

A REGULAÇÃO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E SEUS EFEITOS SOBRE O NÚMERO DE OPERADORAS DE SAÚDE¹

Nathália Costa Schimit²

José Antônio Lumertz³

RESUMO

Por meio deste artigo, buscou-se analisar os impactos da regulamentação no setor de saúde suplementar, avaliando os efeitos sobre a organização e o número de operadoras desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Partindo de informações disponibilizadas pelo próprio órgão regulador e encontradas na pesquisa bibliográfica, foi possível constatar a redução sistemática no número de operadoras ativas, em mais de 50%, desde a criação da ANS em 2000. Dois aspectos se destacam e se contrapõem na análise dessa tendência. De um lado está a verticalização do setor, que promove a profissionalização das operadoras. Do outro, sua sustentabilidade financeira e as implicações resultantes da baixa concorrência no mercado de saúde suplementar. Diversos fatores acentuam as falhas de mercado e somam desafios para as operadoras na busca por alternativas atrativas para oferta de produtos, como: determinação de reajustes pela ANS, rol de coberturas obrigatórias e limites de ajustes de preços com interdependência entre faixas etárias. Com isso, é reduzido o potencial de cobertura dos planos privados de assistência à saúde, podendo reduzir também o bem-estar social.

Palavras-chave: Regulamentação; Saúde Suplementar; Operadoras de Planos de Saúde.

REGULATION IN THE SUPPLEMENTAL HEALTH MARKET AND ITS EFFECTS ON THE NUMBER OF HEALTH OPERATORS

ABSTRACT

Through this article, we sought to analyze the impacts of regulation on the supplementary health sector, evaluating the effects on the organization and the number of operators since the creation of the Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Based on information provided by the regulatory body itself and found in the bibliographic research, it was possible to verify the systematic reduction in the number of active operators, by more than 50%, since the creation of the ANS in 2000. Two aspects stand out and oppose each other in the analysis of this trend. On the one hand is the verticalization of the sector, which promotes the professionalization of operators. On the other, its financial sustainability and the implications resulting from low competition in the supplementary health market. Several factors accentuate

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no primeiro semestre de 2021 ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

² Graduanda do Curso de Ciências Atuariais, UFRGS, nathaliaschimit@gmail.com.

³ Orientador, Mestre em Economia (UFRGS) e Professor do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, UFRGS, jlumertz@terra.com.br.

market failures and add challenges for operators in the search for attractive alternatives to offer products, such as: determination of adjustments by ANS, list of mandatory coverage and price adjustment limits with interdependence between age groups. With that, the potential for coverage of private health care plans is reduced, which may also reduce social well-being.

Keywords: Regulation; Supplementary Health; Health Plan Operators.

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a defesa dos consumidores sempre esteve em pauta nas ações promovidas pela vigilância sanitária, porém, os contratos de planos de saúde não estavam incluídos nas tratativas. O crescimento desse setor e o aumento das queixas de beneficiários, apresentadas ao PROCON (Programa de Proteção e Defesa do Consumidor), motivaram a discussão de novos projetos de lei no final dos anos 80. Os contratos, até então, apresentavam assimetrias que eram levadas a decisões judiciais, favorecendo os consumidores. Essa realidade repercutiu no legislativo ao longo dos anos. Tais discussões culminaram em um processo moroso, que se estendeu até o final dos anos 90, com a criação de novos projetos de lei e a instituição da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre as atividades no mercado de saúde privada (GIOVANELLA; RIBEIRO; COSTA, 2002, p. 154). Assim, o mercado de saúde suplementar passou a se estruturar de maneira formal, ficando estabelecido o registro de operadoras e planos e definidas as coberturas obrigatórias para procedimentos médicos, formando os pilares para a defesa do mercado e dos contratantes dos serviços ofertados (MARTINEZ, 2018).

A regulamentação do mercado de saúde suplementar é realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia criada pela Lei nº 9.961 de 2000 (BRASIL, 2000). Dentre suas funções estão a regulação, a normatização e fiscalização das atividades desenvolvidas pelas operadoras de saúde. No Art. 3ª da Lei 9.961/2000 é definida a finalidade dessa autarquia, de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. No quesito competência é importante destacar o Art. 4ª, inciso XXXII, que expõe que compete à ANS “adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, 2000).

Os planos de saúde estão segmentados em três tipos de contratação: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão, regulamentados através da RN nº 195 (ANS, 2009). A metodologia utilizada para a precificação de planos de saúde no regime de

preço preestabelecido é o Regime de Repartição Simples (ANS, 2014), definido como o sistema de arrecadação baseado em receitas e despesas no qual os beneficiários de planos de saúde pagam a mensalidade calculada em valor suficiente para a cobertura dos eventos e despesas, à medida que ocorram (GALIZA, 2011a). Há, também, a opção da modalidade de contratação em preço pós-estabelecido, quando posteriormente à realização do atendimento é efetuada a cobrança do valor referente à contraprestação. Neste caso, a aquisição da cobertura médico-hospitalar fica limitada à contratação coletiva. Para que a operadora possa trabalhar a oferta do pós-estabelecido, são definidas duas opções: na denominada rateio ocorre a divisão do total das despesas entre todos os beneficiários presentes no plano; na segunda, chamada de custo operacional, a operadora repassa a soma dos valores referentes às despesas assistenciais ao contratante pessoa jurídica (Anexo I, RN nº 144, ANS, 2007).

Os planos individuais familiares possuem algumas limitações de gestão. Após a contratação, é vedada às operadoras a rescisão unilateral desses contratos. Além disso, é a ANS que calcula e determina, anualmente, o reajuste máximo aplicado pelas operadoras, sendo esse um valor único, independente do volume de utilização pelos beneficiários, conforme RN nº 441 (ANS, 2018a).

Dentre os normativos publicados pela ANS, estão novas definições e alterações em normas que já estavam vigentes. Aquelas que possuem impacto direto na situação econômico-financeira das operadoras são: a RN nº 470/2021, relacionada às atualizações no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados à Lei nº 9.656/1998; a RN nº 441/2018, que se refere à metodologia de cálculo do percentual máximo de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares (que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998) e a troca do modelo de margem de solvência para o modelo de capital baseado em riscos, disposto na RN nº 451 de 2020 (ANS, 2021a; BRASIL, 1998; ANS, 2018a; ANS, 2020).

O trabalho desenvolvido pela ANS quanto à regulamentação tem se mostrado efetivo no acompanhamento das dinâmicas do mercado, o que pode ser conferido por meio de indicadores de qualidade acompanhados ao longo dos anos (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2017). Em contraponto, não se pode ignorar que a regulamentação tenha influência na redução sistemática do número de operadoras, fato que se observa desde a criação da ANS no ano 2000 (FERREIRA, 2020).

Diante do exposto, é proposta a discussão sobre a necessidade de relacionar os impactos dos normativos no setor de saúde suplementar e a capacidade de adequação das operadoras. Essa relação é importante para que sejam mantidas as garantias contratadas pelos beneficiários de planos e a concorrência essencial para a promoção de eficiência e maior abrangência no setor privado de saúde (LEANDRO, 2010). Nesse contexto, a questão problema deste estudo é: a regulamentação promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar tem relação com a redução no número de operadoras de saúde?

Para isso, buscou-se por meio de pesquisas bibliográficas, relacionar fatores que desestimulam a permanência das operadoras no mercado de saúde, como: limitações na gestão dos planos, especialmente na contratação individual, adequações na estrutura das operadoras para o atendimento às normas, presença de falhas de mercado, tendência oligopolista e redução na competitividade e variabilidade na oferta de produtos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRECIFICAÇÃO E REAJUSTE

A precificação de planos de saúde, de modo geral, visa estabelecer um preço médio e adequado ao risco assumido na operação. A tendência natural, observada de forma mais evidente nos planos individuais ou familiares, é atrair indivíduos com maior probabilidade de utilização das coberturas contratadas. Assim, ocorre o surgimento da seleção adversa, pois que as operadoras não são plenamente capazes de auferir o real estado de saúde do beneficiário. Tal situação tem maior repercussão nas contratações de planos individuais, pois devido à impossibilidade de diluição dos riscos, os preços desses planos tendem a ser mais elevados em relação aos planos coletivos (COUTINHO; CIDRÃO, 2018).

Ampliando a comparação entre os planos coletivos e individuais, é importante mencionar a mudança no cálculo dos reajustes de planos individuais ou familiares, posta pela RN nº 441 (ANS, 2018a). O cálculo é realizado utilizando metodologia retrospectiva, que combina a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) na intenção de alcançar estimativas que estimulem a eficiência do setor regulado (FIUZA; MARINHO; OCKÉ-REIS, 2020). Antes dessa alteração, o cálculo de reajuste de planos individuais era realizado com base nos reajustes coletivos, calculados pelos atuários nas operadoras e negociados com pessoas jurídicas e entidades de classe contratantes. A opção pela nova metodologia foi feita na expectativa de que os contratantes de planos

coletivos teriam poder de barganha, de modo a evitar reajustes elevados e manter os valores de contraprestações equilibrados. No entanto, não foi o que ocorreu na prática, pois a taxa de inflação acumulada para os planos foi de 382%, superando a taxa de inflação geral (208%) e afetando consumidores e empregadores (OCKÉ-REIS; FIUZA; COIMBRA, 2019).

Outro importante mecanismo de regulação é o Rol de Procedimentos, atualmente disposto na RN nº 465 (ANS, 2021b). Se trata de uma lista que define as coberturas mínimas a serem obrigatoriamente ofertadas pela operadora de saúde. Até 1º de outubro de 2021, as atualizações eram previstas para períodos de dois anos, mas houve uma recente publicação – RN nº 470 (ANS, 2021a) – que firmou que a revisão das coberturas deve ser analisada de forma contínua e atualizada semestralmente (ou a qualquer tempo) por iniciativa da ANS. Isto já havia ocorrido nos casos de inclusão dos exames para detecção de Coronavírus, em março de 2020, e de remoção dos limites para sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), em julho de 2021.

Em paralelo com a já mencionada RN nº 470 (ANS, 2021a), é importante destacar a Medida Provisória nº 1067 (BRASIL, 2021), que prevê a redução do processo de atualização do Rol para cento e vinte dias. Portanto, comprimindo ainda mais o prazo para análise técnica das contribuições agregadas pelo acréscimo das novas tecnologias que forem solicitadas.

2.2 REGULAMENTAÇÃO GERENCIAL

As resoluções normativas que tratam dos temas relativos à governança, boas práticas e controles internos para acreditação consideram alguns pilares para a construção de melhorias no setor de saúde suplementar. A RN nº 440 (ANS, 2018b) orienta um processo voluntário para criação de um programa de promoção à saúde com requisitos orientados a uma rede de atenção ou linha de cuidado específica a ser avaliada e certificada por uma Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS. A RN nº 443 (ANS, 2019) introduz o tema governança, com foco em controles internos e gestão de riscos, orientando práticas mínimas a serem adotadas pelas operadoras. O objetivo desta Resolução é a ampliação da consciência dos administradores sobre os riscos inerentes à atividade realizada pelas operadoras de saúde, principalmente de subscrição, de crédito, de mercado, legais e operacionais. Originando, assim, uma cultura de planejamento para tomada de decisões estruturadas de forma consistente na gestão dos riscos. O resultando é um maior alinhamento por parte da operadora aos seus objetivos, buscando sustentabilidade.

Para verificação da aderência ao normativo ficou estabelecida a obrigatoriedade, às operadoras de grande e médio portes (dadas algumas exceções previstas na norma), do envio anual do Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA). O relatório deve ser elaborado por um auditor independente, que avaliará os requisitos definidos no anexo da RN nº 443/2019. O cumprimento dos requisitos reduz os fatores de capital regulatório necessários para atuação no setor de saúde suplementar.

A RN nº 393 (ANS, 2015), posteriormente alterada pela RN nº 442 (ANS, 2018c), dispõe sobre os critérios para constituição das provisões técnicas a serem observadas pelas operadoras. Elas têm obrigação de garantir o serviço confiado pelos beneficiários a sua administração. Como forma de assegurar a capacidade das operadoras de arcar com os custos da operação, há uma série de provisões que devem ser mensuradas e constituídas mensalmente. Atualmente são estimadas: a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL), a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados do Sistema Único de Saúde (PEONA SUS), a Provisão para Remissão (quando existente), a Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPNG) e a Provisão para Insuficiência de Contraprestação (PIC).

Ao longo dos últimos anos a ANS tem se empenhado em estabelecer as diretrizes para mensuração dos riscos que determinam o montante a ser observado pela operadora para cumprimento à regra do Capital Baseado em Riscos (CBR). São eles: o risco de subscrição, o risco de crédito, o risco de mercado, o risco legal e o risco operacional, definidos no Art. 2º da RN nº 451 (ANS, 2020), conforme segue:

V - Risco de Subscrição: medida de incerteza relacionada a uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas e relativas à precificação;

VI - Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros, ou de ter alterada sua classificação de risco de crédito;

VII - Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada à exposição a perdas decorrentes da volatilidade dos preços de ativos, tais como cotações de ações, taxas de juros, taxas cambiais, preços de commodities e preços de imóveis;

VIII - Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a operadora particularmente vulnerável a litígios;

IX - Risco Operacional: medida de incerteza que compreende os demais riscos enfrentados pela operadora relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas; (ANS, 2020).

Por determinação da norma, o CBR deve ser calculado mensalmente, seguindo modelo padrão disponibilizado pela ANS, para os riscos de subscrição, crédito, legal e operacional. Apenas o risco de mercado ainda não está efetivamente regulamentado, o que deve ocorrer até 31 de dezembro de 2022 (ANS, 2020).

2.3 FALHAS DE MERCADO

Pindyck e Rubinfeld (2010, p. 531) denotam o ideal de eficiência dos mercados competitivos por meio do primeiro teorema da economia do bem-estar: “Se todos fizerem transações em um mercado competitivo, todas as transações mutuamente vantajosas serão realizadas e o equilíbrio na alocação dos recursos será economicamente eficiente”. Na prática, por vezes, essa relação não se mantém e, em determinado momento, os mercados deixam de ser competitivos. Nesses casos, passa a ser necessária a intervenção dos governos por meio da regulamentação.

As informações assimétricas (quando um dos agentes possui mais informação do que o outro na relação de troca) costumam ser a origem da necessidade de interferência. Isto ocorre na dinâmica da saúde, pois as pessoas que adquirem o serviço de assistência médica possuem mais conhecimento sobre sua própria condição de saúde do que a operadora possa ter acesso. Pode-se esperar que os indivíduos mais propensos a adquirir planos de saúde sejam aqueles com alguma enfermidade preexistente ou que tenham uma expectativa de utilização projetada, ocasionando o que é chamado de seleção adversa. Com o aumento da incidência desse público nas carteiras, é esperado que os preços também fiquem elevados, o que faz com que as pessoas mais saudáveis, cientes da sua reduzida utilização, não estejam dispostas a pagar pela cobertura. Conseqüentemente, se elevam ainda mais os valores, até o ponto em que apenas indivíduos doentes se disponham a pagar, ou até mesmo que não haja mais interesse pela oferta do serviço (PINDYCK; RUBINFELD, 2010, p. 552).

Outro fator que denota falha de mercado por assimetria de informação é o risco moral, que ocorre quando há um aumento dos custos causados por uma das partes, potencializado pela ausência de mecanismos de monitoramento. São os casos de sobreutilização, que prejudicam a alocação eficiente de recursos (PINDYCK; RUBINFELD, 2010, p. 560).

2.4 ESTUDOS RELACIONADOS

Para conceituar os desafios e dimensionar riscos relacionados ao mercado de saúde é indispensável abordar a assimetria de informação e sua representatividade. O que se busca é sempre um preço eficiente, adequado para atrair massificação e suficiente para cobrir as despesas assistenciais e os carregamentos inerentes, alcançando a margem de lucro esperada.

De acordo com Cota e Silva (2019), o crescimento dos custos assistenciais é motivo de preocupação no mercado de saúde. Além dessa tendência característica do setor, existe também a assimetria de informação, refletida no risco moral e na seleção adversa. Através da análise de 918 operadoras no período de 2013 a 2017, foi constatada a importância do fator moderador como redutor dos níveis de despesas assistenciais, impactando não só na utilização consciente do beneficiário, mas atuando também na redução do risco moral por parte do prestador. Os efeitos, segundo o estudo, geram reflexos positivos em cadeia, pois reduzem a necessidade de reajuste por sinistralidade.

Segundo Galiza (2011b), no mercado segurador o risco moral se observa em maior grau com a mudança de comportamento do segurado após aquisição da cobertura. Em saúde, de acordo com Alves (2004), o risco moral pode advir tanto dos beneficiários quanto dos prestadores de serviços médicos, caso ajam de forma a elevar a utilização do plano por excesso de consultas e exames, fazendo com que o custo real se torne maior do que o estimado. No caso dos prestadores, a forma de remuneração (por procedimento) pode incentivar indução de demanda. Em um formato que se pode chamar de passivo, temos o risco moral *ex-ante*, quando o beneficiário adota hábitos pouco saudáveis somados, muitas vezes, com a ausência de cuidados preventivos.

Alves (2004) argumenta que a seleção adversa é justificada em grande parte pela regulamentação do mercado e pouco pela relação entre os beneficiários e as operadoras. O autor endossa sua teoria na obrigatoriedade da oferta do plano-referência (descrito na Lei nº 9.656/1998) pelas operadoras. Tal plano possui elevado grau de cobertura, o que resulta em uma padronização da oferta. Pode-se atrair uma quantidade maior de indivíduos com necessidade de utilização majorada e, ao mesmo tempo, se tornar pouco atrativo para aqueles que não necessitam de amplas coberturas, colocando em xeque um dos fundamentos do risco: a incerteza.

De acordo com Silveira (2005), a regulamentação busca mitigar os efeitos das imperfeições do mercado de saúde suplementar. Um exemplo de imperfeição é a assimetria de informação entre a operadora e o beneficiário, mencionada anteriormente. De outro lado, há também o prestador, que pode induzir a uma utilização excessiva que adiciona o risco moral como outra possibilidade de desajuste do mercado. O conflito de interesses, por vezes

existente entre operadoras, prestadores e beneficiários, eleva o grau da assimetria de informação e resulta na criação de normas que buscam reduzir tais riscos.

Alves (2007) pôde demonstrar, por meio da reaplicação de testes econométricos, os impactos da regulamentação na eficiência do setor de saúde, comparando o mercado antes e após a regulamentação. Segundo a análise, o benefício da regulamentação recai sobre determinados grupos de consumidores, o que pode afetar a sustentabilidade financeira do setor a longo prazo. Os testes foram realizados empregando um modelo já utilizado em estudos anteriores (prévios à regulamentação) e apontaram para resultados contrários, constatando a presença de seleção adversa após a imposição das regras ao setor. Tal fato foi explicado pela relação positiva entre risco e coberturas. O autor discute que a proteção aos consumidores através dos mecanismos de ajustes de preço (o aumento nos preços para as faixas etárias mais elevadas deve ser acompanhado também da elevação nos valores para os mais jovens) desestimulou a renovação das carteiras, culminando na elevação do preço médio das contraprestações.

Avelar *et al* (2021) analisaram, através de modelo de regressão com dados em painel, os efeitos da regulamentação sobre a assimetria dos custos das operadoras. Os autores restringiram a análise às operadoras classificadas nas modalidades Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas. Foram definidas três hipóteses: a primeira comparava o impacto do volume de planos antigos (não sujeitos a regulamentação da ANS) na carteira da operadora; a segunda hipótese analisava a relação entre os custos dada a proporção de planos coletivos e individuais, sendo os individuais sujeitos a regulamentação ostensiva por parte da ANS (definição de percentual máximo de reajuste e cancelamento unilateral restrito aos casos de fraude e inadimplemento); e a terceira hipótese verificou a razão de dependência nas carteiras das operadoras (com foco na RN nº 63/2003 e na restrição de limite de valores entre a primeira e a décima faixa). O estudo foi capaz de confirmar a hipótese três, apontando que a maior razão de dependência nas carteiras das operadoras tende a aumentar a ocorrência da assimetria dos custos.

Ambos os estudos mencionados nos últimos dois parágrafos afirmam a presença e o agravamento da seleção adversa como efeito da regulamentação.

Antonio (2018) constatou a redução da oferta de planos individuais familiares, principalmente de abrangência nacional, pelas operadoras privadas de saúde suplementar. Concluindo, em parte, que o desinteresse do mercado, por essa modalidade de contratação, vem como resposta à sua regulação característica. Outro fator, também em destaque, é a tentativa de evitar a absorção de clientes idosos, possibilitada atualmente, através de portabilidade de

carência. Sendo que tais resultados restringem as opções de escolha dos beneficiários e impedem a contratação de planos individuais familiares de abrangência nacional, nos municípios que não ofertam tal produto. Ainda que o assunto siga em discussão, na busca por ampliar o acesso ao beneficiário, há a barreira do alto custo, fator muitas vezes determinante na contratação da cobertura de saúde (ANTONIO, 2018).

O Gráfico 1 apresenta a evolução dos beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação, no período de setembro de 2000 até setembro de 2021.

Gráfico 1: Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. (Brasil, 2000-2021)

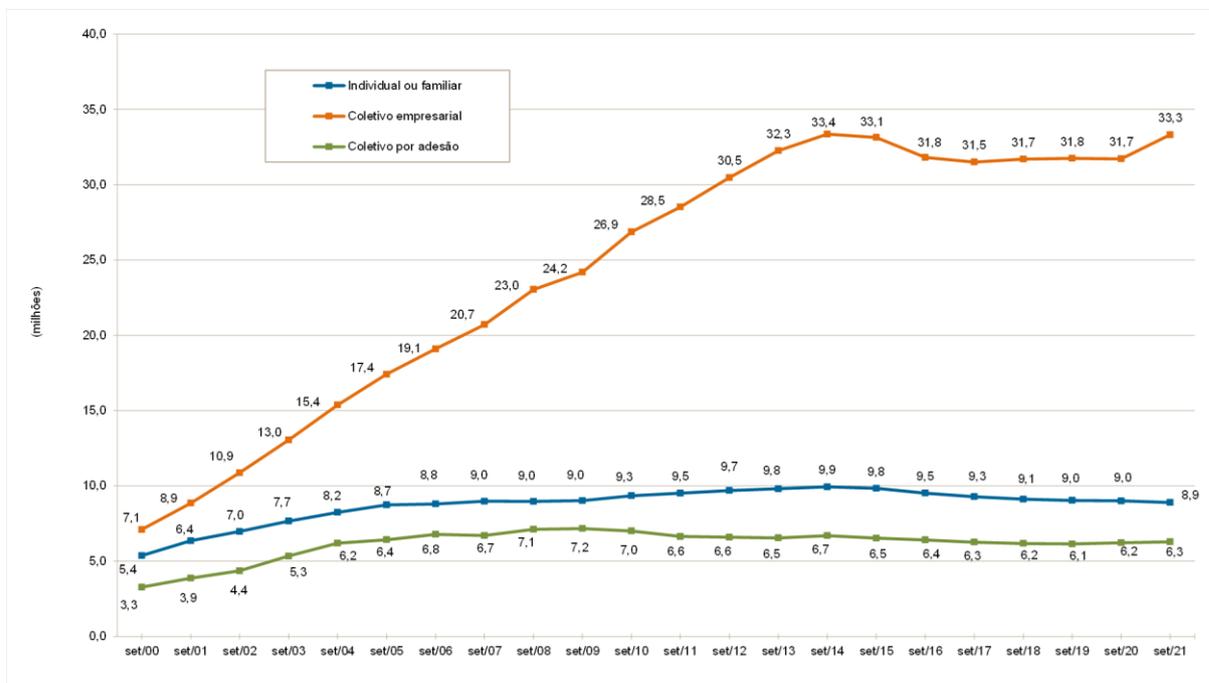


Gráfico 1: Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – 2000-2021). Fonte: SIB/ANS/MS –09/2021. Nota: Os tipos de contratação classificados como “Coletivo não identificado” e “Não informado” foram omitidos do gráfico.

Somados os quantitativos nas três modalidades (individual, coletivo empresarial e coletivo por adesão), chegamos a um total de 48,5 milhões beneficiários em planos de assistência médica, em setembro de 2021. Outra informação que pode ser auferida, pela análise gráfica, é que após redução ocorrida na quantidade de beneficiários, em todos os planos no ano de 2014. Os planos coletivos apresentam atualmente evolução positiva na curva de beneficiários, enquanto a curva que representa os planos individuais reduz.

Xavier e Souza (2020) investigaram a eficiência econômico-financeira das operadoras nas modalidades de Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia e Medicina de Grupo no

período de seis anos (2010-2015). Elas foram separadas em dois modelos, sendo um contendo todas as modalidades de operadoras analisadas e outro comparando cada uma separadamente ao longo do período de análise. O estudo constatou que a eficiência do setor se comporta de forma homogênea – nos seis anos observados, a média de eficiência ficou acima de 88%. Os autores explicam esse resultado por meio do isomorfismo, termo que define um comportamento similar por parte de diferentes empresas, que adotam modelos bem-sucedidos como forma de mitigar as incertezas, diante de mercados de risco e altamente regulados onde a variabilidade de produtos é limitada.

Araújo e Silva (2016) analisaram, através de dados coletados no site da ANS, a sinistralidade no período de 2003 a 2014. O cálculo da sinistralidade foi realizado através da razão entre as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações das operadoras. O resultado apontou uma variação entre 79,75% em 2006 e 84,93% em 2014, com média anual de 82,08%, refletindo em um alerta quanto à redução na margem de lucro. Os pesquisadores também observaram uma redução no número de operadoras no mesmo período, que passou de 2.273 para 1.425, justificada, em parte, pelas dificuldades operacionais das operadoras de pequeno porte para se adaptar à regulamentação. Diante desse cenário, foram abordados questionamentos sobre a perenidade do sistema, constatando o paradoxo entre o aumento da demanda por serviços de saúde e a redução das empresas no setor. Os autores vislumbram, inclusive, a tendência para um cenário de oligopólio, em que apenas as operadoras mais estruturadas permaneceriam em atuação.

Ferreira (2020) constatou que, até criação da ANS, no ano 2000, existiam 2.037 operadoras de saúde médico-hospitalares em atividade, número que sofreu uma redução sistemática desde então. Em julho de 2019 restavam apenas 917, uma redução em termos percentuais de 54,98%. Em todo período do intervalo não se observou oscilação positiva na quantidade de operadoras. A análise do número de beneficiários demonstrou crescimento de 52,13% no mesmo período, passando de 30,9 milhões para 47,1 milhões. Destes, 24% estão concentrados entre as quatro maiores operadoras em atividade.

O Gráfico 2 apresenta a evolução do registro de operadoras no período de dezembro de 1999 até setembro de 2021.

Gráfico 2: Evolução do registro de operadoras (Brasil, dezembro/1999-setembro/2021)

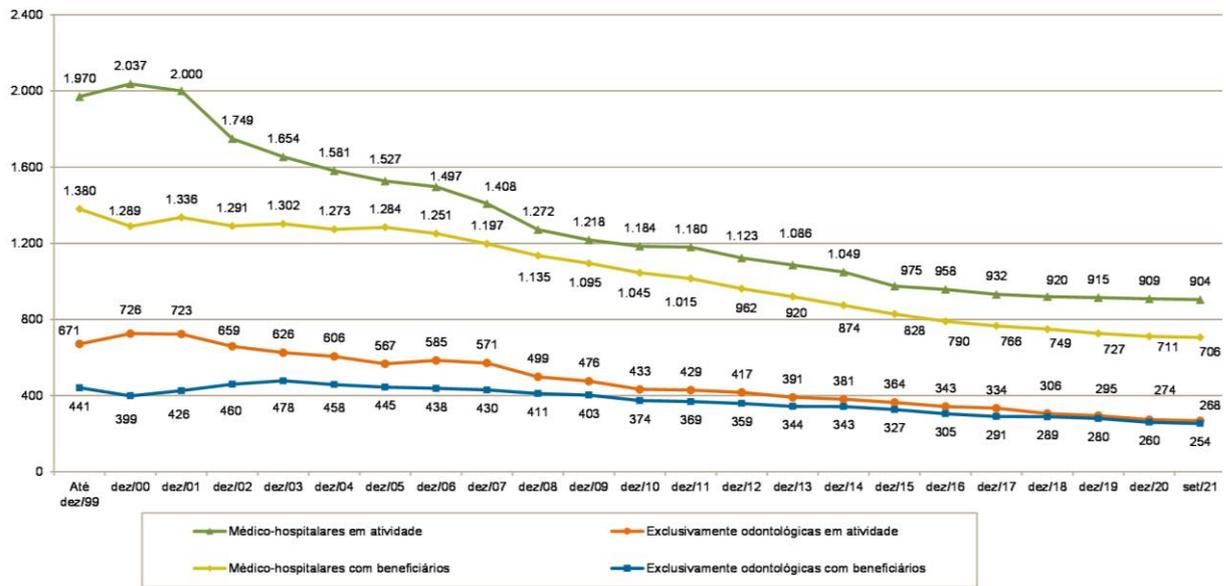


Gráfico 2: Evolução do registro de operadoras (Brasil – dezembro/1999-setembro/2021). Fonte: CADOP/ANS/MS – 09/2021 e SIB/ANS/MS – 09/2021. Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

Neste gráfico é possível verificar que o número de operadoras segue reduzindo. Em específico, as operadoras médico-hospitalares com beneficiários eram 1.380 no ano de 1999, em setembro de 2021 foi contabilizado o total de 706 operadoras nessa modalidade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada neste estudo é classificada como qualitativa quanto à abordagem do problema. De acordo com Otti (2012), “O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave”. Nesse contexto, o tema é abordado delineando o processo de pesquisa e apresentando os resultados encontrados, sem necessidade da utilização de modelos estatísticos.

Para realizar uma análise dos impactos regulamentares dos últimos cinco anos, o foco foi a regulamentação implementada nesse período, que foi comparada com estudos recentes sobre impacto regulamentar no setor de saúde suplementar, com aspectos históricos relevantes para contextualização e com diferentes cenários.

De acordo com os objetivos, a pesquisa é classificada como exploratória, tendo como propósito subsidiar o desenvolvimento do problema de pesquisa e formar uma base para construção de pesquisas posteriores de maior abrangência (OTTI, 2012).

Com o exame do material consultado se buscou encontrar relações entre a regulamentação e o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Ou seja, investigar o quanto os normativos influenciam o comportamento das operadoras e dos beneficiários e até que ponto esses reflexos são positivos ou podem ter efeito contrário ao esperado.

Com relação aos procedimentos técnicos utilizados, esta é uma pesquisa bibliográfica. De acordo com essa definição, o tema é apresentado com o apoio de publicações anteriores, verificando os diferentes pontos e identificando contrapontos que podem ser apresentados por autores em livros e publicações científicas (OTTI, 2012).

A partir do arcabouço teórico encontrado na produção científica disponibilizada digitalmente em repositórios como o da CAPES, foi possível encontrar material consistente para responder à pergunta deste artigo e também ampliar a visão sobre o mercado de saúde suplementar.

As referências regulamentares e orientações específicas direcionadas às operadoras foram consultadas por meio do endereço eletrônico da ANS reguladora. Também é importante destacar alguns problemas ao pesquisar determinados temas devido à recente migração do site para o portal do governo, pois, em alguns casos, a pesquisa direcionava para uma página não mais existente.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir da revisão de estudos relacionados ao tema de pesquisa, foi possível identificar alguns dos desafios da Agência Nacional de Saúde Suplementar na condução da regulamentação e na manutenção da concorrência no setor. Os aspectos relacionados ao risco moral e à seleção adversa são recorrentes na dinâmica do setor de saúde suplementar. Eles estão presentes nas relações entre beneficiários, operadoras e prestadores. Alguns mecanismos, como a instituição de período de carência, cobertura parcial temporária e coparticipação, podem ser citados como eficientes na redução das falhas de mercado.

A interdependência entre faixas etárias causou efeitos relevantes na seleção adversa, resultando no acréscimo do preço médio das contraprestações. Dessa forma, foram atraídos beneficiários com perfil mais agravado de risco em detrimento daqueles com melhores condições de saúde (ALVES, 2007). Em análise realizada entre os anos de 2000 e 2015, essa razão de dependência expôs uma tendência de aumento do perfil etário observado nas carteiras de planos individuais. O aumento da população idosa e o envelhecimento populacional corroboram com o crescimento da sinistralidade nesse tipo de contratação,

agravando os riscos de que as mensalidades sejam insuficientes para cobrir as despesas a médio prazo (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

As particularidades de restrições gerenciais inerentes aos contratos na modalidade individual ou familiar, como a impossibilidade de rescisão unilateral por parte da operadora (salvo fraude e inadimplemento) e os limites de reajustes determinados pela ANS, apontam para o desestímulo da comercialização desse tipo de contratação. Embora o setor de planos de saúde venha apresentando crescimento no número total de beneficiários, dados originados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), disponibilizados no Gráfico 1, indicam a tendência de redução no número de beneficiários em planos individuais ou familiares.

A constante redução no número de operadoras e o aumento na sinistralidade traduzem um cenário em que a margem de lucro reduz, enquanto as dificuldades operacionais seguem aumentando, conduzindo o setor para um cenário característico de oligopólio (ARAÚJO; SILVA, 2016). Dados recentes, ilustrados no Gráfico 2, apontam que o setor ainda pode ficar menos competitivo, com 706 Operadoras médico-hospitalares atendendo ao total de 48,6 milhões de beneficiários, somando as três modalidades de contratação, em setembro de 2021.

Para contextualizar a aplicação de um modelo oligopolista, é possível utilizar o conceito do modelo de Bertrand, em que empresas atuantes em um mercado oligopolista, com produtos homogêneos, concorrem definindo seus preços. Nessa lógica, se uma das empresas cobrar preços diferentes, a que oferecer o menor preço será a escolhida pelos consumidores. Se ambas tiverem preços iguais, cada uma ficará com metade da fatia de mercado. A concorrência refletida na “guerra de preços” poderia levar ambas a igualarem seu preço ao custo, anulando a possibilidade de obter lucro (PINDYCK; RUBINFELD, 2010, p. 404).

A concentração do mercado tem o aspecto positivo de direcionar as operadoras para um cenário de maior eficiência e redução de custos (LEANDRO, 2010). A RN nº 431 (ANS, 2017) institui o Programa Especial de Escala Adequada (PEA) que viabiliza esse processo, estabelecendo uma série de dispositivos que orientam a saída adequada de operadoras de pequeno e médio porte. Ainda, permitindo o resgate de ativos garantidores com a finalidade de quitar dívidas remanescentes com a rede assistencial. A saída ordenada poderá ocorrer mediante oferta pública de referências operacionais e de cadastro de beneficiários ou pela transferência voluntária total de carteira. Em qualquer dos casos, a operadora adquirente dispõe de tratamento diferenciado quanto à composição das garantias obrigatórias inerentes ao aumento da carteira decorrente da aquisição (ANS, 2017).

Em contraponto, apesar de reconhecer os aspectos positivos da concentração dos beneficiários em operadoras de grande porte (melhor estruturadas, estas possibilitam níveis

mais elevados de qualidade na prestação dos serviços), há também a preocupação de que a redução massiva do número de operadoras possa acarretar em baixa competitividade, uma consequência da integralização vertical (LEANDRO, 2010).

Cabe observar que, embora a maior parte do mercado seja absorvida por um reduzido número de operadoras de grande porte, um maior número de operadoras pequenas, atuando concorrencialmente, não necessariamente promove a redução de preços dos serviços ofertados. Principalmente em saúde, há o aspecto da dificuldade de diluir os riscos característicos da operação de garantias assistenciais. Outro ponto a se considerar é a capacidade reduzida de negociação com os prestadores, ocasionando a elevação nos preços e a prestação de serviços de menor qualidade (MEDEIROS, 2010).

Já se observa consenso sobre a revisão das relações entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviços médico-hospitalares para que seja adotado um modelo que reduza a competição e promova uma remuneração de maneira a incentivar melhores práticas. Assim, garantindo a atenção primária à saúde e integrando sistema público e privado na busca por melhores resultados (MEDEIROS, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho foi possível verificar que, apesar do robusto aparato disciplinar ao qual são submetidas as operadoras de saúde, existem falhas persistentes e outros problemas que surgem devido à regulação.

Na intenção de corrigir falhas de mercado – como a cobertura parcial temporária (período de até 24 meses no qual as operadoras podem restringir eventos de alto custo para os casos de doenças ou lesões preexistentes à época da contratação) ou o fator moderador (participação do beneficiário nos custos da utilização) incidente sobre a utilização –, a regulamentação acarreta obrigações que impactam na redução das possibilidades de gerenciamento dos riscos. Isso ocorre, pois são definidas algumas limitações e impostas regras que dificultam a oferta de produtos acessíveis, como a definição do Rol de Procedimentos e o já mencionado plano-referência.

Diante dos problemas relacionados à assimetria de informação, foi possível verificar que o fator moderador mostrou ser o mecanismo mais eficiente aplicado no setor. Ele permite pulverizar a responsabilidade e o compromisso dos agentes na utilização eficiente do serviço de saúde. A determinação de carência, período em que o beneficiário contrata o plano, mas ainda não tem acesso a determinados atendimentos, é outro importante instrumento de

barreira à seleção adversa. Dessa forma, é evitada a contratação de cobertura a riscos já decorridos, garantida a condição de incerteza inerente à operação de seguro.

Quanto às questões relacionadas à cobertura mínima determinada pelo Rol de Procedimentos, regra aplicada a todos os planos regulamentados e adaptados à Lei 9.656 de 1998, se torna pouco provável que a ANS possa estabelecer modelos de produtos com cobertura reduzida (BRASIL, 1998). Estes poderiam ser comercializados a preços mais competitivos, permitindo alcançar um público maior, oxigenar as carteiras e promover a concorrência no setor. Na contramão, o que se observou ao longo da pesquisa foi a redução do número de operadoras. A tendência da necessidade de gestão interna de recursos beneficia as empresas maiores e mais bem estruturadas, com capacidade para suportar as oscilações do setor (tanto em termos de volume de beneficiários quanto na adaptação aos normativos). Observou-se, também, a elevação da sinistralidade média ao longo dos anos, consequência da elevação dos custos assistenciais.

A dificuldade em atender aos requisitos regulamentares mostrou ser um fator determinante para a redução no número de operadoras em atividade. A concentração do mercado de saúde já é uma realidade, sendo que 706 operadoras atendem 48,6 milhões de beneficiários. Não foi possível verificar nenhum aspecto que indique a reversão dessa tendência.

Como sugestão de estudos futuros, há a necessidade de análise e acompanhamento da redução de operadoras ativas no mercado de saúde suplementar, bem como do volume de beneficiários em planos individuais ou familiares. Desse modo, seria possível continuar investigando os impactos da regulamentação sobre o número de operadoras, a distribuição dos beneficiários entre as modalidades de planos e os possíveis reflexos na sustentabilidade do setor.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandro Leal. **Análise Econômica da Regulamentação e do Setor de Planos e de Seguros**. Série Caderno de Seguros: teses, v. 9, n. 22, Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2004. Disponível em: https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=Bib_Digital&Pesq=Economia%20e%20seguro%20:%20uma%20introdu%3%a7%c3%a3o%20-%202%c2%aa%20edi%3%a7%c3%a3o&pagfis=1695. Acesso em: 07 out. 2021.

ALVES, Sandro Leal. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após a regulação. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 35, 2007, Recife. **Anais...** Recife: ANPEC

(Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia), 2007. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução normativa n° 63 de, 22 de dezembro de 2003**. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1° de janeiro de 2004. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 05 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Anexo da Resolução Normativa n° 144, de 2 de janeiro de 2007**. Altera os artigos 13 e 16 e o item 11 do Anexo II e o Anexo V da Resolução Normativa n° 100, de 3 de junho de 2005. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/anexo_rn144.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa n° 195, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 07 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Formação de preços e aumentos por mudança de faixa etária**, Notícia: Pareceres Econômico-Financeiros, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/pareceres-economico-financeiros/2014-formacao-de-precos-e-faixa-etaria.pdf/view>. Acesso em: 09 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa n° 393, de 9 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa n° 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa n° 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mw==>. Acesso em: 18 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa n° 431, de 8 de dezembro de 2017**. Institui o Programa Especial de Escala Adequada - PEA e altera as Resoluções Normativas - RN n° 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária; a RN n° 316, de 3 de dezembro de 2012, que dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e a RN n° 384, de 4 de setembro de 2015, que dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários – OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUyMg==>. Acesso em: 22 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018.** Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. 2018a. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mg==>. Acesso em: 07 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018.** Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. 2018b.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>. Acesso em: 24 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 442, de 20 de dezembro de 2018.** Altera a Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2018c.

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mw==>. Acesso em: 21 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 443, de 25 de janeiro de 2019.** Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY3MQ==>. Acesso em: 24 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 451 de 06 de março de 2020.** Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde; revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, da DIOPE; e altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, a RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, e a RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MA==>. Acesso em: 21 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 470, de 09 de julho de 2021.** Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da ANS Nacional de Saúde Suplementar. 2021a. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mw==>. Acesso em: 10 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de

assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN n.º 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. 2021b. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 22 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados consolidados da saúde suplementar**, 2021c. Slides 5 e 23. Disponível em:

http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Dados_Consolidados_da_Sa%c3%bade_Suplementar/. Acesso em 27 nov. 2021.

ANTONIO, Gilka Lopes Moreira. Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1, p. 163-182, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i1.463>. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/463/523>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ARAÚJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2763-2770, 2016. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n8/2763-2770/pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

AVELAR, Ewerton Alex *et al.* Custos assimétricos e regulação em operadoras de planos de saúde. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 15, e169260, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.169260>. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rco/article/view/169260/170972>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a ANS Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Medida Provisória nº 1067 de 02 de set. 2021. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 set. 2021. Seção 1, p. 3. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01is2ux0yx0owuas82ckrv1fd78394930.node0?codteor=2068951&filename=Tramitacao-MPV+1067/2021. Acesso em: 21 set. 2021.

COTA, Isamara Silva; SILVA, Fabiana Lopes da. Análise da Evolução dos Custos Assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde considerando fator moderador. **REDECA – Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária**

e Métodos Quantitativos da FEA-PUC/SP, v. 6, n. 2, p. 47-62, Jul-Dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.23925/2446-9513.2019v6i2p47-62>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/redeca/article/view/46721/31192>. Acesso em: 14 set. 2021.

FERREIRA, Leonardo Fernandes. **Delimitação de Mercados Relevantes de Planos de Saúde e Análise de Concentração**. 2020. Dissertação (Mestrado em Finanças e Economia Empresarial) – Escola Brasileira de Economia e Finanças, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/29419>. Acesso em: 05 out. 2021.

FIUZA, Eduardo Pedral Sampaio; MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** Nota Técnica. BRASIL, Ministério da Economia, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201007_nt_disoc_n_90.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

GALIZA, Francisco José dos Santos et al. (Org.). **Dicionário de Seguros: vocabulário conceituado de seguros**. 3. ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG, Escola Nacional de Seguros, 2011a. Disponível em: http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Bib_Digital&pasta=Dicionario%20de%20seguros%20-%203ª%20edicao&pesq=&pagfis=21198. Acesso em: 25 ago. 2021.

GALIZA, Francisco. **Economia e Seguro: Uma Introdução**. Rio de Janeiro. FUNENSEG. 3. ed. p. 135, 2011b.

GIOVANELLA, Lígia; RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 156-194. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_1.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

LEANDRO, Tainá. **Defesa da Concorrência e Saúde Suplementar: A Integração Vertical entre Planos de Saúde e Hospitais e seus efeitos no Mercado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6972>. Acesso em: 29 nov. 2021.

COUTINHO, Carlos Marden Cabral; CIDRÃO, Taís Vasconcelos. A regulação da saúde suplementar no Brasil: perspectivas e ameaças. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 331-341, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5642>. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5642>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MARTINEZ, Lilia Estay. **Do impacto regulatório da judicialização da saúde suplementar**. *In*: ANS – AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Conhecimento Científico e Regulação – Contribuições para a Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2018, p.118. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/LIVRO_de_MONOGRAFIAS_PREMIADAS.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

MEDEIROS, Marcio Lima. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/10224>. Acesso em: 01 dez. 2021.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FIUZA, Eduardo Pedral Sampaio; COIMBRA, Pedro Henrique Herig. **Inflação dos planos de saúde – 2000-2018**. Nota Técnica. BRASIL, Ministério da Economia, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9307/1/NT_54_Disoc_Infla%20c3%a7%20c3%a3o%20dos%20planos%20de%20sa%20c3%bade_2000_2018.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

OTTI, Ernani. **Técnicas de Pesquisa em Contabilidade**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2012.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD. **Microeconomia**. 7. ed. São Paulo: Pearson. 2010.

SANTOS, Samara Lauar; TURRA, Cássio M.; NORONHA, Kenya. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0062>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/Mh8tvhW3PtJQWK7WmKSF5bp/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SILVEIRA, Luciana Souza da. **Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar**. 1. ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG. 2005. https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bib_digital&pagfis=4343. Acesso em 04 out. 2021.

XAVIER, Daniele Oliveira; SOUZA, Antônio Artur de. A eficiência econômico-financeira de operadoras de planos de saúde: a influência da modalidade. **ForScience**, v. 8, n. 2, e00707, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29069/forscience.2020v8n2.e707>. Disponível em: <http://forscience.ifmg.edu.br/forscience/index.php/forscience/article/view/707/305>. Acesso em: 14 set. 2021.