

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

RAFAEL JUSTO DOS SANTOS SCHMID

**O CONTROLE NO REAJUSTE DE PREÇOS EXERCIDO PELA AGÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E IMPACTOS NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE
PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E FAMILIARES**

São Paulo
2022

RAFAEL JUSTO DOS SANTOS SCHMID

**O CONTROLE NO REAJUSTE DE PREÇOS EXERCIDO PELA AGÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E IMPACTOS NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE
PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E FAMILIARES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Faculdade de Economia, Administração e
Contabilidade, da Universidade de São Paulo,
para obtenção do diploma em Economia.

Orientador: Hélio Nogueira da Cruz

São Paulo
2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos, Professores, família, colegas de trabalho e, em especial, ao meu orientador por todos os ensinamentos, experiências e tempo.

RESUMO

Este trabalho inspirou-se na publicação “Teto de Reajustes de Preços no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro e Seus Efeitos Sobre a Quantidade Negociada de Planos de Saúde” (HU; MACIEL, 2021). Ao observarem a queda contínua no número de planos de saúde individuais entre 2013 e 2016, os autores buscaram quantificar os efeitos do controle de teto de preços estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no número de beneficiários desta modalidade. Utilizando dados em painel estático e dinâmico, Hu e Maciel (2021) concluíram que a política de regulação de preços impacta negativamente na quantidade de contratos de planos individuais existentes. Tendo em vista a mudança na metodologia para o cálculo no teto de reajuste de preços da ANS, aplicada a partir de 2019 e as mudanças que ocorreram no setor de saúde suplementar durante o período de pandemia de Covid-19, julgou-se necessária a atualização e aprofundamento do tema proposto pelos autores. Foram estimadas as variáveis determinantes para a equação de demanda de planos de saúde individuais e familiares por Mínimos Quadrados Ordinários utilizados considerando o período amostral de 2013 a 2021. Concluiu-se, a partir dos resultados obtidos que, historicamente, o controle exercido pela ANS impacta no equilíbrio do mercado de planos de saúde individuais, mas que a nova metodologia é melhor na medida em que não se mostrou significativa. Além disso, a qualidade das empresas manifestou-se como fator relevante na determinação do número de beneficiários individuais, diferentemente do grau de verticalização das operadoras que não foi estatisticamente significativo.

Palavras-chave: ANS. Regulação. Planos de Saúde.

Classificação JEL: I10, I11, I18.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (setembro de 2021)	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Beneficiários de planos privados de saúde(2000-2021).....	31
Tabela 2 - Taxa de cobertura e localização, segundo grandes regiões e unidades da Federação.....	34
Tabela 3 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-setembro/2021).....	39
Tabela 4 - Resultados da estimação por MQO utilizando as principais variáveis	66
Tabela 5 - Resultados da estimação por MQO utilizando todas as variáveis do modelo	68
Tabela 6 - Estimação do IDSS a partir do grau de verticalização	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Reajuste de preços de planos de saúde individuais e familiares definidos pela ANS historicamente	19
Gráfico 2 - Número de beneficiários no mercado de saúde suplementar	30
Gráfico 3 - Taxa de cobertura de planos de saúde no Brasil.....	31
Gráfico 4 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização	32
Gráfico 5 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora	32
Gráfico 6 - Variação no Número de beneficiários no Mercado de Saúde Suplementar e Variação do PIB.....	35
Gráfico 7 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais	35
Gráfico 8 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação (dezembro 2021).....	36
Gráfico 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação (dezembro 2021).....	37
Gráfico 10 - Taxa de variação trimestral no número de beneficiários por tipo de contratação	37
Gráfico 11 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-setembro/2021).....	38
Gráfico 12 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações) e valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais (R\$ MM), com dados mensais	44
Gráfico 13 - Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior	45
Gráfico 14 - Inadimplência mediana de planos com preço pré-estabelecido (apurada no mês de cobertura).....	46
Gráfico 15 - Inadimplência mediana de planos com preço pré-estabelecido (apurada no mês de cobertura– Por tipo de plano).....	46
Gráfico 16 - Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI).....	47

Gráfico 17 - Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito	47
Gráfico 18 - Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos.....	48
Gráfico 19 - Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados à COVID-19 e demais procedimentos	48
Gráfico 20 - Índice de Variação Mensal de Autorizações Emitidas para SADT (fev-20 = 100).....	49
Gráfico 21 - Evolução de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período do ano anterior.....	49
Gráfico 22 - Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19	52
Gráfico 23 - Taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)	52
Gráfico 24 - Taxa de ocupação dos leitos alocados à Covid-19 e demais procedimentos	53
Gráfico 25 - Variação de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período de anos anteriores	53
Gráfico 26 - Custo por Diária em Internações sem UTI (R\$ mil)	54
Gráfico 27 - Custo por Diária em Internações com UTI (R\$ mil)	54
Gráfico 28 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais	55
Gráfico 29 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, com dados trimestrais.....	55
Gráfico 30 - VCMH	56
Gráfico 31 - Sinistralidade por Modalidade de Operadora	56
Gráfico 32 - Receitas e Despesas Assistenciais	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	11
2.1	OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE	11
2.1.1	Classificações	11
2.1.2	Operadoras Verticalizadas	13
2.2	REGULAÇÃO	16
2.2.1	O marco regulatório	16
2.2.2	Reajustes de preços por variação de custos	18
2.2.3	Reajustes de preços por mudanças de faixa etária	20
2.2.4	Metodologia Antiga para reajuste nos preços de planos individuais/familiares	21
2.2.5	A nova metodologia para reajuste nos preços de planos individuais/familiares	25
2.3	DADOS DO SETOR	29
2.4	A PANDEMIA DE COVID-19	40
2.4.1	Medidas tomadas pela ANS	40
2.4.2	Primeira onda de Covid-19	43
2.1.3	O reajuste negativo sobre os planos de saúde individuais	49
2.4.4	A segunda onda de Covid-19	51
3	OBJETIVOS	59
4	METODOLOGIA	61
5	DADOS	63
6	ESTIMAÇÃO E RESULTADOS	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

1 INTRODUÇÃO

A criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2000, representou a formação da instituição reguladora do setor de saúde suplementar no Brasil. A ANS tornou-se responsável por supervisionar o relacionamento entre as operadoras, prestadores e beneficiários, buscando a promoção da defesa do interesse público na saúde suplementar.

Entre as funções exercidas pela Agência, foi estabelecido o controle no reajuste de preços dos contratos de planos de saúde individuais e familiares datados a partir de 01/01/1999. No caso dos planos coletivos, com trinta ou mais beneficiários, o reajuste de preços seguiu sendo determinado livremente por meio da negociação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante. Para a ANS, a negociação de contratos de planos de saúde coletivos ocorre por meio de duas partes que estão em condições igualitárias para a negociação de preços. Como a empresa contratante possui um número alto de beneficiários, isso significaria que teria poder de barganha suficiente para uma negociação justa com a operadora. No caso dos planos individuais e familiares, os indivíduos não estariam em condições equivalentes de negociação e poder de barganha com as operadoras, o que justificaria a intervenção da ANS no controle de reajuste de preços (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

Observando a regulação no setor de saúde suplementar e a queda sistemática no número de planos individuais/familiares vigentes entre 2013 e 2016, Hu e Maciel (2021) buscaram dimensionar os efeitos desse controle de preços na quantidade de beneficiários da categoria. Seguindo a teoria microeconômica e evidências empíricas, os autores entenderam que a regulação de preços pode levar a distorções no mercado. Além disso, Hu e Maciel (2021) observaram que nos últimos anos instaurou-se o que chamaram de uma “sensação de crise” no setor de saúde suplementar, em que ficou clara a queda na oferta de planos de saúde individuais. Teria se tornado difícil para os cidadãos contratarem planos individuais em condições aceitáveis de preços e cobertura e os planos de saúde tornaram-se quase restritos aos planos coletivos associados às sociedades de classes e aos empregos formais ou aos planos individuais de operadoras

verticalizadas, ou seja, operadoras que são também prestadores diretos de serviços hospitalares.

Hu e Maciel (2021) concluíram que a política de controle de reajuste de preços da ANS pode levar a uma redução na quantidade de planos de saúde individuais ou familiares ofertados. A partir de modelo com dados em painel com efeitos aleatórios, a aplicação recorrente de reajustes abaixo da variação dos custos médico-hospitalares mostrou-se como o motivo para a queda no número de beneficiários do segmento. Assim, os autores confirmaram que a intervenção do regulador no setor impacta negativamente tanto os consumidores quanto ofertantes. Por um lado, as operadoras optam por não ofertarem mais planos de saúde individuais e familiares, já que o descasamento de preços inviabiliza o negócio, e por outro, os consumidores deixam de consumir os planos da categoria, pois são incapazes de arcar com os altos tickets.

Inspirado no tema proposto por Hu e Maciel (2021), o trabalho em questão também buscou avaliar os impactos da regulação de preços no número de contratos de planos de saúde individuais/familiares. Foi utilizado o período amostral de 2013 a 2021, que se julgou mais completo, na medida em que leva em consideração a nova metodologia de cálculo para reajuste de preços da ANS que passou a ser aplicada a partir de 2019 e também considera o período da pandemia de Covid-19. Dadas as diferenças no período amostral selecionado era possível que as conclusões mudassem. Além disso, foi estimada uma equação de demanda diferente daquela utilizada por Hu e Maciel e, que, por levar em consideração outros parâmetros não estimados pelos autores, como por exemplo, a modalidade, grau de verticalização e desempenho das operadoras, poderiam contribuir com as análises feitas.

O trabalho está dividido em seis seções. Primeiramente, será tratado o setor de saúde suplementar, em que são fornecidos mais detalhes a respeito das categorias de operadoras, planos de saúde e verticalização, discutindo-se a questão da regulação, fornecidos dados históricos do setor e realizada uma análise dos impactos da pandemia de Covid-19 no setor de saúde suplementar. Em seguida, nas outras seções, são apresentados mais detalhes sobre os objetivos do trabalho, metodologia a ser usada, explicações sobre os dados utilizados, estimações e resultados e, por fim, as considerações finais.

2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE

As operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas que atuam na modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, no mercado de saúde suplementar administrando ou comercializando Planos Privados de Assistência à Saúde¹.

Um Plano Privado de Assistência à Saúde é definido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, como a

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.²

2.1.1 Classificações

As diferentes modalidades de atuação e caracterização das operadoras de saúde podem ser categorizadas da seguinte forma:

- i) Administradora de benefícios: como disposto na Resolução Normativa – RN nº 196, de 14 de julho de 2009, são empresas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos”, desenvolvendo ao menos uma das seguintes funções: (i) “promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes”; (ii) “contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar”; (iii) “oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes”; (iv) “apoio técnico na discussão

¹ Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

² Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

de aspectos operacionais”, ajudando na negociação de reajustes dos planos, aplicando meios de regulação pela operadora de plano de saúde, contribuindo com a alteração na rede assistencial. As administradoras não assumem os riscos diretos envolvidos nos planos privados de assistência à saúde e não possuem rede própria (LEANDRO, 2010).

- ii) Medicina de Grupo: Empresas que comercializam planos de saúde e odontológicos por meio da oferta de uma rede própria e/ou contratada, incluindo a estrutura médica, os hospitais e as clínicas (FENASAÚDE).
- iii) Seguradoras Especializadas em Saúde: são companhias que não possuem uma rede própria de atendimento, mas disponibilizam aos seus beneficiários uma rede contratada de serviços, pagando aos prestadores desta rede em nome dos beneficiários que a utilizam. Nessa modalidade, os beneficiários têm a livre escolha na determinação dos estabelecimentos das prestações dos serviços de saúde, recebendo o reembolso das despesas no prazo disposto em lei (FENASAÚDE).
- iv) Cooperativas Médicas ou Odontológicas: correspondem a sociedades sem fins lucrativos que, mediante a associação autônoma de pessoas, comercializam planos de saúde e odontológicos e atuam por meio de redes próprias e/ou contratadas. É o caso das Unimed (FENASAÚDE).
- v) Autogestão: são pessoas jurídicas sem fins lucrativos criadas por empresas, associações, fundações, sindicatos e similares, que operam planos de saúde a seus associados e familiares de associados. As operadoras de autogestão são impedidas de ofertar planos para outros indivíduos que não correspondem a esse grupo (FENASAÚDE).
- vi) Filantropia: são entidades hospitalares que atuam como entidade beneficente de assistência social, sem fins lucrativos (FENASAÚDE).³

A Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, também previu uma segmentação no que se refere ao regime ou tipo de contratação dos planos de saúde. São eles:

³ Disponível em: <https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html>

- i) Individual ou Familiar: correspondem aos planos contratados diretamente pelo beneficiário, podendo incluir ou não o seu grupo familiar.⁴ Esses tipos de plano, atualmente, possuem livre adesão, determinam certos prazos de carência para os beneficiários, possuem uma cobertura de procedimentos que é determinada pela ANS, só são rescindidos em casos de fraude e/ou falta de pagamento e são cobrados pela operadora diretamente ao beneficiário (ANS, 2021).
- ii) Coletivos Empresariais: são planos de saúde cuja adesão só é possível quando o beneficiário possui algum tipo de vínculo empregatício ou estatutário com uma pessoa jurídica. Os beneficiários são cobrados diretamente pelo contratante ou por uma administradora de benefícios e os procedimentos cobertos pelo plano também seguem um rol determinado pela ANS. Esse tipo de contratação também estabelece prazos de carência, exceto para contratos com ao menos 30 beneficiários e para os funcionários que aderem ao plano antes de 30 dias da contratação da empresa (ANS, 2021).
- iii) Coletivo por Adesão: são planos que determinam a necessidade de relação do beneficiário com alguma associação profissional ou sindicato. As cobranças são feitas diretamente ao consumidor por meio do contratante ou administradora de benefícios e é determinado um período de carência de até 30 dias da contratação (ANS, 2021).⁵

2.1.2 Operadoras Verticalizadas

A verticalização das operações de empresas do setor de saúde suplementar tem se tornado tendência cada vez mais clara no Brasil. Ela tem seguido dois movimentos distintos: (i) por meio de prestadores de serviços, como hospitais e laboratórios, que criam os seus próprios planos de saúde, com o intuito de cobrir as demandas internas de seus serviços, ou (ii) por intermédio de operadoras de saúde, que passam a disponibilizar infraestrutura própria para os seus beneficiários, via hospitais, laboratórios e clínicas

⁴ Resolução Normativa - RN NO – 379, de 10 de junho de 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0379_01_06_2015.html

⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>

próprios. Esse movimento de verticalização tem ganhado força em um contexto em que tanto operadoras quanto prestadoras de serviços médicos buscam minimizar ou controlar os custos elevados da saúde suplementar no Brasil. Ter a posse dos serviços prestados aos seus beneficiários passou a ser visto como vantagem competitiva e financeira por essas empresas (CLAUDINO, 2019).

Para Leandro (2010), existem falhas no setor de saúde suplementar, sendo uma das principais a assimetria de informação, que pode ocorrer em diferentes etapas da cadeia. Na ótica dos prestadores de serviços, como esses têm informações privilegiadas com relação ao estado de saúde dos seus pacientes, são capazes de manipular a demanda deles por serviços de saúde. Isso pode fazer com que a sobreutilização de serviços seja incentivada. Como são as operadoras que cobrem os serviços prestados aos seus beneficiários, essa assimetria acaba levando ao aumento de seus custos. Assim, na medida em que a verticalização possibilita o alinhamento entre operadores e prestadores, ela reduz as assimetrias de informação e, conseqüentemente, garante maior eficiência para as operadoras com redução nas despesas médicas (LEANDRO, 2010).

Ao ofertar serviços de saúde por meio de estabelecimentos próprios, as operadoras de planos de saúde teriam um maior controle sobre o número de procedimentos realizados, além da quantidade e do tipo de material utilizado em cada serviço médico. Ademais, as unidades integradas maximizam o lucro conjunto. Dessa forma, a integração vertical alinha os interesses dos hospitais ou dos prontos-socorros aos das operadoras de planos de saúde, diminuindo o incentivo para que esses prestadores adotem um comportamento estratégico que prejudique os objetivos da empresa (LEANDRO, 2010, p. 107).

Uma das principais contribuintes na literatura sobre processos de integrações verticalizadas é Harrigan (2003). Segundo a autora, o sucesso de uma integração vertical pode ser analisado a partir de dois pontos de vista: de benefícios e custos internos, que envolvem a rentabilidade da estratégia e o de efeitos sobre o posicionamento competitivo da firma, atrelado ao quão responsiva a firma se torna a mudanças e movimentos do mercado. Dentre os principais benefícios internos da verticalização, estão as economias de integração e redução de custos atrelados à coordenação das atividades da empresa. Já entre as vantagens atreladas ao posicionamento competitivo, estão o avanço no marketing, inteligência tecnológica, diferenciação de produtos e maior previsibilidade de demanda. A autora ainda avança na discussão explicando que a verticalização nunca

está livre de riscos e os custos para alcançá-la podem ser maiores que os seus benefícios.

Apesar da relevância dos estudos de Harrigan (2003), a autora não se limita a estudar diretamente o segmento de saúde, o que abre espaço para novas descobertas e conclusões sobre a estratégia de verticalização dadas as singularidades do setor. Faz-se necessário, portanto, recorrer a uma literatura mais direcionada como a de Albuquerque, Fleury e Fleury (2011). Os autores buscaram entender os principais motivadores e benefícios da verticalização das operadoras de saúde no Brasil. Para a publicação, foram entrevistados representantes de operadoras verticalizadas na cidade de São Paulo que seguiram alguns critérios pré-estabelecidos. De acordo com os resultados apresentados no estudo, os principais motivadores e benefícios para a estratégia de verticalização são o maior controle de custos e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados. Tais fatores seriam relevantes, uma vez que a resolução dos casos dos clientes é alcançada de forma mais ágil quando todas as etapas e serviços estão interligados, envolvendo as diferentes especialidades nas jornadas de saúde dos pacientes. Além disso, a questão de controle de custos estaria diretamente relacionada à racionalização dos recursos por meio do uso intensivo dos sistemas de informação já que “[propicia] monitoramento do perfil epidemiológico e (...) uso dos recursos pelos clientes (...) [e subsidia] o aprimoramento dos processos logísticos das áreas de suprimento” (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011, p. 48).

Outro benefício que se mostrou relevante a partir da pesquisa foi o de economia de escala nos processos de compra de materiais e medicamentos. Os autores mencionam que empresas verticalizadas têm “maior poder de mercado” em negociações com fornecedores, além do fato de que há a racionalização do número de itens dada a padronização dos materiais que são usados. Por fim, o estudo descreve outras vantagens que advêm do processo de verticalização. É o caso da redução das oscilações na demanda por serviços, melhorias qualitativas nas informações disponíveis sobre o padrão de consumo dos clientes, maior possibilidade na estimativa de demanda e criação de barreiras à entrada de novos concorrentes, atração de novos clientes e fidelização (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011).

Outra contribuição relevante para a compreensão da temática no Brasil advém da publicação “Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde”, de Souza e Salvalaio (2010). A partir da comparação entre os custos da rede própria e rede credenciada de uma operadora brasileira de planos de saúde, o estudo buscou averiguar empiricamente se a rede verticalizada de uma empresa apresentava maiores vantagens econômicas em suas operações. A partir de uma abordagem quantitativa e utilizando os dados de uma operadora de Porto Alegre, o estudo apresentou resultados similares aos que a literatura de Harrigan (2003), Albuquerque, Fleury e Fleury (2011) apontam. Os custos da rede própria da operadora, ou seja, o segmento verticalizado da empresa, mostraram-se ser menores e mais vantajosos na maioria das especialidades em que a empresa atua.

Souza e Salvalaio (2010) ainda contribuem para a discussão mencionando que a posse de uma rede própria integrada não só garante melhor controle na utilização dos beneficiários da operadora, mas também maior poder de negociação com a rede credenciada, já que possui uma alternativa para o atendimento. Por outro lado, os autores salientam que a possibilidade de livre escolha dos serviços credenciados por parte dos beneficiários pode ser vista como um sinal de qualidade do plano adquirido. Tal questão agrega um outro ponto de vista ao que fora apontado por Harrigan (2003), em relação aos benefícios da integração vertical. Se, por um lado, ela garante vantagens competitivas como o avanço no marketing, inteligência tecnológica, diferenciação de produtos e previsibilidade de demanda (HARRIGAN, 2003), por outro, a existência da rede credenciada poderia se mostrar como um sinal de qualidade para os beneficiários do plano adquirido, como apontado por Souza e Salvalaio (2010), garantindo, também, vantagens competitivas.

2.2 REGULAÇÃO

2.2.1 O marco regulatório

O surgimento da saúde suplementar se deu durante a década de 1960 em decorrência de avanços na questão de direitos do trabalho, que levaram à oferta por parte

de algumas empresas da época de serviços assistenciais aos seus funcionários. Alguns anos depois, apareceram também os planos direcionados a um público com maior poder aquisitivo, capaz de pagar por uma melhor assistência social sem depender do que era oferecido pelo Estado (ALMEIDA, 2009).

Já durante a década de 1990 houve um forte crescimento no número de operadoras existentes no Brasil e junto com essa ascensão ficaram mais claros alguns dos problemas existentes na saúde suplementar. Entre eles estavam a limitação de cobertura ou corte de certos procedimentos, cobranças não autorizadas pela discriminação de beneficiários, imposição de prazos e carências não permitidas, carência de cobertura geográfica, e outros. Foi nesse contexto que, em 3 de junho de 1998, deu-se início ao marco legal da regulação do mercado de saúde suplementar, sob a Lei nº 9.656 (ALMEIDA, 2009). Englobado a ela, a Lei nº 9.961/00, responsável pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a MP nº 2.177-44/01, que fez algumas alterações nas leis anteriores e a Lei nº 10.185/01, responsável pela determinação da seguradora especializada em saúde, também fizeram parte desse marco (LEANDRO, 2010).

As leis estabeleceram uma regulação que beneficiava os consumidores, com o intuito de solucionar as diversas assimetrias existentes no setor entre operadoras e beneficiários, aplicando uma série de limites, restrições e requerimentos para as operadoras de saúde (LEANDRO, 2010). A criação da ANS em 2000 levou à formação de uma figura reguladora responsável por fiscalizar a relação entre as operadoras, prestadores e beneficiários, representando, portanto, a busca institucional pela promoção da defesa do interesse público na saúde suplementar (BRASIL, 2000a).

Até a formação do marco regulatório em 1998 não havia nenhum tipo de regulamentação prevista para as operadoras de saúde, as quais não estavam submetidas a nenhum tipo de fiscalização em particular ⁶ (ANS, 2020a).

Não havia exigência de pré-requisitos que garantissem a sustentabilidade financeira das empresas, o que poderia gerar riscos para os beneficiários. Planos de saúde eram ofertados sem definição de regras de cobertura ou garantias

⁶ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5567-lei-dos-planos-de-saude-completa-22-anos>.

assistenciais. Contratos não tinham um padrão, de modo que as condições variavam de operadora para operadora⁷ (ANS, 2020).

Assim, a criação da ANS representou a união das atividades reguladoras em um órgão único e autônomo e o marco regulatório concretizou a mudança de um mercado que permitia a livre atividade econômica das operadoras para um mercado marcado por regras e restrições determinadas pelo regulador (CORREIO; PINHEIRO; MONNERAT, 2021; PEREIRA, 2003). Dentre as principais mudanças regulatórias, estão que

Os reajustes de mensalidades passaram a ter critérios de controle; foram proibidos a rescisão unilateral dos contratos, os limites quanto à internação dos beneficiários e a possibilidade de seleção de consumidores baseada em critérios de risco, garantindo, assim, amplo acesso da sociedade aos planos de saúde. A Lei também estabeleceu os tipos de planos de saúde que podem ser comercializados pelas empresas e as coberturas que devem contemplar de acordo com a segmentação assistencial; estabeleceu os requisitos para autorização de funcionamento das operadoras, as condições que devem ser previstas em contrato, as infrações a que as operadoras estão sujeitas caso descumpram os contratos e regulamentos do setor e, ainda, implementou o ressarcimento ao SUS, dentre outras medidas.⁸ (ANS, 2020b).

2.2.2 Reajustes de preços por variação de custos

É determinado que existem dois contextos possíveis para o aumento nos planos de saúde por parte das operadoras de saúde. São eles, a mudança na faixa etária do beneficiário e o reajuste por conta da variação nos custos⁹. No caso do segundo, as regras de aplicação do reajuste variam seguindo a data de contratação do plano de saúde, o tipo de cobertura contratada (médico-hospitalar ou odontológica), o tipo de contratação (planos individuais/familiares ou coletivos empresariais ou por adesão) e o tamanho da carteira de beneficiários (planos coletivos com menos de 30 vidas ou 30 ou mais beneficiários) (ANS, 2021b)¹⁰. É válido lembrar que o critério para o estabelecimento desses reajustes sofreu modificações ao longo dos anos (HU; MACIEL, 2021).

⁷ Fala do diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5567-lei-dos-planos-de-saude-completa-22-anos>.

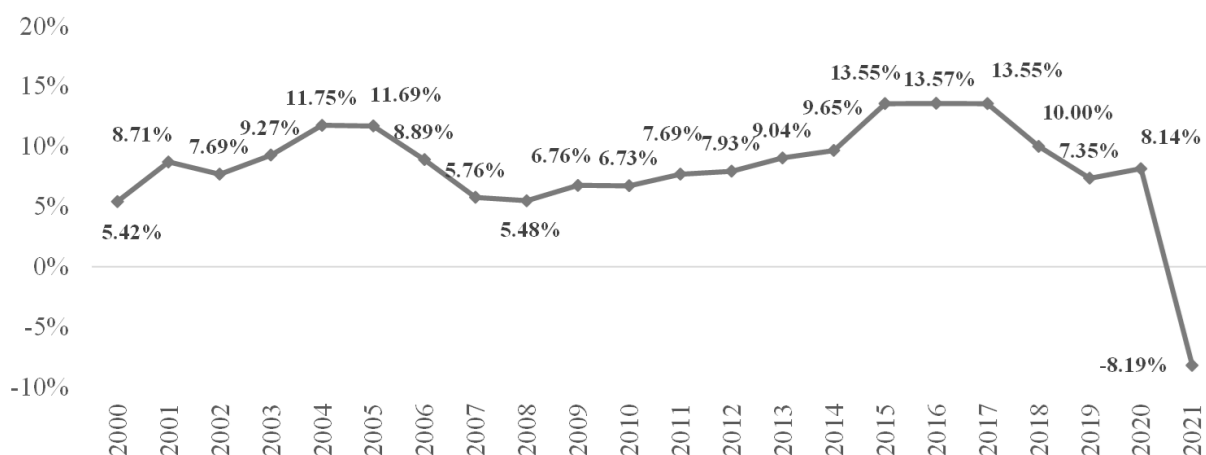
⁸ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5567-lei-dos-planos-de-saude-completa-22-anos>

⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade>

¹⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>

Para os reajustes anuais nos planos individuais, está estabelecido que, para os chamados planos de saúde antigos, ou seja, aqueles contratados antes de 01/01/1999, quando passou a valer a Lei nº 9.656/98, as regras de reajuste são aquelas estabelecidas conforme cada contrato, dado que esse grupo não foi adaptado à lei. Portanto, os reajustes de preços anuais nos planos de saúde antigos não sofrem intervenção da ANS.¹¹ Porém, no caso dos contratos de planos de saúde individuais estabelecidos posteriormente à aplicação da lei em 1999, o percentual máximo de reajuste anual para os planos com ou sem cobertura odontológica é determinado pela Agência. Essa correção no preço do contrato só pode ser aplicada na data em que o contrato faz aniversário. (ANS, 2021a)¹². “Em síntese, as operadoras podem determinar os preços no momento da contratação dos planos, mas não podem posteriormente reajustar os valores a sua real necessidade no aniversário do contrato, ficando submetidas ao teto de reajuste definido pelo agente regulador” (HU; MACIEL, 2021).

Gráfico 1 - Reajuste de preços de planos de saúde individuais e familiares definidos pela ANS historicamente



Fonte: ANS, 2021

¹¹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude-antigos>

¹² Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares>

No caso dos planos coletivos, a ANS estabelece regras diferentes para o reajuste anual entre as operadoras com planos de 30 ou mais vidas e as com planos de menos de 30 vidas.

Para os planos coletivos com 30 ou mais beneficiários, o reajuste de preços é estabelecido livremente pela negociação entre a operadora ou administradora contratada e a pessoa jurídica. O racional é que nesse tipo de contratação - em que a negociação ocorre entre uma operadora e uma empresa ou entidade contratante - as duas partes estão em condições igualitárias para a negociação de preços. Como a empresa contratante possui um número alto de beneficiários, isso significaria que teria poder de barganha suficiente para uma negociação justa com a operadora (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

Já no caso do reajuste de planos coletivos com menos de 30 beneficiários, as operadoras devem fazer um agrupamento de contratos dessa categoria e aplicar um mesmo percentual de reajuste. A lógica por trás dessa determinação é de que o índice de reajuste calculado seja balanceado (ANS, 2021b).¹³

2.2.3 Reajustes de preços por mudanças de faixa etária

Dentre as determinações do marco regulatório, foram criadas regras que previam que a única forma de discriminação de preços seria via diferença de idade entre os beneficiários, que se daria a partir da criação de categorias de 0-18 anos; 19-23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 59 anos; 59 anos ou mais (LEANDRO, 2010).¹⁴

Assim, os reajustes por faixa etária mudam em função da data de contratação dos planos que devem estar expressos na hora da contratação, diferente do reajuste anual que é devido à variação de custos determinada pela ANS. Pessoas mais velhas geralmente demandam mais serviços de prestação de saúde e o custo de exames

¹³ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>

¹⁴ A lei inicialmente previu a distribuição entre diferentes faixas etárias como disposto em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>

complementares e internações de pessoas idosas (com mais de 59 anos) costuma ser seis vezes maior, podendo ter uma diferença ainda mais marcante nos demais atendimentos, como o ambulatorial. A lógica por trás da correção da mensalidade nos planos conforme a idade dos beneficiários é o de compatibilizar o valor pago pelos beneficiários ao seu grupo de risco, o que permite que haja um mutualismo entre pessoas com uma mesma idade. Como alguns beneficiários podem ter menos necessidades que outros, isso faz com que aqueles que menos precisam paguem pelos que demandam mais serviços de saúde (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

A ANS também estabeleceu, a partir da Resolução Normativa (RN nº 63) de 2003, que o valor fixado para a faixa etária referente aos idosos, ou seja, pessoas com 59 anos ou mais, não pode ser maior do que seis vezes o valor da faixa referente aos beneficiários entre 0 e 18 anos (ANS, 2021). Isso significa que, como a diferença no custo para as operadoras entre a primeira e a décima faixa é maior do que seis vezes, os idosos são auxiliados no financiamento de sua mensalidade pelos mais jovens, por conta da sua relação custo-risco menor (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

2.2.4 Metodologia Antiga para reajuste nos preços de planos individuais/familiares

De 2000 até 2018, a ANS utilizou como metodologia para o cálculo no reajuste dos planos individuais alguma medida que tivesse como referência o reajuste aplicado pelas operadoras nos planos coletivos com ao menos 30 beneficiários dos últimos doze meses. “No reajuste de 2008-09 e 2009-10, utilizou-se a tri média, de 2017-18 e 2018-19, aplicou-se a moda e, nos demais períodos, a média ponderada sobre os reajustes dos planos coletivos”. Segundo a Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME, a lógica por trás dessa metodologia envolvia o modelo *Yardstick Competition*, que “consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes a fim de estabelecer um parâmetro para que as firmas reguladas possam ser avaliadas”. Isso implica que a ANS entendia que o reajuste aplicado no mercado nos planos coletivos refletia a variação dos custos médico-hospitalares das operadoras; e que essa variação de custos dos planos coletivos deveria ser a mesma no caso dos planos individuais. (BRASIL, 2020).

Essa metodologia, por sua vez, era bastante polêmica, pois considerava no reajuste dos planos individuais apenas a variação de preços dos planos coletivos e não a variação nos seus custos. Havia a possibilidade de que as operadoras negociassem entre si para alterar os resultados e, também, o acesso a informações sobre os custos das firmas era difícil (Nota técnica; Brasil; 2008). Além disso, uma série de outras limitações foram apontadas:

Defasagem temporal entre o período de apuração e de aplicação do reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo, com estimativa do impacto de mudanças no rol estabelecido pela ANS de procedimentos cobertos;

Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência, uma vez que apenas a ANS tinha acesso aos dados, e imprevisibilidade);

Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual. A Agência apontou que as diferenças existentes entre os mercados de planos individuais e coletivos dificultam sua comparação direta, ressaltando que o modelo *Yardstick Competition* se adequa melhor no mercado em que os produtos são mais semelhantes;

Risco de vício estrutural (variações imprevistas – positivas ou negativas – por não se basearem nas variações de custos médico-hospitalares, apesar de a variação do preço dos planos coletivos ser evidentemente influenciada por tais custos): as diferenças entre variações de custos médico hospitalares entre coletivos e individuais podem gerar distorções no mercado, desincentivando a comercialização caso os reajustes autorizados sejam inferiores à variação observada e criando poder de mercado em detrimento do consumidor caso o reajuste seja superestimado.¹⁵

Cechin, Alves e Almeida (2016) argumentam que o controle de preços de planos de saúde individuais pela ANS não é adequado na medida em que ignora parte relevante da história brasileira e mundial. Para os autores, experiências passadas indicam as consequências negativas desse tipo de política, que muitas vezes resultou em falta de mercadorias, qualidade de serviços mais baixa, existência de mercados paralelos e menores investimentos. Entre diversos exemplos, os autores resgatam a experiência do Plano Cruzado de 1986, que teve como proposta o congelamento de preços e salários com o intuito de conter a inflação e, conseqüentemente, levar uma moeda mais estável. Para os autores, essa estabilidade gerada a curto prazo teria permitido à população um maior poder de compra, sobretudo, à camada mais pobre e levou a uma aceleração no

¹⁵ Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME

consumo. Como os preços estavam desalinhados, a produção no país perdeu força e, com isso, veio a escassez de produtos. Nesse contexto, surgiram os mercados paralelos e a volta da inflação.

Em diversos outros exemplos ao longo da história, Cechin, Alves e Almeida (2016) notam que o que é similar em políticas de congelamento de preços é o fato de que o ônus sempre recai sobre os cidadãos, até mesmo quando essa medida é coberta com dinheiro público. No caso do controle exercido pela ANS, como os beneficiários são os fornecedores de recursos no segmento, quaisquer consequências negativas dos reajustes acabariam justamente por impactá-los.

Além disso, Cechin, Alves e Almeida (2016) argumentam que outro problema da política de monitoramento de preços e sua metodologia é que ela desconsidera o fato de que uma grande parte dos custos para as operadoras está fora de seu controle e até mesmo da própria ANS. Isso ocorre uma vez que

Há muitas distorções que pressionam os custos da saúde. Inovação tecnológica adotada sem disciplina; ampliação sem critérios das “coberturas” obrigatórias; remuneração da assistência médica pela quantidade de procedimentos realizados; e valoração dos serviços hospitalares segundo margem de lucro sobre preços de materiais e medicamentos usados são algumas delas. Essas devem ser o foco de ações que visem à sustentação do setor. O controle de preços é sempre uma ilusão, não importa o setor em que é aplicado, por mais necessário que possa parecer. (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016, p. 142).

Assim, o reajuste imposto anualmente pela ANS seguindo a metodologia utilizada até 2018 era um índice de despesas e não de preços e, portanto, levava em consideração a variação de preços dos serviços atrelados à saúde e mudanças na frequência de utilização desses serviços pelos beneficiários. Isso significava que, muitas vezes, o reajuste imposto não era capaz de suprir integralmente o aumento das despesas assistenciais per capita que são significantes. Como existem diversas deformidades no setor que levam a um aumento nos custos associados à saúde, e os reajustes não impactam justamente esses fatores, a política da ANS acabava por gerar um “descasamento entre receitas e despesas” para as operadoras (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

Cechin, Alves e Almeida (2016) também comparam os reajustes aplicados pela ANS, com o IPCA, às despesas operacionais *per capita* e a Variação de Custos Médico-

Hospitalares (VCMH)¹⁶ acumulados entre os anos de 2007 e 2016. O fato de o VCMH acumulado no período de 228,5% e as despesas assistenciais per capita de 158,7% estarem acima dos reajustes acumulados pela ANS de 115,4% e o IPCA de 74,7% seria um indicativo de que as operadoras estariam com margens e investimentos comprimidos em função da dificuldade de repassar os seus custos para os seus preços. Seria muito mais efetivo, portanto, que as intervenções da ANS agissem no sentido de conter os crescentes aumentos de custos do setor.

Controlar os reajustes de planos celebrados entre empresas não nos parece ser iniciativa que propiciará aos consumidores melhores condições de preço e contratação de planos de assistência à saúde. Muito pelo contrário, os efeitos da excessiva intervenção nas relações privadas podem ser nefastos, e esta grande parcela de beneficiários que hoje tem disponível a garantia de assistência suplementar à saúde (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016, p. 154).

Ao investigar as consequências econômicas do controle exercido pela ANS, Hu e Maciel (2021) também reconhecem seus efeitos negativos para a sociedade, pois, para os autores, como qualquer regulação de preços, ela pode gerar distorções caso cause um descasamento entre receitas e custos. Aplicando sua visão em um modelo de oferta e demanda, Hu explica que, quando uma operadora de saúde tem a percepção de que os reajustes não serão capazes de cobrir integralmente os custos mais altos da sinistralidade, ela toma duas possíveis decisões: (i) aumentar os preços dos planos antecipadamente no momento em que são contratados pelos beneficiários visando compensar períodos em que os reajustes são insuficientes; ou (ii) reduzir a oferta de planos individuais, saindo do setor, ou limitando sua oferta a apenas planos coletivos. Como resposta às decisões tomadas pelo lado da oferta, os beneficiários podem agir de duas maneiras diferentes: (i) consumir apenas planos individuais de preços mais baixos, ou seja, que possuem uma rede de atendimento menos ampla ou que paga menores reembolsos ou; (ii) ficando restrito apenas à restrição de serviços do SUS sem consumir planos de saúde.

¹⁶ “O índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar do IESS – VCMH/IESS– expressa a variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. A amostra utilizada para o cálculo do índice VCMH representa aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país” (IESS, 2022). Disponível em: <https://www.iess.org.br/vcmhiess>

Em qualquer um dos dois contextos, Hu e Maciel (2021) entendem que haveria a geração de peso morto e, conseqüentemente, perda de bem-estar social, por conta de contratos que deixam de ser prestados, de beneficiários que deixam de consumir planos individuais e pela existência de indivíduos que pagam mais caro pelo seu plano de saúde.

Hu e Maciel (2021) também desenvolveram um modelo econométrico com dados em painel com efeitos aleatórios para o período de 2013 a 2016, para buscar entender de que forma os efeitos de controle de preços da ANS impactaram no número de contratos de planos individuais no país, que será melhor explicado posteriormente. Os autores concluíram que o fato de os reajustes de preços máximos impostos pela ANS terem ficado constantemente abaixo da VCHM teriam levado à redução no número de beneficiários de planos individuais observada nos anos seguintes. É a partir disso que entendem que a regulação nesse mercado acaba por ser prejudicial para o bem-estar social.

2.2.5 A nova metodologia para reajuste nos preços de planos individuais/familiares

Diante das críticas mencionadas ao modelo de reajuste dos planos, foi determinado em dezembro de 2018, uma nova metodologia para o cálculo, a qual se baseou no modelo de *Value Cap* moderado a partir de despesas assistenciais e não assistenciais. Foram excluídas as diferenças nas receitas por variação na faixa etária dos beneficiários e as despesas assistenciais passaram a ser corrigidas a partir de um índice geral de preços (BRASIL, 2020).

Segundo a nota técnica Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME, a nova fórmula para o cálculo de reajuste nos planos individuais é: **IRPI = 80% x IVDA + 20% x IPCA Exp.** (BRASIL, 2020). Sendo:

IRPI = o índice de reajuste máximo dos planos individuais.

IVDA = o índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98.

IPCA Exp = Índice de Preços ao Consumidor Amplo excluindo o subgrupo de Serviços de Saúde.

O IVDA, por sua vez, é calculado por:

$$\text{IVDA} = \left[\left(\frac{1+\text{VDA}}{1+\text{VFE}} \right) - 1 \right] - \text{FGE}$$

Sendo:

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos Planos dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656/98;

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais;

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

A VDA é calculada por:

$$\text{VDA}_{ita} = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\left(\frac{\text{DA}_{ita}}{\text{BEN}_{ita}} \right)}{\left(\frac{\text{DA}_{ita-1}}{\text{BEN}_{ita-1}} \right)} \right) \times \left(\frac{\text{BEN}_{ita}}{\text{BEN}_{total\ ta}} \right)$$

Sendo:

i = Operadora i;

t = último trimestre com dados disponíveis do Documento de informações periódicas das Operadoras de Planos de Saúde do ano de cálculo do reajuste;

a = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais;

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98, acumulados em 12 meses até o trimestre t do ano a da Operadora;

BEN = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 da Operadora;

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

Para o cálculo do FGE, por sua vez, é necessário:

1. Classificar em ordem crescente o conjunto de valores de VDA por uma operadora em um ano, utilizando a base de cálculo da média ponderada da VDA;
2. Identificar o terceiro quartil (Q3), que representa os maiores 25% valores de VDA;

3. Calcular as distâncias entre a VDA das operadoras que estão acima desse terceiro quartil;
4. Ponderar as distâncias das operadoras acima do Q3, a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Distância ano } a = \sum_{i=1}^n (VDA \text{ OPS } i - \text{Valor do Q3}) \times \left(\frac{\text{quantidade de beneficiários da OPS } i}{\text{Total de beneficiários da Amostra}} \right)$$

Sendo:

VDA OPSi = Variação das despesas assistenciais da Operadora i com VDA acima do 3º quartil.

Calcular a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano.

5. Calcular a média geométrica dos quatro períodos. O cálculo da média objetiva torna o fator mais estável, com previsão de revisão a cada quatro anos.

Por fim, o cálculo do VFE é feito da seguinte forma:

$$\text{VFE} = \frac{\text{Receita per Capita no período 2}}{\text{Receita per Capita no período 1}} - 1$$

Sendo:

Receita = multiplicação do número de beneficiários do período "1" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária e o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária, a fim de calcular as receitas totais no período 1 e no período 2; e

Receita per capita = divisão do total da receita pelo número total de beneficiários de cada período.¹⁷

A nova metodologia apresentou, portanto, uma evolução, na medida em que, para seu cálculo, passaram a ser utilizadas informações referentes ao conjunto de operadoras que atuam com planos individuais. Portanto, ela reconhece que, dadas as diferenças entre os planos coletivos e individuais, os dois produtos não são suficientemente comparáveis para a determinação do reajuste (BRASIL, 2020).

Ainda assim, segundo Renato Casarotti, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde, o setor de saúde suplementar é contrário a essa nova fórmula de reajuste de planos individuais. Como a metodologia leva em conta as despesas de todas

¹⁷ Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME (BRASIL, 2020).

as operadoras, ela favorece aquelas empresas que possuem uma rede de assistência própria, ou seja, aquelas que são verticalizadas, uma vez que o aumento de seus custos seria menor do que a média do reajuste. Assim, as operadoras que atuam por meio de redes credenciadas são prejudicadas, pois não são capazes de repassar integralmente o seu aumento de custos para os preços de seus planos individuais. Isso tem levado muitas empresas de rede aberta a pararem de comercializar esse tipo de plano. A forma de calcular o reajuste de planos individuais criou, portanto, uma escassez na oferta deste tipo de plano, principalmente no caso das operadoras que atuam por meio de rede aberta, já que é um produto que se torna deficitário muito rapidamente (ABRAMGE, 2022)¹⁸.

Na visão da Abramge,

Apesar da fórmula de reajuste ser justa aos usuários, ela não leva em consideração a variação das despesas entre as operadoras, chegando a uma média do valor. O ideal seria regular o reajuste por operadora. “Vamos imaginar que a agência está balizando o índice de 15%, e a operadora está tendo uma variação de despesa de 20%. Ela não consegue recompor. Essa carteira acaba se tornando insustentável, e precisa ter uma saída. Você tem uma carteira deficitária, o que fazer com ela? Isso vai levar para uma insolvência da carteira e da operadora a longo prazo (ABRAMGE, 2022).¹⁹

Diante das críticas à intervenção da ANS no reajuste de preços, também é importante dar luz aos argumentos que são favoráveis à intervenção do Estado no mercado de saúde suplementar. Na interpretação de Vieira (2016), Arrow (1963) entende que as diversas falhas no mercado de saúde seriam relevantes para justificar a presença e intervenção do Estado no setor, na medida em que este não poderia ser interpretado como um modelo competitivo comum.

Entre as características incomuns desse mercado de cuidados médicos está a natureza da demanda, que é irregular, imprevisível e está associada com uma possibilidade considerável de danos à integridade pessoal. Além disso, o fato de os cuidados médicos pertencerem a uma categoria de commodities em que o produto e a atividade são exatamente iguais e em nenhuma hipótese o consumidor é capaz de testar o produto antes de consumi-lo, o elemento da confiança se torna extremamente

¹⁸ Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/planos-de-saude-terao-reajuste-superior-a-15-diz-abramge/>

¹⁹ Fala do superintendente executivo da Abramge, Marcos Novais, 2022. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/reajuste-dos-planos-de-saude-individuais-tera-valor-recorde-em-2022/>

relevante. Nesse contexto, o comportamento do médico deveria ser guiado por uma preocupação com o bem-estar do consumidor, diferentemente do que aconteceria em uma relação comercial comum. É importante mencionar, também, que a incerteza referente à qualidade do produto é importante, pois o conhecimento do médico é muito superior ao do paciente e, portanto, as informações são assimétricas entre as duas partes (ARROW, 1963).

No segmento de seguro de saúde, os custos dos cuidados médicos não são inteiramente determinados pelas doenças sofridas pelos indivíduos, mas sim, em grande parte, pelas decisões tomadas pelos médicos. Nesse sentido, o relacionamento profissional entre os médicos e pacientes limitaria o risco moral, na medida em que os primeiros atuariam como um agente controlador em nome do segurador e poderiam ter incentivos, por exemplo, de recomendarem medicamentos mais caros. Desse modo, para Arrow (1963), como o seguro elimina o incentivo dos beneficiários e médicos da busca por melhores preços na prestação de serviços de cuidados médicos, a necessidade do controle de terceiros é reforçada, dado que as forças de mercado seriam substituídas pelo controle institucional direto (ARROW, 1963).

Em função dessas características únicas, Arrow (1963) indicou a necessidade de medidas que reduzissem as incertezas dos pacientes nos quesitos de previsibilidade e qualidade. Essas falhas apontadas teriam sido de extrema importância para as discussões referentes ao papel da intervenção do Estado no setor de saúde, que, respeitando as diferenças entre os sistemas de saúde dos Estados Unidos na época e do Brasil, podem ser extrapolados para o papel da ANS hoje (VIEIRA, 2016).

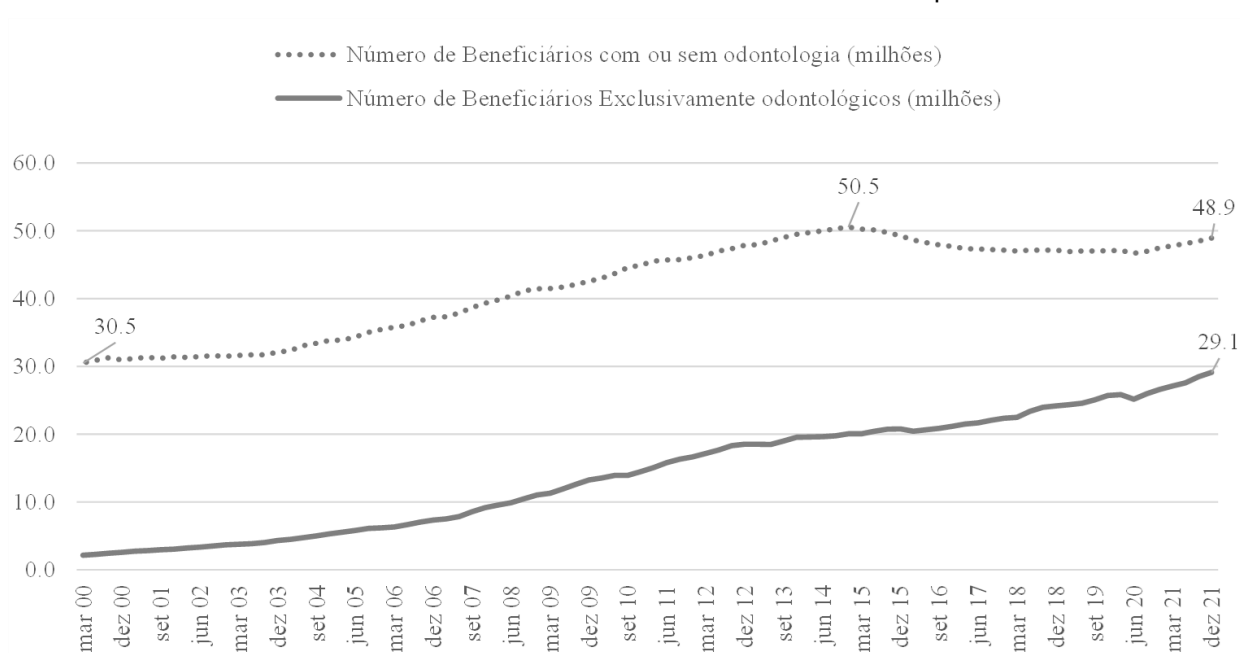
2.3 DADOS DO SETOR

De 2000 até 2010, o número de beneficiários de planos de saúde de assistência médica cresceu a uma taxa anual composta de 3,9%, sendo que, de 2010 a 2014, houve uma desaceleração nessa taxa, que foi de 3% no período. Dezembro de 2014 também representou o pico no número de beneficiários no Brasil, de 50.531.748 indivíduos. Esse número é 3,2% maior do que os 48.943.123 beneficiários registrados ao fim de 2021, o que indica uma queda anual composta de -0,5% entre 2014 e 2021. A maior parte dos

beneficiários até setembro de 2021 era coberta por planos de operadoras da modalidade de Medicina de Grupo e nota-se uma variação pouco expressiva na distribuição de beneficiários por modalidade de operadora nos últimos oito anos.

Além disso, o número de beneficiários com planos de saúde privados indica que, até fevereiro de 2022, 25,2% da população brasileira estava coberta por planos de saúde privados, sendo que esse valor já foi de 25,9% quando atingiu seu pico, em 2014 (Gráfico 2). Vale mencionar que a maior parte da taxa de cobertura se concentra nas capitais do país e o mercado é mais forte no Sudeste, com destaque para os Estados São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Gráfico 2 - Número de beneficiários no mercado de saúde suplementar



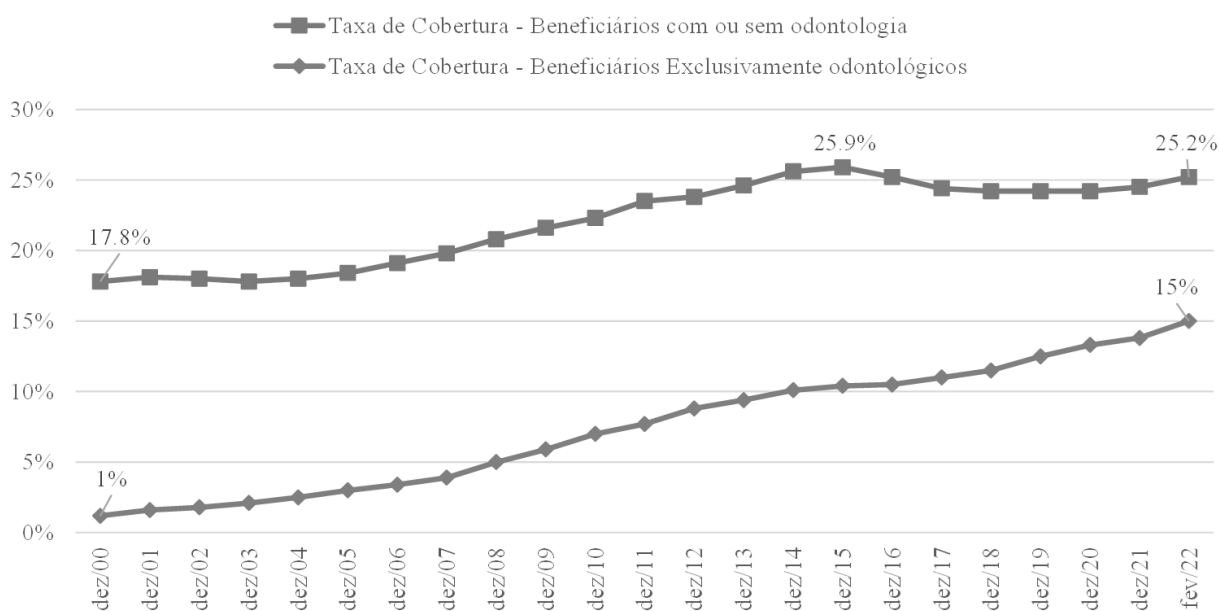
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar TABNET (maio/2022).

Tabela 1 - Número de Beneficiários de planos privados de saúde (2000-2021)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30,966,522	2,603,001
dez/01	31,420,006	3,062,681
dez/02	31,513,309	3,677,782
dez/03	32,074,667	4,325,568
dez/04	33,840,716	5,312,915
dez/05	35,441,349	6,204,404
dez/06	37,248,388	7,349,643
dez/07	39,316,313	9,164,386
dez/08	41,468,019	11,061,362
dez/09	42,561,398	13,253,744
dez/10	44,937,350	14,514,074
dez/11	46,025,814	16,669,935
dez/12	47,846,092	18,538,837
dez/13	49,491,826	19,561,930
dez/14	50,531,748	20,081,836
dez/15	49,279,085	20,780,720
dez/16	47,685,266	21,181,491
dez/17	47,159,669	22,340,697
dez/18	47,146,323	24,175,694
dez/19	47,073,481	25,707,631
dez/20	47,476,949	26,614,125
dez/21	48,943,123	29,111,443

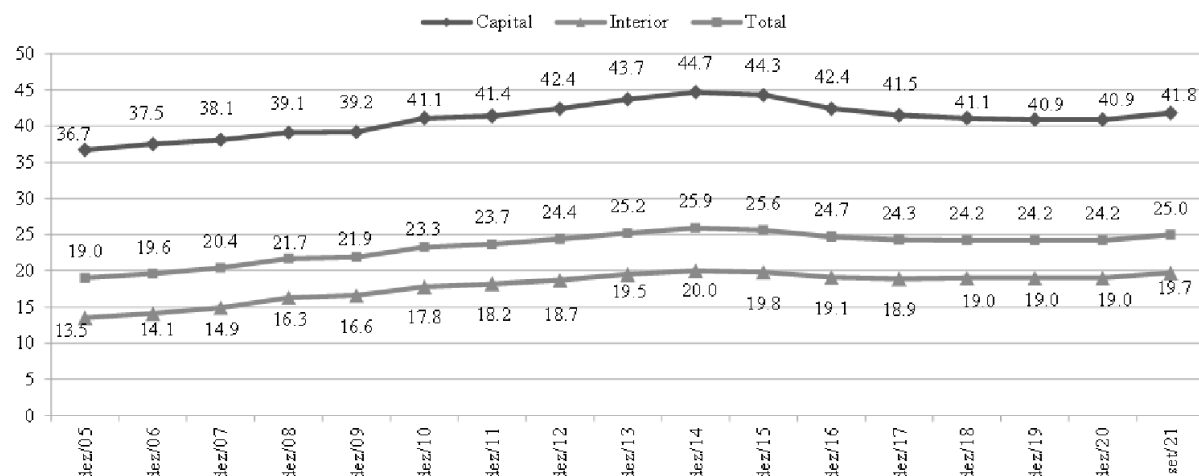
Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

Gráfico 3 - Taxa de cobertura de planos de saúde no Brasil



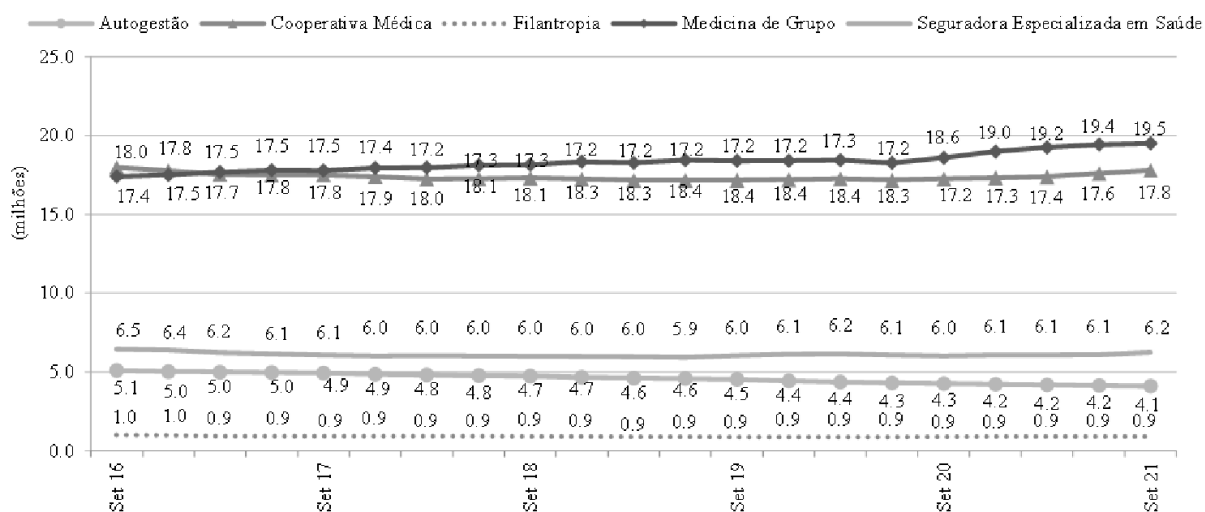
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar TABNET (maio/2022).

Gráfico 4 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização



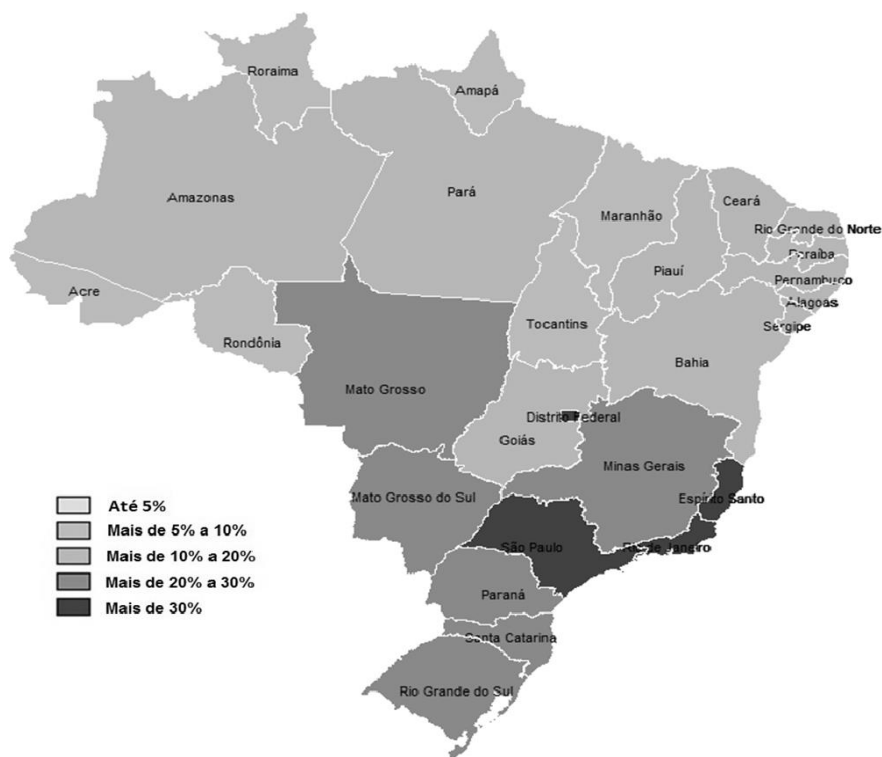
Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

Gráfico 5 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

Figura 1 - Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (setembro de 2021)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

Tabela 2 - Taxa de cobertura e localização, segundo grandes regiões e unidades da Federação

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Assistência médica com ou sem odontologia			
	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Brasil	25.0	41.8	36.7	19.7
Norte	11.1	24.6	23.8	5.1
Rondônia	9.7	19.3	0.0	6.0
Acre	5.6	10.9	0.0	1.1
Amazonas	15.7	29.8	0.0	0.6
Roraima	6.5	10.0	25.6	0.4
Pará	10.8	29.7	25.1	6.6
Amapá	8.9	12.2	10.9	4.1
Tocantins	7.9	22.9	0.0	4.9
Nordeste	12.6	33.8	27.7	6.6
Maranhão	7.0	26.8	22.2	3.3
Piauí	11.4	33.4	28.3	3.5
Ceará	14.8	36.5	30.1	6.0
Rio Grande do Norte	17.4	39.1	31.7	10.0
Paraíba	11.5	33.8	25.1	6.1
Pernambuco	15.3	40.0	27.9	10.1
Alagoas	11.8	29.6	25.8	4.1
Sergipe	15.2	40.1	31.7	5.7
Bahia	11.4	29.3	26.3	7.1
Sudeste	36.2	50.6	43.6	31.3
Minas Gerais	27.1	51.6	40.5	23.7
Espírito Santo	32.7	65.5	46.4	29.3
Rio de Janeiro	33.0	47.3	36.6	23.7
São Paulo	42.0	51.9	47.5	38.3
Sul	25.3	49.6	34.6	21.7
Paraná	27.8	55.4	41.3	22.2
Santa Catarina	24.2	45.9	29.2	22.6
Rio Grande do Sul	23.6	43.4	33.0	20.6
Centro-Oeste	22.9	36.6	29.7	15.2
Mato Grosso do Sul	24.4	31.2	0.0	21.2
Mato Grosso	20.4	44.0	36.2	15.2
Goiás	18.7	40.3	23.7	13.2
Distrito Federal	34.9	34.9	34.9	0.0

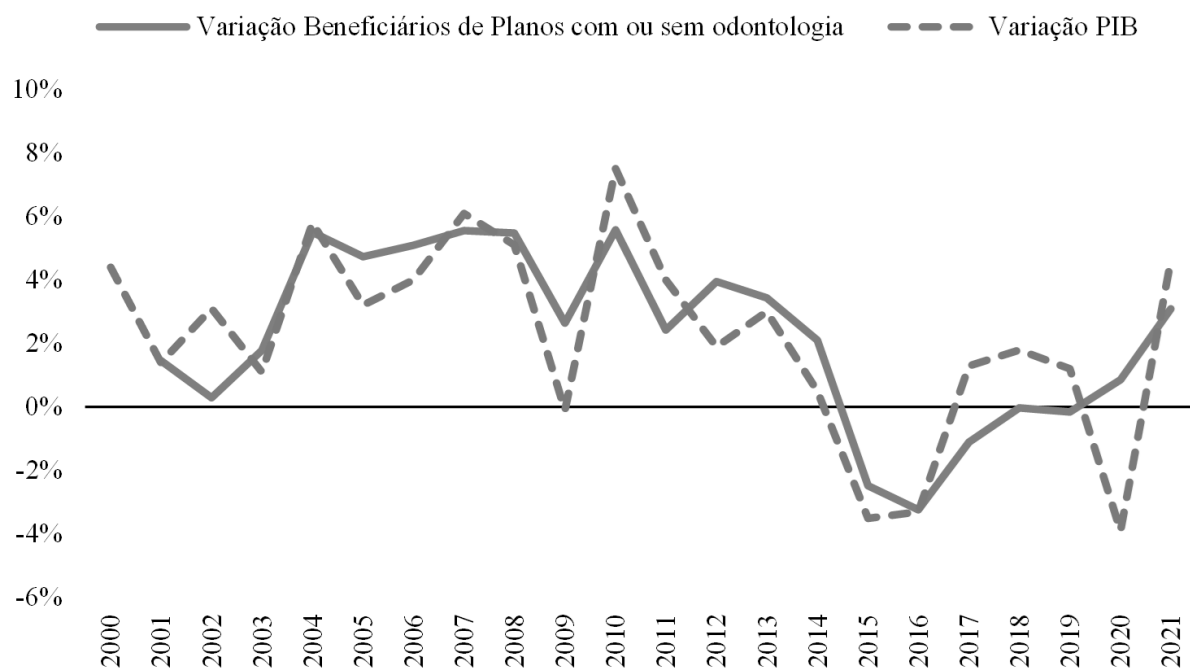
Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

É possível notar que grande parte do crescimento no número de beneficiários ao longo dos anos pode ser explicado pelas variações no produto interno bruto (PIB) do Brasil e pela quantidade de empregos formais. Hu e Maciel (2021) analisaram o coeficiente da demanda por planos de saúde e concluíram que o PIB *per capita* é a variável explicativa mais importante para a determinação no número de planos de saúde no mercado. Como a elasticidade do PIB per capita se mostrou maior que 1, concluiu-se que a demanda de planos de saúde é elástica com relação à renda das famílias.

Pode-se afirmar que os planos de saúde são bens de luxo para os padrões brasileiros, sendo que variações positivas na renda nacional aumentam mais que a procura por esse bem, proporcionalmente. [...] uma vez que o consumidor tenha a oportunidade de não depender somente do SUS como opção de acesso

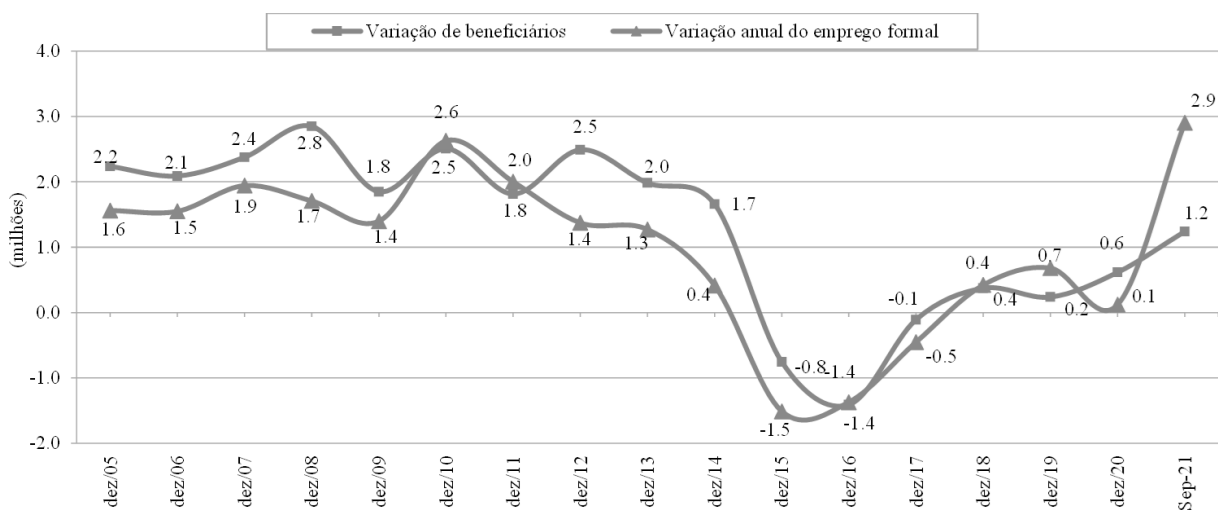
à saúde, ele o faz, mesmo que isso implique um dispêndio financeiro de sua parte. A opção de ter ou não um plano privado de saúde é limitada pela restrição orçamentária. (HU; MACIEL, 2021, p. 199).

Gráfico 6 - Variação no Número de beneficiários no Mercado de Saúde Suplementar e Variação do PIB



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar TABNET (2022, maio) e Ipeadata (março, 2022)

Gráfico 7 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

Como mencionado anteriormente, os planos de saúde privados são divididos seguindo o tipo de contratação. São eles os planos individuais, coletivos por adesão e coletivos empresariais. Em dezembro de 2021, os planos coletivos representavam 81,7% do total de planos vigentes de assistência médica, sendo o empresarial o mais relevante (68,8% do total) seguido pelo coletivo por adesão (12,9% do total). Os planos individuais, por sua vez, representaram 18,2% das contratações. É válido mencionar que ao longo dos anos os planos individuais foram perdendo sua relevância no total de contratações relativas aos planos coletivos empresariais, já que em 2000 representavam 34% dos planos vigentes. Hu e Maciel (2021) entendem que a queda sistemática no número de planos individuais na saúde suplementar é consequência dos efeitos da regulação no mercado que acaba por impactar tanto os consumidores quanto as operadoras de saúde. O controle exercido pela ANS no reajuste de preços de planos individuais acabaria inviabilizando a negociação do produto, uma vez que as operadoras abandonam o segmento por conta do descasamento entre receitas e custos. Além disso, muitos consumidores não teriam a capacidade de pagar pelos novos planos individuais que contam com preços mais elevados.

Gráfico 8 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação (dezembro 2021)

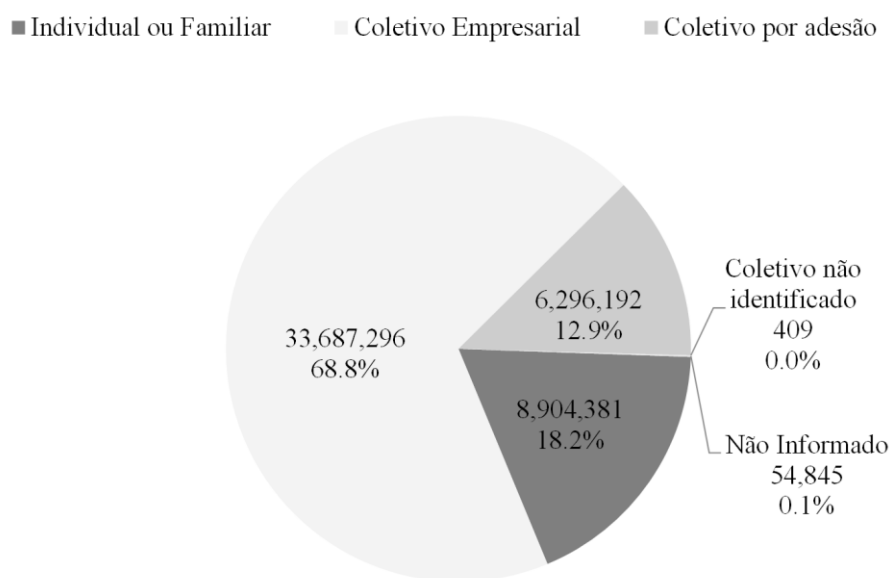
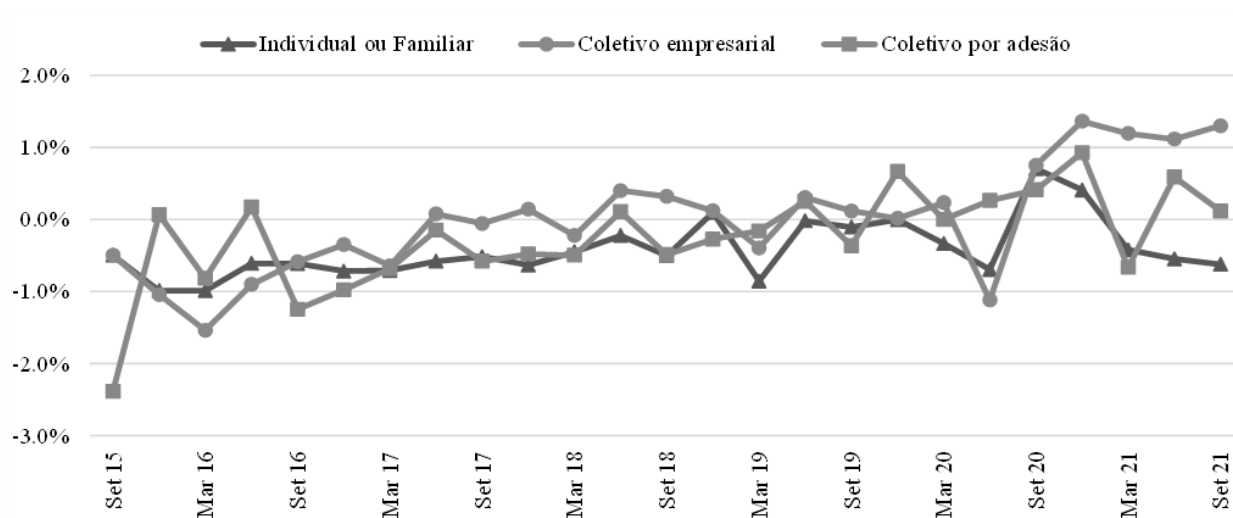


Gráfico 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação (dezembro 2021)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar TABNET (maio,2022)

Gráfico 10 - Taxa de variação trimestral no número de beneficiários por tipo de contratação



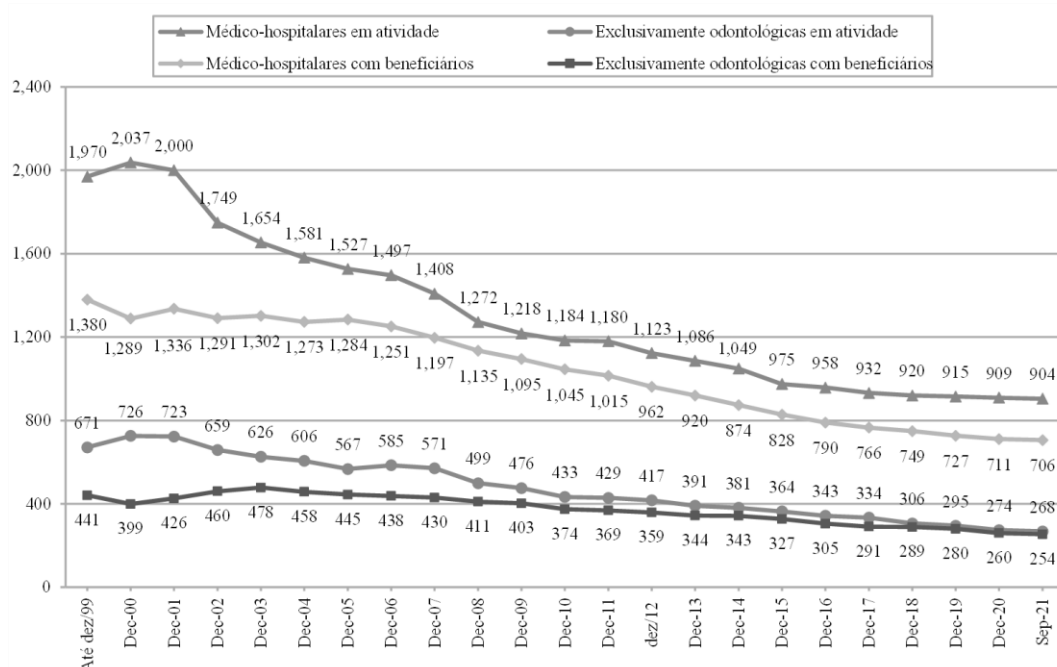
Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar – dezembro/2021

Nota-se uma redução no número de operadoras ativas no Brasil. Desde 1999 até setembro de 2021, a quantidade de operadoras médico-hospitalares com beneficiários reduziu 49%. Correio, Pinheiro e Monnerat (2021) atribuem essa queda às imposições regulatórias impostas pela ANS que são cada vez mais exigentes e, também, à

difficuldade na gestão gerencial e de custos dos planos de saúde. Os autores utilizam como exemplo as regras existentes para as novas concessões.

Enfatize-se que, desde a sua criação em 2000, a ANS passou a exigir das operadoras condições mínimas para proceder administrativamente seu registro, passando a se consolidar a redução no número de novas concessões. Dentre outras exigências legais e normativas, no viés econômico-financeiro, atualmente a operadora deve observância a: RN nº 159/2007 (dispõe sobre ativos garantidores); RN nº 206/2009 (dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido); RN nº 209/2009 (dispõe sobre as exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado, Margem de Solvência e Previsões Técnicas); RN nº 227/2010 (dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar); RN nº 290/2012 (dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS); IN Conjunta nº 5, de 2011 (dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de ressarcimento ao SUS)". (CORREIO, PINHEIRO E MONNERAT, 2021, p. 152).

Gráfico 11 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-setembro/2021)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar – dezembro/2021

Tabela 3 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-setembro/2021)

Ano	Médico-hospitalares em atividade	Exclusivamente odontológicas em atividade	Médico-hospitalares com beneficiários	Exclusivamente odontológicas com beneficiários
Até dez/99	1,970	671	1,380	441
Dec-00	2,037	726	1,289	399
Dec-01	2,000	723	1,336	426
Dec-02	1,749	659	1,291	460
Dec-03	1,654	626	1,302	478
Dec-04	1,581	606	1,273	458
Dec-05	1,527	567	1,284	445
Dec-06	1,497	585	1,251	438
Dec-07	1,408	571	1,197	430
Dec-08	1,272	499	1,135	411
Dec-09	1,218	476	1,095	403
Dec-10	1,184	433	1,045	374
Dec-11	1,180	429	1,015	369
dez/12	1,123	417	962	359
Dec-13	1,086	391	920	344
Dec-14	1,049	381	874	343
Dec-15	975	364	828	327
Dec-16	958	343	790	305
Dec-17	932	334	766	291
Dec-18	920	306	749	289
Dec-19	915	295	727	280
Dec-20	909	274	711	260
Sep-21	904	268	706	254

Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar – dezembro/2021

No período entre 2001 e 2021, as receitas de contraprestações das operadoras de saúde cresceram a uma taxa anual composta de 12,72%, enquanto as despesas operacionais cresceram a uma taxa superior, de 13,1%. Na comparação para a faixa de 2011 a 2021, essa diferença também aparece, com receitas crescendo a uma taxa anual composta de 11,21%, enquanto despesas cresceram a uma taxa de 11,67%. Se comparados os períodos de 2019 a 2021, que correspondem à vigência da nova metodologia para o cálculo de reajuste imposto pela ANS, essa diferença fica ainda mais clara, com receitas crescendo a uma taxa anual composta de 7,22%, ao passo que as despesas cresceram 9,07%.

Ao analisar o período de 2003 a 2014, Correio, Pinheiro e Monnerat (2021) entendem que o movimento de crescimento no rol de procedimentos determinados pela

ANS, contribui com a tendência de expansão das despesas assistenciais do setor. Cechin, Alves e Almeida (2016) também argumentam que as diversas falhas e distorções existentes no mercado levam a esse crescimento nos custos das operadoras e o controle exercido pela ANS nos reajustes de preços cria um descasamento entre as receitas e despesas dessas empresas. Os autores acrescentam que grande parte das novas tecnologias quando não custo-efetivas somado às mudanças demográficas da população brasileira também levam a maiores despesas assistenciais.

Novas tecnologias, materiais e medicamentos são redesenhados e ofertados no mercado com frequência e podem desempenhar um papel significativo no aumento da qualidade de vida e redução do sofrimento das pessoas. Entretanto, são muitas vezes caras e há escassez de evidências de custo-efetividade que auxilie o médico e o paciente na tomada de decisão. Além disso, o aumento das rendas associado às alterações no perfil demográfico e epidemiológico da população pressiona as despesas em saúde. A inovação na saúde é bem-vinda, mas requer avaliação antes da incorporação e diretrizes de utilização baseadas em evidências científicas para sua prescrição. Isso torna imprescindível a avaliação de tecnologias em saúde (ATS), considerando o critério de custo-efetividade, evitando a utilização de tecnologias que não dispõem de eficácia comprovada, de outras sem efeito ou com efeitos negativos e a não utilização de tecnologias realmente ineficazes. (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016, p. 145).

O mercado de saúde suplementar também é caracterizado pela assimetria de informações entre os prestadores de serviços, as operadoras e os beneficiários. Os prestadores possuem um conhecimento privilegiado com relação à saúde de seu paciente. Desse modo, no contexto em que a remuneração do provedor está atrelada à quantidade de serviços realizados, é possível que haja um incentivo no sentido de informar o paciente equivocadamente e levar a uma sobre utilização dos serviços para gerar mais lucros. Diante desse conflito, o uso excessivo de serviços médicos elevaria os gastos das operadoras (ANDRADE *et al.*, 2006; LEANDRO, 2010).

2.4 A PANDEMIA DE COVID-19

2.4.1 Medidas tomadas pela ANS

Os ocorridos relacionados à pandemia provocada pelo Sars-CoV-2 (novo coronavírus) na Europa geraram preocupações sobre a possibilidade de instabilidades

no setor de saúde suplementar brasileiro. Acreditava-se que a elevação nos índices de internação pudesse levar a uma sobrecarga nos serviços atrelados à assistência suplementar, assim como nas despesas assistenciais associadas a ele. O potencial impacto econômico sobre a população, em função das medidas de restrição, também poderia levar a um aumento substancial na inadimplência no pagamento da mensalidade de planos de saúde, culminando com a redução no número de beneficiários e desequilíbrios na organização público-privado do setor de saúde (SERRA *et al.*, 2020).

Foi nesse contexto de pandemia que a ANS passou a ser pressionada, tanto pelas operadoras e prestadores de saúde quanto pela sociedade. De um lado, a Agência era cobrada com urgência na tomada de decisões para enfrentamento do Covid-19, já que suas consequências poderiam ser muito impactantes para o setor.

Entre os pedidos, figuraram a flexibilização de regras prudenciais, garantia de receita mínima para rede, aumento de prazos para garantia de acesso à assistência à saúde, liberação da aplicação de multas, revisão de prazos processuais e de envio de informações regulatórias, atingindo, assim, diversos normativos vigentes da ANS. (SERRA *et al.*, 2020, p. 387-388).

Do outro lado, a população buscava respostas à garantia de que os seus direitos com os planos de saúde fossem devidamente assegurados. A partir desse contexto, a ANS passou a adotar diversas decisões e medidas excepcionais visando ao combate à pandemia (SERRA *et al.*, 2020).

Desde 2020, as principais determinações e medidas implementadas pela ANS foram:

- Adesão obrigatória dos exames de Covid no Rol de Procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos de saúde. A decisão passou a valer a partir do 13/03/2020 (ANS, 2020a).²⁰
- Prorrogação, em caráter excepcional, dos prazos limite de atendimento e realização de procedimentos ou exames de caráter não urgente a partir do dia 26/03/2020. Além disso, os prazos de atendimento em regime de hospital-dia e atendimentos em regime de internação eletiva foram suspensos até o dia

²⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-inclui-exame-para-deteccao-de-coronavirus-no-rol-de-procedimentos-obrigatorios>

31/05/2020. A intenção da ANS foi de que “as operadoras priorizem a assistência aos casos graves da Covid-19 de seus beneficiários, sem prejudicar o atendimento aos demais consumidores, sobretudo àqueles que não podem ter seus tratamentos adiados ou interrompidos” (ANS, 2020b).²¹

- No dia 31/03/2020, flexibilizou normas prudenciais para garantir a disponibilidade de recursos para as operadoras de saúde a partir de duas medidas: (i) antecipação no congelamento de exigência de capital, estabilizando as margens de solvência em 75% para as operadoras que se encontram em constituição escalonada, com o intuito de conferir maior liquidez ao setor; (ii) adiamento de novas exigências de provisões de passivo, que deveriam liberar cerca de R\$1,7 bi para as operadoras. Também no mesmo dia, a ANS viabilizou a utilização e implementação da telemedicina no setor (ANS, 2020).²²
- No dia 08/04/2020, implementou novas medidas que visam à flexibilização de mais R\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores a partir da (i) retirada de exigência de ativos garantidores de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar; (ii) possibilidade de movimentar os ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) e; (iii) redução da exigência da Margem de Solvência para 75% também para as seguradoras especializadas em saúde e operadoras que não estão em fase de escalonamento (ANS, 2020).²³
- Inclusão de mais seis exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento do vírus, no rol de procedimentos obrigatórios no dia 27/05/2020 (ANS, 2020).²⁴

²¹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-adota-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19>

²² Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>

²³ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-flexibiliza-uso-de-mais-de-r-15-bilhoes-em-garantias-financeiras-e-ativos-garantidores>

²⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-inclui-mais-seis-exames-no-rol-de-coberturas-obrigatorias-para-auxiliar-na-deteccao-do-novo-coronavirus>

- Prorrogação dos prazos de atendimento determinados até o dia 09/06/2020.²⁵ Os prazos regulares só foram restabelecidos e a prorrogação finalizada a partir do dia 10/06/2020 (ANS, 2020).²⁶
- Determinação da inclusão dos testes sorológicos no Rol de procedimentos obrigatórios (ANS, 2020).²⁷
- Suspensão de reajustes de planos de saúde por 120 dias, dos planos individuais e coletivos, a partir de setembro, determinada no dia 21/08/2020. A medida incluiu qualquer modalidade de reajustes.²⁸ Posteriormente, no dia 19/11/2020 foi determinado que o retroativo referente à suspensão deveria ser cobrado dos beneficiários em 12 parcelas mensais (ANS, 2020).²⁹

2.4.2 Primeira onda de Covid-19

A partir dos dados disponibilizados mensalmente pela ANS no Boletim Covid-19, é possível analisar os principais impactos da pandemia na utilização de serviços de saúde e suas consequências para as operadoras de saúde no período. Para Serra *et al.* (2020), até o final de 2020, os impactos da crise e cenário macroeconômico não atingiram as operadoras da forma inicialmente esperada. Isso se deu pois o distanciamento social teria levado a uma diminuição no número de procedimentos eletivos e busca de atendimentos médicos no período. A redução nos acidentes de trabalho, a menor ocorrência de outras doenças infectocontagiosas e, até mesmo, o medo de contaminação por Covid-19 teriam sido fundamentais para o efeito de redução de uso da rede hospitalar. Consequentemente, houve a queda na sinistralidade das operadoras de saúde durante o período, contribuindo para a manutenção do seu fluxo de caixa.

²⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-prorrogacao-de-prazos-de-atendimento-e-estendida-ate-09-06>

²⁶ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-restabelece-prazos-maximos-de-atendimento-da-rn-n-259>

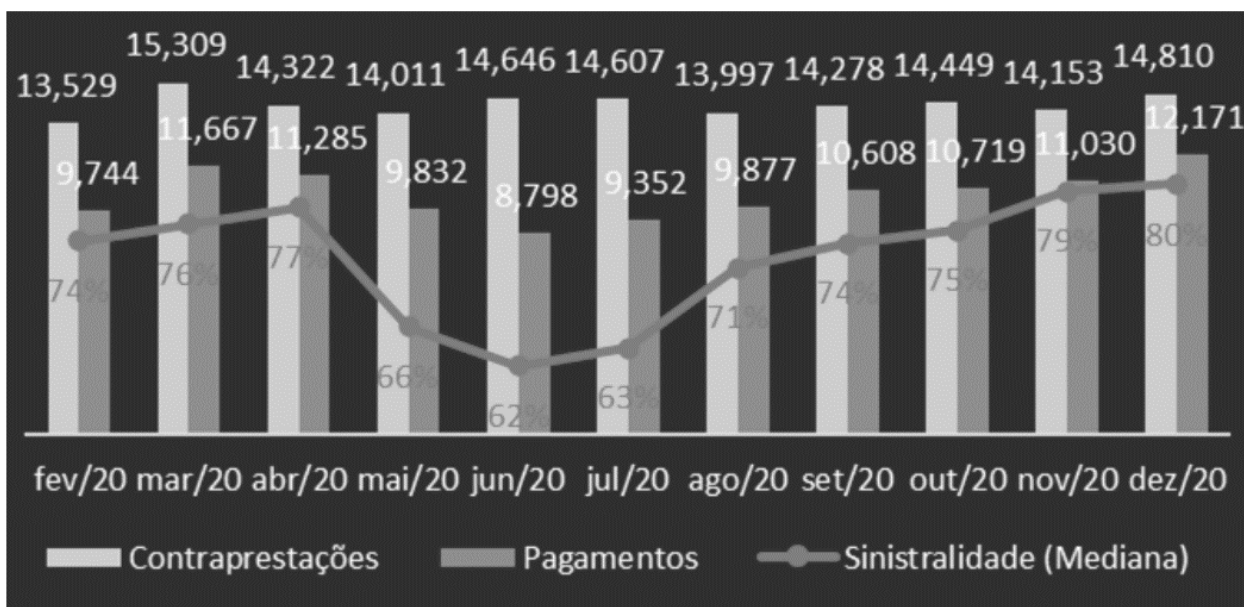
²⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/covid-19-ans-finaliza-analise-tecnica-e-determina-inclusao-de-teste-sorologico-no-rol-de-procedimentos>

²⁸ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-determina-suspensao-de-reajustes-de-planos-de-saude-por-120-dias>

²⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-define-que-recomposicao-do-reajuste-suspenso-em-2020-sera-parcelada-em-12-meses-2>

Além disso, Serra *et al.* (2020) entendem que a limitação orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) levou famílias e empresas a se esforçarem para garantir a manutenção de seus planos de saúde vigentes. Esse cenário teria contribuído para um contexto de tranquilidade no setor, já que os índices de sinistralidade e inadimplência durante o ano de 2020 se mantiveram em níveis inferiores aos da média histórica.

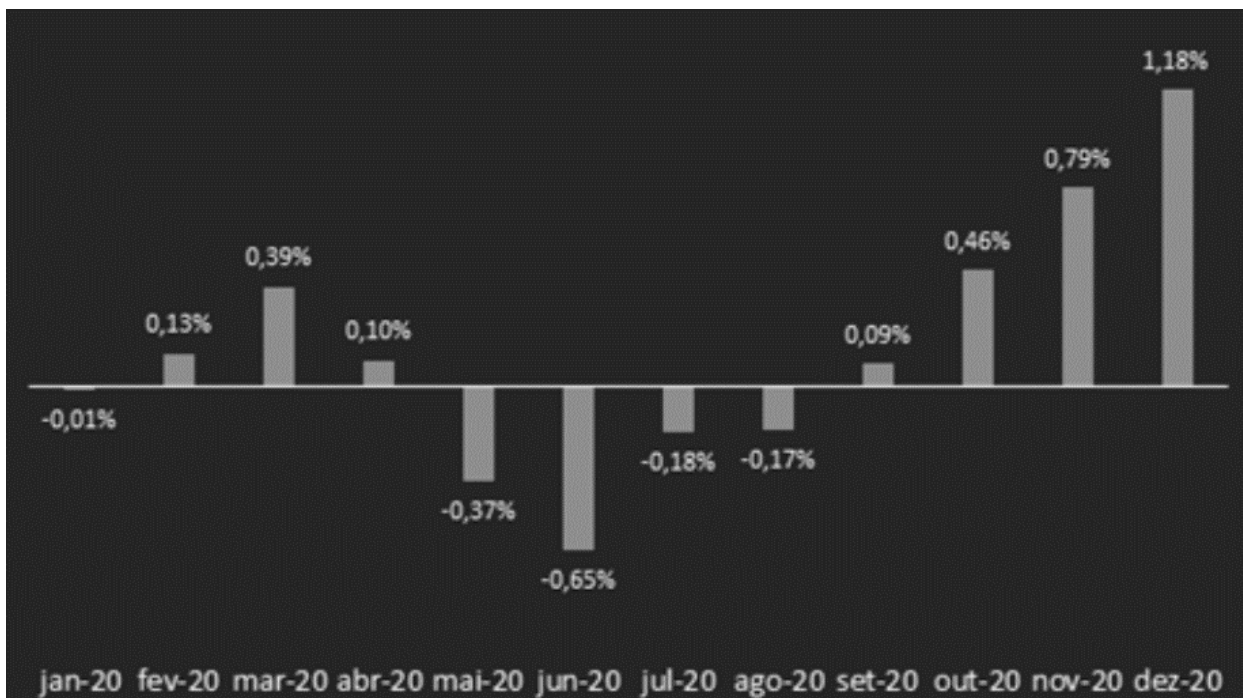
Gráfico 12 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações) e valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais (R\$ MM), com dados mensais



Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO

Em linha com a narrativa apresentada por Serra *et al.* (2020), é possível notar uma queda substancial da sinistralidade no caixa das operadoras de saúde durante o segundo e terceiro trimestres de 2020, que era uma das preocupações iniciais com a pandemia. Isso se deu pela redução no pagamento a fornecedores e prestadores de saúde com manutenção relativamente estável das contraprestações recebidas. Ao mesmo tempo, Serra *et al.* (2020) mencionam que, apesar da crise econômica e maiores índices desemprego no período, houve pouca variação no número de beneficiários durante os primeiros meses da pandemia.

Gráfico 13 - Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior

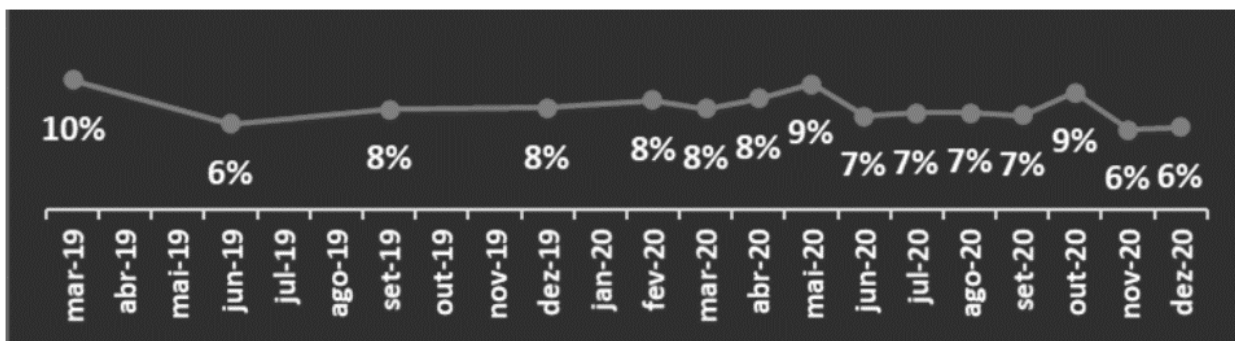


Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2021).

Quanto à inadimplência do setor, notou-se relativo controle durante o período de pandemia em 2020.³⁰

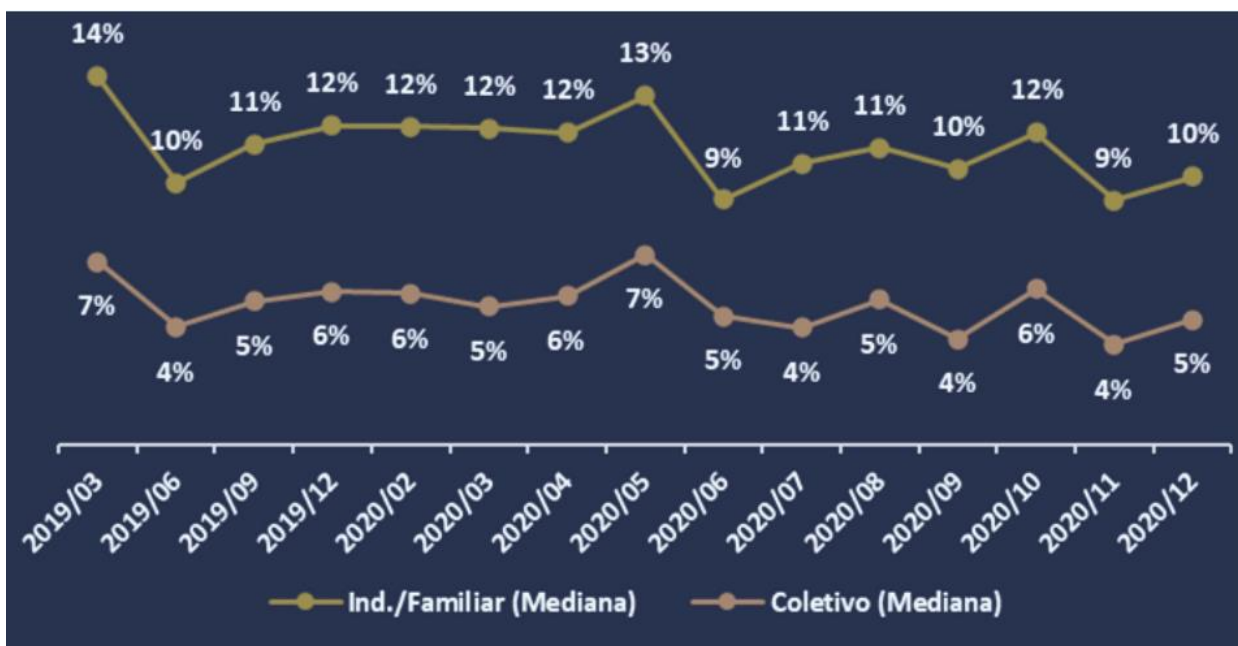
³⁰ “Destaca-se que em outubro, assim como em maio, foram identificados valores mais elevados de inadimplência, contudo, não impactando os valores de receitas com contraprestações apresentadas para o mesmo período. Logo, cabe o registro de que provavelmente uma quantidade maior de pagamentos ficou em aberto pelo fato de o dia 31/10/20 ser não útil (sábado), sendo feitos pagamentos no primeiro dia útil seguinte (02/11/20). Tal ponderação se confirma ao se observar o retorno do indicador nos meses de novembro e dezembro de 2020”. (NOTA TÉCNICA Nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO).

Gráfico 14 - Inadimplência mediana de planos com preço pré-estabelecido (apurada no mês de cobertura)



Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 15 - Inadimplência mediana de planos com preço pré-estabelecido (apurada no mês de cobertura– Por tipo de plano)

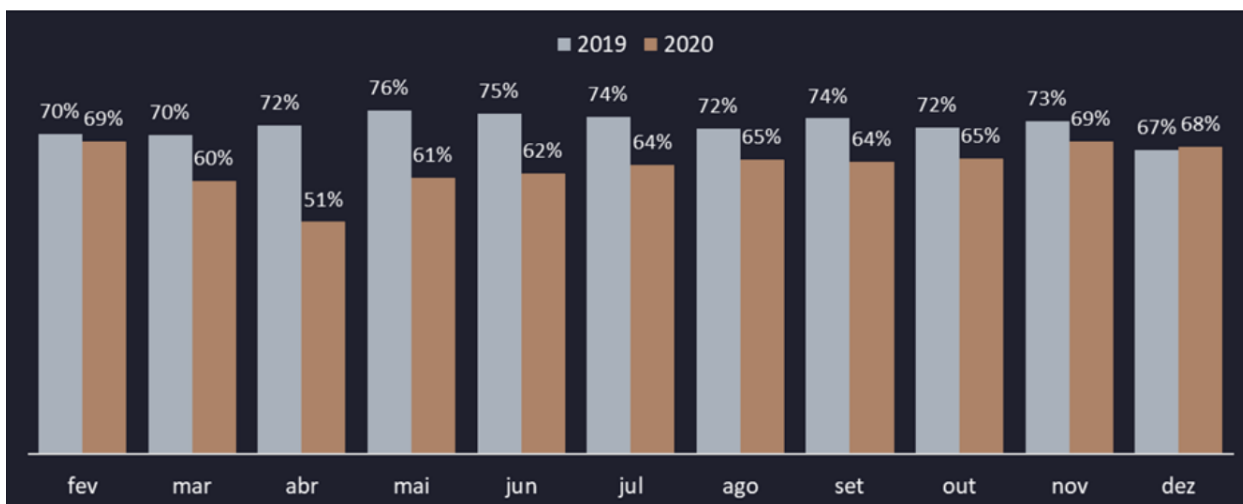


Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Outra maneira de avaliar os impactos da pandemia sobre as operadoras de saúde é por meio da análise de utilização dos serviços de saúde no setor. Ao longo de 2020 foi possível notar uma queda considerável na ocupação de leitos em geral, em comparação com os níveis de 2019, assim como na busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) (SERRA *et al.*, 2020; BOLETIM COVID-19).³¹

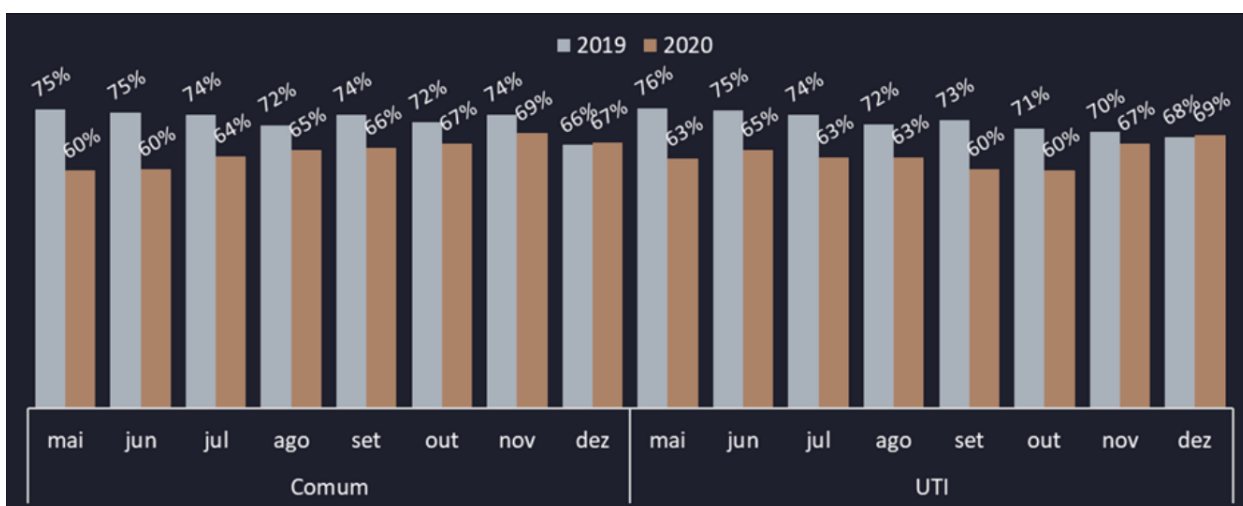
³¹ A SADT ajuda a compreender as dinâmicas de utilização de procedimentos eletivos para além do ambiente do hospitalar (Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME)

Gráfico 16 - Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



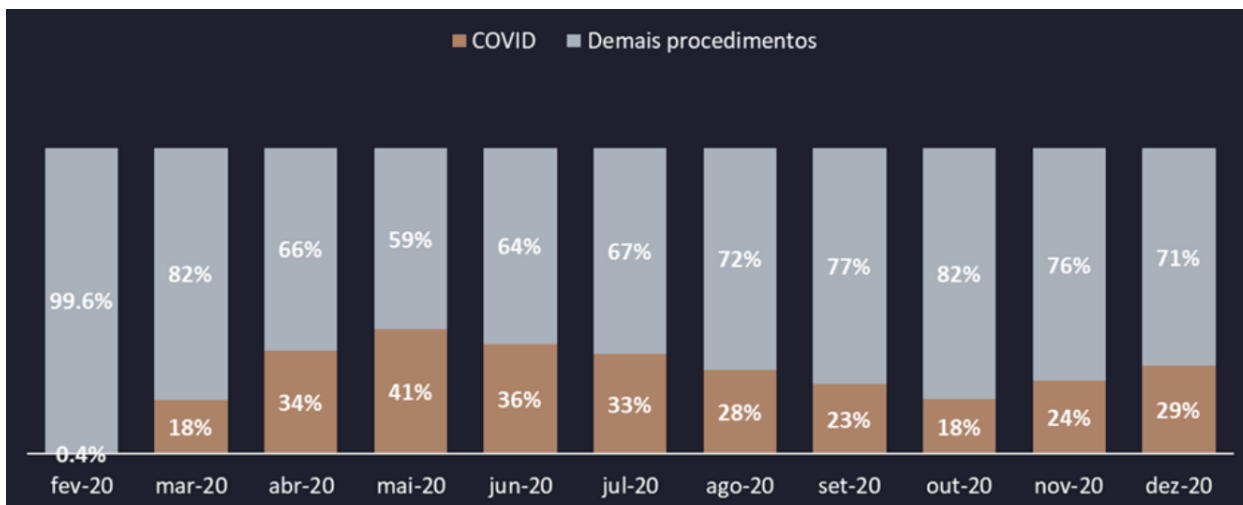
Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 17 - Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito



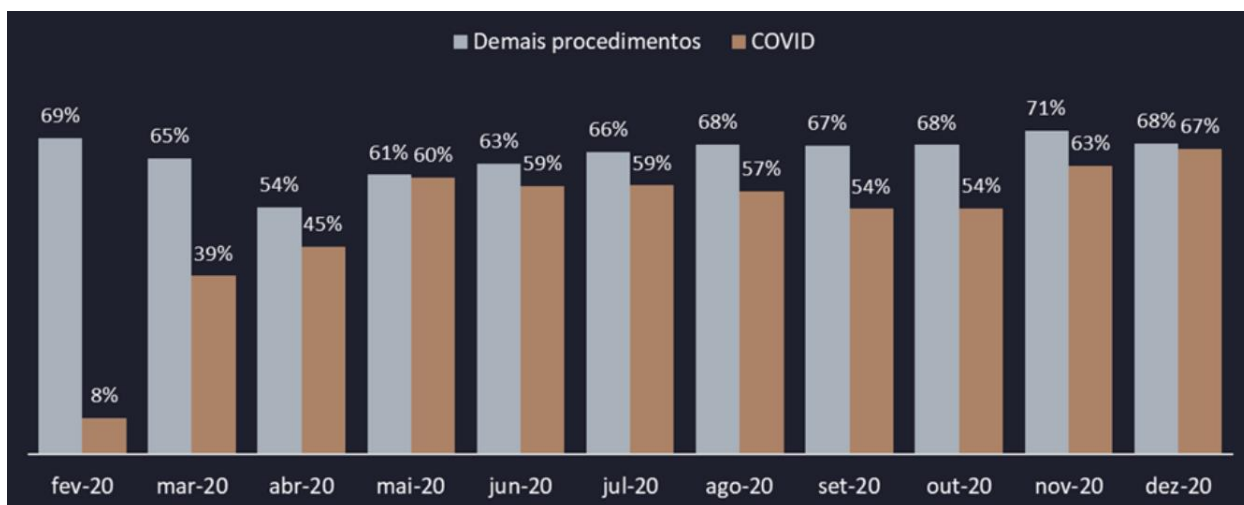
Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 18 - Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos



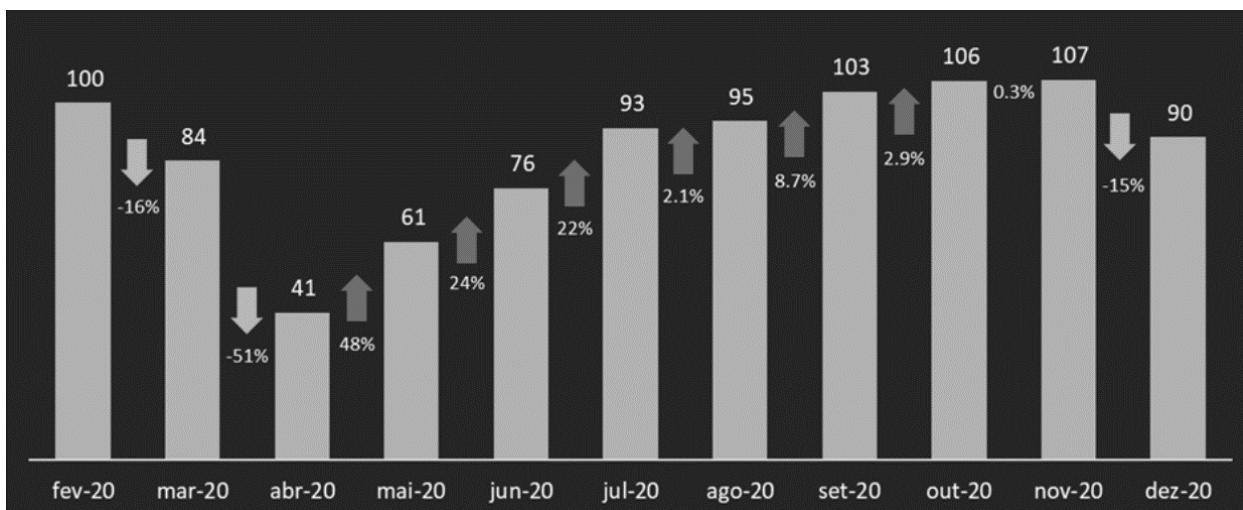
Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 19 - Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados à COVID-19 e demais procedimentos



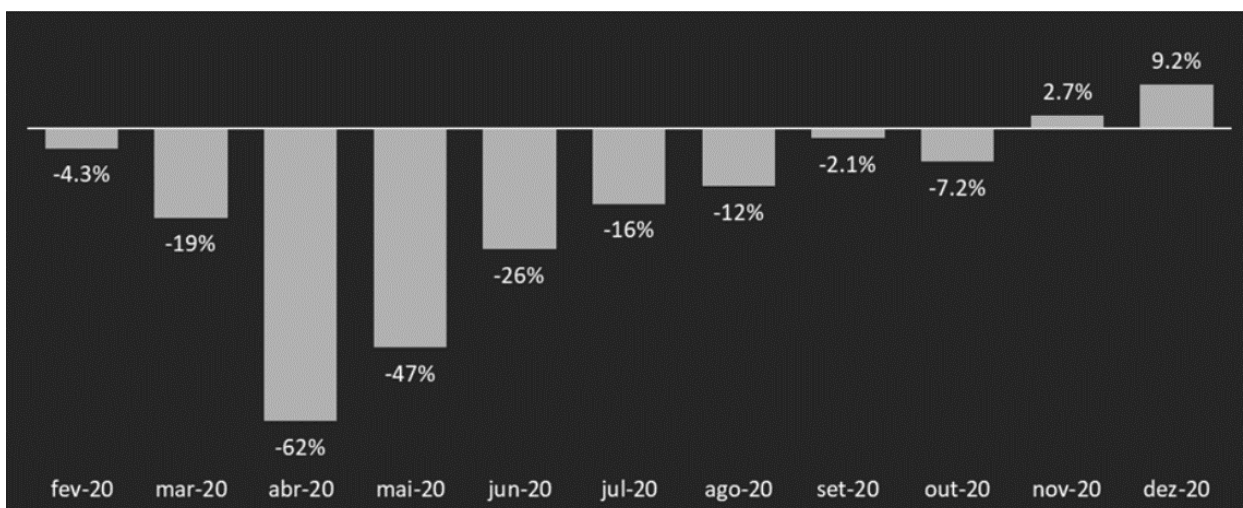
Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 20 - Índice de Variação Mensal de Autorizações Emitidas para SADT (fev-20 = 100)



Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 21 - Evolução de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período do ano anterior



Fonte: Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

2.1.3 O reajuste negativo sobre os planos de saúde individuais

Foi a partir da relativa tranquilidade no setor de saúde ao longo de 2020, como descrito por Serra *et al.* (2020), com redução na sinistralidade das operadoras, menores gastos com consultas e atendimentos ambulatoriais, que a ANS estabeleceu, em julho de 2021, que os planos de saúde individuais deveriam ficar 8,19% mais baratos. A

decisão foi tomada seguindo a fórmula da metodologia de cálculo imposta pela Agência em 2018 (Seção 2.2.5), sendo referente ao exercício das operadoras no ano anterior com data-base o mês de maio (BASILIO, 2021a).³²

O percentual de reajuste negativo aprovado foi consequência direta da queda nas despesas assistenciais das operadoras ao longo de 2020. Assim como mencionado por Serra *et al.* (2020), as medidas de isolamento sociais em função da pandemia de Covid-19 levaram a uma redução nos procedimentos não urgentes e, conseqüentemente, a uma redução nos gastos do setor com atendimento assistencial com consultas, internações e exames (ANS, 2021).³³ Entre 2019 e 2020, houve um recuo de -12,1% no número de consultas realizadas, -17,4% em outros atendimentos ambulatoriais, -14,6% em exames, -23,7% em terapias e -15,6% em internações. Em função dessa menor quantidade de atendimentos no período, as despesas assistenciais caíram 9,2% no período, o que justificaria uma queda no preço dos planos de saúde individuais (BASILIO, 2021b).³⁴

Apesar de o reajuste estar em linha com a fórmula imposta pela metodologia de cálculo determinada em 2018, houve a preocupação com a sustentabilidade das operadoras – principalmente das menores – diante do cenário que já se marcava em 2021 (Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME).³⁵ Isso porque a segunda onda da pandemia, em 2021, se mostrou maior do que a primeira em 2020, e os impactos sobre as operadoras de saúde também foram mais significativos (ALVARENGA, 2022).³⁶ Segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), à época, esse reajuste negativo poderia "condenar permanentemente a existência das operadoras de saúde e a continuidade dos planos", na medida em que as operadoras passaram por um período de grandes dificuldades no controle de custos naquele ano e teriam uma queda relevante

³² Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/07/08/ans-define-reajuste-negativo-dos-planos-de-saude-individuais-queda-sera-de-ate-819percent.ghml>

³³ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-percentual-negativo-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais>

³⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/07/08/entenda-por-que-a-ans-definiu-que-os-planos-de-saude-individuais-ficarao-mais-baratos-pela-primeira-vez.ghml>

³⁵ Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME

³⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/04/21/planos-de-saude-individuais-podem-ter-reajuste-recorde-em-2022-entidades-projetam-alta-perto-de-16percent.ghml>

nas receitas nos produtos individuais e familiares em função do exercício do ano anterior (BASÍLIO, 2021).³⁷

2.4.4 A segunda onda de Covid-19

Os gastos com despesas assistenciais das operadoras em 2021 superaram os de 2020, pois a segunda onda da Covid-19 foi muito maior do que a primeira e observou-se uma retomada nos procedimentos e atendimentos eletivos que haviam sido adiados no ano anterior. Como consequência, houve a elevação das taxas de ocupação nos hospitais no período. “Aquele começo foi confuso, ainda não tinha como estimar claramente o que aconteceria no custo da pandemia. No 1º momento houve uma queda de procedimentos, depois uma retomada muito grande” (ABRAMGE, 2022).³⁸

O setor também foi negativamente afetado por uma alta inflação mundial nos preços de materiais e insumos hospitalares e pela desvalorização cambial do real que acabou por encarecer equipamentos, medicamentos e materiais usados na prestação de serviços da saúde suplementar,³⁹ já que a saúde é um setor muito dependente da importação, principalmente de tecnologia (ABRAMGE, 2022).⁴⁰

Vale lembrar que continuamos enfrentando uma inflação global de material médico e medicamentos. Esses medicamentos podem ter ficado de 10 a 30 vezes mais caros durante a pandemia. Os materiais descartáveis ficaram muito mais caros e até hoje não normalizaram. Isso tudo teve um impacto importante no setor” (ABRAMGE, 2022).⁴¹

Segundo um levantamento da Abramge, em 2021, houve um crescimento anual recorde de 23,9% nos custos dos planos de saúde, ao passo que as receitas das

³⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/07/08/ans-define-reajuste-negativo-dos-planos-de-saude-individuais-queda-sera-de-ate-819percent.ghtml>

³⁸ Trecho da entrevista com o Presidente da Abramge, Renato Casarotti, disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/planos-de-saude-terao-reajuste-superior-a-15-diz-abramge/>

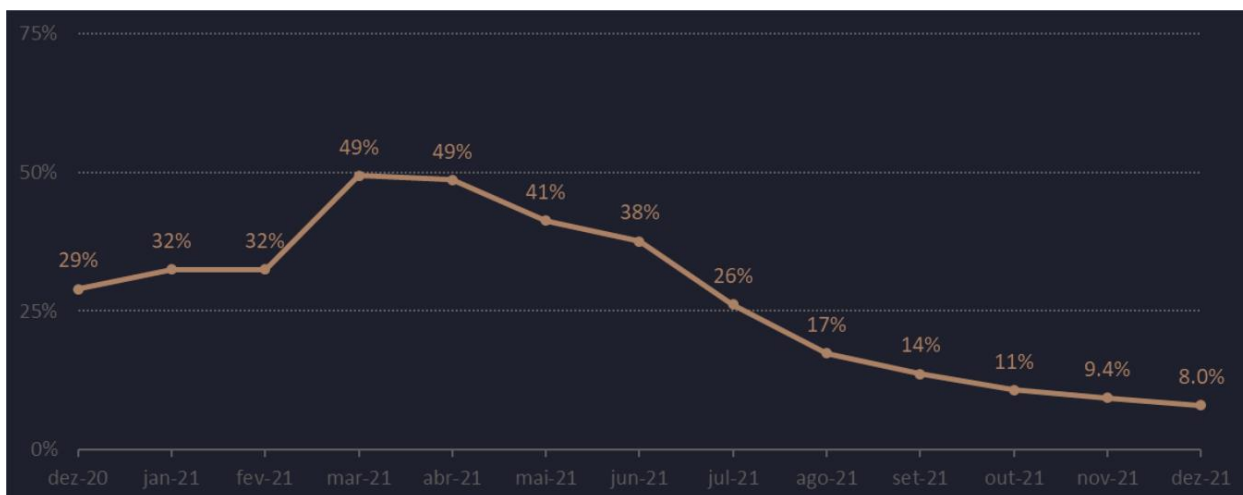
³⁹ Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/plano-de-saude-individual-pode-subir-16-a-maior-alta-em-23-anos/>

⁴⁰ Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/reajuste-dos-planos-de-saude-individuais-tera-valor-recorde-em-2022/>

⁴¹ Superintendente executivo da Abramge, Marcos Novais. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/especial-disparada-de-insumos-na-pandemia-gera-custo-recorde-e-leva-planos-de-saude-a-prejuizo/>

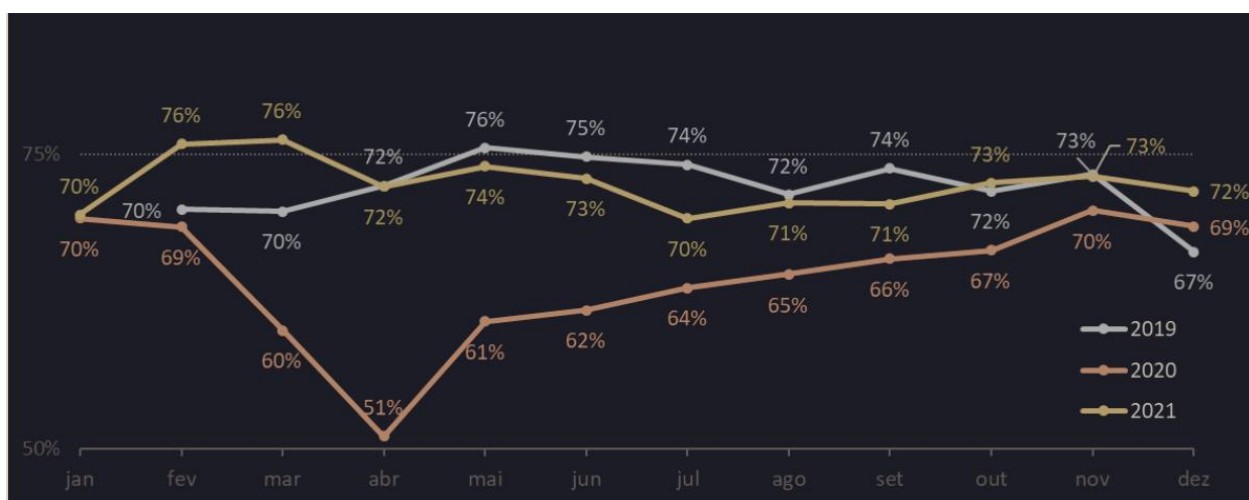
operadoras cresceram apenas 9,2%. Isso levou o setor a atingir um prejuízo operacional de R\$919,7 milhões no ano, versus um lucro de R \$18,7 bilhões observado no ano anterior.⁴²

Gráfico 22 - Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

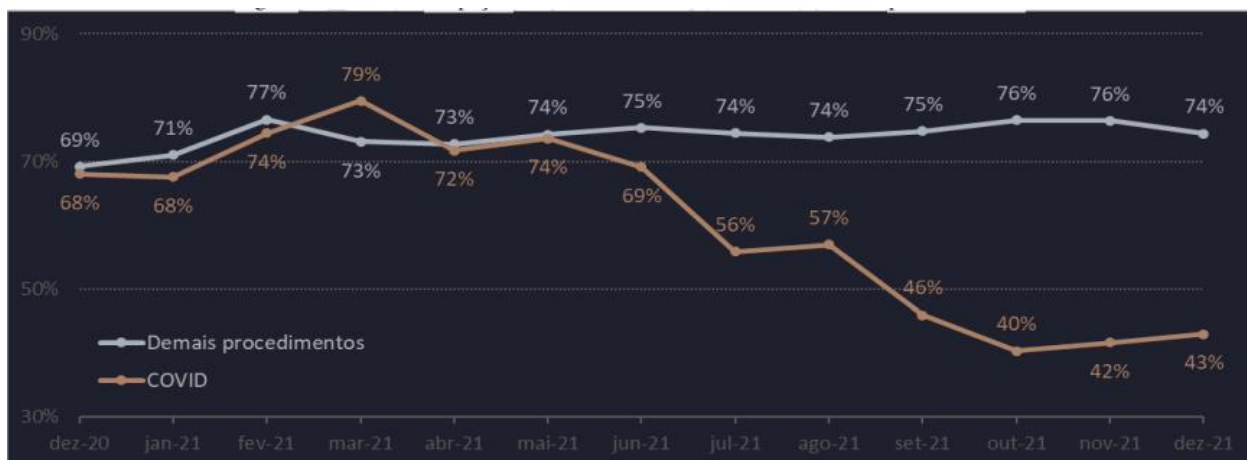
Gráfico 23 - Taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

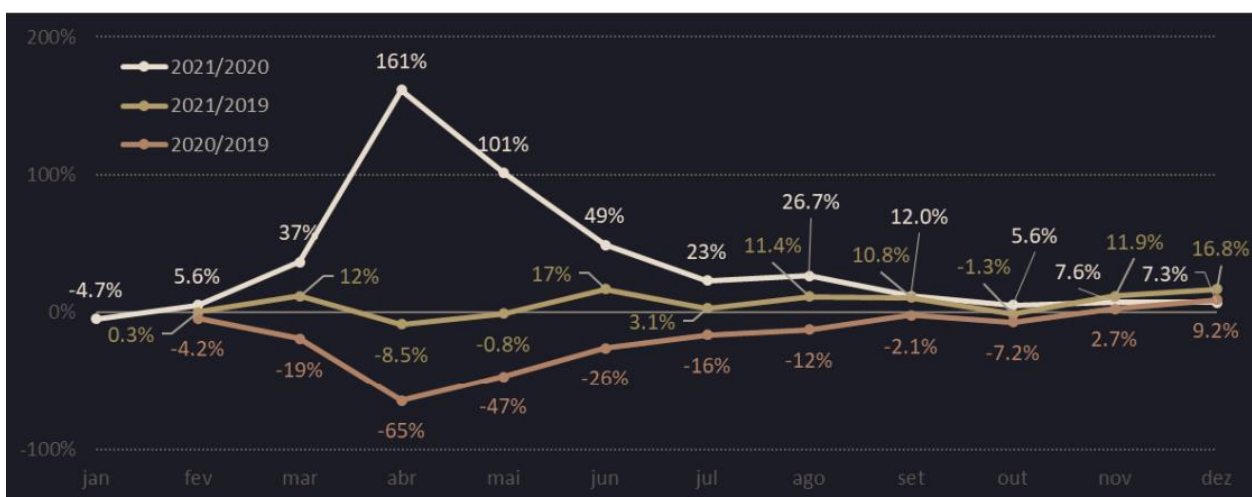
⁴² Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/especial-disparada-de-insumos-na-pandemia-gera-custo-recorde-e-leva-planos-de-saude-a-prejuizo/>

Gráfico 24 - Taxa de ocupação dos leitos alocados à Covid-19 e demais procedimentos



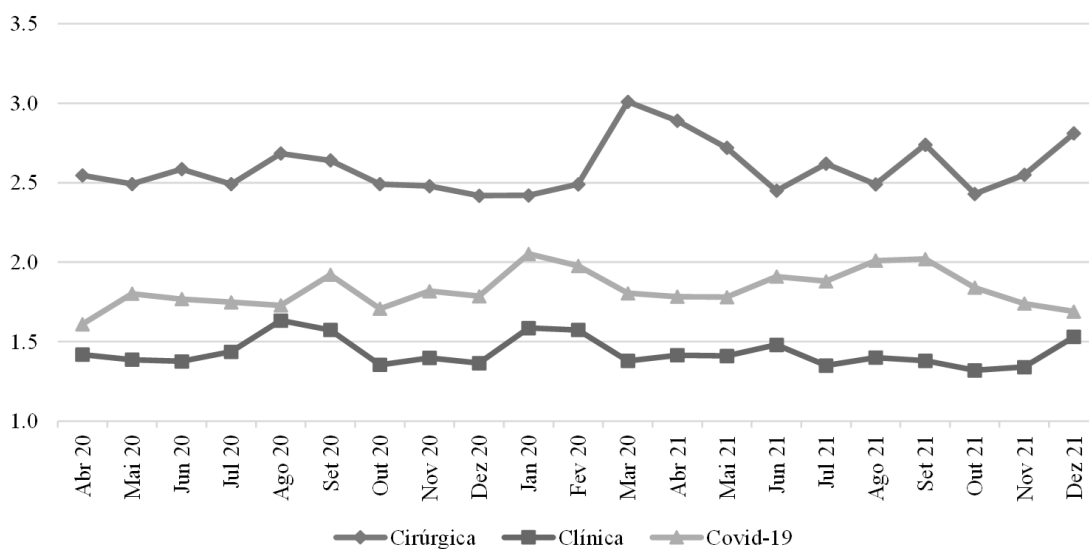
Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 25 - Variação de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período de anos anteriores



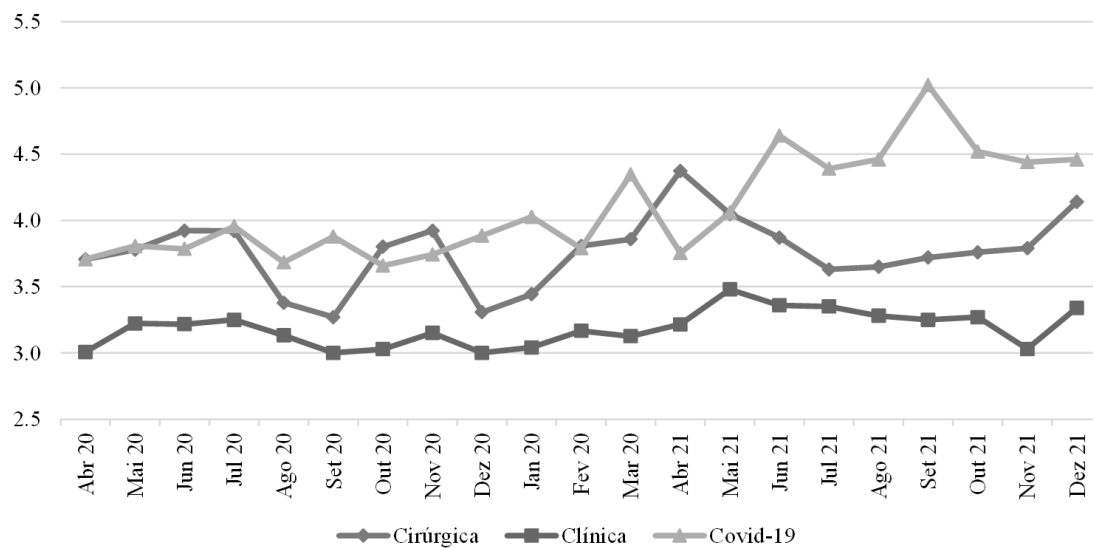
Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE- DIPRO (BRASIL, 2021)

Gráfico 26 - Custo por Diária em Internações sem UTI (R\$ mil)



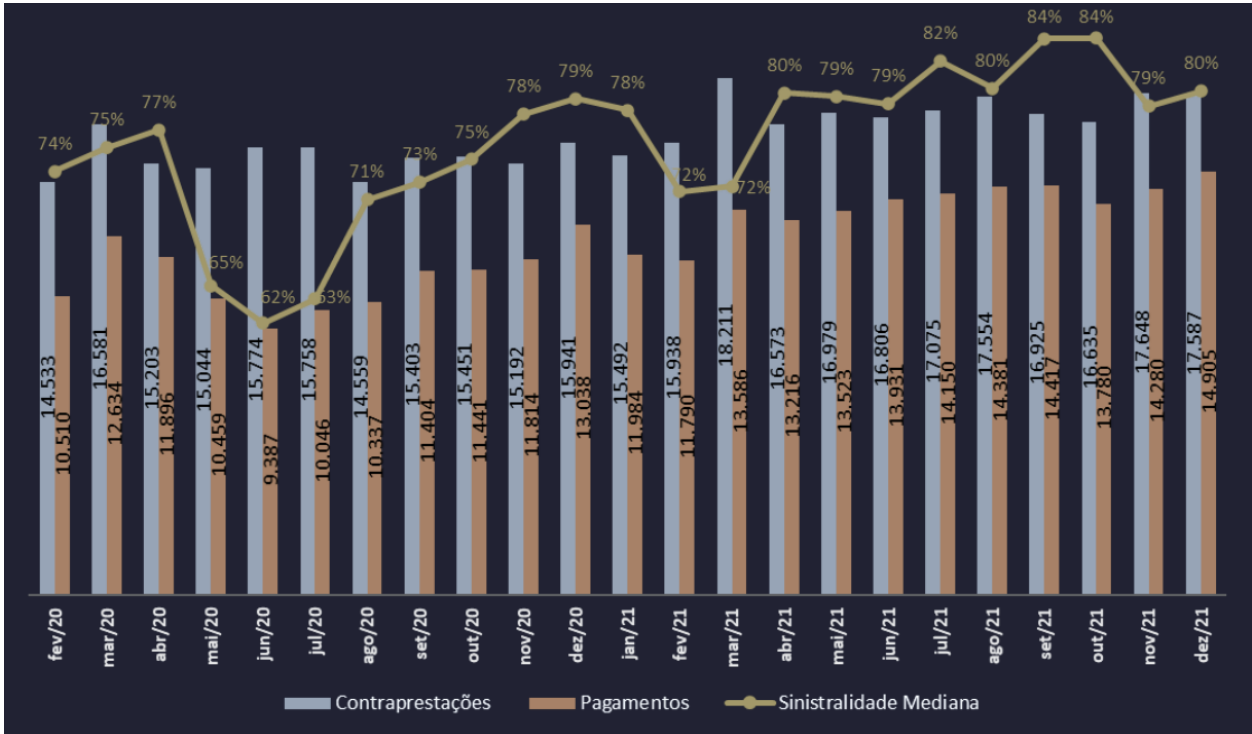
Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2022)

Gráfico 27 - Custo por Diária em Internações com UTI (R\$ mil)



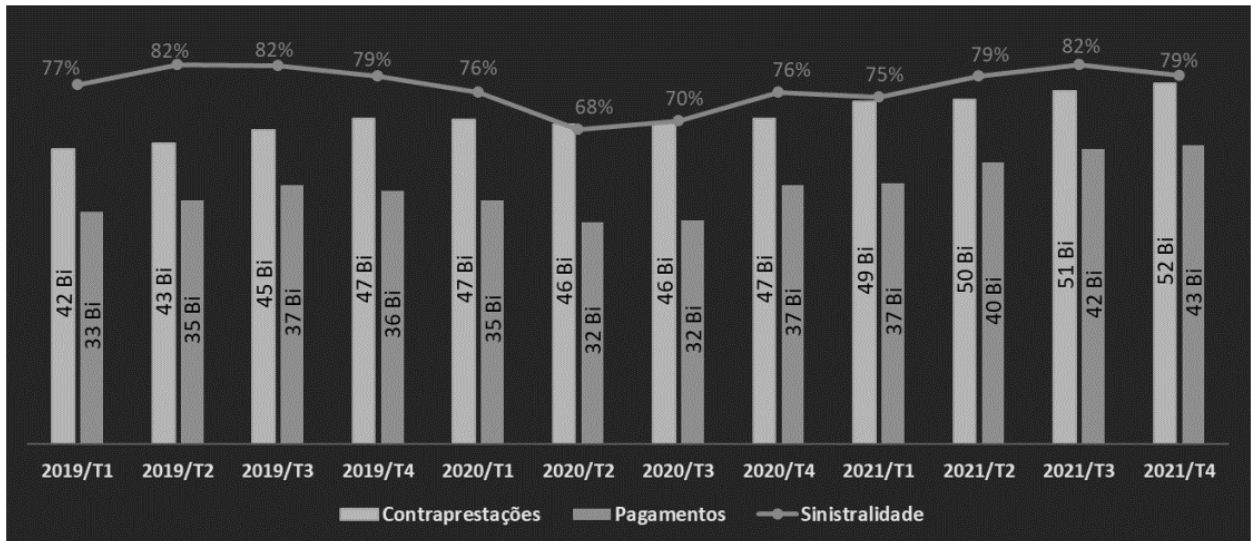
Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2022)

Gráfico 28 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2022)

Gráfico 29 - Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, com dados trimestrais

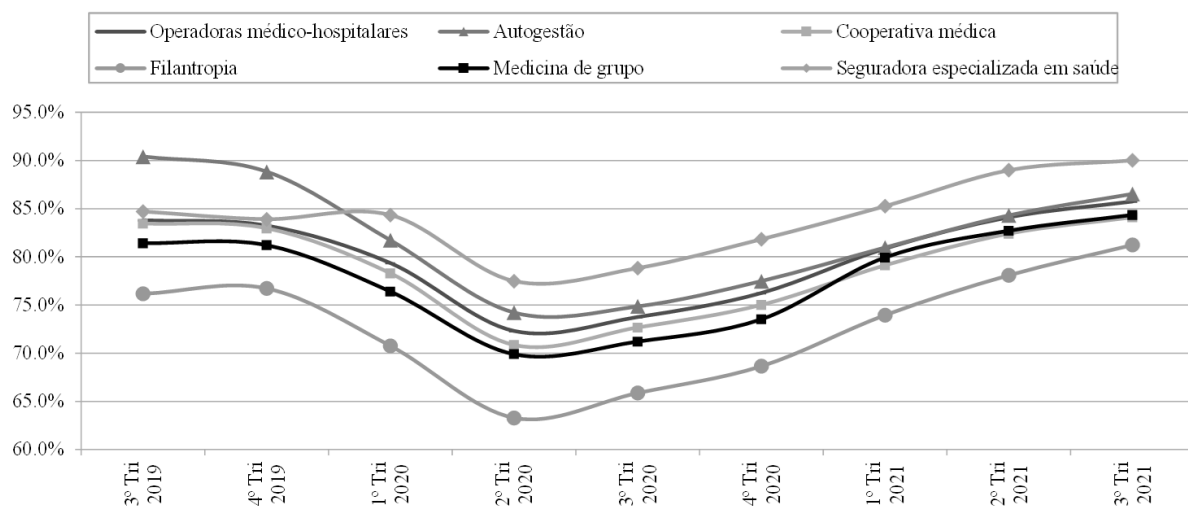


Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (BRASIL, 2022)

Gráfico 30 - VCMH⁴³

Fonte: IESS (fevereiro/2022).

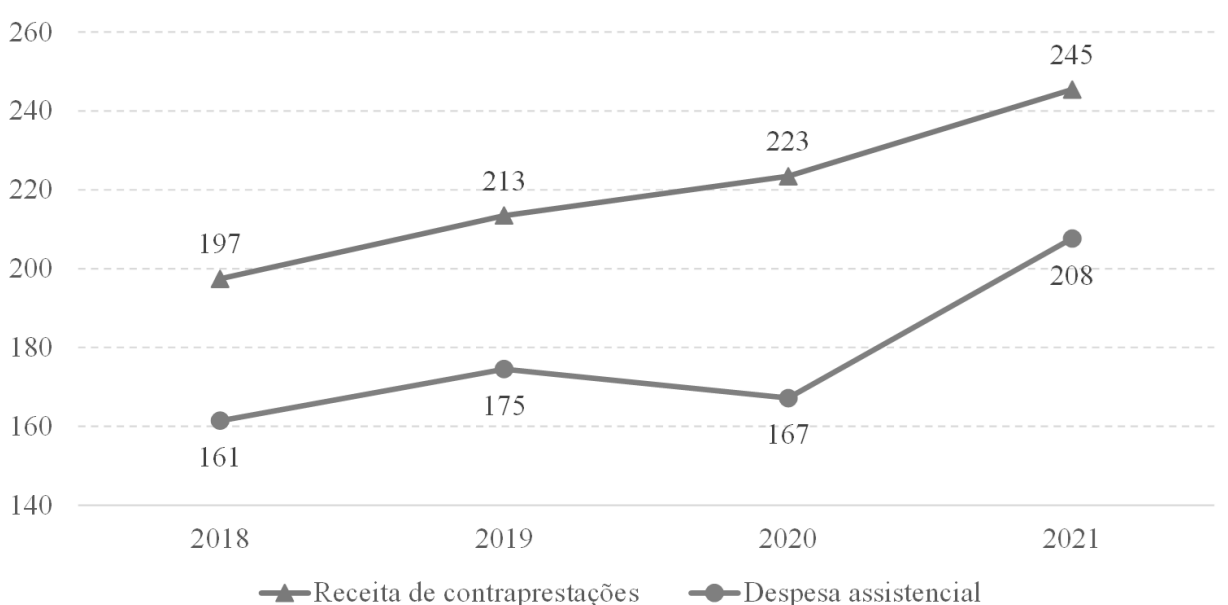
Gráfico 31 - Sinistralidade por Modalidade de Operadora



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2021 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2021

⁴³ Disponível em: <https://www.iess.org.br/vcmhiess>

Gráfico 32 - Receitas e Despesas Assistenciais



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar TABNET (maio/2022).

De fato, é possível notar um comportamento muito diferente dos principais indicadores no setor de saúde suplementar em 2021. A ascensão nos casos de Covid-19, com a segunda onda, somados à volta nos procedimentos eletivos, fez com que a ocupação de leitos atingisse patamares muito superiores aos que foram vistos em 2020, sendo que, em alguns trimestres, essa ocupação chegou a ser superior aos níveis pré-pandemia. Houve assim, a volta de Autorizações Emitidas para SADT, crescimento nos custos por diária em internações, aumento da sinistralidade das operadoras de saúde, ascensão do VCMH (variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde) e crescimento das despesas assistenciais das companhias.

Foi a partir desse contexto de aumento de custos e sinistralidade para as operadoras que se discutia a possibilidade de aplicação de um reajuste recorde nos preços de planos individuais em 2022. A Abramge (2022) estimava, a partir dos dados disponibilizados pela ANS, um aumento de 15,8%. Para a associação, a crise econômica, a conjuntura gerada pela guerra entre Rússia e Ucrânia e pela pandemia e o contexto

econômico pelo qual o Brasil vinha passando nos últimos anos acabou contribuindo para um crescimento forte nos preços dos materiais e medicamentos (Abramge, 2022).⁴⁴

Já em 2021, com o avanço da vacinação houve uma retomada nesta área, aumentando novamente os gastos, mas uma nova onda de Covid no país voltou a lotar as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), um dos segmentos mais onerosos. “Houve o segundo pico da Covid, que foi um absurdo e ocupou 100% dos leitos privados durante 4 meses, pela primeira vez na história, de fora a fora no Brasil. Isso tem um custo. É uma infraestrutura muito cara. Na soma dos dois índices (2020 e 2021), vai se equalizar. Tivemos -8,19% e agora 15,8%”, afirma Marcos Novais, superintendente executivo da Abramge (ABRAMGE, 2022).⁴⁵

De fato, no dia 26 maio de 2022, a Agência Nacional de Saúde autorizou um reajuste anual para os planos individuais e familiares de 15,5%, seguindo a fórmula imposta pela nova metodologia de cálculo de 2018 e, justamente, tendo em vista o crescimento das despesas assistenciais e a pressão inflacionária (G1, 2022).⁴⁶

⁴⁴ Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/reajuste-dos-planos-de-saude-individuais-tera-valor-recorde-em-2022/>

⁴⁵ Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/reajuste-dos-planos-de-saude-individuais-tera-valor-recorde-em-2022/>

⁴⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/26/ans-autoriza-reajuste-de-ate-155percent-em-planos-de-saude-individuais-e-familiares.ghtml>

3 OBJETIVOS

Tendo em vista a revisão bibliográfica a respeito do setor de saúde suplementar, nota-se importância de estudos que visem compreender os impactos da regulação da ANS sobre o bem-estar social. Diante disso, desenvolveu-se uma análise econométrica para compreender os impactos do controle de reajustes de preços de planos individuais exercido pela ANS no número de beneficiários dessa modalidade.

O trabalho inspirou-se na publicação “Teto de Reajuste de Preços no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro e seus Efeitos sobre a Quantidade Negociada de Planos de Saúde” de Hu e Maciel (2021). Os autores, ao notarem uma diminuição sistemática na quantidade de planos individuais comercializados ao longo dos anos, buscaram quantificar os impactos da regulação de preços da ANS sobre o número de contratos negociados. No estudo, foram desenvolvidas equações de oferta e demanda que representam esse mercado, como apresentado a seguir:

$$Q_{dem} = \alpha - \beta_1 Tckt_{méd} + \beta_2 PIB_{pc} + \epsilon \quad (1)$$

$$Q_{of} = \lambda + \theta_1 Tckt_{méd} + \theta_2 Sin + \theta_3 Reaj_{prç} - \theta_4 VCMH + \epsilon \quad (2)$$

$$\beta_1 Tckt_{méd} = \theta_1 Tckt_{méd} \quad (3)$$

$$Q = \mu - \theta_2 Sin + \theta_3 Reaj_{prç} + \theta_4 VCMH + \beta_2 PIB_{pc} + \epsilon \quad (4)$$

A partir da equação (4), os autores utilizaram técnicas econométricas para modelos de dados em painel estático e dinâmico, considerando dados de 2013 a 2016. Concluíram que a regulação de preços exercida pela ANS impacta negativamente o bem-estar social tanto na ótica dos consumidores quanto na ótica dos ofertantes.

Para a estimação que feita neste trabalho, julgou-se válida a utilização de um período amostral mais amplo, de 2013 a 2021. Como a mudança de metodologia no cálculo de reajuste de planos individuais aplicada a partir de 2018 não foi considerada no estudo de Hu e Maciel (2021), a conclusão a respeito do impacto na regulação no setor

pode ser diferente. Ou seja, existe a possibilidade de que a política de reajuste de preços estabelecida hoje pela ANS seja efetiva e não impacte negativamente no número de planos individuais comercializados. Além disso, a amostra não contou com dados do período de pandemia entre 2020 e 2021, o que também pode levar a outras conclusões a respeito da dinâmica do setor.

4 METODOLOGIA

A equação a ser estimada é:

$$Q_{it} = \mu + \theta_1 DespAssist_{it} + \theta_2 Reajuste_t + \theta_3 Nota_{it} + \theta_5 Vert_{it} + \theta_6 Mod_{it} + \theta_7 Pand + \theta_8 NovaMet \quad (5)$$

Sendo:

Q_{itr} = Número de beneficiários da operadora i no ano t;

$DespAssist_{it}$ = Despesas Assistenciais com Planos de Saúde Individuais da operadora i no ano t;

$Reajuste_t$ = Reajuste anual de preços nos planos individuais aplicados pela ANS a todas as operadoras no ano t;

$Nota_{it}$ = Nota do IDSS da operadora i no ano t;

$Vert_{it}$ = Grau de verticalização (ativos hospitalares/ativos totais) da operadora i no ano t;

Mod_{it} = Variável *dummy* de modalidade da operadora i no ano t;

$Pand$ = Variável *dummy* de período de pandemia;

$NovaMet$ = Variável iterada que indica os reajustes que seguem a nova metodologia de cálculo atualização de preços de planos individuais;

A partir da equação será possível responder aos seguintes questionamentos:

1. O teto de reajuste de preços imposto pela ANS para os planos individuais impacta o número de beneficiários dessa modalidade?
2. A nova metodologia para o cálculo do reajuste nos preços de planos individuais estabelecida pela ANS a partir de 2019 modificou de alguma forma os impactos da regulação no setor?
3. De qual modo o grau de verticalização, a nova metodologia para cálculo de reajuste de planos individuais aplicada a partir de 2019, a modalidade, o IDSS, a pandemia e a nova metodologia são relevantes para determinar a variável de número de beneficiários de planos individuais?

A equação será estimada por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) diferentemente da estimação por dados em painel feita por Hu e Maciel (2021), uma vez que a correlação perfeita entre algumas variáveis (ex: tempo e reajuste) tornou impreciso o uso de dados em painel. Além disso, a equação proposta difere daquela utilizada por Hu e Maciel (2021), pois se julgou importante o incremento de outras variáveis que se modificaram ao longo dos anos para cada uma das operadoras. A inclusão de variáveis, como de despesas assistenciais e nota da operadora, parece relevante para a estimação, na medida que ajudam a explicar as equações de demanda e oferta de planos de saúde individuais e familiares.

5 DADOS

Quantidade de Beneficiários (Q_{itr}): a variável corresponde ao número de beneficiários de planos individuais ou familiares por operadora no mês de dezembro de cada ano entre 2013 e 2021. Os dados são encontrados na ANS Tabnet na página de “Beneficiários por Operadora”.⁴⁷

Despesas Assistenciais ($DespAssist_{it}$): os Eventos e Sinistros Conhecidos/Avisados representam a linha mais relevante para a despesa das operadoras de saúde, já que condizem com os pagamentos necessários para a cobertura dos beneficiários (HU; MACIEL, 2021).

A base de dados de despesas assistenciais foi obtida através da página de “Demonstrações Contábeis” disponível no site da ANS⁴⁸ e corresponderam apenas aos eventos/sinistros das operadoras com planos individuais e familiares após a Lei Federal nº 9.656/1998 em milhões. Foram consideradas os dados do último trimestre de 2013 a 2021 e extraídos os campos com códigos “41111102”, “41111112”, “41111122”, “41111132”, “41111142”, “41111152”, “41111172”, “41111182”, “41111192”, “41111202”, “41111212”, “41111222”, “41111232”, “41111242”, “41111252”, “41111272”. Espera-se θ_1 tenha sinal positivo na medida em que o aumento no número de beneficiários individuais/familiares das operadoras está diretamente associado a um maior gasto com despesas assistenciais por parte das operadoras.

Verticalização ($Vert_{it}$): a base de dados para a determinação do grau de verticalização das operadoras foi obtida através da página de “Demonstrações Contábeis” disponível no site da ANS⁴⁹. Foram utilizados dados correspondentes aos ativos hospitalares/odontológicos imobilizados de uso próprio e em construção, às participações societárias em rede hospitalar das operadoras de saúde e ativos totais das operadoras. Os graus de verticalização foram determinados a partir da divisão entre os

⁴⁷ Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def

⁴⁸ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>

⁴⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>

ativos hospitalares por ativos totais. Foram considerados os dados do último trimestre de 2013 a 2021 e extraídos os campos com códigos “13213”, “13321”, “13331” e “1”.

A base de verticalização será utilizada para estimação na equação de demanda de planos individuais com o intuito de averiguar se ela é estatisticamente significativa para determinar o número de beneficiários de planos individuais e familiares das operadoras. Claudino (2019) buscou entender de que forma a verticalização é capaz de aumentar a eficiência financeira das operadoras de saúde e para isso verificou se a concentração de ativos hospitalares nas operadoras de saúde gera um aumento nos seus níveis de retorno de capital. Seguindo essa lógica, o trabalho buscou responder se de alguma forma essa maior concentração de ativos hospitalares - associados a uma maior verticalização - ao garantir maiores eficiências e controle de custos, em linha com o que parte da bibliografia sugere, permite que as operadoras tenham um maior número de beneficiários de planos individuais e familiares, na medida em que seriam menos impactadas pelas intervenções regulatórias da ANS. Assim, espera-se que θ_5 tenha sinal positivo.

IDSS ($Nota_{it}$): a nota corresponde ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) é um índice de avaliação de qualidade das operadoras de saúde. Ele utiliza como critério os indicadores de (i) qualidade da assistência prestada, a partir do Índice de Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS); (ii) qualidade e acesso aos hospitais, laboratórios e profissionais de saúde, pelo Índice de Dimensão Garantia e Acesso (IDGA); (iii) satisfação do cliente e solidez do plano de saúde, com o Índice de Dimensão Sustentabilidade de Mercado (IDSM) e; (iv) qualidade da gestão administrativa do plano de saúde pelo Índice de Dimensão Gestão de Processos e Regulação (IDGR). O IDSS varia de 0 a 1, sendo 1 a melhor nota, porém, para a estimação, ela foi multiplicada por 100 e variou de 0 a 100 (ANS)⁵⁰.

A partir do índice pode-se determinar de que forma a qualidade de uma operadora impacta no seu número de beneficiários do segmento individual/familiar. Espera-se que o sinal de θ_3 seja positivo, na medida em que um melhor serviço deveria levar a um maior número de planos comercializados. Os dados são de 2013, com o ano base em 2012,

⁵⁰ Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>

até 2021, com o ano base em 2020 e podem ser encontrados na página de “Programa de Qualificação de Operadoras” e “Dados do Programa de Qualificação de Operadoras” disponíveis no site da ANS.⁵¹

Reajuste anual ($Reajuste_t$): a variável corresponde ao reajuste percentual máximo imposto pela ANS no preço de planos individuais/familiares em cada ano. A base foi montada seguindo os dados disponíveis na página de “Histórico de Reajuste por Variação de Custo Pessoa Física” do site da ANS⁵². Não há expectativas claras a respeito do sinal de θ_2 , pois o efeito de um reajuste pode impactar positivamente na decisão de ofertar planos por parte das operadoras, quanto negativamente na decisão de consumo dos indivíduos.

Modalidade (Mod_{it}): corresponde a uma variável *dummy* para determinação da modalidade da operadora. As modalidades são: (i) seguradora, (ii) medicina de grupo, (iii) Cooperativa Médica, (iv) Autogestão e (v) Filantropia. Os dados foram extraídos do site da ANS Tabnet.⁵³

Anos de Pandemia (**Pand**): é uma variável *dummy* que indica quais são os anos de pandemia (é igual a 1 em 2020 e 2021).

Nova metodologia de cálculo de reajuste (**NovaMet**): é uma variável iterativa que indica os reajustes que seguem a nova metodologia de cálculo do reajuste de planos individuais. A partir de seu uso, busca-se responder se de alguma forma essa nova metodologia segue sendo impactante no setor na determinação de contratos de planos individuais/familiares. Ela representa a multiplicação da *dummy* de anos em que a nova metodologia foi aplicada (2019, 2020 e 2021 = 1) pelos respectivos reajustes de cada um desses anos.

⁵¹ Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras> e <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>

⁵² Disponível em: <https://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>

⁵³ Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def

6 ESTIMAÇÃO E RESULTADOS

Realizados os devidos testes e tratamento da base de dados, a equação foi estimada por MQO em dois cenários. No primeiro, as variáveis de grau de verticalização, modalidade, pandemia e nova metodologia foram desconsideradas. Já no segundo, todas as variáveis da equação foram estimadas. Os resultados encontrados para análise estatística dos componentes da equação do modelo são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Resultados da estimação por MQO utilizando as principais variáveis

	<i>Dependent variable:</i>
	Beneficiarios
DespesasIndividuais	26.460*** (0.302)
Reajuste	-170.670** (71.102)
IDSS	58.727** (28.907)
Constant	4,435.813** (2,102.794)
Observations	4,019
R ²	0.661
Adjusted R ²	0.661
Residual Std. Error	29,335.200 (df = 4015)
F Statistic	2,614.611*** (df = 3; 4015)
Note:	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Fonte: Produção própria

Todas as variáveis se mostraram estatisticamente significantes na medida em que seus p-valores foram menores que 0,05 e os sinais dos coeficientes estimados vieram de acordo com o que se esperava previamente.

O sinal do coeficiente de despesas individuais naturalmente é positivo, na medida que um maior número de beneficiários individuais/familiares está associado ao maior gasto com despesas assistenciais das operadoras.

Já o reajuste se mostrou estatisticamente significativo, assim como encontrado por Hu e Maciel (2021), o que é um indício de que a política de controle do teto de reajuste

de preços da ANS exerce um impacto no número de beneficiários de planos de saúde individuais, ou seja, a presença da regulação é sentida pelo setor. É importante mencionar que o reajuste estabelecido indica um teto máximo (quando positivo) que as operadoras podem reajustar o preço de seus planos e não necessariamente representa o reajuste verdadeiro aplicado - que pode ser menor - por isso não representa unicamente o efeito de variação dos preços dos planos, mas sim o efeito da regulação.

Já o sinal do coeficiente do reajuste estimado foi negativo, diferente do resultado obtido na estimação de Hu e Maciel (2021). Na interpretação dos autores, o fato de o teto de reajuste de preços ter sinal positivo era um indicativo de que quanto maior fosse a variação nos preços dos planos, mais atrativo o setor seria na medida em que compensaria o crescimento na Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Assim, o descasamento entre a VCMH e o teto de reajuste é que seria prejudicial para o crescimento no número de beneficiários. Porém, assim como apontado pelos autores, o reajuste impacta tanto na decisão da operadora de ofertar planos, quanto na decisão do beneficiário de pagar pelo seu plano. Nesse sentido, o que se observa é que reajustes mais altos são mais negativamente impactantes na decisão de consumo do que positivamente influenciam na decisão de oferta de planos de saúde, ou seja, os consumidores são elásticos a preços nesse setor. Mesmo assim, não é excluída a conclusão de Hu e Maciel de que é o descolamento entre a VCMH e o teto de reajustes que é prejudicial para o número de beneficiários. O modelo estimado por MQO apenas capturou um efeito maior do desincentivo do lado da demanda do que do incentivo do lado da oferta, quando os reajustes são mais altos. A conclusão relevante segue sendo de que a ANS historicamente impactou no equilíbrio de mercado de planos individuais, que alinhado à literatura já apresentada, pode ser um indício de perda de bem-estar social.

A IDSS apresentou sinal positivo. Como esperado, uma maior qualidade dos serviços prestados pela operadora de saúde deveria se converter em um maior número de beneficiários. Esse fenômeno pode ocorrer por meio de duas maneiras: (i) operadoras de maior qualidade são capazes de reter um maior número de beneficiários na medida que recebem menos cancelamentos por insatisfação e (ii) indivíduos quando buscam

planos de saúde consultam a avaliação e notas das operadoras antes de fazerem qualquer contratação.

No segundo cenário estimado todas as variáveis da equação foram estimadas. Os resultados foram os seguintes:

Tabela 5 - Resultados da estimação por MQO utilizando todas as variáveis do modelo

	<i>Dependent variable:</i>
	Beneficiarios
DespesasIndividuais	26.266*** (0.304)
Reajuste	-566.652** (264.578)
IDSS	115.517*** (32.036)
Verticalizacao	-817.942 (5,457.260)
Modalidade1	-9,556.111** (4,310.783)
Modalidade2	-14,455.290*** (4,292.161)
Modalidade3	-18,296.800*** (5,828.537)
Modalidade4	-14,184.510*** (4,640.910)
Pandemia	-6,070.829 (4,561.173)
Nova_Metodologia	-2,249.223 (1,818.980)
Constant	17,876.830*** (5,394.092)
Observations	4,019
R ²	0.664
Adjusted R ²	0.664
Residual Std. Error	29,233.510 (df = 4008)
F Statistic	793.348*** (df = 10; 4008)
Note:	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Fonte: Produção própria

Novamente as despesas assistenciais, o reajuste e o IDSS se mostraram estatisticamente significantes e apresentaram os mesmos sinais da primeira equação estimada. A interpretação também deveria ser a mesma.

O grau de verticalização não se mostrou estatisticamente significativo, ao contrário do que era esperado seguindo a literatura já apresentada. Esperava-se que o grau de verticalização fosse importante na determinação do número de beneficiários, na medida em que garantisse maior controle de custos (Albuquerque, Fleury e Fleury, 2011) e permitisse a uma maior presença desse tipo de operadora nesse setor que é altamente regulado. Segundo Hu e Maciel (2021), os planos individuais teriam ficado limitados às operadoras verticalizadas em função da dificuldade dos indivíduos de arcarem com os preços elevados dos planos individuais.

Um cidadão em idade ativa consegue, com dificuldade, contratar um plano de saúde individual em condições razoáveis de cobertura e preço – com exceção dos planos cujas operadoras são verticalizadas, isto é, que atuam na oferta de atendimento clínico e hospitalar, além de serviços de diagnóstico e tratamento. A chance de contratação de um plano de saúde privado acaba sendo associada ao emprego formal ou à vinculação a associações de classes – ambas as possibilidades na modalidade coletiva. (HU; MACIEL, 2021, p. 177).

Tendo em vista que um dos benefícios da verticalização apontados pela literatura envolve a melhoria da qualidade dos serviços prestados (ALBUQUERQUE, FLEURY E FLEURY, 2011), foi averiguada a possibilidade de o efeito da verticalização estar sendo transmitido por meio de maiores notas no IDSS.

Tabela 6 - Estimação do IDSS a partir do grau de verticalização

	<i>Dependent variable:</i>
	IDSS
Verticalizacao	7.809*** (2.746)
Constant	68.705*** (0.290)
Observations	4,019
R ²	0.002
Adjusted R ²	0.002
Residual Std. Error	16.124 (df = 4017)
F Statistic	8.089*** (df = 1; 4017)
Note:	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Fonte: Produção própria

A partir da Tabela 6, nota-se que a verticalização é significativa e tem sinal positivo na determinação do IDSS. Ou seja, como apontado por Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), a verticalização parece sim se traduzir em uma maior qualidade nos serviços prestados. A partir disso, entende-se que a verticalização não se mostrou significativa na estimação da equação de demanda, na medida que seu efeito é capturado por meio do IDSS.

Já as *dummies* de modalidade se mostraram estatisticamente significantes. A interpretação é de que a decisão de atuar no mercado de planos individuais/familiares está diretamente associado ao perfil de cada operadora, que por sua vez está relacionado com a sua modalidade. De fato, em 2021 é possível notar uma concentração dos beneficiários de planos individuais e familiares nas operadoras de Medicina de Grupo e nas Cooperativas médicas que detinham, respectivamente, 47% e 46% dos beneficiários de planos individuais.

A *dummy* de pandemia não se mostrou estatisticamente significativa, isso é um indício de que o número de beneficiários de planos individuais/familiares durante 2020 e 2021 não foi afetado por conta da pandemia. Esperava-se que, em função do medo por complicações por conta da Covid-19 os indivíduos buscassem mais planos de saúde, mas isso não foi observado.

Por fim, a nova metodologia não se mostrou estatisticamente significativa. Esse resultado pode ser interpretado como um indicativo de que a nova metodologia para cálculo do reajuste de planos individuais e familiares aplicada pela ANS a partir de 2019 é melhor que a antiga na medida em que não exerce impactos materiais no número de beneficiários da categoria, ou seja, o efeito da regulação não é sentido pelo mercado. O resultado parece fazer sentido, pois parte da crítica à metodologia antiga envolvia o fato de que ela considerava no seu cálculo apenas a média dos percentuais dos reajustes dos planos coletivos e isso acabava muitas vezes por gerar o descasamento entre receitas e despesas dos planos individuais e familiares (Cechin, Alves e Almeida, 2016). Isso acontecia, pois as assimetrias entre as variações nos custos entre os planos coletivos e individuais não eram captadas pelos reajustes e acabavam gerando distorções no mercado (Nota Técnica SEI nº 49150/2020/ME). Dessa forma, a nova metodologia, ao levar em consideração em sua fórmula o Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares, parece ter resolvido o problema de distorção que existia anteriormente e o impacto do regulador não foi sentido pelo mercado na determinação do número de beneficiários desde que passou a ser implementada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho inspirou-se na publicação de Hu e Maciel (2021) “Teto de Reajuste de Preços no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro e seus Efeitos sobre a Quantidade Negociada de Planos de Saúde”. Os autores, percebendo a queda sistemática no número de beneficiários de planos individuais e familiares ao longo dos anos, buscaram avaliar os impactos da regulação de preços da ANS sobre o número de contratos negociados no setor. O presente estudo se aproveitou do mesmo questionamento de Hu e Maciel (2021) para aprofundar o tema, utilizando outra equação de oferta e demanda para determinação no número de beneficiários de planos individuais, aplicando outras técnicas econométricas e considerando um período amostral mais amplo.

Através de um modelo estimado por Mínimos Quadrados Ordinários, considerando o período de 2013 a 2021, notou-se que, historicamente, a política de preços aplicada pela ANS foi relevante na determinação do número de beneficiários de planos individuais e familiares. Isso indica que a presença do regulador é impactante nos números do setor. Tal fator, aliado a análises de fracassos históricos de controles de preços aplicados no Brasil - como a do Plano Cruzado de 1986, apontado por Cechin, Alves e Almeida (2016) – é indícios fortes de que a política de reajustes da ANS historicamente levou a uma perda de bem-estar social, associada a uma redução no número de beneficiários de planos individuais e familiares, em linha com o que defendem Hu e Maciel (2021).

Historicamente, a influência da ANS no controle de reajustes de preços parece ter inviabilizado o produto individual/familiar. Se por um lado seus efeitos de curto prazo de fato cumpriram os objetivos da Agência de busca institucional pela promoção da defesa do interesse público na saúde suplementar, por outro, seus efeitos de médio e longo prazo mostraram que se os planos individuais não são rentáveis para as operadoras, eles acabam desaparecendo no mercado. Isso ocorre tanto pelo preço de entrada mais alto que as operadoras colocam nesse produto, para neutralizar os efeitos negativos do controle de reajuste, quanto pelos sucessivos prejuízos nas operações, ou, até mesmo, pela decisão dessas empresas de não comercializarem esse tipo de plano.

Apesar disso, foi observado que a nova metodologia da ANS para determinação no reajuste de preços de planos aplicada a partir de 2019 não foi estatisticamente

relevante na explicação do número de beneficiários do setor. Entende-se que essa metodologia é mais eficiente que a anterior, pois seus efeitos parecem não prejudicar o equilíbrio de mercado. Essa visão ainda é reforçada na medida em que a literatura tem como uma das principais críticas ao controle exercido pela ANS o fato de que a metodologia antiga utilizava a média dos percentuais dos reajustes dos planos coletivos, o que acabava muitas vezes por gerar o descasamento entre receitas e despesas dos planos individuais e familiares, dadas as diferenças nas características dos produtos (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016).

Foi observado, também, que a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras, refletida no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), são positivamente relevantes para determinar o número de beneficiários. Já a verticalização não se mostrou significativa, porém ficou evidente que ela, conforme sugere a literatura apresentada, pode se refletir em uma maior qualidade de serviços prestados e, portanto, em um maior IDSS.

Assim, seguindo a visão de Arrow (1963), a respeito das distorções e falhas do mercado de saúde, não podemos descartar a importância do regulador e abdicar de políticas públicas na saúde suplementar não é ideal. A ANS foi e é importante para a defesa do interesse comum, mas é fundamental que as suas políticas sejam estruturadas adequadamente. A inflexibilidade da ANS quanto ao reajuste de preços, historicamente, inviabilizou o produto individual para grande parte do mercado e muitos cidadãos, excluídos dele, tornaram-se unicamente dependentes do SUS. Portanto, as medidas da ANS têm efeitos diretos no bom funcionamento das políticas de saúde pública, na medida em que a consequente inacessibilidade a planos privados pode sobrecarregar o sistema, com mais pessoas utilizando o SUS. A nova metodologia para o reajuste de preços parece ser melhor que a antiga e, também, mais sensata na medida em que seus impactos se mostraram neutros no setor. Ainda assim, não podemos descartar que esses possam ser apenas seus efeitos de curto prazo e como não foi possível avaliar seus efeitos de longo prazo, é importante que ela seja constantemente reavaliada ao longo dos próximos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Gustavo; FLEURY, Maria Fleury; FLEURY, André. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Produção**, São Paulo, v. 21, ed. 1, p. 39-52, 19 maio 2010. DOI 10.1590/S0103-65132011005000015. Disponível em:

<https://www.prod.org.br/journal/production/article/doi/10.1590/S0103-65132011005000015>. Acesso em: 1 jun. 2022

ANDRADE, Mônica et al. **Demanda no Setor de Saúde Suplementar no Brasil**. In: Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica. 1. ed. São Paulo: Ipea, 2006. v. 2, cap. 4, p. 295-457. ISBN 85-86170-79-8. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/160719_tomo1.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS inclui exame para detecção de Coronavírus no Rol de Procedimentos obrigatórios. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 12 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-inclui-exame-para-deteccao-de-coronavirus-no-rol-de-procedimentos-obrigatorios>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS adota medidas para que operadoras priorizem combate à Covid-19. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-adota-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS flexibiliza uso de mais de R\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 9 abr. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-flexibiliza-uso-de-mais-de-r-15-bilhoes-em-garantias-financeiras-e-ativos-garantidores>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS inclui mais seis exames no Rol para auxiliar no diagnóstico e tratamento do novo Coronavírus. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 28 maio 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-inclui-mais-seis-exames-no-rol-de-coberturas-obrigatorias-para-auxiliar-na-deteccao-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS restabelece prazos máximos de atendimento da RN nº 259. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 9 jun. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-restabelece-prazos-maximos-de-atendimento-da-rn-n-259>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS define percentual negativo de reajuste para planos de saúde individuais. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-percentual-negativo-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS determina suspensão de reajustes de planos de saúde por 120 dias. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 21 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-determina-suspensao-de-reajustes-de-planos-de-saude-por-120-dias>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS define que recomposição do reajuste suspenso em 2020 será parcelada em 12 meses. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-define-que-recomposicao-do-reajuste-suspenso-em-2020-sera-parcelada-em-12-meses-2>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANS autoriza reajuste de até 15,5% em planos de saúde individuais e familiares. **G1**, [S. l.], 26 maio 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/26/ans-autoriza-reajuste-de-ate-155percent-em-planos-de-saude-individuais-e-familiares.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. In: **ANS Tabnet**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa – RN nº 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 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 01 jun. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa – RN nº 379, de 15 de junho de 2015**. Altera a Resolução Normativa - RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0379_01_06_2015.html. Acesso em: 01 jun. 2022.

ALMEIDA, Sílvia. **Poder compensatório e política de defesa da concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese de Doutorado - Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, [S. l.], 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/4259>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ALVARENGA, Darlan. Planos de saúde individuais podem ter reajuste recorde em 2022; entidades projetam alta perto de 16%. **G1**, [S. l.], 21 abr. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/04/21/planos-de-saude-individuais-podem-ter-reajuste-recorde-em-2022-entidades-projetam-alta-perto-de-16percent.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, Nashville, v. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.

BASILIO, Patrícia et al. Entenda por que a ANS definiu que os planos de saúde individuais ficarão mais baratos pela primeira vez. **G1**, [S. l.], 8 jul. 2021a. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/07/08/entenda-por-que-a-ans-definiu-que-os-planos-de-saude-individuais-ficaram-mais-baratos-pela-primeira-vez.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BASILIO, Patrícia et al. ANS define que plano de saúde individual deve ficar 8,19% mais barato. **G1**, [S. l.], 8 jul. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/07/08/ans-define-reajuste-negativo-dos-planos-de-saude-individuais-queda-sera-de-ate-819percent.ghtml>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 1998. p. 1.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. p. 5.

BRASIL. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 fev. 2001. p. 3.

BRASIL. SEI. **Nota Técnica nº 49150/2020/ME, de 10 de nov. de 2021**. Reajuste de planos de saúde para o biênio 2020-2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares/metodologia-de-calculo/2020/nota_do_ministerio_da_economia_2020.pdf. Acesso em: 01 jun. 2022.

BRASIL. SEI. **Nota Técnica nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO** de 10 de nov. de 2021. Reajuste de planos de saúde para o biênio 2020-2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-1-2021-dides-difis-diope-dipro.pdf. Acesso em: 01 jun. 2022.

BRASIL. SEI. **Nota Técnica nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO** de 25 de jan. de 2022. Relatório Covid-19 – Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde – Janeiro de 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/sei_ans-23155885-nota-tecnica.pdf. Acesso em: 01 jun. 2022.

CADERNO de Informação da Saúde Suplementar. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/. Acesso em: 1 jun. 2022.

CECHIN, José; ALVES, Sandro; ALMEIDA, Álvaro. Dinâmica dos Custos, Formação de Preços e Controle de Reajustes dos Planos de Saúde no Brasil: a Urgência de se Revisar a Regulação. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 21, p. 133-155, 2016. Disponível em: https://www.rbrs.com.br/arquivos/rbrs_21_5.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

CLAUDINO, Bruno Henrique Cunha. **Impacto da Verticalização das operadoras de saúde no Brasil**: Uma Análise do Retorno dos Ativos do Setor. Orientador: Prof. Dr. Joelson Oliveira Sampaio. 2019. 53 p. Dissertação (Mestrado em Economia e Finanças) - Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28077/Bruno%20H.%20Cunha%20Claudino%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MPE%20FGV%20-%20IMPACTO%20DA%20VERTICALIZA%C3%87%C3%83O%20DAS%20OPERADORAS%20DE%20SA%C3%9ADE%20NO%20BRASIL%20v.final%2016092019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CORREIO, Felipe Dutra Asensi; PINHEIRO, Italo Jorge Bezerra; MONNERAT, Diego machado. Regulação em saúde: análise do impacto da atuação da ANS nas operadoras de planos de saúde. **Revista de Direito Administrativo e Constitucional**, Belo Horizonte, v. 21, n. 85, 2021. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/42062>. Acesso em: 1 jun. 2022.

COVID-19: ANS finaliza análise técnica e determina inclusão de testes sorológicos no Rol de Procedimentos. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 13 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/covid-19-ans-finaliza-analise-tecnica-e-determina-inclusao-de-teste-sorologico-no-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 1 jun. 2022.

DADOS do Programa de Qualificação de Operadoras. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>. Acesso em: 1 jun. 2022.

DEMONSTRAÇÕES Contábeis. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 12 jan. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ESPAÇO do Consumidor: Histórico de reajuste por Variação de Custo Pessoa Física. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ESPECIAL: DISPARADA DE INSUMOS NA PANDEMIA GERA CUSTO RECORDE E LEVA PLANOS DE SAÚDE A PREJUÍZO. **BLOG ABRAMGE**, [S. l.], 5 maio 2022. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/especial-disparada-de-insumos-na-pandemia-gera-custo-recorde-e-leva-planos-de-saude-a-prejuizo/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

FORMAS de contratação de planos de saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. I.], 10 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>. Acesso em: 1 jun. 2022.

HARRIGAN, Kathryn Rudie. **Vertical Integration, Outsourcing, and Corporate Strategy**. Washington D. C: Beard Books, 1983. 392 p. ISBN 1587981904.

HU, Yuri Kasakevic Tsan; MACIEL, Vladimir Fernandes. Teto de Reajustes de Preços no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro e seus Efeitos sobre a Quantidade Negociada de Planos de Saúde. **Revista de Economia Mackenzie**, São Paulo, v. 18, n. especial, p. 176-208, 31 maio 2021. DOI 10.5935/1808-2785/rem.v18nespp. Disponível em: https://www.mackenzie.br/fileadmin/ARQUIVOS/Public/pesquisa-inovacao/liberdade-economica/Saude_Suplementar.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

IPEADATA. [S. I.], 2022. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 1 jun. 2022.

LEANDRO, Tainá. **Defesa da concorrência e saúde suplementar**: Defesa da concorrência e saúde suplementar. Orientador: Prof. Dr. José Guilherme de Lara Resende. 2010. 119 p. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2010. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6972/1/2010_TainaLeandro.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

LEI dos planos de saúde completa 22 anos. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. I.], 3 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5567-lei-dos-planos-de-saude-completa-22-anos>. Acesso em: 1 jun. 2022.

O QUE é Saúde Suplementar?. **FenaSaúde**, [S. I.]. Disponível em <https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PEREIRA, Carlos. **O marco regulatório no setor saúde suplementar**: contextualização e perspectivas. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca/biblioteca.asp. Acesso em: 1 jun. 2022.

PLANO de saúde individual pode subir 16%: a maior alta em 23 anos. **BLOG ABRAMGE**, [S. I.], 25 abr. 2022. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/plano-de-saude-individual-pode-subir-16-a-maior-alta-em-23-anos/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PLANOS de saúde: prorrogação de prazos de atendimento é estendida até 09/06. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. I.], 1 jun. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-prorrogacao-de-prazos-de-atendimento-e-estendida-ate-09-06>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PLANOS DE SAÚDE TERÃO REAJUSTE SUPERIOR A 15%: DIZ ABRAMGE. **BLOG ABRAMGE**, [S. l.], 18 abr. 2022. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/planos-de-saude-terao-reajuste-superior-a-15-diz-abramge/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PROGRAMA de Qualificação de Operadoras. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PROGRAMA de Qualificação de Operadoras. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REAJUSTE anual de planos coletivos. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 16 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REAJUSTE anual de planos individuais/familiares. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 16 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REAJUSTE/VARIAÇÃO de mensalidade. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 7 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS TERÁ VALOR RECORDE EM 2022?. **BLOG ABRAMGE**, [S. l.], 25 abr. 2022. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/reajuste-dos-planos-de-saude-individuais-tera-valor-recorde-em-2022/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SERRA, Cesar Brenha Rocha et al. Poder da informação e da transparência em cenários de incerteza: estratégia de ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista de Direito Administrativo**, v. 279, n. 3, p. 383-423, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/82972>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SOUZA, Marcos Antônio; SALVALAIO, Dalva. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista**

Panamericana de Salud Publica, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 305-310, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2010.v28n4/305-310/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

VARIAÇÃO da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [S. l.], 16 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>. Acesso em: 1 jun. 2022.

VCMH/IESS. **IESS Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2 mar. 2022. Disponível em: <https://www.iess.org.br/vcmhiess>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SERRA, Cesar Brenha Rocha et al. Poder da informação e da transparência em cenários de incerteza: estratégia de ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 279, n. 3, p. 384-423, 29 dez. 2020. Disponível em: https://www.mahhttps://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/82972/78909ckenzie.br/fileadmin/ARQUIVOS/Public/pesquisa-inovacao/liberdade-economica/Saude_Suplementar.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 306-319, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QTnV6Dc476ngdVfqTg4Ybjg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2022.