

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - ICSA**

HENRIQUE LUIZ GONZAGA

FORMAÇÃO E PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

**MARIANA
2022**

HENRIQUE LUIZ GONZAGA

FORMAÇÃO E PRECIFICAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Ouro Preto como um dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador(a): Professora Mirian Martins Ribeiro

**MARIANA
2022**

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

G642f Gonzaga, Henrique Luiz.
Formação e precificação dos planos de saúde. [manuscrito] /
Henrique Luiz Gonzaga. - 2022.
44 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Ribeiro.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Ciências
Econômicas .

1. Saúde Suplementar. 2. Assistência Médica. 3. Modelo de
precificação de ativos. I. Ribeiro, Mirian. II. Universidade Federal de Ouro
Preto. III. Título.

CDU 614

Bibliotecário(a) Responsável: Edna da Silva Angelo - CRB6 2560



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS



FOLHA DE APROVAÇÃO

Henrique Luiz Gonzaga

Formação e Precificação dos Planos de Saúde

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas

Aprovada em 06 de janeiro de 2022

Membros da banca

Dra Mirian Martins Ribeiro - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Dr Daniel do Val Consentino - Universidade Federal de Ouro Preto
Me - Stela Rodrigues Lopes Gomes - doutoranda - Universidade Federal de Minas Gerais

Mirian Martins Ribeiro, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 07/01/2022



Documento assinado eletronicamente por **Mirian Martins Ribeiro, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 07/01/2022, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0265352** e o código CRC **816BE330**.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por todas as bênçãos que promoveu em minha vida. A Angélica, por ter acreditado em mim e persistir, pois, sem você eu não conseguiria. A minha família, em especial a minha mãe, que sempre me acompanhou em toda minha trajetória. A minha orientadora Mirian, pelo apoio e dedicação junto a mim neste projeto.

RESUMO

O setor de saúde suplementar no Brasil apresentou um grande crescimento nos últimos anos, desde sua regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em que, até o ano de 2019 contabilizaram-se R\$ 213,5 bilhões em receitas e R\$ 174,5 bilhões em gastos com assistência médica. Neste cenário, torna-se vital que as operadoras de planos de saúde mantenham seu equilíbrio financeiro, sendo de suma importância uma precificação adequada. O presente trabalho foi realizado por meio de estudo de referencial teórico em conjunto com análise de dados subjetiva das informações disponibilizadas pelos órgãos reguladores do setor de saúde suplementar. Tem como propósito identificar os indicadores que são utilizados pela ANS, para promover a regulação dos preços dos planos e seguros de saúde através da investigação das variáveis que impactam no valor final das mensalidades dos planos de saúde individuais com e sem coparticipação.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Precificação; Assistência médica.

ABSTRACT

The supplementary health sector in Brazil has shown great growth in recent years, since its regulation by the National Supplementary Health Agency (ANS), in which, by the year 2019, R\$213.5 billion in revenues and R\$174.5 billion in expenditures on health care were accounted for. In this scenario, it is vital that health plan operators maintain their financial balance, with adequate pricing being of paramount importance. The present work was carried out through a study of the theoretical framework together with subjective data analysis of the information provided by Organs regulatory bodies of the supplementary health sector. Its purpose is to identify the indicators that are used by the ANS, to promote the regulation of health plans and insurance prices by investigating the variables that impact the final monthly fee of individual health plans with and without co-participation.

Key words: Supplementary Health. Pricing. Health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

Tabela 1 - Tipos de planos e abrangências	15
Tabela 2 - Composição do Valor Comercial da Mensalidade	33

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2021)	16
Gráfico 2 - Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil 2020-2021).....	17
Gráfico 3 - Receita de contraprestações e despesa assistencial de todas as operadoras (Brasil 2010-2020)	34
Gráfico 4 - Evolução do Valor Comercial Médio	35

LISTA DE SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados

CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar

DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

NR – Norma regulamentado

NTRP - Nota Técnica de Registro de Produto

PIB – Produto Interno Bruto

RDC - Resolução de diretoria colegiada

SBDC - Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

SIP - Sistema de Informação de Produtos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	SISTEMATIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA.....	11
	2.1 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	13
	2.2 CRIAÇÃO DA ANS	17
3	FORMAÇÃO DOS PREÇOS DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE	19
	3.1 FORMULAÇÃO DE PREÇOS: ASPECTOS TEÓRICOS E REGULAMENTAÇÕES	20
	3.2 FAIXA ETÁRIA E FORMULAÇÃO DOS PREÇOS	23
	3.3 OS RISCOS INCIDENTES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	26
4	METODOLOGIA E FONTE DE DADOS.....	27
	4.1 BASE DE DADOS	27
	4.2 METODOS	28
5	RESULTADOS	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
	ANEXO II - A	40
	ANEXO II – B.....	41

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar no Brasil tem ganhado espaço no mercado de saúde brasileiro a partir, principalmente, dos anos 1990. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o sistema suplementar brasileiro é o segundo maior sistema privado de saúde do mundo, destacando-se o seu alcance de atendimento à população e o seu faturamento anual. Caracteriza-se como o fornecimento de serviços de saúde de forma suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este sistema de saúde privado oferecido por seguradoras e operadoras de planos de saúde (SOUZA, 2014; SCHULMAN, 2009).

A evolução deste mercado tornou a saúde suplementar relevante ao Brasil e por este motivo a Constituição Federal de 1988, além de instituir o SUS, disponível a todos os brasileiros, tratou de especificar regras gerais para o funcionamento do setor privado de assistência médico-hospitalar (ALMEIDA, 2008; PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008).

A constituição de 1988 garantiu à população com a criação do SUS o direito à saúde, estabeleceu o funcionamento do setor de assistência médico-hospitalar e permitiu que a assistência à saúde também fosse oferecida pela iniciativa privada, no entanto sob o controle do estado. Em vista disso, o sistema de saúde no Brasil está dividido em dois subsistemas: público e privado, estando-o setor de saúde suplementar inserido no subsistema privado (ALMEIDA, 2008; PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008).

Por meio da Constituição Federal de 1998, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde, foi criado o SUS modelo adotado para planejamento e execução de ações e serviços visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo regido pelos seguintes princípios:

- **Universalidade:** garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer ação e serviço de saúde.
- **Igualdade:** garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade clínica.
- **Integralidade:** significa, que as ações e serviços de saúde devem visar não só a recuperação (cura), mas também a promoção e a proteção da saúde (prevenção). Além disso, a assistência integral implica atendimento individualizado, segundo suas necessidades particulares, e em seus mais variados níveis de complexidade.

- **Gratuidade:** trata-se de uma consequência lógica dos princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Para que o acesso às ações e serviços de saúde sejam universais, integrais e igualitários, é necessário que ele seja gratuito.
- **Descentralização:** é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, pode-se verificar uma tendência à municipalização das ações e serviços de saúde.
- **Hierarquização:** as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. Isso significa que o paciente deve entrar no sistema por meio de um posto de saúde (atenção primária) ou de um pronto-socorro (urgência ou emergência) e, se houver necessidade, o paciente deve ser encaminhado a um centro de maior complexidade.
- **Regionalização:** significa não apenas distribuir espacialmente as ações e serviços de saúde, mas, também, organizá-los de modo eficiente, atendendo ao princípio da regionalização, evitando, assim, a duplicidade de meios para fins idênticos e, conseqüentemente, o desperdício de recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros.

Em 2019, o gasto com saúde no Brasil foi de US \$1.282 *per capita* em saúde em 2018, montante que reúne recursos públicos e privados. O Brasil gasta 8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, dos quais 4,4% vêm de gastos privados e 3,8%, de gastos públicos (OCDE, 2018). Ainda que o SUS seja um serviço criado para ter seu caráter pautado em atender de forma integral e universal seus usuários, o mesmo coexiste com o mercado suplementar de saúde, onde são ofertados serviços como os planos e seguros de saúde, objetos de estudo neste trabalho, e com as formas de consumo de bens e serviços de saúde por desembolso direto, este último de forma residual.

Em 2019, segundo informações divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio do painel de precificação, “626 operadoras de planos médico-hospitalares faturaram R\$ 213,5 bilhões atendendo uma rede de 47,6 milhões de beneficiários, através da comercialização de aproximadamente de 15 mil planos onde 49% por tipo de contratação por coletivo empresarial, 26% por coletivo adesão e 25% individual ou familiar”.

O objetivo principal desta análise é investigar o método de regulação de preços da Agência Nacional de Saúde Suplementar em relação aos planos e seguros de saúde. Objetivos específicos:

- identificar variáveis/indicadores que são utilizados pela ANS para promover a regulação de preços dos planos e seguros de saúde;
- identificar dentre essas variáveis indicadores usados pela ANS, quais são aquelas de maior peso na determinação da regulação dos preços;
- investigar as variáveis que impactam o valor final das mensalidades dos planos de saúde individuais, com e sem coparticipação. Avaliando a metodologia de precificação adotada, considerando as despesas das operadoras não relacionadas aos fatores de risco do indivíduo.

2 SISTEMATIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

Conforme Schulman (2009), a saúde suplementar caracteriza-se como o fornecimento de serviços de saúde fora do campo do Sistema Único de Saúde (SUS) atuando no subsistema da saúde privada com assistência médico-hospitalar oferecida por operadoras de planos de saúde.

Os serviços e bens de saúde no Brasil são providos pelo sistema público (SUS), pelo sistema suplementar e “*out of pocket*”, que em uma tradução adaptada significa desembolso direto/próprio. A saúde pública está estruturada dentro do SUS, a saúde suplementar envolve as operações dos planos ou seguros de saúde e o sistema *out of pocket*, que, de forma superficial, significa a compra de bens e serviços médicos (consultas, medicamentos, exames, cirurgias) pelo indivíduo de forma individual e de cobertura e custos integrais por parte do usuário.

Em meados da década de 1950, iniciou-se no Brasil a saúde suplementar, ofertadas pelas repartições administrativas de saúde de grandes empresas e sociedades empresariais, atualmente conhecidas como autogestões (PEREIRA, 2014).

Segundo Almeida (2008), as atividades do mercado de saúde suplementar se intensificaram nos anos 1960 quando empresas do setor da indústria e de serviços começaram a disponibilizar aos seus funcionários planos de saúde por meio de convênios-empresa, mediante caixas assistenciais ou por planos regidos pelo setor de Recursos Humanos das empresas. Esses sistemas denominados de convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas, eram intermediados pela Previdência Social.

A ideia foi bem recebida pela sociedade e nas décadas de 1970 e 1980 o setor foi impulsionado mediante o surgimento de novas operadoras, especialmente as cooperativas médicas que passaram a comercializar planos individuais, o que estendeu à população em geral a possibilidade de adquirir o plano de saúde, antes disponível apenas para algumas categorias profissionais (ALMEIDA, 2008; PEREIRA, 2014; AMÉRICO, 2018).

O direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital e/ou unidades básicas de saúde. Embora o acesso a estes serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança. A constituição de 1988 garantiu à população com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o direito à saúde, estabeleceu o funcionamento do setor de assistência médico-hospitalar e permitiu que a assistência à saúde também fosse oferecida pela iniciativa privada, no entanto sob o controle do estado. Em vista disso, o sistema de saúde no Brasil está dividido em dois subsistemas: público e privado, estando o setor de saúde suplementar inserido no subsistema privado (ALMEIDA, 2008; PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008).

Segundo Souza (2002), antes da conquista da universalidade da saúde, a grande parcela da sociedade não tinha assistência médica integral, apenas aqueles que dispunham de mais recursos financeiros. Ou seja, a saúde suplementar e o sistema desembolso direto, foram consolidadas antes do nascimento da saúde pública.

A Lei Eloy Chaves, promulgada no ano de 1923, por meio do decreto 4.682 de janeiro de 1923, pode ser considerada como o marco do início da Previdência Social no Brasil, em que criou: "em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados." Estas caixas funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar sua similaridade com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, conhecido como o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação.

O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos como México, Chile, Argentina e Uruguai, desenvolvendo-se a partir da previdência social.

Planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950.

2.1 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela ANS e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões.

A ANS através da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000 classifica as operadoras nas seguintes modalidades: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia (BRASIL, 2000).

a) Administradoras – geram especificamente planos privados de saúde, não possuem rede própria e nem credenciada de serviços médico-hospitalares, e não assumem o risco da operação dos planos (CAMPOS, 2004).

b) Cooperativas Médicas – conforme disposto na Lei 5.764/71 são sociedades cooperativas de pessoas sem fins lucrativos que trabalham com planos de saúde. Essa modalidade se caracteriza pelos médicos serem ao mesmo tempo sócios e prestadores de serviços, recebendo por produção e qualidade do atendimento, e os resultados operacionais são divididos entre todos os sócios (CAMPOS, 2004).

c) Cooperativas odontológicas – são sociedades sem fins lucrativos correspondentes as cooperativas médicas, na qual difere apenas em operarem exclusivamente com planos odontológicos (CAMPOS, 2004).

d) Autogestão – entidades ou empresas que operam planos de saúde, no qual o departamento de recursos humanos torna-se encarregado pela administração do plano privado de saúde, oferecendo cobertura para os colaboradores ativos, ex-empregados, aposentados, pensionistas e seus respectivos familiares (CAMPOS, 2004).

e) Filantropia – entidades sem fins lucrativos que possuem certificado de entidade filantrópica junto ao conselho nacional de assistência social (CNAS) e declaração de utilidade pública que oferecem planos de saúde (CAMPOS, 2004).

f) Medicina de Grupo – são grupos de entidades ou empresas com fins lucrativos que geram e operam planos de saúde para empresas ou para pessoas de maneira individual, diante de um recebimento de contraprestações monetárias (CAMPOS, 2004).

g) Odontologia de grupo – é equivalente a medicina de grupo diferindo apenas que essa modalidade opera exclusivamente com planos odontológicos (CAMPOS, 2004).

No Brasil, a Saúde Suplementar manifestou-se nos anos 1960, influenciado pelo crescimento econômico do país e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos seus colaboradores. Mas tal atividade só foi regulamentada no final da década de 1990, com a implementação da lei 9.656/98, para regulamentar o setor de saúde suplementar no Brasil, estabelecendo assim as diretrizes básicas para o funcionamento das operadoras de planos de saúde (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008). No ano seguinte, através da lei 9.961/2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento. Antes disso, as seguradoras de saúde eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

É importante esclarecer que os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar, não perdendo assim, o segurado, o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano privado. Com relação ao funcionamento, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado. Todo o sistema é regulado por três órgãos:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - cabe a esta regular o fluxo financeiro e de serviços entre operadoras, beneficiários e prestadores;
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - é responsável pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares;
3. Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) - busca garantir a competitividade no setor.

Os tipos de contratação de planos de saúde são classificados como contratos individuais/familiares e coletivos. Os contratos individuais ou familiares são realizados por pessoas físicas e possuem as seguintes características: os reajustes não são de livre negociação e é estabelecido pela ANS seu limite superior, de modo que o contrato não pode ser revogado unilateralmente pela operadora de plano de saúde (ALMEIDA, 2008).

Os contratos coletivos são realizados por pessoas jurídicas, seu reajuste é estabelecido por livre negociação entre operadora e contratante, podendo ser revogado por qualquer uma das partes a qualquer momento observando as regras do contrato (ALMEIDA, 2008).

Após a escolha da contratação, o beneficiário deverá decidir a área geográfica de abrangência e área de atuação conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Tipos de planos e abrangências

Abrangência do plano	Tipo de plano
Um único município	Plano municipal
Todo o território nacional	Plano nacional
Alguns estados	Plano grupo de estados
Um único estado	Plano estadual
Alguns municípios de um ou mais estados	Plano grupo de municípios

Fonte: Cartilha Plano de Saúde, ANS.

Outra tipologia importante se refere ao tipo de atendimento, segmentação assistencial e cobertura:

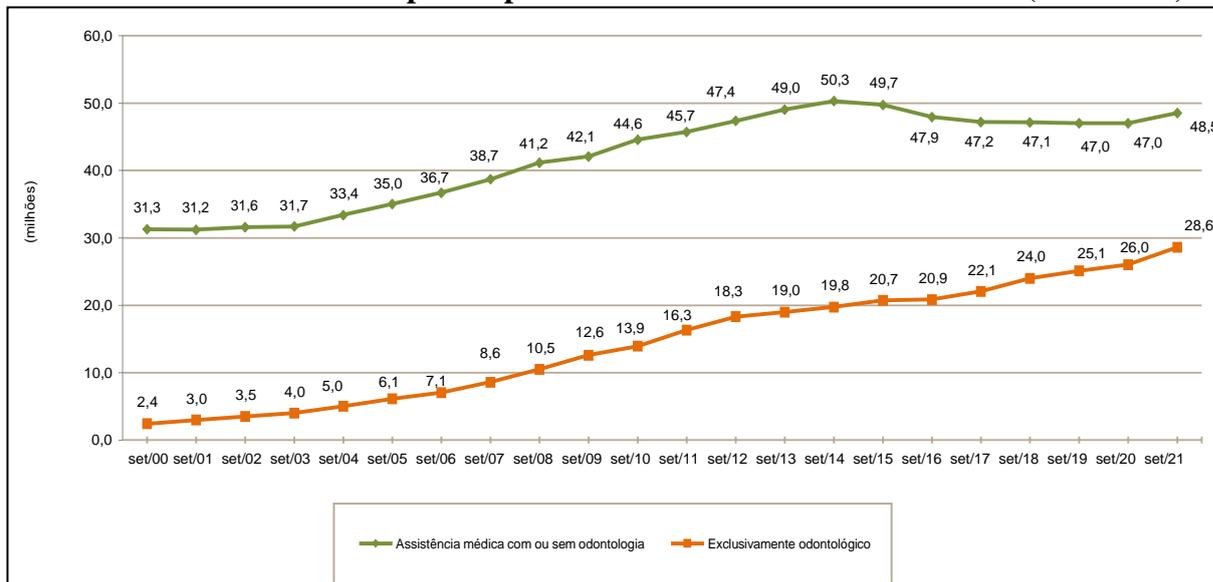
- Ambulatorial: Só para consultas, exames e terapias;
- Hospitalar sem obstetrícia: Só para internação sem cobertura para parto;
- Hospitalar com obstetrícia: Só para internação com cobertura para parto;
- Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia: Para consultas, exames, terapias e internação;
- Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: Para consultas, exames, terapias, internação e parto.

Segundo dados do painel de precificação da ANS, datados de dezembro de 2019, dos 47,6 milhões de beneficiários da saúde suplementar, 26% possuem planos coletivos por adesão, 25% individual ou familiar e 49%, coletivo empresarial. O crescimento dessa modalidade foi causado principalmente pela forte ampliação do emprego formal e do empreendedorismo no país.

Desde que a lei 9.656/98 entrou em vigor, no dia 2 de janeiro de 1999, são oferecidos no Brasil basicamente cinco segmentações de planos e seguros: ambulatorial, hospitalar, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológico e referência. As operadoras podem oferecer cada segmentação como um tipo de plano ou combinar as segmentações para

formar um plano e oferecer aos beneficiários, que podem escolher a melhor opção de acordo com suas necessidades.

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2021)

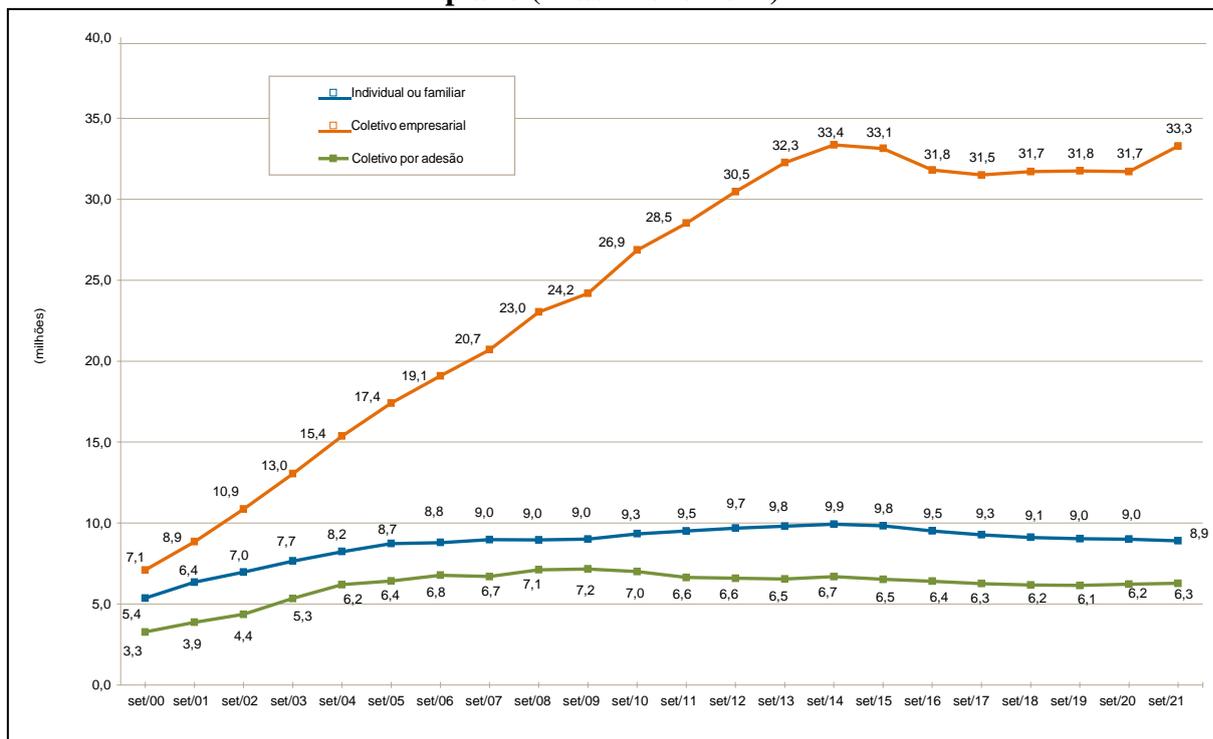


Fonte: SIB/ANS/MS –10/2021

O gráfico 1 apresenta o número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil do período de 2000 até 2021, percebe-se crescimento positivo de 64,53% no número de beneficiários do ano de 2000 até 2021 e apresenta tendência favorável ao crescimento do setor no Brasil.

O gráfico 2 apresenta o número de beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano do período de 2000 até 2021, percebe-se maior concentração de assistência através da modalidade coletivo empresarial.

Gráfico 2 - Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil 2020-2021)



Fonte: SIB/ANS/MS –10/2021

Conclui-se por meio da análise do gráfico 1 e 2 que os planos privados de assistência à saúde assistem cerca de 25% da população brasileira e que a maior concentração de beneficiários pela modalidade coletivo empresarial ocorre devido a maior facilidade de barganha entre a operadora e as empresas em decorrência do tipo de contratação ser menos regulamentado em relação as outras modalidades.

2.2 CRIAÇÃO DA ANS

Na década de 1990, o Estado brasileiro começou a remodelar a forma como intervém na Economia. Ao contrário da atuação direta, foi ganhando espaço o papel do Estado como regulador. Nesse contexto, empresas públicas foram privatizadas e agências reguladoras independentes foram criadas com o fim de regular mercados nos quais, anteriormente, o Estado atuava diretamente. Criaram-se a Agência Nacional de Energia Elétrica (1996), Agência Nacional de Telecomunicações (1997) e Agência Nacional de Petróleo (1997).

Em tese, a independência das agências reguladoras viabilizaria a separação entre decisões técnicas e políticas (SILVA, 2014). O modelo pareceu adequado para intervenção em outros setores em que havia muitas falhas de mercado, mas nos quais o Estado não havia atuado

diretamente. Assim, em 1999, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) e, em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A criação da ANS ocorreu dois anos depois de entrar em vigor a Lei 9.656, referente a atuação de operadoras de planos de saúde no Brasil. Em 1998, quando essa Lei passou a vigorar, o setor de saúde suplementar já era bem desenvolvido. Há mais de 60 anos, as primeiras operadoras de planos de saúde haviam iniciado suas atividades no País, sendo formadas por empresas industriais que pretendiam oferecer a seus empregados serviços médicos (CARVALHO e CECÍLIO, 2007). Algumas décadas depois, surgiram as primeiras autogestões (Carvalho e Cecílio, 2007) e, na década de 1960, as cooperativas médicas, em uma reação da classe médica ao aumento da importância das medicinas de grupo (DUARTE, 2001). A atividade das seguradoras no setor foi legalizada, também nesse período e regulamentada na década de 70 (CARVALHO e CECÍLIO, 2007). Paralelamente, os hospitais filantrópicos atuavam com “planos de associados”, com foco em comunidades específicas (UGÁ, 2008).

No período anterior à Lei N° 9.656, apenas as seguradoras de saúde foram submetidas à regulação específica (Decreto-Lei n.º 73, de 1966). Mesmo a promulgação da Constituição Federal, em 1988, teve pouco impacto na saúde suplementar. Apesar de a Carta Magna estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, que implementaria políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme art. 196 da Constituição Federal, não se proibiu a atuação de agentes privados no setor. Ao contrário, a Constituição garantiu, em seu art. 199, a liberdade de atuação na saúde à iniciativa privada. As seguradoras que atuavam no setor continuaram a ter de cumprir as regras estabelecidas pela Susep e as demais operadoras continuaram a operar livremente.

No período que compreende de 1998 a 2000, quando o marco regulatório do setor de saúde suplementar já havia entrado em vigência, mas ainda não havia sido criada a ANS, emergiu um sistema de regulação bipartite, no qual a regulação econômica ficou a cargo do Ministério da Fazenda e a regulação das atividades de prestação de serviços de assistência à saúde, a cargo do Ministério da Saúde. Autorizações de funcionamento, controle econômico-financeiro e dos reajustes eram atribuições da Susep e do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). Autorizações para comercialização de produtos e fiscalização eram atribuições da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar e do Conselho de Saúde Suplementar (MACERA e SANTIVE, 2004).

“Tanto a estrutura do setor no início dos anos 2000 quanto o biênio de regulação bipartite influenciaram o desenvolvimento da regulação econômico-financeira

definida pela ANS. De um lado, houve a preocupação em minimizar o impacto que o estabelecimento da regulação econômico-financeira poderia ter no setor. Exemplo disso são as duas premissas iniciais que nortearam a instituição das primeiras normas sobre provisões e capital da ANS. No documento “Estudo das Garantias Financeiras do Mercado de Saúde Suplementar”, os autores explicitam as premissas do modelo apresentado pela Gerência-Geral de Regulamentação e Habilitação de Operadoras:

- Simplicidade da forma de cálculo, tendo em vista a falta de costume da utilização dos preceitos técnicos atuariais conhecidos.
- Fixação de parâmetros plausíveis a serem cumpridos pelas operadoras, haja vista a descapitalização do mercado;
- Utilização de premissas técnicas já introduzidas.” (NETO, GOUVEA e SERRA, 2001. p.3)

As duas primeiras premissas são concessões feitas levando em consideração o desconhecimento do setor da regulação usual de seguros e setores assemelhados, o porte e a capitalização dos agentes que atuavam no setor. Do outro lado, a terceira premissa visa considerar o desenvolvimento técnico já existente até aquele momento. Isso porque, embora o setor de planos de saúde não tenha sido regulado anteriormente, a estrutura de seus produtos em pré-pagamento é muito semelhante à de um seguro.

As operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, provenientes de beneficiários que pagam por cobertura abrangente de serviços de saúde que utilizarão caso necessário. O ciclo econômico-financeiro reverso dos planos de saúde requer regras prudenciais semelhantes àsquelas do setor segurador. E a supervisão do setor de seguros no Brasil já era bem desenvolvida.

3 FORMAÇÃO DOS PREÇOS DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE

No contexto brasileiro a comercialização de planos de saúde surgiu inicialmente através do seguro saúde que mediante ao pagamento do prêmio e ou cobertura o indivíduo recebe um reembolso das despesas com consultas, exames, cirurgias ou outros tratamentos que realize, deste modo, o seguro reduz a variabilidade das rendas dos segurados. A comercialização de seguros e planos de saúde iniciou na década de 1960 e 1970 alavancadas pelo setor bancário e operadoras de saúde.

As seguradoras de saúde que atuavam na década de 1970, eram regulamentadas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) e as operadoras de planos de saúde atuavam livremente, ainda sem regulamentação e ou órgão regulador estabelecido. A conjuntura econômica começou a apresentar mudanças durante a década de 1990, quando o Estado brasileiro mudou a forma de intervir na Economia. Em vez da atuação direta, foi ganhando

espaço o papel do Estado como regulador, em que um grande número de empresas públicas foram privatizadas e ocorreram as criações de agências reguladoras.

Até então as operadoras de planos de saúde operavam livremente no mercado sem regulamentação específica, porém em 1998 foi sancionada a Lei Nº 9656, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde, entretanto, não obteve muito sucesso e pouco impactou na saúde suplementar. Em 2000, por meio da Lei Nº 9961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como atribuição realizar a regulamentação, qualificação e articulação institucional do setor de saúde suplementar brasileiro. Deste modo, este trabalho analisa e foca na regulação de preços embasado na Resolução de Diretoria Colegiada¹ - RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000, com o objetivo de acompanhar permanentemente as práticas de formação de preços que representa instrumento de alta importância para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde.

Para Matos (2011), “analisando a trajetória da regulação na saúde suplementar no Brasil, pode se dividir em três ondas: a primeira voltada à regulação econômico-financeira; as duas outras ondas descritas pelo autor, são voltadas à regulação técnico-assistencial (segunda onda) e à disseminação da informação e estímulo da competição (terceira onda)”.

A partir da publicação da RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000 foi criada e instituída a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) que possui um papel fundamental como instrumento para o monitoramento da evolução da formação inicial dos preços de planos de assistência à saúde, com base nas estimativas de custos de serviços assistenciais e respectivos componentes e insumos, competências delegadas à ANS por meio do art. 4º, Inciso XXI, da Lei Nº 9961, de 28 de janeiro de 2000.

3.1 FORMULAÇÃO DE PREÇOS: ASPECTOS TEÓRICOS E REGULAMENTAÇÕES

As despesas com assistência à saúde são irregulares. Quando aparecem, custam muito caro e podem causar graves problemas financeiros. Os custos podem ser tão altos que, sem a ajuda financeira, o tratamento pode não estar disponível. (FOLLAND, GOODMAN e STANO). Ferreira faz uma breve análise a seguir:

“O nível de litigância e a falta de conhecimento dos aspectos técnicos desse seguro por parte dos poderes Legislativo e Judiciário intensificam o custo e os riscos desse negócio, gerando uma necessidade ainda maior de aumento nos prêmios, os quais

¹ A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) são normas regulamentares propostas pela Anvisa, visando garantir boas práticas por meio de padrões de qualidade de produtos e serviços.

são percebidos como elevados pelos segurados, mas que acabam por crescer mais e mais em função do processo de antisseleção, o qual afeta sobremaneira o seguro saúde. Todos esses custos e riscos associados tornaram insolventes muitas operadoras, que não são liquidadas por questões políticas, gerando grande preocupação para o mercado como um todo, principalmente sobre o que fazer com centenas de pequenas companhias que não possuem qualquer capacidade econômica para operar e que não conseguem atender minimamente nem o conceito básico do seguro que é a Lei dos Grandes Números. O elevado nível de insolvência no mercado traz, por outro lado, uma concorrência predatória por parte de operadoras quebradas que sobrevivem somente para arcar com suas necessidades de caixa de curto prazo, gerando ainda mais pressão para que sejam feitos novos negócios deficitários, contando com o alívio de caixa no período de carência.” (FERREIRA, p.31)

Após análise, foi exposto que é preciso haver um movimento de consolidação nesse mercado, e o entendimento da necessidade de se trabalhar com um preço justo, provisões técnicas bem constituídas e nível de capital ajustado ao risco será o gatilho para que isso aconteça. Um mercado mais consolidado, com operadoras mais sólidas e com maior ganho de escala vai contribuir para uma redução de preço e uma maior qualidade no serviço prestado, que é o desejo maior de todos os agentes envolvidos no seguro saúde.

No sistema de saúde suplementar, prêmio é definido como o preço exigido pela seguradora para reter o risco de perda do segurado, onde o prêmio (ou mensalidade) deve variar diretamente com a perda potencial. Segundo Folland (2008) “o seguro em geral reduz a variabilidade das rendas dos segurados, formando um *“pool”*², ou seja, uma elevação significativa, de um grande número de pessoas e funcionando sob o princípio da lei dos grandes números”. Ou seja, embora os desembolsos num evento de saúde possam ser altamente variáveis para uma dada pessoa do “pool” de seguro, os desembolsos médios para o grupo podem ser previstos razoavelmente bem. A lei dos grandes números mostra que, para uma dada probabilidade de doença, a distribuição da taxa média de doença no grupo cairá em torno da probabilidade de doença à medida que o grupo aumenta.

Geralmente a composição do prêmio ou valor comercial da mensalidade é decomposto em seus principais componentes: as despesas assistenciais e as despesas não assistenciais (carregamentos). As despesas assistenciais são aquelas destinadas ao pagamento de exames, consultas, cirurgias, entre outras. Já as despesas não assistenciais, se destinam a cobrir despesas como custos fixos de funcionamento da operadora, salários, impostos, despesas de comercialização, lucro, entre outros.

² Neste contexto a expressão “pool” é o mesmo que: um grande salto; uma elevação rápida e substancial.

Para comercializar um plano de saúde, as empresas, denominadas operadoras, precisam encaminhar à ANS as características gerais do plano, o modelo do instrumento contratual NTRP – Nota Técnica de Registro do Produto.

A NTRP é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais. Este instrumento exerce um papel fundamental para o monitoramento da evolução da formação inicial dos preços de planos de assistência à saúde, com base nas estimativas de custos de serviços assistenciais e respectivos componentes e insumos, competências delegadas à ANS por meio do art. 4º, Inciso XXI, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

A NTRP foi criada e instituída a partir da publicação da RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, e foi alterada pela RDC nº 46, de 28 de dezembro de 2000, e pelas Resoluções Normativas nº 183, de 19 de dezembro de 2008, nº 252, de 28 de abril de 2011, e nº 304, de 19 de setembro de 2013. As Instruções Normativas da DIPRO nº 08, de 27 de dezembro de 2002, nº 18, de 19 de dezembro de 2008 e nº 23, de 1º de dezembro de 2009, complementam a regulamentação da NTRP.

A obrigatoriedade de registro e atualização de Notas Técnicas aplica-se a planos de cobertura médico-hospitalar, com vigência posterior à Lei nº 9.656, em modalidade de financiamento pré-estabelecido em todos os tipos de contratação (coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual ou familiar). Planos anteriores à vigência da Lei nº 9.656, planos exclusivamente odontológicos e planos com formação de preço pós-estabelecido estão dispensados do envio da NTRP.

Os preços dos planos de saúde informados na NTRP correspondem ao Valor Comercial da Mensalidade (Coluna T do ANEXO II-B da IN nº 08/2002 da DIPRO) e podem apresentar diferenças em relação aos preços de comercialização praticados nas tabelas de venda utilizadas pelas operadoras. Tais diferenças ocorrem porque há uma flexibilização para o estabelecimento dos preços de comercialização em função, por exemplo, da adoção de mecanismos financeiros de regulação de utilização, como coparticipações ou franquias e da diferenciação de tabelas de reembolso. Os preços efetivamente praticados para a contratação dos produtos devem obedecer aos seguintes critérios normativos:

1. Estar dentro dos limites de comercialização: 30% acima ou abaixo do valor Comercial da Mensalidade (Coluna T do ANEXO II-B);
2. Apesar do limite inferior supracitado, o preço de comercialização não pode ser inferior aos custos assistenciais do plano (Coluna K do ANEXO II-B);

3. A variação entre os Valores Comerciais por faixa etária da NTRP deve manter perfeita relação com a variação por faixa etária praticada nas tabelas especificadas nos respectivos contratos.

O valor mínimo de comercialização busca assegurar que os preços praticados sejam sustentáveis para garantir o equilíbrio econômico-financeiro do plano a médio e longo prazo, além de evitar o estabelecimento de preços predatórios com o objetivo de eliminar concorrentes em determinado mercado.

Deste modo a operadora deverá preencher a NTPR e a justificativa da formação dos preços dos planos de assistência suplementar à saúde, devendo, para tanto preencher os dados do ANEXO 1 individualmente para cada região de atuação.

De acordo com a NTPR as métricas que compõem a formação da mensalidade são:

- % Despesa Assistencial: média dos percentuais da Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto sobre o Valor Comercial;
- % Comercial: média dos percentuais de Despesas de Comercialização por Beneficiário sobre o Valor Comercial;
- % Administrativo: média dos percentuais de Despesas Administrativas por Beneficiário sobre o Valor Comercial;
- % Lucro: média dos percentuais do Valor de Margem de Lucro por Beneficiário sobre o Valor Comercial;
- % Carregamentos: média dos percentuais do Carregamento Total sobre o Valor Comercial.

Desta maneira, observa-se que os dados para a precificação estarão com informações sensíveis e detalhadas, segmentadas pelos perfis de usuários dos planos. O problema é que calcado num arcabouço jurídico, desprezando questões econômicas e atuariais, o modelo não atende demandas das operadoras e nem da sociedade.

3.2 FAIXA ETÁRIA E FORMULAÇÃO DOS PREÇOS

O mercado de saúde suplementar vem apresentando um forte crescimento nos últimos anos. Além disso, o envelhecimento da população apresenta um desafio aos que integram este setor no que diz respeito ao financiamento de seus custos. Prever os custos futuros da saúde é fundamental para continuidade desse setor. Porém, no Brasil, o mercado de saúde suplementar cada vez mais vem sofrendo impactos nos custos, o que faz subir os preços e encarecer o acesso à assistência privada. Isto é reflexo, principalmente, do envelhecimento populacional,

desperdício de materiais e da incorporação de novas tecnologias médicas, impulsionada pelo aumento de renda da população e pela maior taxa de cobertura dos seguros saúde.

Para que os planos de saúde sejam solventes e consigam cumprir com suas obrigações perante os beneficiários, é necessário que a sua precificação seja efetuada corretamente. Os planos de acordo com a segmentação assistencial e tipo de contratação abordam diversos componentes da precificação, como o reajuste por mudança de faixa etária e custo médio das despesas assistenciais (consultas médicas, exames, internações, outros atendimentos ambulatoriais e terapias).

As informações são elencadas a partir dos números fornecidos pelas operadoras nas Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP). Para compreender a formação de preço dos planos de saúde, é importante conhecer os custos desse setor, refletidos por fatores como o aumento na utilização dos serviços.

A partir das informações da publicação, é possível verificar e comparar, por exemplo, a variação percentual de preço segundo a segmentação e o tipo de contratação do plano de saúde (individual ou coletivo); as médias dos reajustes por mudança de faixa etária; os itens de despesa assistencial que fundamentam a precificação dos produtos disponíveis para comercialização; e as despesas não assistenciais que são adicionadas na composição do preço de venda dos produtos, como custos administrativos e comerciais das operadoras.

O aumento dos custos da saúde suplementar reflete-se na precificação, é possível observar o comportamento da frequência de utilização do plano, importante componente dos custos da saúde suplementar. Assim, o reajuste por mudança de faixa etária está previsto no Art. 15 e seguintes da Lei nº 9.656/98.

Por meio da Resolução Normativa (RN) – nº 63/2003, a ANS, regulando o artigo 15 da Lei nº 9.656/98, definiu os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde. Ficou estipulado no artigo 2º da aludida resolução que são 10 (dez) as faixas etárias para a aplicação dos reajustes. Ficando estabelecido no Artigo 3º da mesma resolução, as condições a serem observadas na fixação dos percentuais de reajuste, confira-se:

“Art. 3º: Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:
I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas; e
III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

Portanto, beneficiários mais jovens tendem a utilizar menos os serviços ofertados subsidiando as utilizações dos mais velhos que necessitam de mais atenção à saúde, gerando assim uma compensação financeira no regime de custeio. Além disso, nem todo mundo utilizará os serviços simultaneamente. A frequência de utilização desses serviços é um indicador constantemente analisado pela operadora de planos de saúde.

Assim, especificamente quanto aos planos de saúde como de modo geral, os riscos contratados (assistência médico-hospitalar) aumentam com a idade, tarifar os preços e prever reajustes dos planos de saúde de acordo com faixas etárias significa observar regras de segurabilidade dos riscos e permitir o equilíbrio financeiro do plano.

As regras para a formação de preço por faixas etárias foram originalmente estabelecidas pela Resolução nº 06/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), posteriormente sucedida pela Resolução Normativa nº 63/2003, ambas versando sobre o estabelecimento de preços diferenciados por faixas etárias e pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 28/2000, que instituiu a Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP), instrumento a partir do qual a ANS monitora os preços a serem ofertados ao mercado.

A regulamentação prevista na Resolução CONSU n.º 06, de 1998, disciplinou os contratos celebrados ou adaptados entre 02/01/1999 (planos regulamentados pela Lei n.º 9656, de 1998) e 31/12/2003 (antes da vigência do Estatuto do Idoso). Já a Resolução Normativa 63/2003, vem disciplinando os contratos firmados a partir de 01/01/2004 até a presente data, definindo novos limites e regras a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária. Portanto, a ANS estabeleceu regras para a formação dos preços pelas operadoras, objetivando que fosse assegurado o equilíbrio econômico-financeiro dos planos. A partir dos valores comerciais informados pelas operadoras na NTRP, são extraídos os percentuais de variação entre as faixas etárias dos planos, os quais devem manter perfeita relação com os percentuais estabelecidos contratualmente. Importante enfatizar que o valor contratualmente estabelecido para cada faixa etária já considera a expectativa de vida de cada beneficiário e a possibilidade de o mesmo atingir a faixa subsequente prevendo, então, um reajuste da contraprestação em função desta alteração do risco.

Entende-se, portanto, que a cláusula de faixa etária produz seu efeito no momento da precificação do plano onde os custos previstos são repartidos entre os beneficiários esperados.

3.3 OS RISCOS INCIDENTES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O risco está relacionado a eventos incertos que geram danos financeiros que impactam pessoas e empresas. O setor de saúde suplementar é um mercado caracterizado pela grande ocorrência de riscos, principalmente porque exerce a atividade de assumi-los, os mesmos atuam sobre o acréscimo dos custos assistenciais dos planos de assistência à saúde (SÁ, 2013).

Ao contratar um plano de saúde os beneficiários transferem para as OPS o que poderiam gastar com custos assistenciais a saúde através do pagamento de uma contraprestação, portanto a OPS assume esses custos. A vantagem para os beneficiários é a fixação dos seus custos caso ocorra um evento inesperado (SÁ, 2013).

Sobre o mercado de saúde suplementar incide certos riscos que segundo Almeida (2008), são classificados em: crédito, mercado, legal, subscrição e operacional. Risco de crédito é o risco de que em uma operação, a contraparte não honre com o compromisso do pagamento. Por exemplo, em um contrato coletivo de plano de saúde a empresa que fez a contratação do plano não faça o pagamento das mensalidades ao plano. Risco de mercado ocorre quando os retornos esperados, por exemplo, em um plano de saúde, são atingidos pelas oscilações de fatores do mercado como juros, taxas, índices de inflação e risco de liquidez (ALMEIDA, 2008).

Risco legal caracteriza-se pelo não cumprimento de leis, regras, regulamentações de certo serviço ou produto, por exemplo, no setor de saúde suplementar os contratos não cumprirem a lei ou não ter toda a documentação necessária anexada gerando riscos de perdas para o plano. Risco operacional ocorre quando há perda referente aos riscos de procedimentos internos da empresa, como riscos de pessoas, de processos e de tecnologia (ALMEIDA, 2008).

Sobre os custos assistenciais incidem riscos que geram elevação na sua ocorrência, no qual são classificados como assimetria da informação, risco moral, seleção adversa dos beneficiários, transição demográfica, transição epidemiológica, inovações tecnológicas (SÁ, 2012).

A assimetria de informação acontece porque a operadora não consegue identificar o grau de risco da pessoa que quer adquirir um plano de saúde sendo isso uma grande falha do mercado de seguros. São definidas três categorias desse risco: entre médicos e pacientes, médicos e operadoras, operadoras e seus beneficiários. Buscam-se em geral, medidas e estratégias para eliminar a assimetria informacional das seguradoras, porém no setor de saúde suplementar essa eliminação é mais difícil, por não saber todos os fatores de risco de cada pessoa que irá contratar

o plano de saúde. Esse risco é um fator principal para a incidência do risco moral e seleção adversa nas OPS (SÁ, 2012).

O risco moral só ocorre após a contratação do plano de saúde e a ocorrência de assimetria de informação na operadora, ele se caracteriza pelo aumento de utilização dos serviços de saúde assistenciais. Após a contratação do seguro, o indivíduo que conhece seus riscos e têm seus custos assistenciais cobertos pelo plano, de maneira intencional modifica seu comportamento praticando assim ações que se não tivesse o seguro não praticaria, fazendo com que altere a probabilidade de ocorrência dos riscos. A regulação permite ações que reduzem o efeito do risco moral, adotando mecanismos de fator moderador como coparticipação e franquia (COTA, SILVA, 2018)

A seleção adversa, que é um efeito da assimetria de informação, se refere à obtenção de beneficiários com alta probabilidade de utilização dos serviços assistências de saúde fazendo com que aumente os custos e assim o preço do seguro (SÁ et al, 2010). A maneira de minimizar a seleção adversa de acordo com a regulamentação é a oferta dos planos coletivos (COTA, SILVA, 2018).

Já a transição demográfica para uma população mais envelhecida no setor de saúde possibilita o aumento do risco saúde, pois há o surgimento de doenças crônicas que tem um alto custo assistencial para o tratamento, a procura por serviços médicos também sofrerá mudanças pela população mais velha precisar fazer mais uso dos serviços médico-hospitalares (SÁ, 2012).

Outro risco que afeta os custos da operadora é a transição epidemiológica, que é efeito da transição demográfica, no qual provoca mudança no perfil das doenças da população, passando de doenças infectocontagiosas característica de uma população jovem, para doenças crônicas e duradoras característica de uma população de idosos, visto que uma população de idosos aumenta ainda mais a utilização dos custos assistenciais (SÁ, 2012).

4 METODOLOGIA E FONTE DE DADOS

4.1 BASE DE DADOS

Em meio ao crescimento do setor de saúde suplementar e da sua importância econômica na área da saúde pública, as empresas buscam cada vez mais métodos assertivos para a precificação dos seus planos de saúde. A formação do preço é de fundamental importância para o equilíbrio entre receitas e despesas assistenciais, além da manutenção da solvência atuarial, o que viabiliza a dinâmica e a sobrevivência do mercado (SANTOS, 2009).

Diante do contexto apresentado, a presente pesquisa consiste em investigar a composição das variáveis que são consideradas no sistema de precificação dos planos e seguros de saúde, baseadas na regulação da ANS, por meio de revisão bibliográfica e análise da metodologia de cálculo aplicada.

4.2 MÉTODOS

Para analisar essa composição, serão utilizados os componentes especificados pela ANS, de acordo com a RDC N° 28, de 26 de junho de 2000. Esses componentes estão dispostos nos anexos II-A e II-B da resolução RDC n° 28.

Para a formação e composição dos preços de planos de saúde da área assistencial a ANS, por meio da RDC 28, exige por meio de cálculos atuários o preenchimento das tabelas do ANEXO II-A e II-B, onde constitui as variáveis que compõe no valor das mensalidades. Vale ressaltar que de modo geral a formação de preço e sua composição deve ser feita de acordo com a faixa etária do usuário do produto conforme resolução em anexo.

O ANEXO II-A é constituído por dados estatísticos da nota técnica de registro do produto, possui como objetivo formar e compor os itens de despesa assistencial, para isso utiliza as variáveis: Faixa etária, N° de Expostos, N° de Eventos, Frequência de Utilização, despesa assistencial, valor médio da despesa assistencial e despesa assistencial por exposto. A seguir, aprofunda-se nestes conceitos e métrica de cada variável.

a) Faixa etária;

Por meio da Resolução Normativa N° 63/2003 a ANS fixou 10 (dez) faixas etárias escalonadas entre 0 (zero) e 59 (cinquenta e nove) anos para servirem de base às correções necessárias e conaturais aos contratos de seguro saúde. Deste modo, os preços na saúde suplementar são segmentados em dez faixas etárias, quais sejam:

1. 00 a 18 anos;
2. 19 a 23 anos;
3. 24 a 28 anos;
4. 29 a 33 anos;
5. 34 a 38 anos;
6. 39 a 43 anos;
7. 44 a 48 anos;
8. 49 a 53 anos;
9. 54 a 58 anos;

10. 59 anos ou mais.

b) Número de Expostos;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “exposto” como o beneficiário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde.

O cálculo do número de expostos é definido pelo valor resultante do somatório dos dias de exposição em que cada um dos beneficiários da base de dados utilizada teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde, calculado para cada item de despesa assistencial, durante o período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Número de expostos} = (\text{n.º dias de exposição do usuário 1} + \text{n.º dias de exposição do usuário 2} + \dots + \text{n.º dias de exposição do usuário "n"} \text{ durante o período de análise}) / (\text{n.º dias do período de análise}).$$

c) Número de Eventos;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “eventos” como o número total de ocorrências do item de despesa assistencial em questão no período, dividido pelo número de meses do período.

d) Frequência de Utilização;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “frequência de utilização” como o número total de eventos, para cada item de despesa assistencial, dividido pelos respectivos números de expostos dentro do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Frequência de utilização} = (\text{n.º de eventos}) / (\text{n.º de expostos}).$$

e) Despesa assistencial;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “despesa assistencial” como a despesa total da operadora, expressa em Reais, com o item de despesa assistencial no período, excluídas as recuperações de glosas eventualmente realizadas, dividido pelo número de meses do período.

f) Valor médio da despesa assistencial;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “valor médio da despesa assistencial” como o valor médio, expresso em Reais, do item de despesa assistencial. É obtido dividindo-se o total de despesa assistencial do item de despesa assistencial pelo número de eventos do mesmo, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Valor médio do item de despesa assistencial = (valor total do item de despesa assistencial) / (número de eventos do item de despesa assistencial).

g) Despesa assistencial por exposto;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “despesa assistencial por exposto” como a despesa, expressa em Reais, com o item de despesa assistencial por exposto. É obtida pela multiplicação da frequência de utilização do item de despesa assistencial pelo valor médio do item de despesa assistencial, conforme ilustra a fórmula a seguir:

Despesa assistencial por exposto = (frequência de utilização do item de despesa assistencial) x (valor médio do item de despesa assistencial).

O ANEXO II-A trata-se de uma base do cálculo obrigatório, conforme definido pela RDC 28/2000, para os itens de despesa assistencial, sendo este calculado por tipo, por exemplo um beneficiário que tem o direito a consultas é um exposto para o item de despesa assistencial consulta, assim como internação consultas; patologia; radiologia; outros serviços diagnoses; fisioterapia; outros serviços de terapia; outros serv. ambulatoriais; e internações e demais serviços cobertos de acordo com o plano.

O ANEXO II-B é constituído por dados estatísticos da nota técnica de registro do produto, tem como objetivo formar e compor os itens de despesa assistencial e não assistencial, para isso utiliza as variáveis: Despesa Assistencial por Exposto, Recuperação de Coparticipação, Recuperação de Seguro, Recuperação de Resseguro e Cosseguro, Margem de Segurança Estatística por Exposto, Despesas de Comercialização por Beneficiário, Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário, Despesas Administrativas por Beneficiário, Prestação de outros Serviços por Beneficiário, Valor da Margem de Lucro por Beneficiário e Ajuste. Abaixo vamos nos aprofundar nestes conceitos e métrica de cada variável.

h) Despesa Assistencial por Exposto;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “despesa assistencial por exposto” como a despesa, expressa em Reais, com todos os itens de despesa assistencial por exposto. O item despesa assistencial por exposto do ANEXO II-B deverá ser a soma de todas as planilhas referentes aos itens de despesa assistencial do ANEXO II-A.

i) Recuperação de Coparticipação³;

³ Entende-se por coparticipação o mecanismo de regulação de uso definido no inciso II do art. 3º, da Resolução CONSU n.º 08, de 04 de novembro de 1998: “a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.”

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “recuperação de coparticipação” como o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos de beneficiários à operadora, a título de coparticipação durante o período de análise, dividido pelo número de meses no período de análise, e posteriormente dividido pelo número de expostos.

j) Recuperação de Seguro;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “recuperação de seguro” como o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas seguradas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de expostos.

k) Recuperação de Resseguro e Cosseguro;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “recuperação de resseguro e cosseguro” como o valor, expresso em Reais, proveniente de recuperação de despesas resseguradas e/ou cosseguradas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de exposto.

l) Margem de Segurança Estatística por Exposto;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “margem de segurança estatística por exposto” como o valor, expresso em Reais, adicionado à despesa assistencial líquida mensal por exposto, com o objetivo de cobrir as majorações da mesma, devido às oscilações aleatórias de uso e custo de itens de despesa.

m) Despesas de Comercialização por Beneficiário;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “despesas de comercialização por beneficiário” como o valor, expresso em Reais, por faixa etária, do total das despesas que tenham relação direta com a promoção, venda, colocação e distribuição do plano durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

n) Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “outras despesas da carteira de planos por beneficiário” como o valor, expresso em Reais, por faixa etária, dos demais gastos indiretos referentes a operação e comercialização do plano e que não se configurem como despesas de comercialização por beneficiário ou despesas assistenciais durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

o) Despesas Administrativas por Beneficiário;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “despesas administrativas por beneficiário” como o valor expresso em Reais da proporção dos gastos totais da operadora que são referentes à direção e gestão da operadora, durante o período de análise, que diz respeito ao plano em questão e respectivas faixas etárias. São exemplos dos gastos referentes à direção e gestão da operadora: honorário de administração (Diretoria, Conselhos ou assemelhados); salários; indenizações; benefícios; treinamentos e encargos do pessoal com vínculo empregatício; remunerações e encargos sociais por serviços administrativos prestados por terceiros; despesas com localização e funcionamento da operadora; despesas com publicidade e propaganda institucional; despesas com publicações e comunicação; despesas com tributos; despesas legais e judiciais. O valor deverá ser dividido pelo número de meses do período de análise e, posteriormente dividido pelos respectivos números de beneficiários.

p) Prestação de outros Serviços por Beneficiário;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “prestação de outros serviços por beneficiário” como o valor, em Reais, do total de despesas de prestação de outros serviços ocorridas durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

q) Valor da Margem de Lucro por Beneficiário;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “valor da margem de lucro por beneficiário” como o valor, expresso em Reais, da margem de lucro pretendida pela operadora durante o período de análise, dividido pelo número de meses do período de análise, e posteriormente dividido pelo número de beneficiários.

r) Ajuste;

Segundo a normativa estabelecida pela RDC 28/2000, a ANS entende “ajuste” como o valor por faixa etária, expresso em Reais, dos ajustes realizados pela operadora.

Portanto, através destas variáveis utilizadas nos cálculos atuários, chega-se na formação dos preços de planos de saúde, deste modo, é válido verificar o objetivo principal deste trabalho que é investigar as variáveis que impactam o valor final das mensalidades dos planos de saúde individuais, com e sem coparticipação. Avaliando a metodologia de precificação adotada, considerando as despesas das operadoras não relacionadas aos fatores de risco do indivíduo. De modo geral, observa-se que o custo de despesas assistencial tem um grande impacto no preço total dos planos.

5 RESULTADOS

No processo de precificação atuarial por meio da análise do ANEXO II-B da RDC 28/2000, para obter o valor comercial da mensalidade é necessário realizar a soma da despesa total por beneficiário, valor da margem de lucro por beneficiário e o ajuste. Compreende-se como despesa total por beneficiário o somatório dos componentes: despesa assistencial líquida por exposto com margem de segurança estatística por exposto, despesas de comercialização por beneficiário, outras despesas da carteira de planos por beneficiários, despesas administrativas por beneficiário e prestação de outros serviços por beneficiário.

Deste modo inicialmente verificou-se através da tabela 2, disponibilizado pela ANS através do painel de precificação, os percentuais das variáveis que representam maior impacto na formação do valor médio comercial das mensalidades do mês de dezembro entre os anos de 2016 e 2019, dos planos individuais, com ou sem coparticipação, entre diferentes regiões, portes e modalidades das operadoras. A escolha deste período, se justifica pela importância apresentar dados atualizados para esta análise, que demonstram o diagnóstico do setor.

Tabela 2 - Composição do Valor Comercial da Mensalidade

Faixa Etária	% Despesa Assistencial		% Carregamentos		% Comercial		% Administrativo		% Lucro	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019
00 a 18 anos	51,9 %	51,9 %	38,1%	36,2%	7,1%	5,6%	13,9%	13,1%	15,2 %	15,9 %
19 a 23 anos	53,9 %	53,2 %	38,9%	36,5%	7,1%	5,6%	14,3%	13,4%	15,4 %	15,8 %
24 a 28 anos	54,6 %	53,9 %	38,9%	36,9%	7,1%	5,7%	14,4%	13,5%	15,5 %	16,1 %
29 a 33 anos	55,5 %	54,6 %	39,4%	37,1%	7,1%	5,6%	14,5%	13,7%	15,7 %	16,1 %
34 a 38 anos	54,1 %	53,3 %	39,0%	36,7%	6,9%	5,6%	14,4%	13,4%	15,7 %	16,0 %
39 a 43 anos	51,6 %	49,8 %	38,1%	35,4%	6,7%	5,3%	13,9%	12,7%	15,5 %	15,7 %
44 a 48 anos	49,4 %	47,8 %	36,9%	34,3%	6,5%	5,1%	13,6%	12,3%	14,9 %	15,2 %
49 a 53 anos	47,0 %	45,6 %	36,0%	32,9%	6,3%	4,9%	13,1%	11,9%	14,6 %	14,5 %
54 a 58 anos	45,7 %	43,5 %	35,5%	31,9%	6,1%	4,8%	12,9%	11,6%	14,6 %	14,0 %
59 anos +	49,0 %	48,9 %	36,8%	35,8%	6,3%	5,2%	13,5%	13,1%	15,1 %	16,0 %

Fonte: Painel de Precificação ANS, adaptado pelo autor

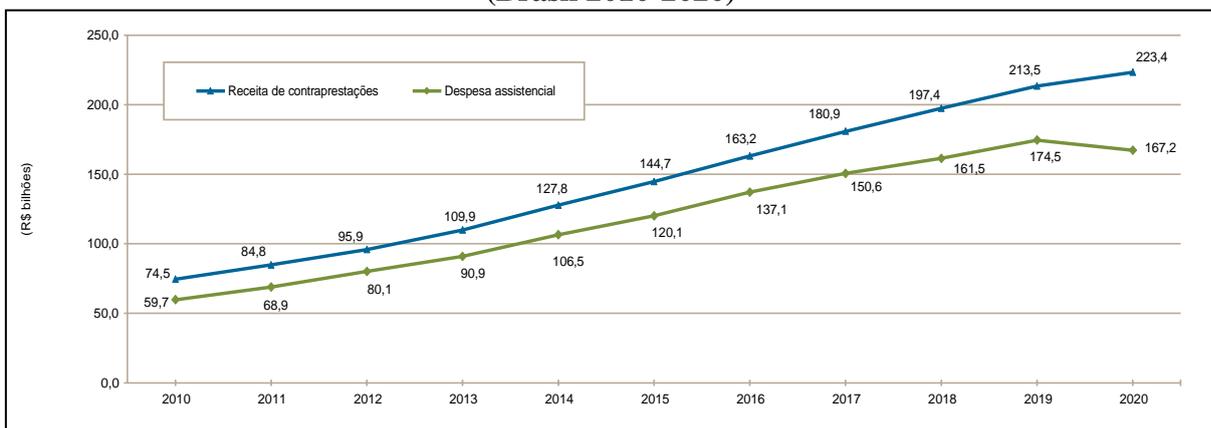
Com base na tabela de composição do valor da mensalidade, a variável que apresentou maior impacto foi a de despesa assistencial, com uma média de 51,8% em 2016 e 50,9% em

2019 do percentual em cima do valor de mercado das mensalidades, informadas na NTRP. Além disso, entre os percentuais apresentados, percebe-se tendência de constância com relação a variação total por componentes e faixas etárias.

A margem de lucro embutida nas Notas Técnicas de Produtos registradas na ANS está em torno de 15%, já embutido o carregamento de segurança. Essa margem de lucro até seria razoável se o prêmio de risco fosse corretamente calculado, mas na prática o prêmio de risco é insuficiente para arcar com o volume de sinistros da operação, de modo que a margem de lucro é bem menor e, na realidade, não remunera no nível de risco desejado pelos acionistas. Várias operadoras apresentam prejuízo nas suas negociações e outras têm lucro bem reduzido. Isso é consequência da enorme concorrência e de todos os riscos elencados anteriormente. Infelizmente a margem de lucro costuma ser demonizada, mesmo em um país dito capitalista como o nosso. Na área de seguro saúde ela é ainda mais execrada. A maioria dos agentes envolvidos no seguro saúde não aceita que a operadora tenha uma margem de lucro razoável em um produto ligado à saúde, pois esta é considerada uma necessidade básica (FERREIRA, 2019).

O gráfico 3 evidencia a evolução das receitas de contraprestação e despesas assistenciais de todas as operadoras no período de 2010 a 2020.

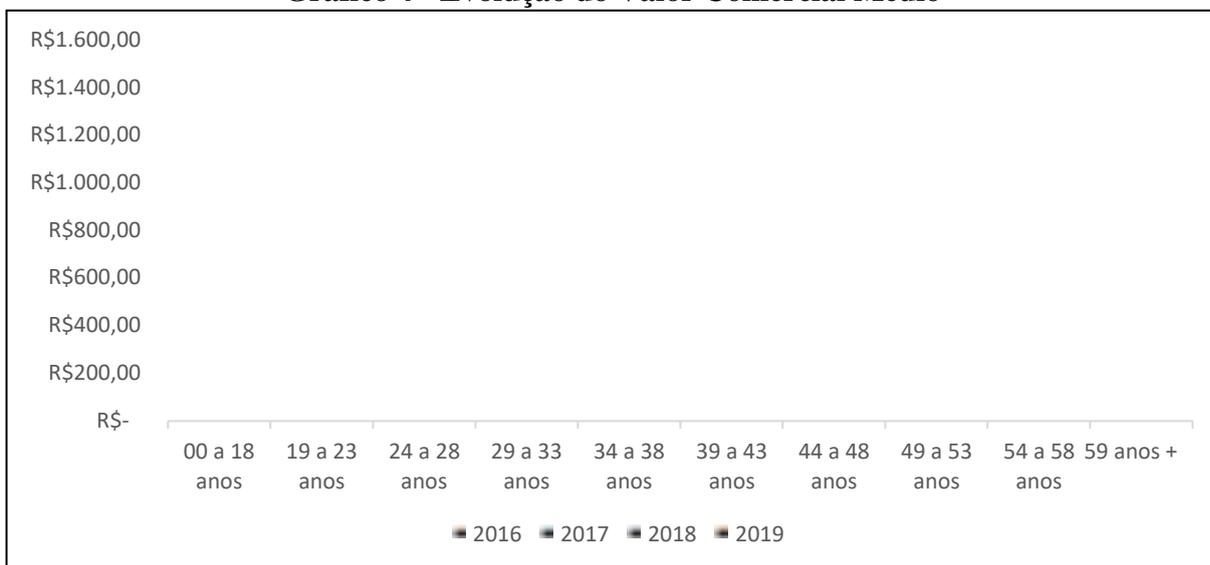
Gráfico 3 - Receita de contraprestações e despesa assistencial de todas as operadoras (Brasil 2010-2020)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 29/11/2021

Verificou-se a evolução dos valores comerciais das mensalidades durante o período 2016 até 2019 dos planos de saúde individuais, com e sem coparticipação em diferentes faixas etárias. É importante destacar que estes valores representam a média nacional entre diferentes segmentações, regiões, modalidades e porte.

Gráfico 4 - Evolução do Valor Comercial Médio



Fonte: Painel de Precificação ANS, adaptado pelo autor

A análise através do gráfico 1 mostra que a faixa etária é um componente significativo no cálculo para a formação dos valores das mensalidades dos planos, visto que o menor valor praticado em 2019 foi de R\$254,00 para a faixa etária de 00 a 18 anos e a maior é de R\$1.430,00 para os beneficiários acima de 59 anos de idade.

O prêmio de risco deve ser obtido no maior nível de segmentação de risco possível. Se o prêmio não for diferenciado por idade, por exemplo, existe o risco da chamada antisseleção⁴, já que representará a média de todas as idades, ficando, portanto, barato para as pessoas mais velhas e muito caro para as pessoas mais jovens, que acabam não aderindo ao seguro, fazendo com que a operadora permaneça somente com os maiores riscos (FERREIRA, 2019).

⁴ A “seleção adversa” ou “antisseleção” se refere a um processo de mercado no qual informações assimétricas possuídas por compradores ou vendedores geram resultados negativos para uma das partes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma análise de como a regulação afeta diretamente o processo de precificação do sistema de saúde suplementar, tornando difícil o cenário para operação e gestão sustentável das operadoras.

O entendimento do processo de precificação praticado pelas operadoras de planos de saúde suplementar e o processo regulatório praticado pela ANS a partir das suas regulações normativas, representa uma visão distorcida de como o sistema se comporta e de como é gerida uma carteira de saúde no Brasil, verificando as discrepâncias de interesses representados. Isto significa que o modelo de precificação exercido não representa a realidade administrativa da saúde suplementar, pois a constante alteração no rol de procedimentos e judicialização de processos acabam incorporando no aumento das mensalidades e devido a ANS não considerar esta variável nas métricas de composição de preço as operadoras elevam a margem de segurança de risco.

Além disso, percebe-se também que, não há seguro mais complexo em termos de precificação do que o seguro saúde, em função dos riscos envolvidos na operação e, principalmente, por ter custos que variam com uma flutuação muito grande, além de ter possibilidade de sinistros sem limite de valor definido no contrato, o que não acontece com nenhum outro ramo de seguro.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dicas de como escolher um plano de saúde.** Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1>>. Acessado em 01 de novembro de 2021.

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O Capital Baseado em Risco: uma abordagem para as operadoras de planos de saúde.** 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

AMÉRICO, Romulo Gabriel Barbosa. **Precificação de Plano de Saúde Suplementar: a regulação e burocratização do sistema.** 2018. 42 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Atuariais) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Risco de subscrição no mercado de saúde suplementar brasileiro: uma nova regulamentação.** Brasília, 2021.

BRASIL. Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jan. 1923.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 2000.

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço.** 2004. 187 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CARVALHO, Eurípedes Balsanuf; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 2167-2177, 2007.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 17, p. 999-1008, 2001.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. A economia da saúde. In: **A economia da saúde.** 2008. p. 736-736.

Jus Brasil, 2015. **A saúde suplementar no Brasil: entenda um pouco**. Disponível em: <<https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco>>. Acessado em 15/10

MACERA, Andrea Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. O mercado de saúde suplementar no Brasil. **Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, Ministério da Fazenda**, 2004.

MATOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. 2011.

NETO, William M., GOUVEA, Paulo Renato M. e SERRA, Cesar Brenha. **Estudo das Garantias Financeiras do Mercado de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro. ANS, 2001.

OCDE, Organização para cooperação e desenvolvimento econômico. **Despesa total com saúde per capita**. Brasília, 2018.

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**, [s.l.], Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.767- 783, 2008.

SÁ, Marcelo Coelho de. **Análise dos Custos Assistenciais de Uma Operadora De Plano De Saúde No Brasil**. 2012. 94 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

SCHULMAN, Gabriel. **Direito Fundamental no Plano de Saúde: do contrato clássico à contratualidade contemporânea**. 2009. 351 f. Dissertação (Mestrado em Direito das Relações Sociais) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

SILVA, Carolina Brasil Romão. **A reorganização das políticas públicas e a qualidade regulatória no poder executivo brasileiro** in ROMAO E SILVA, C. B. Direito e Economia II. In: CONPEDI/UFPB; coordenadores; Felipe Chiarello de Souza Pinto; Matheus Felipe de Castro; Gisela Maria Bester. (Org.). 23ª ed. Florianópolis: CONPEDI, 2014., 2014, p. 165-183.

SOUZA, Renilson Rehem. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002.

SUMMIT SAÚDE, 2020. **Qual é o gasto diário de saúde do Brasil por habitante?**. Disponível em <<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/qual-e-o-gasto-diario-de-saude-do-brasil-por-habitante/>>. Acessado em 19 de novembro de 2021.

UGÁ, Maria Alicia D. et al. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 157-168, 2008.

