma cobertura obrigatória financiada por

fundos de seguros do empregador, individuais e privados. O financiamento é derivado de impostos sobre a remuneração assalariada e mantido em fundos separados especificamente para o programa nacional de saúde (Kulesher & Forrestal, 2014). Exemplos deste modelo de seguro social são encontrados na Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo e Holanda.

Já os modelos de planos privados são caracterizados pela aquisição individual ou coletiva, de indivíduos ou empregadores. A prestação de serviços e o financiamento são detidos e geridos por entidades privadas que operam numa economia de mercado aberto (Kulesher & Forrestal, 2014). Exemplos do modelo de seguro privado incluem Suíça e Estados Unidos. Os seguros de saúde privados existem na maioria dos países, no entanto, sua aplicação é principalmente para cobertura suplementar para pessoas não cobertas pelo plano nacional ou para serviços específicos excluídos do plano nacional. Como a maioria dos planos de saúde nacionais oferecem cobertura abrangente sem custo no ponto de entrada, há pouca necessidade de seguro privado. Na Suécia, apenas 2,5% dos cidadãos adquirem seguro saúde privado, por exemplo (Kulesher & Forrestal, 2014).

No Brasil, a saúde suplementar passou a se estruturar no período pós-revolução industrial, na década de 1940, com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes institutos pertenciam a diversas categorias, representavam os trabalhadores urbanos e contratavam as prestações de serviços de saúde para seus beneficiários (Pietrobon *et al.*, 2008). Os IAPs, segundo os autores, se unificaram no ano de 1966, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja principal forma de assistência era prestada por empresas da iniciativa privada. Os autores ainda apontam que na década de 1970 houve novas mudanças, como a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que fazia parte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Nos anos 1980, em um período marcado por crises políticas, sociais e econômicas, cresce o movimento sanitário brasileiro, culminando na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor de saúde suplementar.

Países como Argentina e Coréia do Sul combinam o modelo de seguridade social com seguros privados para financiamento da saúde pública (Kulesher & Forrestal, 2014). Já o Brasil iniciou a estruturação do sistema de saúde com um modelo híbrido Bismarckiano e planos privados, com a criação do SUS, passando para um modelo entre Beveredgiano e privado (Soares, 2007). Na América Latina, além do Brasil, verifica-se participação da iniciativa privada no custeio da saúde pública no Chile, Venezuela, Uruguai, Peru e México.

Em março de 2019, 24,2% da população brasileira era atendida pela assistência médica de operadoras de planos de saúde, sendo que nas capitais a cobertura média era de 41% (ANS, 2019). Em Vitória, capital do estado do Espírito Santo, chega a 65,1%, enquanto no interior a média é de 19%. Segundo a ANS, a taxa de rotatividade dos beneficiários de planos empresariais, neste período, estava em 23,3% e 13,6% nos planos individuais. Tendo compreendido o financiamento da saúde no contexto brasileiro é preciso compreender como o segmento está estruturado em relação a integração da cadeia.

1.2 Integração Vertical

No início da década dos anos 2000 verificou-se um aumento no processo de verticalização das OPS. As OPS têm incorporado hospitais e laboratórios, viabilizando a oferta de um conjunto completo de serviços para os clientes (Albuquerque *et al.*, 2011). A pesquisa realizada por Albuquerque *et al.*, (2011) evidenciou que as

integrações verticais e horizontais são motivadas pela busca por redução dos custos de transação, aprimoramento de estratégia e redução nas incertezas dos custos de aquisição.

A cadeia de saúde foi a primeira a ser atraída pelas vantagens da integração vertical, por causa das economias de escala e ampliação da participação de mercado (Brown & McCool, 1986). As economias de escala eram originadas da qualidade, do custo e da eficiência geradas por possuir, operar e controlar a cadeia. Nesta senda, Fronmueller e Reed (1996) apontam que, embora o estudo não suporte a relação entre integração vertical baixo custo, a pesquisa fornece forte apoio para argumentos que vinculam integração vertical com diferenciação.

Comumente as aquisições externas também beneficiam o controle de custos, ao passo de que estes oscilam na proporção das receitas (Williamson, 1979). Por outro lado, no caso dos planos de saúde, a ocorrência dos custos é em função dos sinistros, por isso a receita não necessariamente acompanha o custo. Williamson (1979) sugere que os problemas, neste caso, estão relacionados à gestão dos serviços prestados, que é subestimada na externalização, porque enquanto as adaptações internas podem ser efetuadas por decreto, as compras externas envolvem adaptações em uma interface de mercado.

Alves (2009) avaliou fatores que sustentam a eficiência operacional das OPS e identificou uma relação negativa entre eficiência e verticalização. O autor adiciona que mesmo do ponto de vista do bem-estar não está claro se o processo de integração vertical é a melhor e mais eficiente forma de prestar os serviços que o beneficiário deseja ao menor custo. Já Wang *et al.* (2001) apontam que embora a integração vertical não esteja associada a um aumento de produtividade em hospitais, no curto prazo, está associada a maiores retornos sobre ativos, assim como aumento de produtividade no longo prazo.

A verticalização, além de um maior controle na utilização dos beneficiários, proporciona maior poder de negociação junto a sua rede credenciada, pois a operadora tem uma alternativa para atendimento (Souza & Salvalaio, 2010). O estudo também demonstrou que, em geral, a rede própria tem tido menores custos em relação à rede credenciada, exceto nas consultas especialidades de pediatria e medicina do trabalho e exames de radiologia. Ainda assim, os autores concluíram que a opção pela verticalização tem sido a opção mais vantajosa.

A integração na saúde tenta fornecer todos os elementos em um tratamento, incluindo serviços ambulatoriais e de internação, cuidados de longo prazo e serviços de seguro (Thaldorf & Liberman, 2007). A integração envolve aquisição ou desenvolvimento de parcerias externamente e integração de funções internas como um meio de mostrar os valores únicos de uma organização que a diferenciam de seus concorrentes (Thaldorf & Liberman, 2007). Baranes e Bardey (2015) alertam em sua pesquisa que mesmo que este modelo seja positivo do ponto de vista de qualidade, controle da utilização e redução de custos, tamanha concentração pode ser prejudicial à competição, encarecendo os preços para os consumidores finais.

Como abordado nessa seção, a integração vertical tem papel importante na eficiência e desempenho das operadoras, portanto, a próxima seção abordará as métricas de desempenho abordadas pela literatura.

1.3 Desempenho

Diversos estudos indicaram relações entre a integração vertical com desempenho. As principais medidas de desempenho utilizadas são: lucratividade, vendas, crescimento nas vendas, aumento na participação de mercado ou

rentabilidade (Allen & Helms, 2006; Capalonga *et al.*, 2014; Vicenzi, 2018). O Quadro 1 apresenta as medidas adotadas pelos autores.

Medidas de desempenho	Autores
Rentabilidade	Capalonga, Dihel e Zanini (2014)
Lucratividade	Allen e Helms (2006), Capalonga, Dihel e Zanini (2014) e Vicenzi (2018)
Vendas	Allen e Helms (2006), Capalonga, Dihel e Zanini (2014) e Vicenzi (2018)
Participação de mercado	Allen e Helms (2006)

Quadro 1. Medidas de desempenho

Fonte: elaborado pelo autor com base nos autores citados.

Nesse estudo foram usadas medidas de desempenho empresarial subjetivas, em linha com os estudos de Allen e Helms (2006), Capalonga, Dihel e Zanini (2014) e Vicenzi (2018). Esta abordagem tem uma grande vantagem sobre medidas objetivas do desempenho financeiro, uma vez que os profissionais sentem-se mais propensos a comparar, subjetivamente, o seu negócio contra o seu principal concorrente e respondem mais às questões subjetivas (Neto *et al.*, 2013). Estudos realizados por Dawes (1999) e Covin, Slevin e Schultz (1994) apresentam evidências de que as medidas subjetivas de desempenho estão positivamente correlacionadas com as medidas objetivas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As pesquisas podem ser classificadas quanto à sua natureza, ao seu objetivo, procedimento técnico e abordagem do problema (Gil, 2002). Este estudo é quantitativo e explicativo, de natureza aplicada. Marconi e Lakatos (2003) definem os estudos quantitativos descritivos têm por finalidade a análise de fatos ou fenômenos.

3.1 População e Amostra

A população total de OPS no Brasil é de 1.206 - empresas registradas na ANS (2020b). Foram excluídas 292 empresas, pois referem-se a cooperativas odontológicas e odontologia de grupo; 162 porque são autogestão de empresas (que administram planos de saúde exclusivos para seus funcionários); e 160 administradoras de benefícios, que não possuem beneficiários, apenas intermediam assistência (Teixeira, 2014). Então, para os fins deste estudo, foram consideradas as cooperativas médicas (279), empresas de filantropia (25), medicina de grupo (264) e seguradoras especializadas em saúde (9), em um total de 592 empresas, pois são as que comercializam planos de saúde médico-hospitalares. A Tabela 1 apresenta a representatividade das amostras em relação à população.

Tabela 1
População e amostra

Modalidade	População	%	Amostra	%	Repres. %
Cooperativa médica	283	47,8	117	49,4	41,3
Medicina de grupo	261	44,1	104	43,9	39,8
Filantropia	39	6,6	15	6,3	38,4
Seguradora especializada em saúde	9	1,5	3	1,3	33,3
Total Geral	592	100,0	239	100,0	40,0

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

O processo de amostragem foi estratificado, a fim de obter percentuais similares em relação as operadoras organizadas por modalidade. Dentro dos grupos estratificados, a ordem em que as empresas contatadas foi sorteada.

As operadoras, de acordo com a RN nº 393/2015, são classificadas por porte de acordo com o número de beneficiários, sendo: (i) as OPS com número de beneficiários inferior a 20 mil, pequeno porte; (ii) OPS de médio porte são as OPS com mais de 20 mil e menos de 100; e (iii) OPS de grande porte, partir de 100 mil (ANS, 2015b). A Tabela 2 apresenta informações sobre a distribuição das OPS por porte.

Tabela 2

Porte das Operadoras

Modalidade	População	%	Amostra	%	Repres. %
Pequeno porte	293	49,5	77	32,1	25,9
Médio porte	205	34,6	136	57,0	65,9
Grande porte	62	10,5	26	11,0	41,9
Não disponível	32	5,4	-	-	-
Total Geral	592	100,0	239	100,0	40,0

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Verificou-se que apenas 10,5% das operadoras têm mais de 100 mil beneficiários e as demais são distribuídas entre as de pequeno e médio porte. Devido à aleatoriedade da amostra, o grupo mais representado foi o das OPS de médio porte, sendo amostrado 65,9% da população, pois a estratificação do sorteio foi por modalidade.

3.2 Coleta de evidências

A pesquisa contou com a coleta de dados primários obtidos por meio de questionário, o qual foi apresentado com uma nota que explicava a natureza da pesquisa e sua importância, visando despertar o interesse do receptor destinatário, conforme recomendam Marconi e Lakatos (2003). Visando uma maior taxa de resposta, a coleta foi realizada por telefone. Kelley *et al.* (2003) afirmam que nesta modalidade as taxas de retorno são maiores do que em questionários enviados por correspondência, muito embora menor do que presencial. Eles também destacam que coletas por telefone são oportunas em situações em que os respondentes estão espalhados geograficamente.

Os respondentes foram contatados entre os dias 27/08/2020 e 21/09/2020. Cada operadora teve apenas um respondente. Eles foram apresentados às afirmações, às quais deveriam expressar seu grau de concordância em uma escala de 1 a 4. Garland (1991) explica que a eliminação do ponto central (ou neutro) da escala de Likert de cinco pontos pode eliminar o viés, uma vez que o inquirido tende a apresentar uma resposta que “agrada” a pessoa que está aplicando o questionário, pareça útil ou que seja considerada socialmente aceitável. A decisão entre incluir ou não o ponto central depende do propósito da pesquisa, dado que não são identificadas diferenças significativas na confiabilidade interna dos resultados em decorrência do número de pontos na escala em escalas de 4 a 18 pontos (Matell & Jacoby, 1971). Chang (1994) comparou a confiabilidade interna com o uso de escalas de 4 e 6 pontos e verificou que escalas de 4 pontos apresentam confiabilidade superior à de 6.

O questionário possui três blocos (com 24 questões). O primeiro bloco avalia o grau de integração vertical em uma escala adaptada de *Albuquerque et al.* (2011). O segundo bloco, possui quatro afirmações que objetivam avaliar o desempenho das

empresas nos últimos cinco anos, nos termos do Quadro 1. Enquanto o terceiro apresentava relacionadas ao perfil das empresas e dos respondentes. O Quadro 2 apresenta as afirmações dos blocos 1 e 2.

Quadro 2

Escalas de medição

Construto	Cód.	Afirmação
Integração vertical	V1	Nossa empresa possui hospital(is) próprio(s).
	V2	Nossa empresa possui clínica(s) de especialidade(s) própria(s).
	V3	Nossa empresa possui centro(s) de diagnóstico(s) próprio(s).
	V4	Nossa empresa possui ambulatório(s) próprio(s).
	V5	Nossa empresa oferece incentivos aos beneficiários que utilizam nossos serviços próprios.
	V6	A criação de serviços próprios foi uma estratégia deliberada de verticalização.
	V7	Os serviços próprios foram criados para suprir demanda reprimida pela falta de prestadores de serviço no mercado
	V8	Os serviços próprios foram criados para otimizar conveniências dos serviços oferecidos aos clientes.
	V9	Os serviços próprios foram criados para ampliar o volume de informações disponíveis sobre os beneficiários.
	V10	Nossa empresa adotou a estratégia de verticalização no intuito de ter maior controle dos custos.
	V11	Nossa empresa adotou a estratégia de verticalização no intuito de ter maior vantagem por aumento de economias de escala.
Desempenho econômico-financeiro	P12	Nosso lucro líquido médio foi maior que o da concorrência nos últimos 5 anos.
	P13	Nosso retorno médio sobre os ativos foi maior do que o da concorrência nos últimos 5 anos.
	P14	Nossas vendas cresceram na média acima concorrência, nos últimos 5 anos.
	P15	Nossa participação de mercado tem sido maior que a dos nossos concorrentes nos últimos 5 anos.

Fonte: Adaptado de *Albuquerque et al. (2011)*, *Allen e Helms (2006)*, *Capalonga, Dihel e Zanini (2014)* e *Vicenzi (2018)*.

Dada a adaptação do instrumento, ele foi submetido a análise de outros pesquisadores para verificar a adequação dos termos e clareza das afirmações. Estes pesquisadores foram professores do Programa de Pós-Graduação e colegas do Grupo de Pesquisa que os autores estão vinculados. Além disso o instrumento passou pela avaliação de um profissional com 10 anos de atuação no setor de saúde suplementar. As primeiras 30 respostas foram submetidas a avaliação de consistência interna do instrumento de pesquisa. A avaliação das escalas medidas por Likert se dá pelo alfa de Cronbach. Os níveis ideais do alfa são acima de 0,7, muito embora valores próximos de 0,6 possam ser considerados satisfatórios (*Souza et al., 2017*).

3.3 Limitações metodológicas

A definição do horizonte de cinco anos, para fins de identificação da percepção de desempenho médio e a própria percepção dos respondentes são consideradas limitações do método. A amostragem pode conveniência, dado que por mais que o a amostragem estratificada tenha ocorrido por sorteio, uma empresa não estava disposta a responder a próxima era contatada. Além disso, as definições utilizadas

para a dicotomização da integração vertical para os testes diferença de médias pode ser consideradas limitações no âmbito metodológico.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

4.1 Perfil dos Respondentes

A Tabela 3 apresenta o perfil dos respondentes por área de atuação e tempo médio de atuação no cargo, naquela empresa.

Tabela 3

Área de atuação e tempo no cargo dos respondentes

Atuação	Quant.	Anos no cargo	Desvio padrão
Marketing/Vendas	208	5,3	4,1
Controladoria	14	5,8	4,6
Gerente geral/Diretor	7	12,9	6,9
Administrativo/Financeiro	7	6,3	3,2
Outros	3	5,3	4,5
Total Geral	239	5,5	4,3

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Os profissionais com mais tempo no cargo foram aqueles com cargos de diretoria, superintendência ou gerência geral. Mesmo tendo priorizado contatos com profissionais de controladoria, em função da pandemia da Covid-19, a área que se mostrou mais disponível nos escritórios foram as equipes de marketing e vendas. A Tabela 4 apresenta a formação dos respondentes.

Tabela 4

Formação dos respondentes

Nível	Frequência	%
Ensino Médio	6	2,5
Graduação	181	75,7
Especialização	46	19,25
Mestrado	6	2,5
Total Geral	239	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados.

Os respondentes foram questionados sobre a sua formação completa mais alta. Infere-se que a grande maioria dos respondentes seja graduado pela natureza dos cargos.

4.2 Tratamento dos dados

Durante a coleta de dados, que ocorreu via telefone, as respostas foram registradas em um formulário eletrônico da plataforma Google Forms e os dados foram exportados a uma planilha do Microsoft Excel. Para o tratamento e análises dos dados foi utilizado o *software* IBM SPSS, versão 21.

Primeiro tratam-se os *missing values* (Hair *et al.*, 2009). Ao observar a base de dados verificou-se que os dados faltantes são não relevantes e nem sistêmicos e, portanto, podem ser relevados sem a exigência de técnicas de atribuição de valores ausentes. Após, foram verificados os *outliers*, pelo Zscore, considerando o intervalo entre -3 e 3. Com base no teste foram removidos os casos 11, 63, 69, 90, 94, 103,

113, 117, 136, 141, 180, 197, 198, 199, 207, 234, resultando em uma amostra de 223 CASOS.

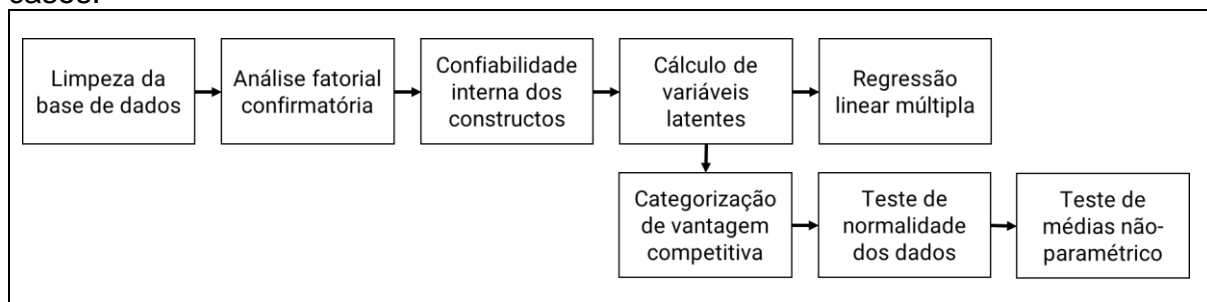


Figura 5. Tratamento e análise de dados

Fonte: Elaborada com base em Hair *et al.* (2009).

A análise fatorial (AF) confirmatória consiste em testar o quão bem variáveis medidas representam um número menor de constructos (Hair *et al.*, 2009). Com base na análise fatorial foram excluídas variáveis V6 a V11, na sequência foi verificada a confiabilidade interna dos constructos com o uso do alfa de Cronbach e teste de variância explicada. A partir disso foram calculadas as variáveis latentes e, com base nos seus resultados, as empresas foram categorizadas em custos e diferenciação para fins de regressão e teste de diferença de médias.

4.2.1 Tratamento dos dados

Considerando que os constructos usados já eram consolidados pela teoria, foi realizada uma análise fatorial confirmatória a fim de validar os agrupamentos. Hair *et al.* (2009) explicam que na análise fatorial confirmatória o pesquisador (com base na literatura) atribui as variáveis aos fatores *a priori*, servindo, a análise, de parâmetro de quão bem os fatores representam as variáveis medidas.

Dentre os procedimentos da AF, está o teste de esfericidade de Bartlett. Quando este for estatisticamente significativo (Sig. $\leq 0,05$) indica que há correlações suficientes entre as variáveis para se continuar a análise (Hair *et al.*, 2009). Outra medida que pode testar a adequação dos dados à análise fatorial é o Kaiser Meyer Olkin (KMO), sendo valores entre 0,5 e 1 considerados suficientes para execução da AF (Malhotra, 2012). Os resultados foram, KMO, 0,844 e Bartlett significativo, portanto, considerados dentro dos parâmetros necessários para condução da análise fatorial.

Também é necessário verificar a matriz anti-imagem que se refere ao poder de explicação das dimensões (fatores sugeridos) em relação a cada variável (Hair *et al.*, 2009). Ao passo que essa matriz representa as correlações parciais entre as variáveis observáveis e a latente (fator), o parâmetro considerado aceitável é de valores superiores a 0,7 (Hair *et al.*, 2009). Ainda é preciso avaliar a comunalidade das variáveis, ela é a estimativa de sua variância compartilhada entre as variáveis como representadas pelos fatores (Hair *et al.*, 2009). Malhotra (2012) adiciona que a comunalidade também pode ser considerada a proporção de variância explicada pelos fatores.

Neste sentido, muitos pesquisadores adotaram a regra de que comunalidade abaixo de 0,5 desqualifica a variável (Lee & Hooley, 2005). Eles explicam que cabe ao pesquisador avaliar se existem razões teóricas para admitir valores inferiores. Na Tabela 5 apresenta-se um resumo das comunalidades e anti-imagem após a exclusão

das variáveis que apresentavam valores muito abaixo dos parâmetros recomendados pela literatura.

Tabela 5

Comunalidade e Anti-imagem

Variável	Comunalidade	Anti-imagem
V1	0,585	0,775
V2	0,746	0,799
V3	0,629	0,818
V4	0,553	0,897
V5	0,411	0,889
P12	0,638	0,849
P13	0,670	0,836
P14	0,545	0,865
P15	0,549	0,864

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados

Para definir a composição dos fatores, realizou-se a análise fatorial confirmatória com todos os constructos, a fim verificar se possuía o mínimo de comunalidade ($COM \geq 0,40$) e se a medida de adequação da amostra (anti-imagem) atendia aos requisitos mínimos ($MSA \geq 0,50$), eliminou-se um item por vez e repetiu-se a análise para verificar os novos parâmetros. Para verificar a robustez e estrutura dos constructos, utilizou-se a rotação ortogonal Varimax, apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

Matriz de Componente Rotativa (Varimax)

Variável	Desempenho (1)	Verticalização (2)
V1		0,754
V2		0,805
V3		0,762
V4		0,658
V5	0,589	0,253
P12	0,788	
P13	0,784	
P14	0,728	
P15	0,740	
Alfa de Cronbach ($\geq 0,60$)	0,790	0,754
Variância Extraída ($\geq 0,50$)	0,908	0,734

Método de extração: Análise do Componente principal.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser."

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados

A Tabela 6, além de apresentar o agrupamento por fatores com base nas cargas fatoriais, apresenta medidas de confiabilidade interna dos constructos e variância extraída. Em amostras acima de 200 respondentes é recomendado cargas fatoriais acima de 0,4 (Hair *et al.*, 2009). Em função da literatura a variável V5 foi alocada no segundo fator.

4.2.2 Regressão

As variáveis da regressão são o grau de concordância com os aspectos de integração vertical (IVERTICAL) com desempenho (Desemp). Na regressão DESEMP foi a variável dependente e os estimadores (variáveis independentes) foi IVERTICAL.

Tabela 7

Matriz de Componente Rotativa (Varimax)

Variáveis	β^1	β^2	t	Sig.
(Constante)	2,311		18,865	0,000
IVERTICAL	0,301	0,449	7,470	0,000

Notas: Variável dependente: DESEMP.

¹Coeficientes não padronizados. ²Coeficientes padronizados.

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados

Na Tabela 7 verifica-se que IVERTICAL ($\beta = 0,449$; $t = 7,470$; $p < 0,000$) pode ser considerada um preditor do DESEMP. A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo [$F(1, 221) = 55,802$; $p < 0,000$; $R^2 = 0,202$]. Além disso, o teste de Durbin-Watson foi rodado, para verificar o pressuposto da regressão que trata da independência dos resíduos. O modelo da regressão apresentou o valor 2,031, sendo que os resíduos são considerados independentes se o teste apresentar valores entre 1,5 e 2,5 e a melhor qualidade ronda o 2,0. Outro pressuposto da regressão que precisa ser avaliado é a normalidade da distribuição dos resíduos, que foram validados por meio de histograma. Além do histograma, o Gráfico P-P demonstrou que os resíduos se aproximam da distribuição normal. Por fim, foi avaliado o Gráfico P-P dos resíduos e pontos estão distribuídos de forma aleatória, praticamente num formato retangular, confirmando-se o pressuposto de inexistência de homoscedasticidade.

Adicionalmente foram avaliadas as variáveis que compõem o constructo verticalização diretamente com a percepção de desempenho. Os resultados apontam que a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios da OPS ($r = 0,487$; $p < 0,001$), a existência de clínicas de especialidades ($r = 0,413$; $p < 0,001$) e ambulatórios ($r = 0,388$; $p < 0,001$) e centros de diagnóstico próprios ($r = 0,307$; $p < 0,001$) são os principais determinantes do desempenho.

4.2.3 Teste de diferenças de médias

Para conduzir os testes de diferença de médias é necessário avaliar se a distribuição dos dados da variável que é analisada é normal. A não normalidade dos dados foi verificada com o uso de um histograma, por isso faz-se necessário o uso de testes não paramétricos para análise de diferenças de médias, como o de Mann-Whitney.

As operadoras foram categorizadas em dois grupos, as não-verticalizadas (1) e as verticalizadas (2). A distribuição considerou as que apresentavam grau de concordância acima e abaixo da média no fator verticalização, respectivamente. Com isso, foram encontradas 93 OPS não verticalizadas e 130 verticalizadas, tendo os grupos médias de desempenho, 2,98 e 3,36, respectivamente. O teste apontou que há diferença estatística significativa ($p < 0,000$) entre as empresas verticalizadas e não verticalizadas, como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8

Teste de Mann-Whitney

Grupos	N	Média DESEMP	Desvio Padrão	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Sig.
Não verticalizadas	93	2,975	0,500	3433,00	7804,00	0,000
Verticalizadas	130	3,355	0,457			
Total	223	3,197	0,510			

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados coletados

O teste de Mann-Whitney foi replicado considerando empresas abaixo da mediana na variável de integração vertical como não verticalizadas e acima como verticalizadas. Os resultados foram similares, sendo aferida diferença estatisticamente significativa, com desempenho superior nas empresas verticalizadas. Assim, pode-se afirmar que há uma relação positiva entre a verticalização o desempenho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi motivado pela importância do setor de saúde suplementar brasileiro no contexto da saúde pública, o aumento na concentração de mercado e as alterações no padrão de competição (Albuquerque et al., 2011; J. S. Alves, 2021; Mélo & Medeiros, 2007). O Brasil, como abordado na seção Custeio da Saúde, tem uma peculiaridade quanto ao financiamento, sendo dos países Beveredgiano um dos que mais tem cobertura de saúde suplementar.

Foram coletadas informações sobre posicionamento estratégico, integração vertical e desempenho de 239 das 592 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares brasileiras. Os dados foram tratados e analisados no *software* IBM SPSS. O tratamento contou com análises fatoriais confirmatórias, regressões lineares múltiplas e testes de diferença de média.

O estudo traz a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho, demonstrando que o fenômeno da verticalização apontado por *Albuquerque et al. (2011)* tem sido benéfico para as OPS. Os resultados apontam que a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios da OPS, a existência de clínicas de especialidades, ambulatórios e centros de diagnóstico próprios são os principais determinantes do desempenho, considerando que o modelo explica apenas 20,2% do desempenho.

O estudo amplia a literatura relativa à integração vertical, especificamente no setor de saúde suplementar. Com base nos resultados, gestores poderão direcionar os recursos para práticas que têm maior contribuição para atingir e sustentar o desempenho das OPS no longo prazo.

Este estudo foi realizado no contexto de saúde brasileiro, singular em relação a contribuição da saúde suplementar. Este fato faz com que os resultados não sejam generalizáveis à saúde suplementar nos demais países ou precisam ser vistos com cautela. Sugere-se que sejam conduzidos estudos criando *proxies* de integração vertical baseada nas demonstrações contábeis das operadoras, assim como utilizando tomando-as por base para métricas de desempenho. Sugere-se também que sejam conduzidos estudos multipaíses a fim de verificar se os resultados se confirmam em contextos em que a contratação de planos de saúde é mandatória ou em países com diferentes aplicações de recursos públicos na saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, A. (2015). *Resolução Normativa - RN Nº 393, de 9 de dezembro de 2015*. (pp. 1–6). <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI2OA==>
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, A. (2020a). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos* (p. 64). <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, A. (2020b). *Dados cadastrais das Operadoras Ativas na ANS*. Dados e Indicadores Do Setor. <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
- Albuquerque, G. M., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L. (2011). Vertical integration in service industries: An exploratory study at the healthcare industry in São Paulo. *Producao*, 21(1), 39–52. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132011005000015>
- Allen, R. S., & Helms, M. M. (2006). Linking strategic practices and organizational performance to Porter's generic strategies. *Business Process Management Journal*, 12(4), 433–454. <https://doi.org/10.1108/14637150610678069>
- Alves, S. L. (2009). Eficiência das Operadoras de Planos de Saúde. *Revista Brasileira de Risco e Seguro*, 4(8), 87–112.
- Amélia, S., & Lima, D. (2017). *Métodos e Técnicas Quantitativas em Contabilidade e Finanças: uma Análise sob a Ótica do Software R*. 37–46.
- Baranes, E., & Bardey, D. (2015). Competition between health maintenance organizations and nonintegrated health insurance companies in health insurance markets. *Health Economics Review*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0073-3>
- Brown, M., & McCool, B. P. (1986). Vertical integration: exploration of popular strategic concept. *Health Care Management Review*, 11(4), 7–19.
- Capalonga, G., Diehl, C. A., & Zanini, F. A. M. (2014). Estratégias Percebidas Sob o Foco da Teoria de Posicionamento Estratégico, da Visão Baseada em Recursos, da Missão Estratégica e da Tipologia Organizacional: um Estudo com Empresas do Sul do Brasil. *BBR: Brazilian Business Review*, 11(3), 29–55. <https://www.redalyc.org/pdf/1230/123031118002.pdf>
- Chang, L. (1994). A Psychometric Evaluation of 4-Point and 6-Point Likert-Type Scales in Relation to Reliability and Validity. *Applied Psychological Measurement*, 18(3), 205–215. <https://doi.org/10.1177/014662169401800302>
- Covin, J. G., Slevin, D. P., & Schultz, R. L. (1994). Implementing strategic missions: effective strategic, structural and tactical choices. *Journal of Management Studies*, 31(4), 481–506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1994.tb00627.x>
- Dawes, J. (1999). The relationship between subjective and objective company performance measures in market orientation research: Further empirical evidence. *Marketing Bulletin-Department of Marketing Massey University*, 10(1996), 65–75. http://www.academia.edu/download/32540450/MB_V10_N3_Dawes.pdf
- Dowing, D., & Clark, J. (2011). *Estatística Aplicada* (3rd ed.). Saraiva.
- Downing, D., & Clarck, J. (2011). *Estatística Aplicada* (Saraiva (ed.); 3rd ed.).
- Fronmueller, M. P. M. P., & Reed, R. (1996). The competitive advantage potential of vertical integration. *Omega*, 24(6), 715–726. [https://doi.org/10.1016/S0305-0483\(96\)00011-4](https://doi.org/10.1016/S0305-0483(96)00011-4)
- Garland, R. (1991). The mid-point on a rating scale: Is it desirable. *Marketing Bulletin*,

- 2(1), 66–70.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4th ed.). Atlas. <https://doi.org/10.1007/978-1-137-49662-1>
- Hair, J. J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6th ed.). Bookman.
- Kelley, K., Clark, B., Broen, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 261–266. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg031>
- Kulesher, R. R., & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127. <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127>
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems - An international review: An overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(SUPPL. 6), 3–9. https://doi.org/10.1093/ndt/14.suppl_6.3
- Lee, N., & Hooley, G. (2005). The evolution of “classical mythology” within marketing measure development. *European Journal of Marketing*, 39(3-4 SPEC. ISS.), 365–385. <https://doi.org/10.1108/03090560510581827>
- Lenz, R. T. (1980). Environment, strategy, organization structure and performance: Patterns in one industry. *Strategic Management Journal*, 1(3), 209–226. <https://doi.org/10.1002/smj.4250010303>
- Malhotra, N. (2012). *Pesquisa de marketing uma orientação aplicada* (6th ed.). Bookman.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). Fundamentos de metodologia científica. In *Editora Atlas S. A.* (5th ed.). Atlas. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000100005>
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1971). Is there an optimal number of alternatives for likert scale items? study 1: Reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 31(3), 657–674. <https://doi.org/10.1177/001316447103100307>
- Mélo, M. A. N., & Medeiros, D. D. (2007). A model for analyzing the competitive strategy of health plan insurers using a system of competitive intelligence. *TQM Magazine*, 19(3), 206–216. <https://doi.org/10.1108/09544780710745630>
- NETO, J. F. dos R., MUÑOZ-GALLEGO, P. A., SOUZA, C. C. de, & RODRIGUES, W. O. P. (2013). As conexões entre orientação empreendedora, capacidade de marketing e a percepção do desempenho empresarial: evidências empíricas das micro e pequenas empresas varejistas. *Rev. Adm. Mackenzie (RAM)*, 14(3), 236–271. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712013000300010&script=sci_arttext
- Nunes, A. (2014). A Concentração no Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. *Pesquisa & Debate. Revista Do Programa de Estudos Pós-Graduados Em Economia Política*, 25(2(46)).
- Pietrobon, L., Prado, M. L. do, & Caetano, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 767–783. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
- Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*, 123(7), 611–620. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>
- Scanlon, D. P., Chernew, M., Swaminathan, S., & Lee, W. (2006). Competition in health insurance markets: Limitations of current measures for policy analysis. *Medical Care Research and Review*, 63(6). <https://doi.org/10.1177/1077558706293834>

- Soares, A. (2007). Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1565–1572. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000700007>
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Souza, M. A., & Salvalaio, D. (2010). *Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde*. 28(4), 305–310.
- Teixeira, I. T. (2014). *Estratégias de operações em serviços de saúde: estudo de caso em uma empresa do estado de São Paulo* [Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos]. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3751>
- Thaldorf, C., & Liberman, A. (2007). Integration of health care organizations: Using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health systems. *Health Care Manager*, 26(2), 116–127. <https://doi.org/10.1097/01.HCM.0000268614.41115.fc>
- Vicenzi, M. A. (2018). *O desempenho de empresas da indústria metal mecânica sob a ótica das estratégias genéricas de Porter* [Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade do Vale do Rio dos Sinos]. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7494>
- Wang, B. B., Wan, T. T. H., Clement, J., & Begun, J. (2001). Managed care, vertical integration strategies and hospital performance. *Health Care Management Science*, 4(3), 181–191. <https://doi.org/10.1023/A:1011492731396>
- Williamson, O. E. (1979). Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics*, 22(2), 233–261.
- Zirolto, R. R., Gimenes, R. O., & Júnior, C. C. (2013). A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O Mundo Da Saúde*, 37(2), 216–220. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2013372216220>