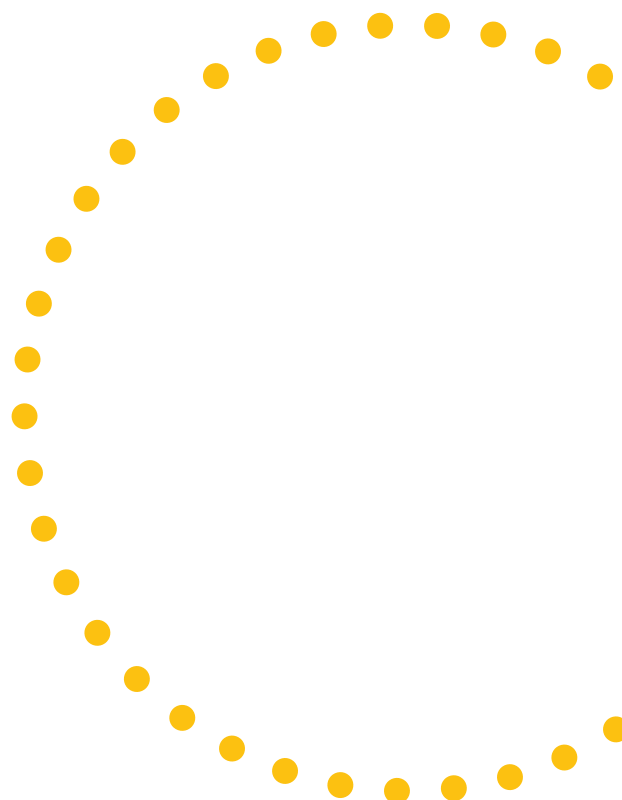


Saúde Privada no Brasil:

evolução recente,
conjuntura atual e
tendências à frente





Saúde Privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente

AUTORES

Rudi Rocha

Helena Arruda

Leonardo Rosa

Matías Mrejen

OUTUBRO 2024



REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Umane

APOIO

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

COORDENAÇÃO

Rudi Rocha

REVISÃO TÉCNICA

Leonardo Rosa, Helena Arruda,

Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábrica de Ideias Brasileiras

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

CREATIVE COMMONS

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR

Sumário

Apresentação 6

Sumário Executivo 7

Introdução 11

1.1 O mix público-privado na saúde no Brasil 16

1.2 Posicionamento dos prestadores privados: evolução recente e situação atual 26

1.3 Posicionamento das Operadoras de Planos de Saúde: Evolução e situação atual 37

1.4 A relação entre prestadores e operadoras 57

1.5 Reflexões finais 63

Referências 66

Apêndice 68

Apêndice – Metodologia e Dados 75

**IEPS**Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde**SAÚDE PRIVADA NO BRASIL:** evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente

Biografia dos autores

RUDI ROCHA

Professor associado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) e diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Membro da NIHR Global Health Research Academy, presidente do Conselho Científico do Instituto Escolhas, membro do Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI), bolsista de produtividade do CNPq, e pesquisador associado do ESRC Research Centre on Micro-Social Change (MiSoC/Essex). Vencedor de prêmios nacionais e internacionais, como o Haralambos Simeonidis (Anpec), o Newton Advanced Fellowship (British Academy) e o Grand Challenges Explorations (Bill & Melinda Gates Foundation). Foi professor adjunto do IE-UFRJ e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Econometria. É graduado, mestre e doutor em economia.

HELENA ARRUDA

Pesquisadora do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Economista pela PUC-Rio com domínio adicional em Métodos Matemáticos para Economia e Mestre em Administração Pública e Governo pela EAESP/FGV. Foi consultora de avaliação de impacto na Beneficência Portuguesa e assistente de pesquisa no *Climate Policy Initiative*.

LEONARDO ROSA

Pesquisador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutor em Economia da Educação pela Universidade Stanford, mestre em Economia pela Universidade de São Paulo (USP) e bacharel em Economia pela PUC-SP. Foi pós-doc em Stanford e INSPER, e consultor para organismos multilaterais (BID e Banco Mundial), governos e organizações não governamentais.

MATÍAS MREJEN

Doutor em Economia e Professor Adjunto do Departamento de Economia da Universidade Federal Fluminense. Foi pesquisador de pós-doutorado na Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e pesquisador sênior no Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). A sua pesquisa está focada em políticas de saúde, determinantes socioeconômicos da saúde e desigualdades de saúde, com ênfase no Brasil.



Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umane, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.



Sumário Executivo

Neste estudo descrevemos a **evolução recente e a conjuntura atual** do setor privado de saúde no Brasil, e **discutimos questões relevantes para a sua trajetória futura e sua relação com o SUS**. Em particular:

- Levamos em conta os três grupos de atores que compõem o setor de saúde privado, bem com as regras que regulam suas relações: operadoras e seguradoras de saúde; prestadores de serviços de saúde; e os beneficiários de planos e seguros.
- Tanto para prestadores quanto para operadoras, descrevemos a trajetória da oferta de serviços em anos recentes, o surgimento de novos modelos de negócio e quais são os determinantes estruturais da trajetória do mercado. Esta análise é realizada ao longo do tempo, regionalmente, e **à luz da disponibilidade de serviços pelo SUS**.
- Refletimos sobre a crise da saúde suplementar, questionando em que medida se trata de uma crise estrutural do setor, ou em que medida se trata de uma turbulência transitória e que pode ser explicada por questões conjunturais desencadeadas pela pandemia da Covid-19 em 2020.
- Por fim, realizamos algumas recomendações tendo em vista a sustentabilidade do setor privado e sua relação com o SUS.

O que encontramos? As análises, em síntese, apontam para o seguinte diagnóstico:

- Na comparação internacional, o **Brasil é um ponto fora da curva em termos de gasto privado em saúde, principalmente com planos e seguros**, em relação ao seu nível de renda per capita.
- De um lado, **existe uma tendência de expansão contínua da oferta de serviços pelo lado dos prestadores**, em particular de recursos tecnológicos, como equipamentos de exames de alto custo (tomógrafos e ressonâncias). Nestes



casos, observamos crescimento contínuo da oferta, **levando o país para o topo do ranking internacional em termos de disponibilidade de recursos por número de beneficiários, e indícios de capacidade ociosa crescente.**

- Por outro lado, as operadoras de planos de saúde têm uma base relativamente estável de beneficiários, com variações conforme as flutuações econômica e do emprego formal, e seguem consolidação de mercado em direção ao predomínio de empresas de grande porte. Em particular:

Novos entrantes e novos modelos de negócios têm levado os principais grupos incumbentes a enfrentarem cada vez mais competição por participação de mercado. Grupos verticalizados em crescimento têm conseguido oferecer seus produtos a preços mais baixos, em contratos regionalizados e com base em rede própria. A capacidade limitada de reajustar mensalidades em contratos cujos parâmetros são de livre negociação no mercado, e assim de aumentar receita, unida à dificuldade de conter custos na barganha com prestadores, têm apertado margens e trazido dificuldades aos principais incumbentes do setor.

O período da pandemia de Covid-19 (2020-2022) foi desafiador para o setor de operadoras, com repercussões conjunturais afetando sobretudo os resultados de 2021 a 2023. Os níveis de sinistralidade seguiam em relativa estabilidade até a pandemia, mas alcançaram patamares altos em 2021, com diversas operadoras superando 90%, enquanto o resultado operacional de algumas das maiores empresas caiu. **Dados recentes indicam que as dificuldades estão ficando para trás e sugerem que a crise mais aguda foi transitória.** Em especial, a partir de 2023, algumas operadoras com modelos mais verticalizados apontam sinais mais acentuados de recuperação.

- Em suma, **observamos um desalinhamento estrutural tanto em incentivos na relação entre prestadores e operadoras, como na dinâmica própria de cada segmento.** O período da pandemia e suas repercussões deixaram isso claro. Mais especificamente:

Até então, **pelo lado das receitas, dado o aumento da concorrência, as operadoras já enfrentavam dificuldades para reajustar mensalidades em contratos cujos parâmetros são de livre concorrência, como os coletivos por adesão e empresariais.** A maneira como os novos entrantes verticalizados estão afetando estruturas de mercado relevantes é supostamente determinante nisso, mas, no entanto, é ainda pouco compreendida.

Pelo lado dos custos, o equilíbrio nos preços e pagamentos por serviços dos prestadores ocorre via mercado, que é concorrencial, mas assimetrias de informação, em princípio, permitem que os prestadores sejam capazes de ganhar margem junto às operadoras. Do seu lado, estas têm atuado pressionadas via aumento de frequência onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias).



As dificuldades enfrentadas pelas operadoras mais tradicionais, devido ao aumento da concorrência e de falhas de mercado, podem ter levado às mais variadas reações do setor, dentre elas: movimentos de fusões e aquisições, inovações em modelos de negócio, de pagamento e parcerias, revisão de contratos com beneficiários, incluindo reajustes mais altos pós-pandemia e rescisões unilaterais, e mobilização política por viabilização de novos produtos financeiros, como planos com cobertura mais limitada.

Essa análise gera algumas reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro, como:

■ A despeito de uma melhora em aspectos conjunturais pós-pandemia, **existem vetores estruturais de preocupação tanto na saúde suplementar como para o SUS.**

■ A população brasileira está envelhecendo. Segundo o censo de 2022, o número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Enquanto nos contratos de planos empresariais os jovens e adultos representam cerca de 90% da composição das carteiras, nos coletivos por adesão e individuais os idosos representam cerca de 25 a 30% dos beneficiários. Além disso, o percentual de idosos nesses tipos de planos dobrou, em média, desde o início dos anos 2000, apesar de observarmos uma saída líquida de idosos dessas carteiras. Isso gera consequências visto que o envelhecimento das carteiras, que muitas vezes se encontram fechadas e por isso envelhecendo, envolve aumentos nas despesas assistenciais ao longo do tempo.

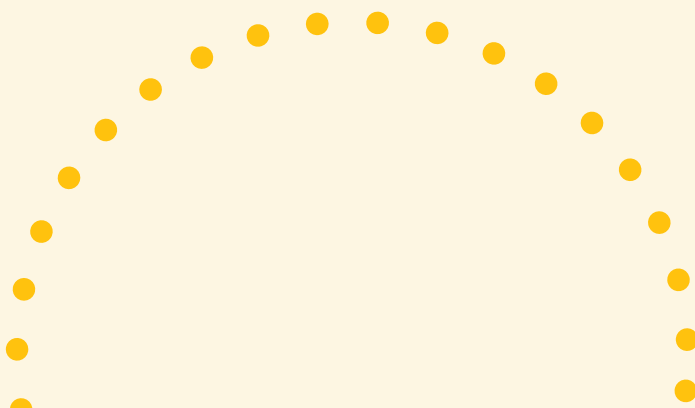
Observa-se, portanto, uma segmentação entre um *pool* de contribuintes com maior capacidade de contribuir e menor necessidade de serviços em contratos empresariais, e um *pool* de contribuintes com menor capacidade de contribuir e maior necessidade de serviços em contratos coletivos por adesão e individuais. Dado que o mercado de planos individuais é regulado pela ANS e está cada vez menor e mais restrito, a solução dada pelo mercado pode ocorrer via seleção nos contratos coletivos por adesão – por exemplo, via reajustes mais altos e rescisões unilaterais sobre as carteiras mais caras. Esse movimento pode se intensificar na medida em que a população envelhece e cresce o contingente de aposentados, que perdem seus planos empresariais. Essa demanda pode acabar sendo direcionada ao SUS, ao financiamento com o próprio bolso, ou a novos produtos de financiamento ou planos mais baratos, com cobertura mais limitada.

Existe um **desalinhamento de incentivos** entre operadoras e prestadores. De um lado, prestadores têm incentivo para aumentar a oferta de recursos tecnológicos que geram retornos maiores por procedimento realizado. De outro, as operadoras enfrentam dificuldades para conter custos. Em última instância geram-se aumento de custos e ineficiência. Soma-se a isso, **a falta de disciplina nos processos de incorporação de novas tecnologias, tanto no segmento privado como no SUS.**



O que pode ser feito para melhorar essa situação? Elencamos algumas reflexões:

- **A regulação da relação entre prestadores e operadoras é um ponto nevrálgico do setor privado.** Esta relação é repleta de incentivos perversos gerados por falhas de mercado. É possível aumentar a eficiência tanto via aumento de transparência, monitoramento e regulação destas relações, quando as empresas forem independentes; como através do crescimento de novos modelos de pagamento e de operação, como ocorre no caso das empresas verticalizadas. Neste último caso, no entanto, é fundamental o monitoramento e a regulação da qualidade dos serviços prestados, e evitar um possível direcionamento de beneficiários de planos privados verticalizados ao SUS.
- **Por princípio, a regulação dos planos de saúde deve induzir à consolidação de grandes *pools* de contribuintes, que permitam o subsídio cruzado entre os que mais *versus* os que menos necessitam de serviços de saúde.** Por ora, observamos segmentação de mercado, e preocupa um possível movimento crescente desta segmentação levando os que mais necessitam a contratos mais vulneráveis, ou até mesmo a eventual saída do mercado.
- **É fundamental que a incorporação de tecnologia e de novos insumos seja disciplinada e baseada em evidências científicas consolidadas sobre custo-efetividade,** e que o modelo de incorporação seja único no país, válido tanto para o setor privado como para o SUS.
- **Por fim, fortalecer o orçamento do SUS e avançar na coordenação da contratação da rede privada de prestadores de maneira regionalizada.** A expansão de prestadores e de sua capacidade ociosa, em última instância, pode ser oportunidade para o SUS contratar a custos menores, e coordenar acesso a serviços de saúde no sistema como um todo, aumentando tanto eficiência como equidade.





Introdução

Projeções de necessidades de financiamento para a saúde indicam que a participação do gasto em saúde no PIB deve crescer aproximadamente 0,7% ao ano nas próximas décadas, superando 12% do PIB até 2060. Caso o gasto público permaneça restrito, a maior parte desse crescimento recairá na expansão do setor privado (Rocha et al, 2021). Atualmente o mercado da saúde suplementar no Brasil cobre 51 milhões de beneficiários de planos de saúde com cobertura médica, um contingente equivalente a aproximadamente 25% da população brasileira e maior que a população de todos os demais países da América do Sul, exceto Colômbia.

Apesar do Brasil contar com o Sistema Único de Saúde (SUS), que cobre toda a população, o gasto privado com saúde corresponde a mais da metade do gasto total com saúde no país e equivale a 5,2% do Produto Interno Bruto (PIB). As disparidades no financiamento à saúde entre o setor público e o privado se refletem, dentre outros fatores, nas diferenças na disponibilidade de recursos para prestação de serviços de atenção à saúde. No caso de tomógrafos, por exemplo, o país contava com 93 tomógrafos por 1 milhão de usuários no setor privado em 2019 e apenas 2.84 no setor público, enquanto a média dos países da OCDE foi de 25.6. Em países como Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido foi de 35.3, 44.9, e 9.5, respectivamente.

Apesar do grande volume de recursos, o setor da saúde suplementar atravessa desafios significativos e que lhe conferem protagonismo no debate público. De um lado, as operadoras de saúde apontam para os altos níveis de sinistralidade e para as dificuldades em diminuí-los dadas mudanças legislativas recentes. Por exemplo, em 2021, 89% das receitas de contraprestações foram utilizadas para cobrir despesas assistenciais dos usuários, em parte devido a uma demanda reprimida causada pelo primeiro ano da pandemia da Covid-19 (ANS, 2023). As dificuldades relativas às contas das operadoras têm levado as mesmas a contestarem também a quantidade de procedimentos supostamente desnecessários feitos pelos prestadores e mesmo práticas de fraudes (IESS, 2023). Por outro lado, os prestadores, em especial hospitais, alegam dificuldades no relacionamento financeiro com as operadoras, refletidas em prazos muito longos para

recebimento dos valores relativos aos serviços prestados. Por exemplo, de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHp) a média de recebimento dos hospitais vinculados à associação é superior a dois meses, com prejuízo ao financiamento dos hospitais e aos seus planos de investimentos (Anahp, 2024). Os desafios de relacionamento entre operadoras e prestadores se refletem no atendimento aos consumidores, o que pode ser observado pelos casos cada vez mais comuns de reclamações sobre operadoras e planos junto à ANS, bem como pela judicialização de casos específicos por parte dos beneficiários (Wang et al, 2022).

Além dessas questões de caráter mais recente, é importante lembrar que o setor também vem passando por importantes transformações estruturais nas últimas décadas. O envelhecimento da população se traduz num aumento da parcela de pessoas idosas nas carteiras das operadoras, principalmente em planos individuais e familiares – sendo este o grupo com maiores despesas assistenciais. Além disso, o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias representa outra fonte de aumento nos gastos, seja pelo desenvolvimento de novas terapias mais custosas para tratamentos já existentes, ou por inovações que possibilitam o tratamento de doenças antes incuráveis (Azevedo et al, 2016). Finalmente, observa-se no mercado tendência à consolidação vertical entre operadoras e prestadores, o que tem o potencial de reduzir custos de transação em decorrência de alinhamento de incentivos, economias de escala e escopo, ao mesmo tempo em que gera preocupação em relação à concentração de mercado e poder de monopólio, potencialmente levando a impactos sobre preços e qualidade dos serviços (Andrade et al, 2012).

Apesar da sua importância para a saúde no Brasil e da dimensão dos seus desafios, a produção de análises sobre o papel do setor privado na saúde no Brasil é bastante limitada quando comparada com as discussões sobre o SUS, principalmente no debate acadêmico sobre políticas de saúde no país. Por exemplo, o termo “saúde suplementar” aparece no título ou no resumo em somente 168 trabalhos indexados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a combinação dos termos “saúde” e “setor privado” em 139. Por sua vez, o termo “Sistema Único de Saúde” aparece em 3.328 publicações e o termo “saúde da família” em 3.131¹. Diante dessa situação, a produção de análises que descrevam de modo abrangente o setor privado na saúde do Brasil, partindo da análise sistemática e robusta de dados do setor, pode contribuir para um melhor entendimento sobre os desafios para as políticas de saúde no país, incluindo o setor privado e suas interações com o SUS, na atualidade e no futuro próximo.

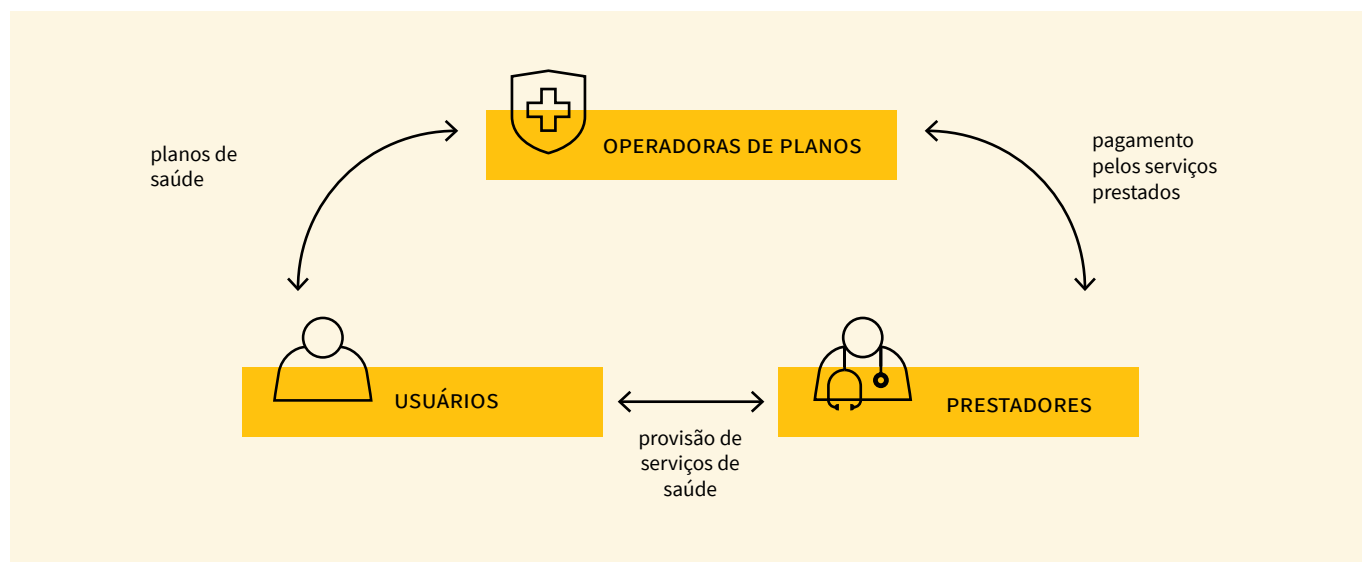
O objetivo deste capítulo é descrever a evolução recente e a conjuntura atual do setor privado de saúde no Brasil. Tanto para prestadores quanto para operadoras de saúde privadas, procuramos descrever como foi a trajetória da oferta de serviços em anos recentes, o surgimento de novos modelos de negócio e quais são os determinantes estruturais dessa trajetória. Essas análises podem servir como insumo para identificar quais são as tendências no setor e os riscos estruturais que este enfrenta atualmente, assim como possíveis consequências para o SUS. Em última instância, esses elementos são necessários para entender como a regulação econômica e o

1 Busca realizada no dia 22 de janeiro de 2024 em <https://www.scielo.br/>.

desenho do sistema podem atuar para mitigar crises sistêmicas no setor privado, integrar serviços, e assim fortalecer o próprio SUS e o sistema de saúde brasileiro como um todo.

Ao longo das nossas análises, levamos em conta três grupos de atores que compõem o subsistema de saúde privado no Brasil: operadoras e seguradoras de saúde, prestadores de serviços de saúde, e os beneficiários de planos e seguros. Esses grupos possuem relações bem definidas e regidas por regras: usuários demandam e contratam planos que são ofertados pelas operadoras e serviços ofertados por estabelecimentos de saúde, enquanto operadoras de planos negociam com prestadores o pagamento dos serviços utilizados pelos segurados (**FIGURA 1**).

FIGURA 1 – ATORES E REGAS QUE COMPÕEM UM SISTEMA DE SAÚDE



Nota: Elaboração própria.

É fundamental destacar que não é possível pensar no setor privado de saúde no Brasil como um compartimento estanque, já que o SUS está naturalmente presente como segurador, prestador direto e pagador por serviços privados. No mercado de provisão de serviços de saúde, por exemplo, estabelecimentos privados podem produzir também serviços contratados pelo SUS para indivíduos sem cobertura de planos privados. De fato, parcela significativa da produção no SUS provém de estabelecimentos privados, principalmente filantrópicos: em 2023, aproximadamente 41% das hospitalizações no SUS foram realizadas em entidades sem fins lucrativos e 6% em entidades empresariais². No mercado de pagamentos pelos serviços de saúde, além do pagamento do SUS a estabelecimentos privados pelos serviços mencionados, as operadoras de planos de saúde com cobertura médica podem ter que ressarcir o SUS pela utilização de seus serviços por parte dos seus segurados. De forma mais geral, pelo lado da demanda, todos os potenciais usuários da saúde suplementar estão cobertos pelo SUS,

2 Cálculo próprio com base em dados do SIH/Datasus. Para o cálculo de entidades sem fins lucrativos consideramos o total de internações realizadas em hospitais com natureza jurídica referente a entidades sem fins lucrativos.

e essa cobertura pode afetar as suas escolhas sobre contratar ou não planos privados e sobre utilizar ou não serviços privados.

Utilizamos esse esquema como um guia para organizar a nossa exposição, com um olhar para o equilíbrio parcial nos mercados de seguro e prestação. Assumimos, no entanto, que este guia sintetiza uma realidade muito mais complexa. Esses mercados são interligados e mudanças na dinâmica ou em regras aplicadas a um deles podem ter implicações de equilíbrio geral sobre os demais e sobre o SUS. Muitas destas implicações são difíceis de serem previstas ou antecipadas.

Adicionalmente, existem falhas de mercado que impõem obstáculos à eficiência do sistema como um todo devido a problemas de informação assimétrica e risco moral (*moral hazard*), dentre outras questões³. No Brasil a relação entre operadoras de planos e prestadores é particularmente afetada por estes problemas. Por fim, esses mercados não existem em um vácuo social, e causas externas ao sistema de saúde influenciam, por exemplo, na carga de doenças, que determina a demanda por serviços, e na oferta de mão de obra qualificada, dentre outros fatores relevantes. Optamos, no entanto, por apresentar uma imagem abrangente e resumida de cada um desses mercados, deixando para o futuro análises mais aprofundadas.

SETOR FARMACÊUTICO E EMPRESAS DE INSUMOS

Este relatório analisa os atores esquematizados na FIGURA 1. No entanto, é importante mencionar que eles não são os únicos com influência sobre o sistema de saúde. Um ator importante é o setor de insumos de saúde, que compreende indústrias como a farmacêutica, de medicamentos e de materiais e equipamentos hospitalares. Enquanto a indústria de materiais e equipamentos atua mais próxima do mercado de prestadores, a farmacêutica em geral atua diretamente com usuários, operadoras de planos e prestadores. Tratam-se de indústrias específicas e com particularidades próprias, mas que têm em comum o fato de estarem diretamente relacionadas com avanços tecnológicos. A indústria farmacêutica é uma das mais intensivas em pesquisa do mundo, novos produtos são desenvolvidos continuamente para tratar de enfermidades antes incuráveis, ou para aperfeiçoar um medicamento ou equipamento já existente. Em todo caso, as inovações demandam recursos para serem desenvolvidas, o que leva, em geral, ao aumento nos gastos em saúde dos usuários (Karampli et al, 2014).

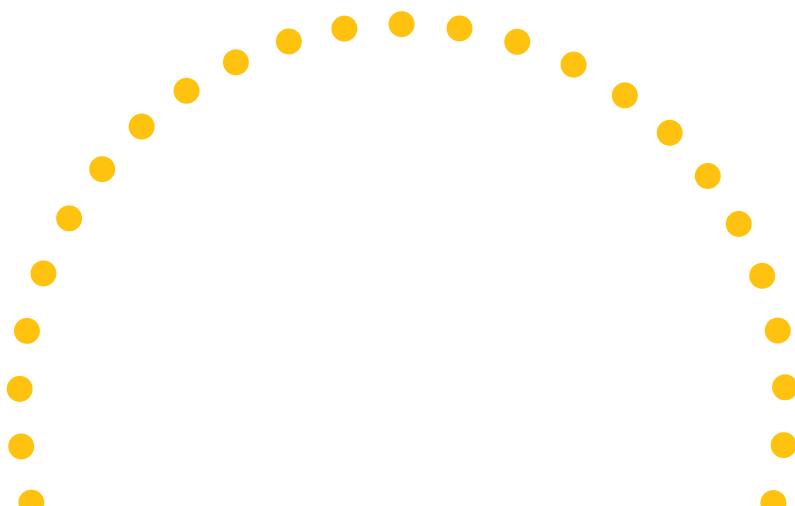
Os interesses das empresas farmacêuticas e os interesses do público, dos pacientes, das operadoras e prestadores muitas vezes se sobrepõem, mas não são idênticos. Para a indústria, a necessidade médica deve ser combinada com a probabilidade de retorno financeiro (Kerwin, 2007). Isso, por sua vez, pode gerar práticas e conflitos de interesses questionáveis, como por exemplo, incentivos monetários e não monetários para que prestadores adotem determinado produto. Por esse motivo existe um debate crescente a respeito de como alinhar os incentivos para inovar, os incentivos para conter custos no setor, e sobre um regime regulatório eficaz para garantir que a indústria atue alinhada ao interesse público (Agha et al, 2022; Brezis, 2008).

3 A presença de seleção adversa ocorre quando indivíduos com condições de saúde inicialmente desfavoráveis têm maior propensão a adquirir planos de saúde, criando um desequilíbrio na distribuição de riscos. O fenômeno do risco moral se manifesta quando, após a contratação, há uma alteração no comportamento do segurado, resultando na redução dos investimentos em sua própria saúde e capital humano, bem como no possível uso excessivo de recursos médicos.



Além desta introdução, este estudo está composto por cinco seções adicionais. Na seção 2, apresentamos o mix público/privado na saúde no Brasil em perspectiva comparada. Resumimos brevemente os modelos de articulação entre o setor público e privado nos sistemas de saúde mundo afora, e apresentamos o mix entre o setor público e o setor privado no financiamento e na provisão de saúde no Brasil, comparando-o com a situação em outros países.

Na seção 3, focamos a nossa atenção no posicionamento e evolução recente dos prestadores privados no mercado de serviços privados de atenção à saúde. Avaliamos como foi a evolução recente dos recursos disponíveis no setor, quais foram os determinantes dessa evolução e como evoluíram os níveis de utilização dos serviços prestados e dos equipamentos disponíveis. Na seção 4, avaliamos o posicionamento e evolução recente das operadoras de planos de saúde e o mercado de planos privados. Avaliamos como foi a evolução recente dos principais atores do setor, quais foram os determinantes dessa evolução, e quais são as principais diferenças nos seus modelos de operação e resultados operacionais. Na seção 5, analisamos a relação entre operadoras e prestadores, com um foco sobre preços e frequência de serviços pagos pelas operadoras aos prestadores privados. Mais especificamente, avaliamos a contribuição das variações das quantidades produzidas e dos preços cobrados por diferentes procedimentos para a evolução total dos custos do setor no período. Concluímos, na seção 6, apresentando algumas reflexões finais sobre a situação atual e desafios à frente para o setor. Finalmente, apresentamos um apêndice metodológico com informações referentes aos dados e à metodologia empregados neste estudo.



1.1

O mix público-privado na saúde no Brasil

1.1.1 Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada

Existe uma ampla tradição de análise comparativa de sistemas de saúde baseada na construção de tipologias e modelos. A tipologia mais clássica, elaborada pela OCDE no final da década de 1980, baseia-se nas diferenças no financiamento e na provisão de serviços de atenção à saúde e presta especial atenção à participação do setor público e do setor privado nessas dimensões. Segundo essa tipologia existem três modelos de sistemas de saúde nos países de alta renda: o modelo Beveridge⁴ (ou de serviço nacional de saúde), o modelo Bismarck⁵ (ou de seguro social) e o modelo estadunidense (ou de seguros privados) (Burau e Blank, 2006; Beckfield et al, 2013; Battacharya et al., 2014). Esses modelos são resultado da trajetória histórica específica de cada país e, em grande parte, refletem a escolha social a partir do peso de diferentes critérios de justiça distributiva (Bosi Ferraz, 2015).

O modelo Beveridge ou de serviço nacional de saúde se caracteriza por três elementos: i) seguro de saúde universal de pagador único (*universal single-payer insurance*) financiado pelo governo através de impostos e sem pagamentos de prêmios; ii) provisão pública de serviços de atenção à saúde através de hospitais e clínicas administradas pelo governo; e iii) serviços de atenção à saúde gratuitos (ou com copagamentos muito baixos) para a maioria dos serviços nesses estabelecimentos públicos. As principais características do modelo de Bismarck ou de seguro social são: i) cobertura universal de seguros de saúde para todos os indivíduos, através dos empregadores ou do governo; ii) o financiamento dessa cobertura é principalmente através de contribuições na folha salarial e outros impostos; e iii) a provisão de serviços é preponderantemente privada, mas com altos níveis de regulação, incluindo regulação sobre preços. As três características principais do modelo estadunidense são: i) o mercado de seguros de saúde

4 O nome faz referência a William Beveridge, economista britânico autor do Relatório sobre Seguro Social e Serviços Aliados, documento de 1942 que serviu como inspiração para a construção do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido após a Segunda Guerra Mundial (Kerstenetzky, 2012).

5 O nome faz referência a Otto von Bismarck, chanceler durante processo de unificação da Alemanha no final do século XIX, que impulsionou as primeiras iniciativas de proteção social modernas, incluindo um seguro de saúde, baseadas no status ocupacional dos trabalhadores (Kerstenetzky, 2012).

privados é a principal fonte de cobertura – principalmente o mercado de seguros contratados por empregadores; em menor medida, mercados de seguros individuais; ii) seguro subsidiado pelo governo para grupos específicos – pessoas idosas (*Medicare*) e de baixa renda (*Medicaid*); e iii) provisão preponderantemente privada de serviços de saúde, com níveis comparativamente baixos de regulação e preços geralmente livres (Battacharya et al, 2014).

Essa tipologia está baseada em fatos estilizados e, na prática, cada sistema de saúde apresenta especificidades próprias. Em especial, a classificação de sistemas de saúde nos três modelos acima descritos está baseada na experiência histórica de países de alta renda, sendo o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido um exemplo paradigmático do modelo Beveridge, e o sistema alemão do modelo Bismarck. Apesar de orientativa, não se adapta totalmente à realidade de países de renda baixa ou média. O Brasil, por exemplo, conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado nos sistemas do modelo Beveridge, e, ao mesmo tempo, tem um mercado de seguros de saúde privados que oferecem a aproximadamente um quarto da população cobertura de serviços que já estão incluídos dentro do seguro público (seguros duplicativos⁶). Neste sentido, o setor da saúde suplementar no Brasil pode ser pensado como um subsistema que apresenta características similares ao modelo dos Estados Unidos (Mrejen et al, 2022).

Tipologias baseadas nos casos de países de baixa e média renda podem também ser úteis para compreender como o sistema de saúde brasileiro e o seu particular *mix* entre os setores público e privado se compara a outras experiências. Mackintosh et al (2016) apresentam uma tipologia desse tipo, caracterizando o mix público/privado nos sistemas de saúde em países de baixa e média renda segundo três dimensões: i) proporção do gasto em saúde que é privado; ii) proporção do atendimento em saúde provido pelo setor público que depende de tarifas e pagamentos; e iii) participação do setor privado na provisão de consultas e atendimentos médicos. Com base nessas três dimensões, os autores apresentam uma tipologia de cinco modalidades de participação do setor privado em sistemas de saúde mistos: i) setor privado dominante; ii) setor privado complementar a um setor público universalista; iii) setor privado de alto custo no topo de um sistema estratificado; iv) setor público altamente comercializado, mas sob reforma; e v) setor privado estratificado. Apesar da Constituição Federal estabelecer um sistema universal de saúde, o SUS, tendo em vista as características das categorias definidas por Mackintosh e o tamanho do setor privado no país, surpreendentemente o Brasil poderia ser incluído na categoria de “setor privado de alto custo, no topo de um sistema estratificado”: tem alta proporção de gasto privado em saúde, os atendimentos no setor público são gratuitos na ponta e há uma participação significativa do setor privado na provisão de serviços de saúde. A **TABELA 1** resume estas informações.

6 Mesmo em países com cobertura universal através de sistemas de saúde universais, seja baseados em seguros públicos únicos (modelo Beveridge) ou na obrigatoriedade de cobertura através de esquemas compulsórios de seguro (modelo Bismarck), existem mercados de seguros privados de saúde, que podem cumprir diferentes funções: seguros duplicativos (cobrem serviços que já estão incluídos dentro do seguro público), seguros complementares (cobrem custos residuais, como copagamentos) e seguros suplementares (oferecem cobertura para serviços que não estão incluídos nos esquemas públicos ou compulsórios) (OCDE, 2023).

TABELA 1 – O SETOR PRIVADO NOS SISTEMAS DE SAÚDE DE PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA

	Setor privado dominante	Setor privado complementando um setor público universalista	Setor privado de alto custo no topo de um sistema estratificado	Setor público altamente comercializado mas sob reforma	Setor privado estratificado
Proporção do gasto em saúde que é privado	Elevada	Baixa ou moderada	Elevada	Elevada (em queda)	Elevada
Proporção do atendimento em saúde realizado pelo setor público que depende de tarifas e pagamentos	Variável	Nula ou baixa	Nula ou baixa	Elevada (em queda)	Moderada
Participação do setor privado em consultas e atendimentos médicos	Elevada	Moderada na atenção primária e baixa na atenção hospitalar	Moderada	Baixa	Moderada (alto nível de heterogeneidade na qualidade dos serviços)
Exemplos	Índia, Nigéria	Sri Lanka, Tailândia	África do Sul, Argentina, Brasil	China	Tanzania, Ghana, Nepal

Nota: Elaboração própria com base em Mackintosh et al (2016).

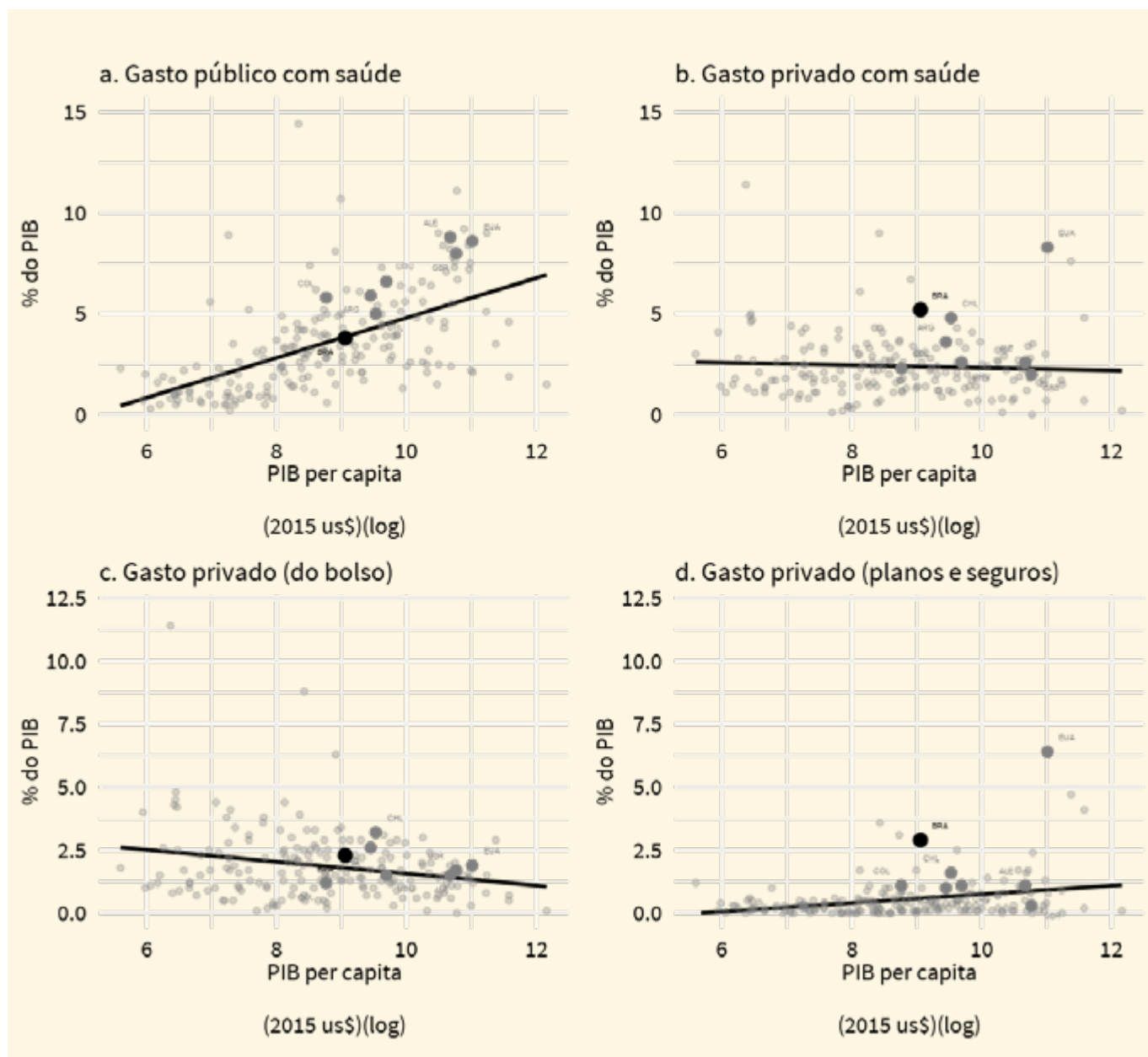
1.1.2 O mix público-privado no financiamento

Começamos olhando para o nível de gasto com saúde no Brasil em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). O gasto total com saúde em 2019, ano logo antes da pandemia, foi equivalente a 9% do PIB (**FIGURA 2**). Apesar do país contar com o SUS, que provê cobertura universal de saúde e é a única fonte de cobertura para aproximadamente três quartos da população, o gasto público corresponde a menos da metade do gasto total com saúde. Enquanto o gasto público nesse ano equivalia a 3,8% do PIB, o gasto privado correspondia a 5,2% do PIB. Na comparação internacional, o nível do gasto público com saúde em relação ao PIB está próximo ao esperado para o nível de renda do país, mas abaixo dos países da região e de alta renda.

Já o gasto privado em relação ao PIB está acima do esperado para o nível de renda do país e de todos os países em perspectiva comparada, com exceção dos Estados Unidos. Chama atenção, portanto, o nível elevado de gasto privado com saúde com relação ao PIB, que chega a ser maior do que em países que não contam com um serviço nacional de saúde, como o Chile. Esse gasto privado pode ser dividido em gasto do próprio bolso (ou seja, pagamentos feitos diretamente pelas famílias na compra de bens e serviços de saúde) e gasto com planos e seguros (ou seja, gasto com seguros de saúde privados). No Brasil, em comparação internacional, o gasto do próprio bolso está um pouco acima do nível esperado em relação ao nível de renda do país (2,3% do PIB) enquanto o gasto com planos e seguros de

saúde privados está significativamente acima do esperado (2,9% do PIB). De fato, o Brasil é um dos dez países com maior gasto em seguros de saúde privados em relação ao PIB.

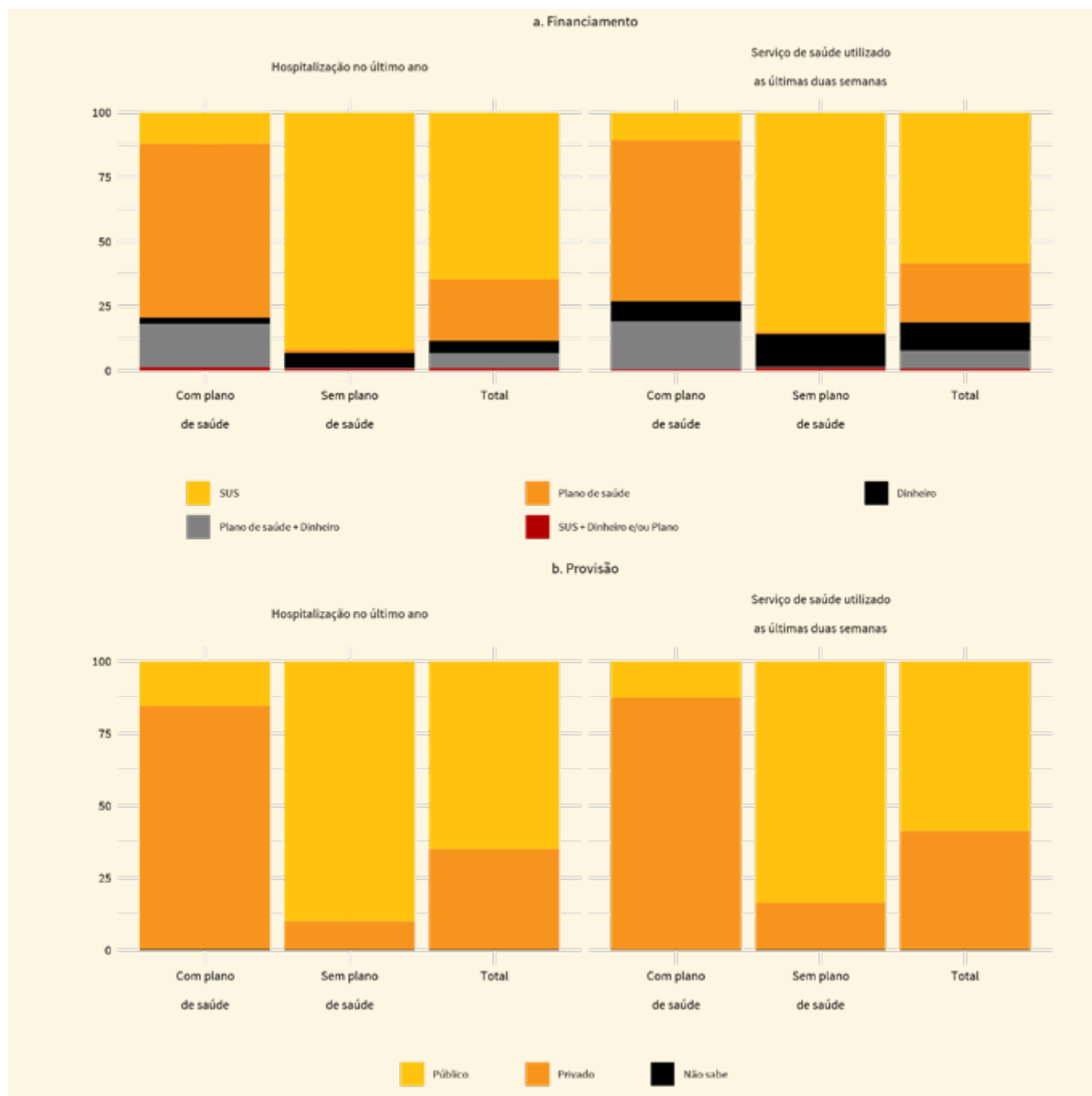
FIGURA 2 – GASTO COM SAÚDE COMO % DO PIB SEGUNDO PIB PER CAPITA



Nota: elaboração própria com base em dados do IHME e Banco Mundial. Dados de 2019 a preços constantes de 2015.

Considerando a classificação de sistemas de saúde em países de baixa e média renda proposta por Mackintosh et al (2016), baseada no mix público/privado, esses dados contribuem para situar o Brasil na categoria de “setor privado de alto custo, no topo de um sistema estratificado”. E esse setor privado tem um papel relevante na provisão de serviços de atenção primária e hospitalares. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, aproximadamente 40% das hospitalizações e 30% dos atendimentos foram realizados em estabelecimentos privados e financiados por planos de saúde e/ou pagamentos do próprio bolso (**FIGURA 3**).

FIGURA 3 – UTILIZAÇÃO POR ESQUEMA DE FINANCIAMENTO E SETOR DE PROVISÃO



Nota: elaboração própria com base em dados da PNS 2019. A figura mostra para dois tipos de serviços de saúde (qualquer serviço utilizado nas últimas duas semanas e hospitalização no último ano), a distribuição segundo quem financiou o serviço (Painel a) e segundo o tipo de estabelecimento onde foi realizado (Painel b)

Outra forma de avaliar o mix público/privado no financiamento da saúde no Brasil é comparando o gasto público e o gasto privado com seguros “por segurado” em diferentes funções, calculando quanto é gasto pelo governo em relação à população coberta pelo SUS com quanto é gasto em planos de saúde privados em relação ao número de beneficiários de planos privados com cobertura médica para diferentes rubricas de gasto. A **TABELA 2** mostra que o gasto por segurado no setor público no Brasil é um terço do gasto por segurado no setor privado. Nos países da OCDE, onde, com poucas exceções, a maior parte dos seguros de saúde privados complementam ou suplementam a cobertura do setor público ao invés de duplicá-la, como no Brasil, a relação se inverte e o gasto por segurado com



seguros privados é aproximadamente 57% do gasto público. Quando comparado com o gasto no setor público no Brasil (26%) e na OCDE (26%), o setor privado no país destaca-se pela elevada parcela dos gastos dedicada aos cuidados hospitalares (33%). O setor destaca-se também pela elevada parcela dos gastos que é consumida pela gestão e regulação do subsistema privado (14%). Vale a pena destacar também que a parcela dos gastos em procedimentos de exame e diagnóstico é elevada no país: tanto no setor público (13%) quanto no setor privado (17%) é entre três e quatro vezes maior do que a média dos países da OCDE (4% no público e 6% no privado).

TABELA 2 – GASTO POR SEGURADO, FINANCIAMENTO PÚBLICO VS. PRIVADO (PLANOS E SEGUROS)

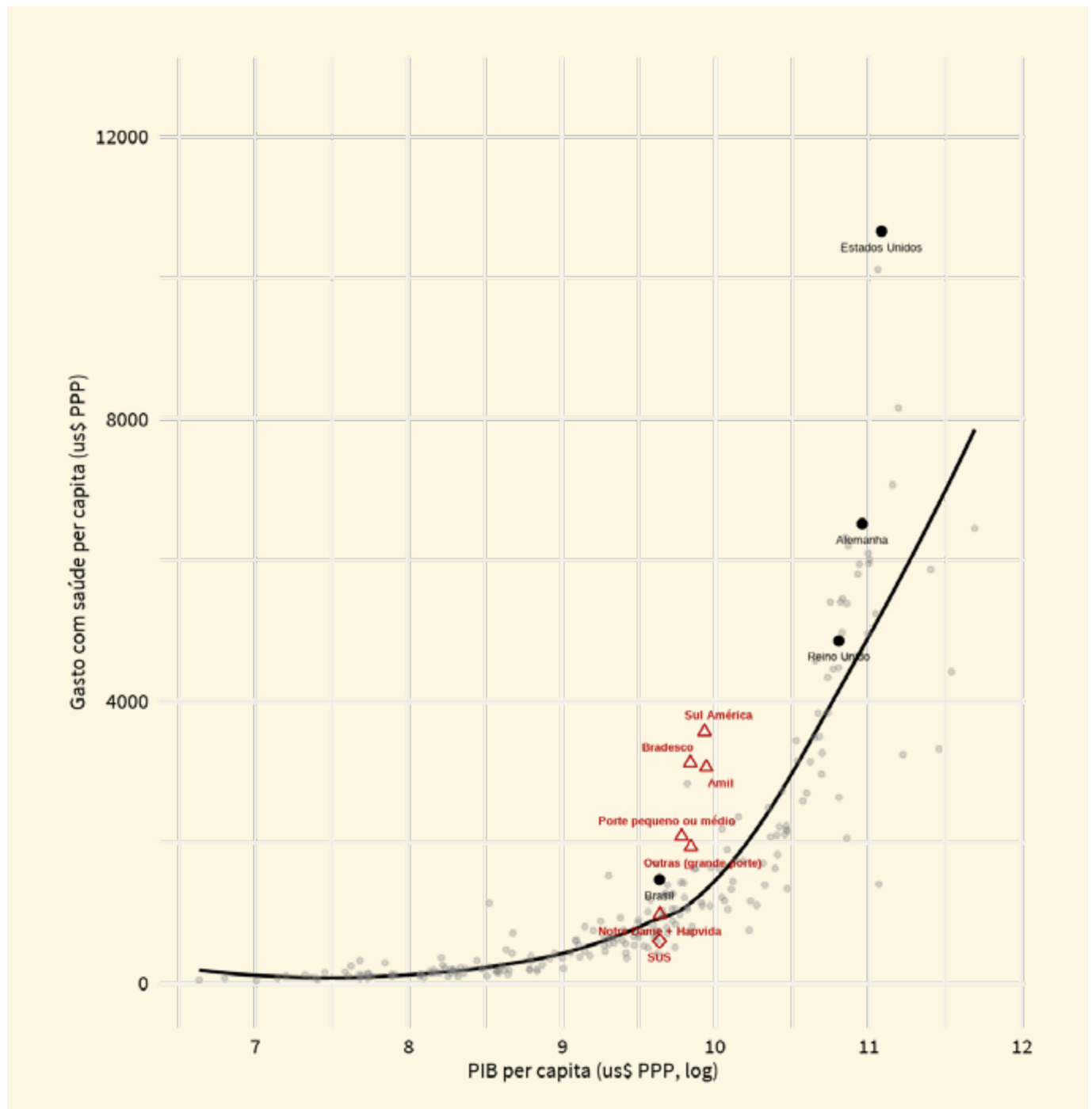
	BRASIL		OCDE	
	Público	Privado	Público	Privado
Total	\$603	\$1.892	\$3.370	\$1.913
Cuidados hospitalares	26%	33%	26%	17%
Cuidados ambulatoriais	38%	26%	24%	32%
Cuidados de longo prazo	1%	3%	20%	3%
Medicamentos e artigos médicos	5%	2%	15%	31%
Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	13%	17%	4%	6%
Prevenção, promoção e vigilância em saúde	10%	1%	4%	3%
Gestão e regulação do sistema	6%	14%	6%	6%
Outros serviços	2%	5%	1%	1%

Nota: elaboração própria com base em dados da OCDE. A tabela mostra o gasto per capita por segurado em 2019 em dólares PPP. Os gastos por segurado foram calculados como a razão entre o gasto com saúde financiado pelo governo ou através de seguros de saúde compulsórios e a população coberta por seguros de saúde públicos ou compulsórios (“público”) e a razão entre o gasto financiado através de seguros de saúde voluntários e a população coberta por esses seguros (“privado”). Para o cálculo da média da OCDE, foram considerados somente países com dados disponíveis para os dois tipos de cobertura.

É importante ressaltar também que o financiamento à saúde no setor de planos e seguros privados é altamente heterogêneo. A **FIGURA 4** mostra as despesas per capita com saúde em dólares de paridade de poder aquisitivo (US\$ PPP) por país e para as maiores operadoras de planos e operadoras de saúde do Brasil. Os resultados ilustram a heterogeneidade do setor. As despesas ao ano por beneficiário da Amil (US\$3.064 PPP), Bradesco (US\$3.130 PPP) e Sul América (US\$3.568), por exemplo, estão próximas dos níveis de gasto com saúde per capita de países de alta renda como Coreia do Sul (US\$3.498 PPP) ou Israel (US\$3.144 PPP), e comparativamente mais próximas do gasto no Reino Unido (US\$4.856 PPP) do que do gasto do SUS (US\$600 PPP). O gasto por beneficiário nestas empresas é mais do que o dobro do que o gasto total com saúde per capita no país considerando a totalidade da população (US\$1.471 PPP). Já o gasto por beneficiário de outras operadoras de grande porte (US\$ 1.938 PPP) e de operadoras de pequeno ou médio portes (US\$ 2.085 PPP) é mais do que três vezes maior do que o gasto público, e mais próximo da média do gasto total no país. Dentro do setor privado, a exceção é a NotreDame Hapvida: a despesa por beneficiário (US\$980 PPP) encontra-se mais próxima da média do SUS e da

despesa total com saúde per capita no país, e é três vezes menor do que nas outras grandes operadoras. Neste sentido, a heterogeneidade no sistema de saúde brasileiro não existe somente na divisão entre os subsistemas público e privado, senão também no interior dos mesmos.

FIGURA 4 – PIB PER CAPITA E GASTO COM SAÚDE (2019)



Nota: elaboração própria com base em dados do Banco Mundial, ANS e IBGE. Para cada operadora, foi contabilizada a despesa assistencial por beneficiário como gasto com saúde e a média ponderada do PIB estadual das UF de residência dos beneficiários e do PIB per capita. Para o SUS foi considerado o gasto público com saúde per capita no Brasil. Todos os valores estão expressos em US\$ PPP de 2019.



1.1.3 O mix público-privado na prestação de serviços

As disparidades no financiamento à saúde entre o setor público e o privado estão refletidas nas diferenças na disponibilidade de recursos para provisão de serviços de atenção à saúde. A **FIGURA 5** mostra a disponibilidade de recursos per capita no Brasil (“Total Brasil”, barra vermelha), em três países de alta renda paradigmáticos dos modelos de sistema de saúde apresentados acima (Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido, barras cinza) e na média dos países da OCDE (linha tracejada). Adicionalmente, a figura mostra a distribuição de recursos entre o setor privado e o setor público no país, considerando a disponibilidade por segurado a partir de duas óticas diferentes: segundo os recursos que estão ou não disponíveis para o SUS (barras amarelas), independentemente da natureza jurídica do estabelecimento, e segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos, se públicos ou privados (barras laranjas), independentemente se estão ou não disponíveis para o SUS⁷. Olhando para os recursos totais per capita disponíveis no país, o nível geralmente encontra-se próximo da média da OCDE (por exemplo, hospitais e tomógrafos) ou abaixo da mesma, mas com valores similares aos de pelo menos um dos países de alta renda destacados (leitos, médicos e máquinas de ressonância). No entanto, ao olharmos a disponibilidade por subsistema, vemos que a quantidade de recursos no setor privado é amplamente superior à disponibilidade no setor público e, em alguns casos, também à disponibilidade nos países de alta renda. Os casos mais marcantes são a disponibilidade de médicos (5 médicos sem vínculo com SUS para cada 1.000 beneficiários de planos de saúde), de tomógrafos (aproximadamente 56 equipamentos não disponíveis para o SUS por milhão de beneficiários de planos de saúde) e de ressonâncias magnéticas (aproximadamente 33 equipamentos não disponíveis para o SUS por milhão de beneficiários de planos de saúde).

7 Os recursos podem pertencer a estabelecimentos privados e estarem disponíveis para o SUS (por exemplo, um médico ocupado em um hospital filantrópico que presta serviços para o SUS ou um tomógrafo em um estabelecimento privado contratado pelo SUS para a realização de exames) ou pertencerem a estabelecimentos públicos e não estarem disponíveis para o SUS (por exemplo, um leito hospitalar em um hospital militar) (Portela et al, 2023).

FIGURA 5 – DISPONIBILIDADE DE RECURSOS NOS SUBSISTEMAS EM COMPARAÇÃO INTERNACIONAL

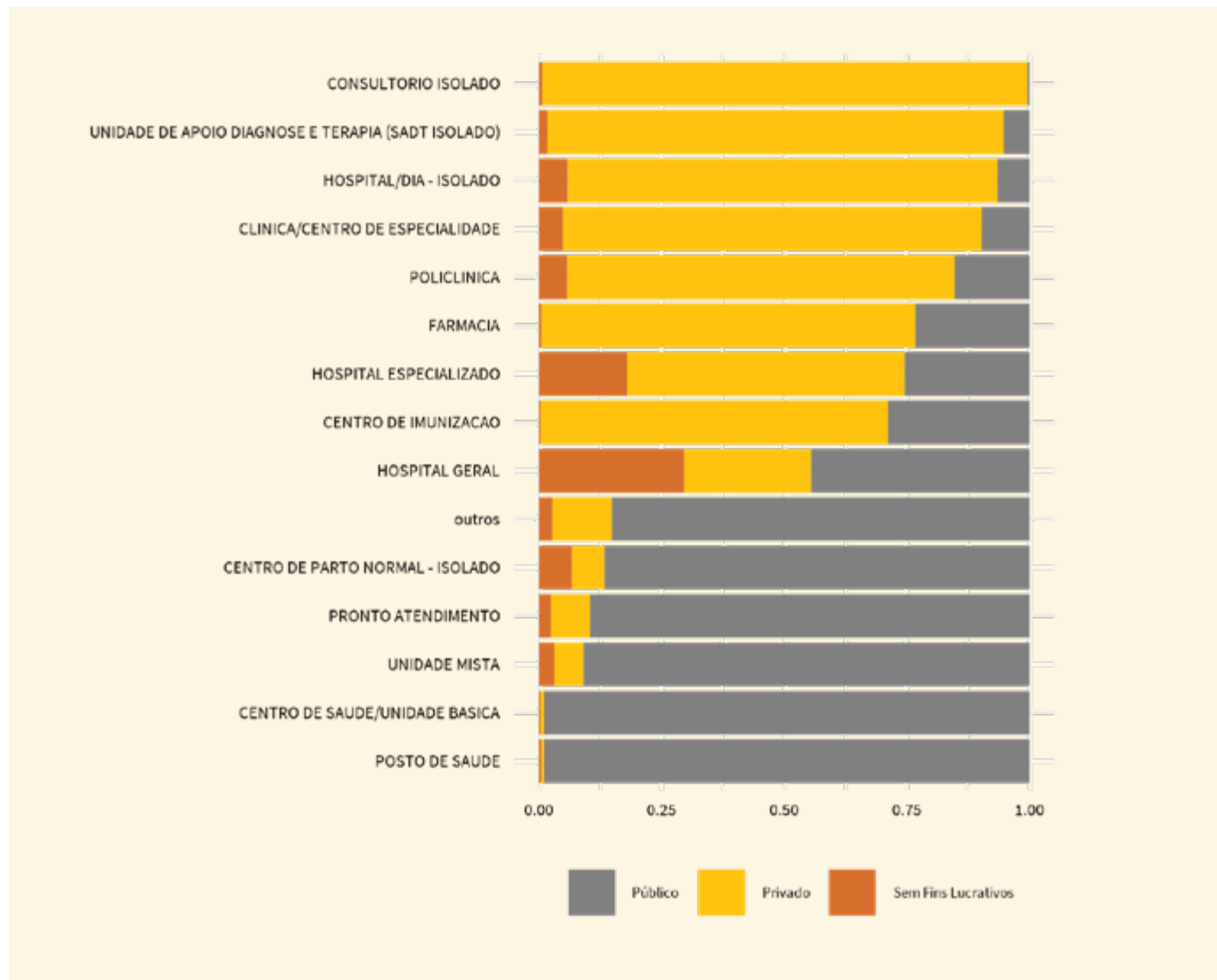


Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES e da OCDE. A figura mostra a disponibilidade de recursos per capita no Brasil (barra vermelha), na Alemanha, nos Estados Unidos, no Reino Unido (barras cinzas) e na média dos países da OCDE (linha tracejada). Adicionalmente, a figura mostra a distribuição de recursos entre o setor privado e o setor público no país, considerando a disponibilidade de recursos por segurado desde duas óticas diferentes: segundo se os recursos estão disponíveis para o SUS (barras amarelas) e segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos (barras laranjas).

Outro ponto relevante sobre o mix público-privado é a heterogeneidade do tipo de estabelecimentos preponderantes em cada subsistema. As diferenças são particularmente marcadas nos estabelecimentos que oferecem serviços ambulatoriais: enquanto o setor privado é preponderante nos consultórios isolados e clínicas de especialidades, quase a totalidade dos postos e unidades básicas de saúde são do setor público (**FIGURA 6**). O setor privado tem também uma participação preponderante no setor de unidades isoladas de serviços de apoio de diagnóstico e terapia. No setor hospitalar, tanto de hospitais gerais quanto de hospitais especializados, observam-se participações relevantes do setor público, do setor privado e do setor privado sem fins lucrativos.



FIGURA 6 – MIX PÚBLICO/PRIVADO POR TIPO DE ESTABELECIMENTO



Nota: elaboração própria com base em dados do CNES. A figura mostra o percentual de estabelecimentos públicos, privados e privados sem fins lucrativos para diferentes tipos de estabelecimento.

1.2

Posicionamento dos prestadores privados: evolução recente e situação atual

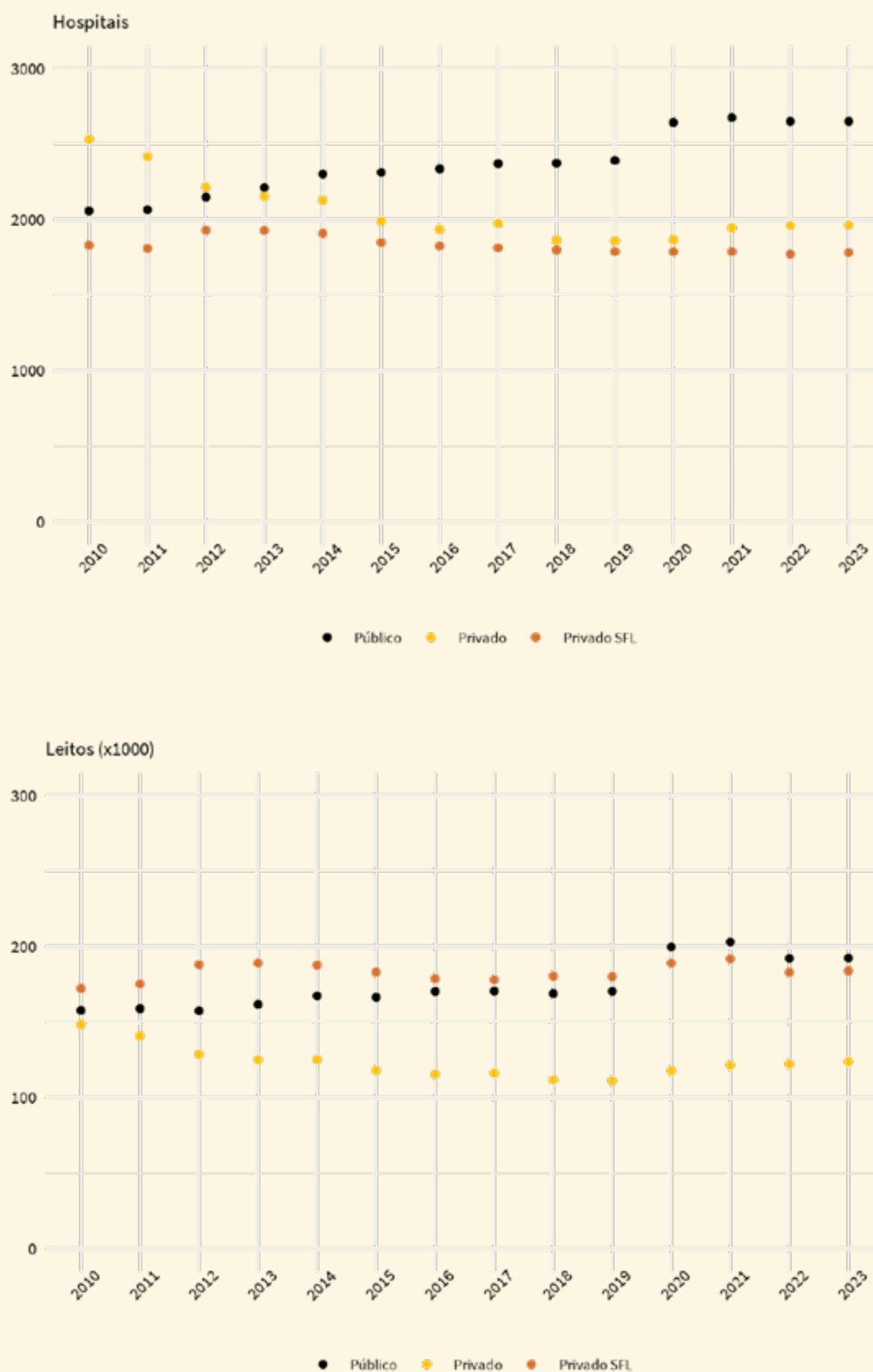
Nesta seção, analisamos a dinâmica ao longo do tempo dos prestadores privados em relação à oferta de diferentes equipamentos (hospitais, leitos, ressonâncias magnéticas e tomógrafos), quais são os determinantes dessa oferta e como são utilizados esses equipamentos. Ao longo da seção, a dinâmica é apresentada utilizando o setor público como referência: comparamos a tendência na oferta e utilização dos equipamentos entre os setores, avaliamos como evoluiu a oferta privada em resposta aos vazios assistenciais no setor público e analisamos a possibilidade de utilização de serviços privados pelo SUS.

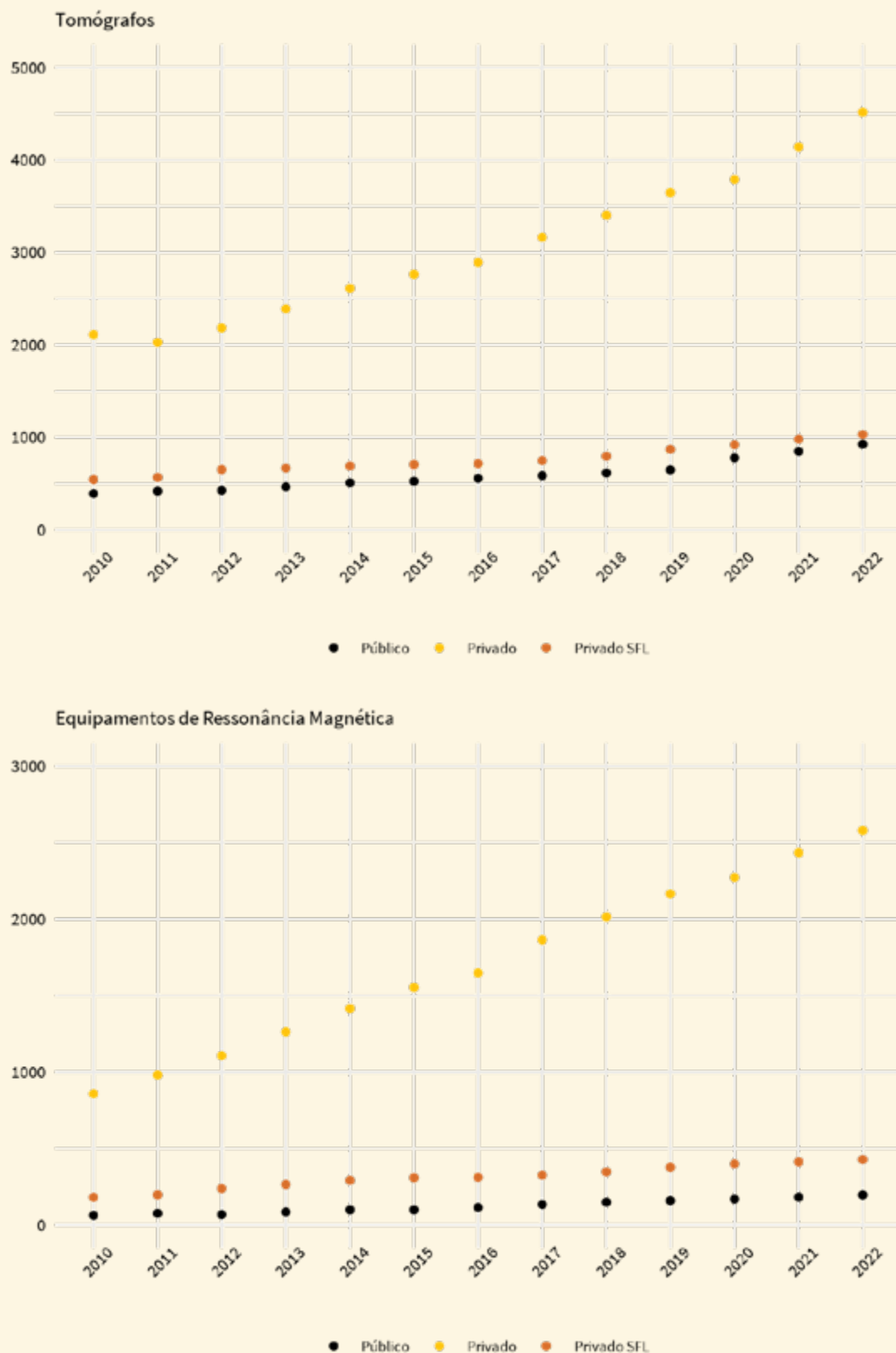
Os resultados da **FIGURA 7** mostram que a dinâmica de crescimento entre 2010 e 2022 não foi a mesma para todos os tipos de recursos: houve uma queda no número de hospitais e leitos no setor privado (em paralelo ao crescimento no setor público e da estabilidade no setor privado sem fins lucrativos), enquanto houve um aumento acelerado na capacidade instalada de equipamentos para exames de diagnóstico⁸. A diferença em nível na quantidade desses equipamentos em cada setor é muito marcada. Em 2022, havia no Brasil 2.581 máquinas de ressonância magnética e 4.517 tomógrafos em estabelecimentos privados. Em estabelecimentos públicos e privados sem fins lucrativos essas quantidades eram de 196 e 428 ressonâncias, e 926 e 1.030 tomógrafos, respectivamente.

8 Houve também, neste período, uma expansão marcada do setor privado na oferta de clínicas isoladas e de pequeno porte (também chamadas de “clínicas populares”), ver Rosa (2024).



FIGURA 7 - EVOLUÇÃO DE RECURSOS FÍSICOS POR SETOR





Nota: elaboração própria com base em dados do CNES. Em cada caso, as figuras mostram o número total de estabelecimentos ou equipamentos no Brasil segundo a natureza jurídica do estabelecimento. SFL: sem fins lucrativos.

Um ponto relevante sobre a dinâmica dos prestadores privados é como a mesma se relaciona com os serviços disponibilizados pelo SUS. Modelos econômicos de escolha dos usuários em contextos nos quais serviços de saúde estão disponíveis nos setores público e privado incluem diferenças de qualidade e nos tempos (filas) de espera para acessar esses serviços como determinantes da escolha entre setores (Pita Barros e Siciliani, 2011). Apesar do SUS em princípio cobrir cuidados de maneira integral e gratuita no ponto de uso para a toda a população, eventualmente os serviços podem estar indisponíveis em determinados locais (e o deslocamento pode gerar um custo e/ou um aumento no tempo de espera para os usuários), os tempos de espera podem ser muito elevados ou os usuários podem avaliar os mesmos como de qualidade relativamente mais baixa. Nessas situações, os usuários com capacidade de pagamento podem estar dispostos a contratar serviços privados, através de pagamentos diretos ou da contratação de planos de saúde. É previsível, então, que os prestadores privados orientem os seus investimentos para a construção de capacidade para atender à demanda por serviços de atenção à saúde em locais nos quais a provisão no SUS seja comparativamente menor e exista população com poder de compra para contratar esses serviços.

Para analisar se a expansão de serviços no setor privado está associada a déficits na provisão desses serviços no SUS, avaliamos a correlação entre vazios assistenciais (*déficits*) no primeiro ano de nossa análise (2010) e a variação na oferta ao longo dos anos seguintes. Por não contarmos com dados detalhados sobre filas de espera ou qualidade de atendimento ao nível local no SUS para o período de análise, definimos os *déficits* assistenciais comparando a disponibilidade de recursos (hospitais, leitos, tomógrafos e ressonâncias magnéticas) nas 450 regiões de saúde do Brasil com a média dessa disponibilidade nos países da OCDE. Definimos a disponibilidade como o número de recursos em relação à população residente em cada região. Desta forma, para uma determinada região de saúde e recurso, o valor do *déficit* indica quão distante estava a disponibilidade nessa região em 2010 da disponibilidade média nos países da OCDE. A expansão dos prestadores privados é definida, para cada recurso, como a diferença na quantidade do mesmo por cada 100 mil habitantes entre 2021 e 2010. Desta forma, valores positivos expressam um aumento na quantidade de recursos privados disponíveis em uma determinada região de saúde, em relação à população, e valores negativos expressam uma queda. Para facilitar a interpretação e comparação dos resultados, normalizamos, em todos os casos, as variáveis referentes aos *déficits*. Assim, mostraremos abaixo coeficientes de regressões lineares – referentes à associação entre o *déficit* no setor público em 2010 e a dinâmica dos prestadores privados no período – que representam a variação na quantidade de recursos ofertados pelo setor privado associada a um aumento de um desvio padrão no *déficit*.

Como a maior parte da contratação de serviços privados acontece através de planos de saúde, e parte significativa da cobertura desses planos é conferida como benefício em vínculos empregatícios formais, é de particular relevância a incorporação como variável na regressão da razão entre o número de empregos formais na região de saúde em 2010 e o tamanho da população em idade ativa (15-64 anos) no mesmo ano. Essa variável serve como uma medida do grau de dinamismo no setor formal da economia,



que determina em grande parte o poder de pagamento pelos serviços privados de saúde. Em todos os casos, adicionamos como controles na regressão outras características das regiões de saúde no ano base.

A **TABELA A1** no apêndice apresenta os resultados desse exercício, que sugerem que as decisões de entrada em um mercado ou expansão por parte dos prestadores privados respondem, de fato, aos *déficits* assistenciais no setor público e estão associadas ao grau de formalidade na economia local. Para hospitais e leitos hospitalares, os maiores *déficits* assistenciais nos serviços públicos de saúde em 2010 apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com a expansão de prestadores privados entre 2010 e 2021 (colunas 1 e 4 da Tabela). Para esses recursos, a associação com a dinâmica de prestadores sem fins lucrativos foi menor do que a associação com a dinâmica de prestadores com fins lucrativos (colunas 2, 3, 5 e 6). Para tomógrafos e ressonâncias magnéticas, o padrão é menos claro. No primeiro caso, há uma associação positiva, enquanto no segundo a associação é praticamente nula. Adicionalmente, os resultados da **TABELA A1** sugerem que, em todos os casos, prestadores privados com fins lucrativos expandiram-se em regiões de saúde com maior grau de dinamismo no setor formal da economia, enquanto o padrão é menos claro para prestadores sem fins lucrativos. A **FIGURA 8** resume as informações da **TABELA A1** de forma gráfica, dividida em painéis de acordo com o tipo de provedor. A linha tracejada no zero simboliza efeito nulo, os pontos representam as estimativas reportadas na tabela e as linhas horizontais os intervalos de confiança de 95% das estimativas.

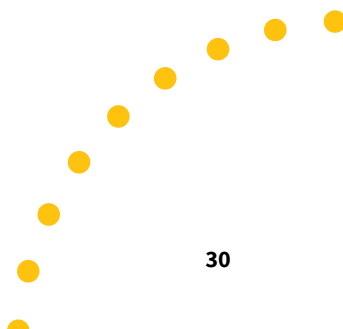
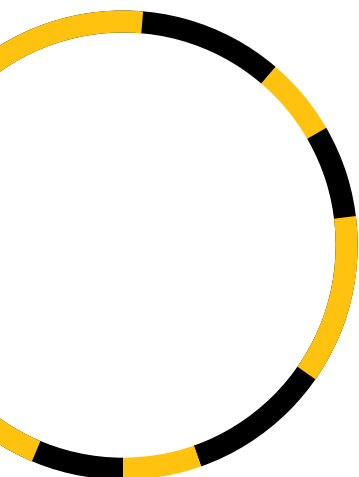
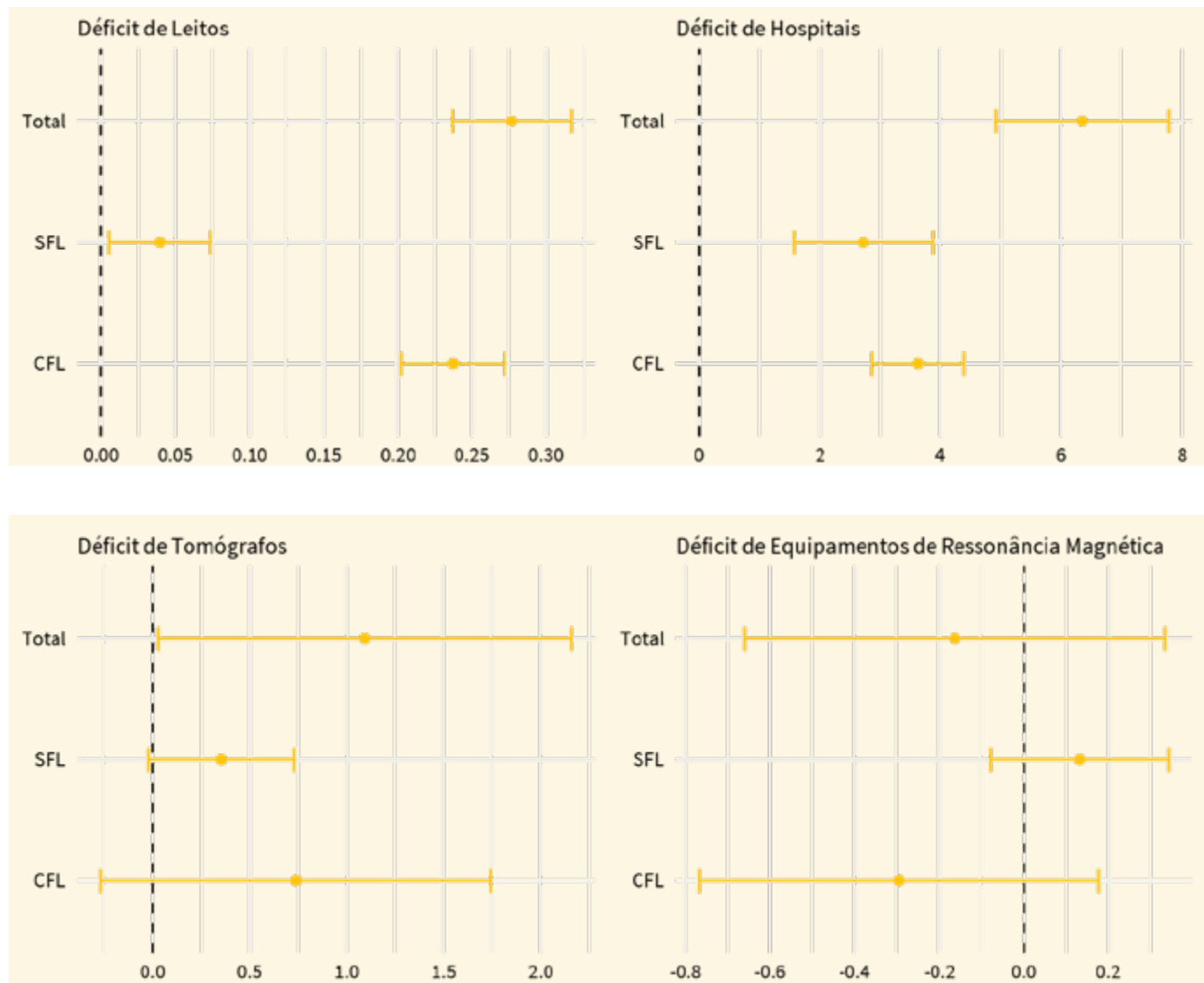


FIGURA 8 - DÉFICITS ASSISTENCIAIS NO SUS E EXPANSÃO DOS PRESTADORES PRIVADOS



Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. A base encontra-se ao nível da região de saúde. As variáveis dependentes representam o delta 2021-2010 do total de recursos, total com fins lucrativos e total sem fins lucrativos de leitos, tomógrafos, hospitais, e médicos, respectivamente. Reproduzimos os coeficientes estimados na Tabela A1 separadamente para cada tipo de provedor.

Os resultados da **TABELA A1**, em conjunto com os da **FIGURA 8**, sugerem que prestadores privados têm direcionado os seus investimentos para a expansão de hospitais e abertura de novos leitos hospitalares para regiões onde a disponibilidade de recursos no setor público é comparativamente menor. Para prestadores com fins lucrativos, o dinamismo econômico da região também é um fator determinante para estes investimentos. Adicionalmente, esses resultados sugerem que a rápida expansão da capacidade instalada de equipamentos para análises por imagens – tomógrafos e ressonâncias magnéticas – ocorreu, principalmente, em regiões com maior dinamismo no setor formal da economia, sem responder tão claramente aos déficits no SUS.

Outra questão relevante é como estes recursos privados estão sendo usados, quanto a contratação de serviços para o SUS contribui para essa utilização, e como os níveis de utilização se comparam com os do SUS e os de outros países. Os resultados apresentados na **FIGURA 9** apontam respostas para essas questões. O nível de hospitalizações por 100 mil pessoas cobertas pela saúde suplementar em 2021 (15.783, Painel A) foi próximo

ao de países de alta renda como Bélgica e Noruega, e acima da média dos países da OCDE (14.069 por cada 100 mil habitantes). Já no SUS, o nível foi menos da metade (6.984 por cada 100 mil indivíduos com cobertura exclusiva do SUS⁹). O nível de utilização por leito na rede privada, uma variável importante para avaliar a eficiência na utilização dos recursos e, portanto, os custos, apresentou tendência crescente no período avaliado, alcançando valores superiores em 2019 (48 considerando todas as hospitalizações feitas em estabelecimentos privados, incluindo as contratadas pelo SUS, Painel C) aos da média da OCDE (36). Importante ressaltar que a contratação de serviços da rede privada por parte do SUS contribui marcadamente para os altos níveis de utilização dos leitos hospitalares: sem esta, o nível de utilização (28) estaria entre os menores na comparação internacional, potencialmente refletindo capacidade ociosa de provisão de cuidado.

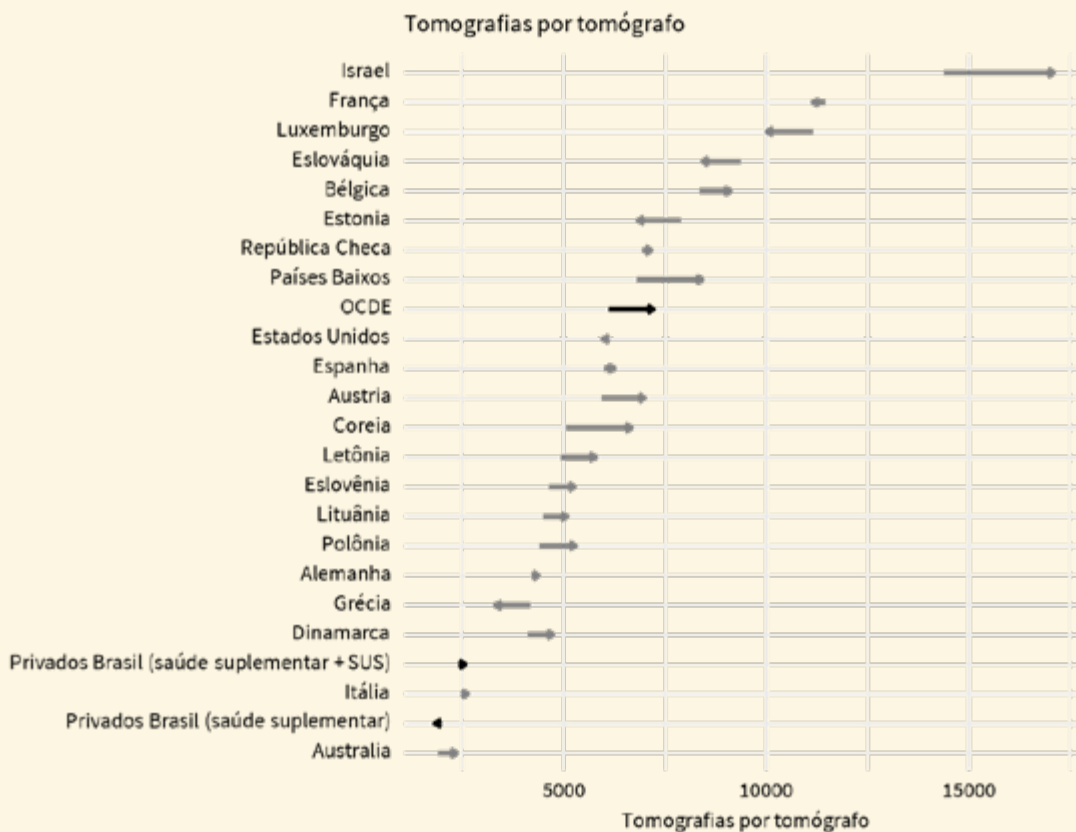
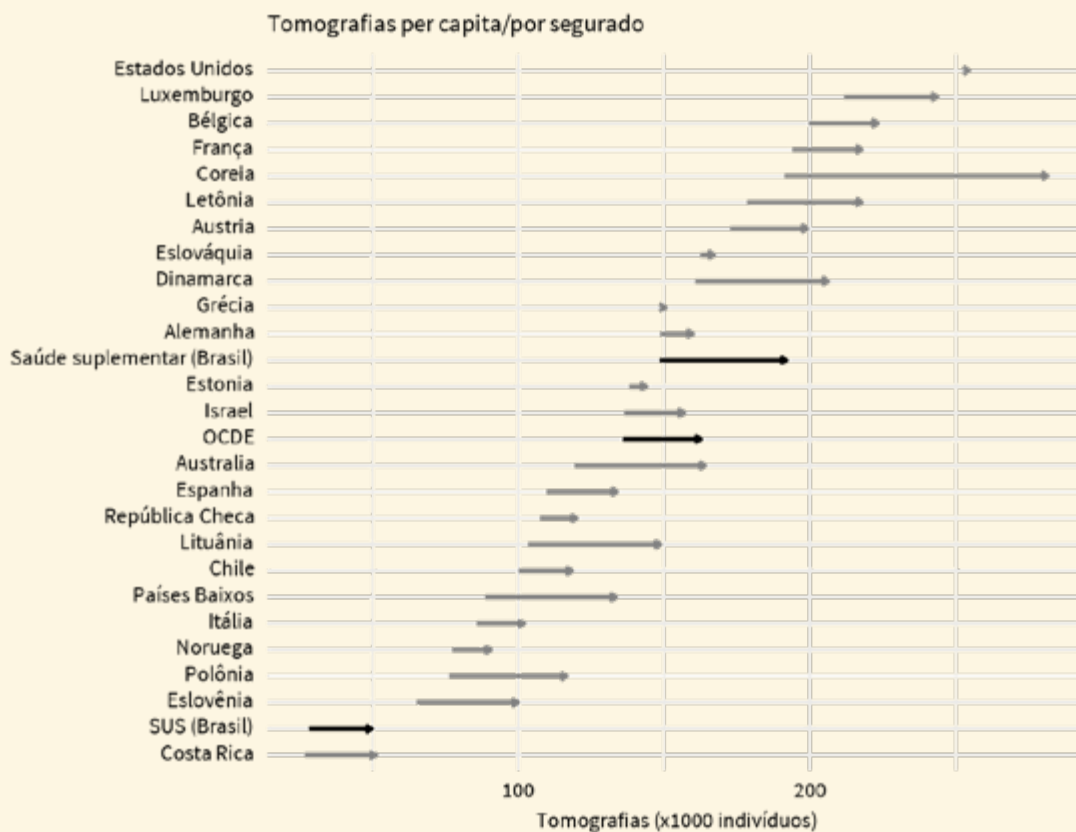
O cenário é um pouco diferente quando olhamos para tomografias e ressonâncias magnéticas. Por um lado, os níveis de utilização na saúde suplementar são elevados na comparação internacional e apresentaram tendência crescente no período avaliado. Em 2021, o número de tomografias (192 por cada mil segurados, Painel D) e de ressonâncias magnéticas (160 por cada mil segurados, Painel E) na saúde suplementar no Brasil foi superior ao da média dos países da OCDE (163 e 87 por cada mil habitantes, respectivamente) enquanto os níveis no SUS (50 e 9 por cada mil indivíduos com cobertura exclusiva do SUS, respectivamente) estiveram entre os menores na comparação internacional. A utilização de ressonâncias magnéticas na saúde suplementar no Brasil, especificamente, é a maior dentre os países considerados.

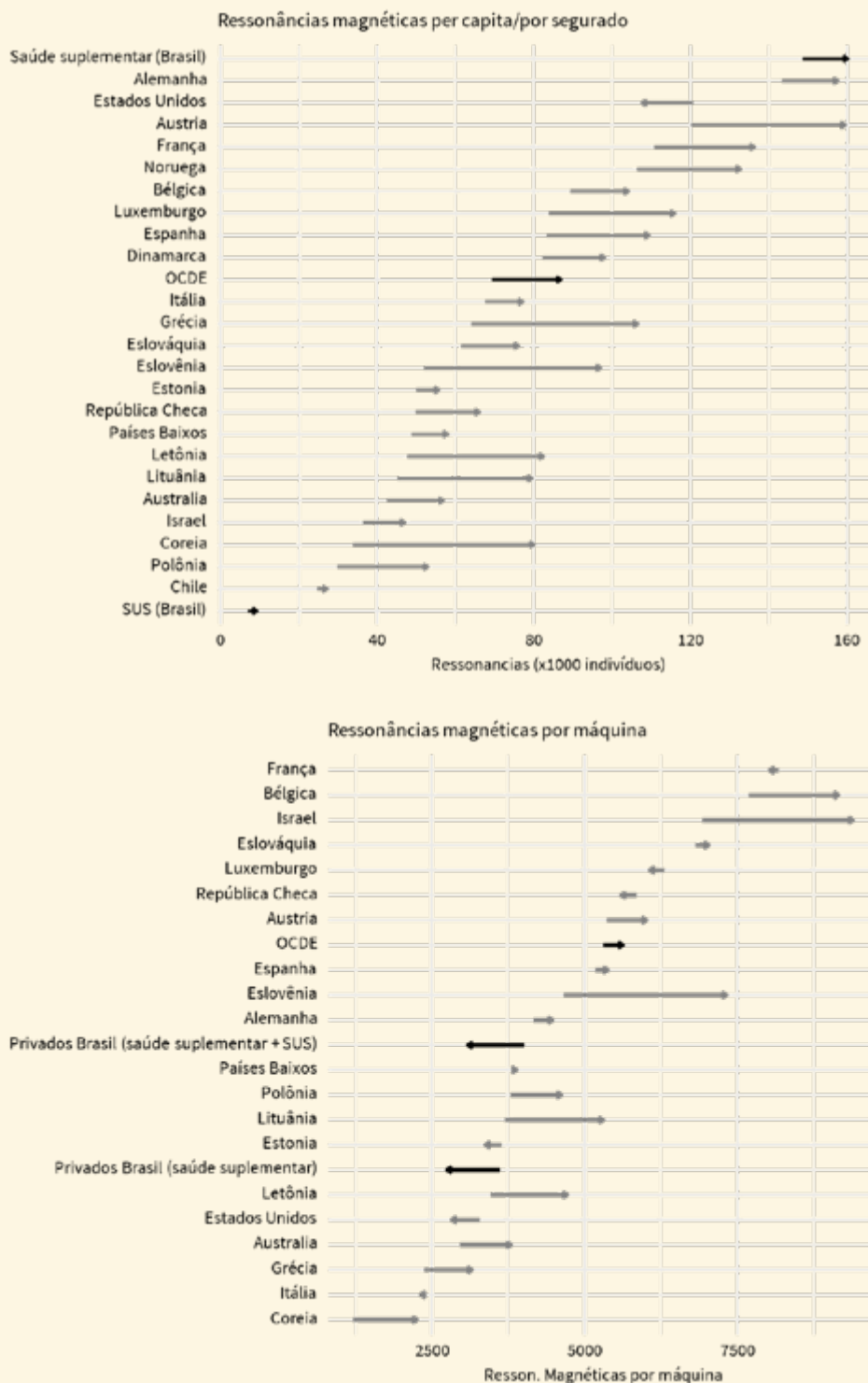
Por outro lado, o número de procedimentos por tomógrafos e ressonâncias magnéticas privados é relativamente baixo, sugerindo que parte desses equipamentos estão, em média, ociosos. O número de tomografias por tomógrafo privado em 2021 (1.832 considerando somente exames financiados pela saúde suplementar e 2.576 considerando também exames contratados pelo SUS na rede privada) esteve consideravelmente abaixo da média da OCDE (7.208), e entre os menores do mundo. O número de exames ressonâncias magnéticas por máquina privada em 2021 (2.751 considerando somente exames financiados pela saúde suplementar e 3.095 considerando também exames contratados pelo SUS na rede privada) também está muito abaixo da média da OCDE (5.619). Adicionalmente, enquanto na média dos países da OCDE houve uma tendência crescente na utilização dos equipamentos no período analisado, o nível de utilização dos tomógrafos no Brasil está estagnado, enquanto caiu em termos relativos a utilização das máquinas de ressonância.

9 Isto é, considerando a parcela da população do Brasil que não possuía cobertura de planos de saúde suplementar com assistência médica.

FIGURA 9 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (2016 - 2021)





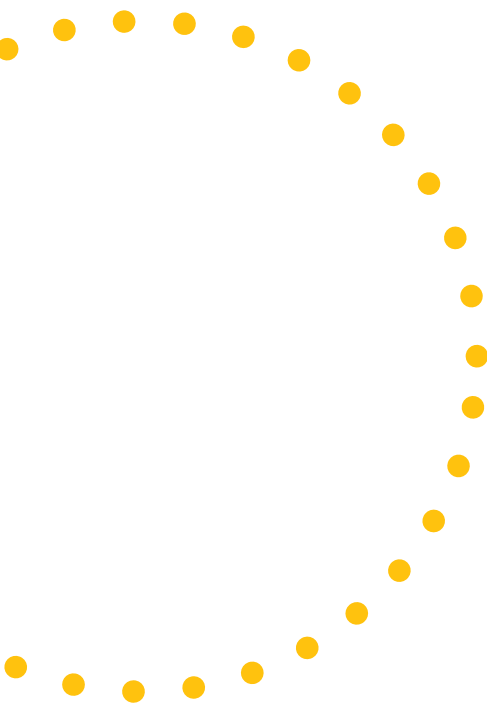


Nota: elaboração própria em base a dados da OCDE, SIA/Datasus, SIH/Datasus, CNES e SIP/ANS. Os painéis à esquerda apresentam as taxas de utilização de hospitalizações, tomografias e ressonâncias magnéticas na população de países da OCDE, na saúde suplementar no Brasil e no SUS. Para o cálculo das taxas de utilização na saúde suplementar foi considerada a população com cobertura de planos de saúde com assistência médica. Para o cálculo das taxas de utilização no SUS foi considerada o restante da população (isto é, subtraímos do total da população o número de indivíduos com cobertura da saúde suplementar). Os painéis à direita apresentam as taxas de utilização dos equipamentos em países da OCDE e em estabelecimentos privados no Brasil. As taxas de utilização nos estabelecimentos privados no Brasil são apresentadas considerando somente serviços contratados pela saúde suplementar (com dados do SIP/ANS) e considerando a soma destes com os serviços contratados pelo SUS na rede privada (incluindo também dados do SIH e SIA/Datasus). Os serviços pagos do bolso por usuários de equipamentos privados no Brasil não foram considerados por falta de dados.



Esse panorama dos níveis de utilização de serviços de saúde, e dos equipamentos para eles necessários, sugere que existem desafios para o setor da saúde suplementar. Os elevados e crescentes níveis de utilização de exames podem ser resultado, em parte, de modelos de pagamento baseados no pagamento por serviços (*fee-for-services*) que incentivam a sobreutilização (Rice, 2021). O excesso de custos associados a essa utilização recai nas operadoras de planos de saúde, afetando os resultados operacionais das mesmas e colocando pressão para uma elevação do preço das mensalidades.

Trata-se de um vetor estrutural de preocupação na saúde suplementar: em um contexto de expansão acelerada da capacidade instalada em equipamentos e diagnóstico, e baixa utilização, que resulta em capacidade ociosa, os prestadores têm incentivos para continuar com níveis elevados de utilização. Nesse contexto, existem incentivos para que as operadoras desenvolvam novos modelos de operação que lhes permitam exercer maior controle sobre a evolução dos custos¹⁰. E abre-se espaço para que o setor público identifique formas de otimizar o uso desses equipamentos, a baixo custo, aumentando a eficiência no uso de recursos e a oferta do serviço para o SUS.



10 Por exemplo, estudo recente conduzido pelo Hospital Albert Einstein sobre cirurgias indicadas para endometriose mostrou que 22% das indicações cirúrgicas não tinham necessidade. Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/02/programa-do-einstein-detecta-que-22-das-cirurgias-de-endometriose-sao-desnecessarias.shtml>. Acesso em 05/03/2024

1.3

Posicionamento das Operadoras de Planos de Saúde: Evolução e situação atual

Nesta seção, analisamos a dinâmica recente das operadoras de planos de saúde. O setor de operadoras de planos privados passou por mudanças estruturais no final da década de 90 que foram determinantes para as características que o setor tem atualmente¹¹. Apresentamos nesta seção dados a respeito da situação atual bem como da evolução ao longo dos últimos anos. Ainda, considerando a concentração neste setor, realizamos recortes específicos para alguns dos seus principais atores. Por fim, buscamos realizar análises que ajudem a compreender os desafios do setor, em que medida a crise atravessada nos dias de hoje é conjuntural, e se existem indícios de problemas estruturais que precedem a turbulência iniciada pela pandemia em 2020. Importante mencionar que optamos por considerar apenas planos e operadoras de assistência médico-hospitalar, desconsiderando os exclusivamente odontológicos, e na maioria das análises realizamos um recorte temporal restrito a anos recentes por limitações de dados.

As operadoras de planos de saúde possuem perfis organizacionais e portes distintos¹², e os planos por elas oferecidos se diferenciam de acordo com o tipo de contratação¹³. Com base em definições da ANS, as **TABELAS 3 E 4** resumem as principais características dos perfis organizacionais e tipos de contratação, respectivamente. Em relação ao porte, operadoras de pequeno porte são aquelas com até 20 mil beneficiários, médio porte são as que possuem de 20 a 100 mil beneficiários, e grande porte são as que possuem mais de 100 mil beneficiários.

11 Em 1998, a Lei 9656/1998 regulamentou a saúde suplementar no Brasil, formalizando direitos e deveres para usuários e operadoras. A lei estabeleceu requisitos para que as operadoras obtivessem autorização de funcionamento com o objetivo de aumentar a transparência no setor e proteger os beneficiários. Em 1999, planos contratados a partir desta data se tornaram obrigados a cumprir com o rol de procedimentos. Em 2000, foi criada a ANS, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras (Wang et al, 2022).

12 Fonte: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais>. Acessado em 29/02/2024

13 Fonte: <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>. Acessado em 22/07/2024



TABELA 3 – MODALIDADE DE OPERADORAS DE PLANOS

Modalidade	Descrição
Administradora de Benefícios	Considera-se administradora de benefícios a pessoa jurídica que propõe 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 atividades previstas em regulamentação específica.
Autogestão	De uma forma ampla classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.
Cooperativa Médica	São pessoas jurídicas constituídas na forma da Lei nº 5.764/71 e que operam planos privados de assistência à saúde.
Filantropia	São pessoas jurídicas que não possuem fins lucrativos e são reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública.
Seguradora	São as sociedades seguradoras que operam seguro de saúde e possuem objeto social exclusivo para a atuação no setor de saúde suplementar, nos termos da Lei nº 10.185, de 2001.
Medicina de Grupo	São todas as operadoras de planos médicos ou odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriormente citadas.

Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

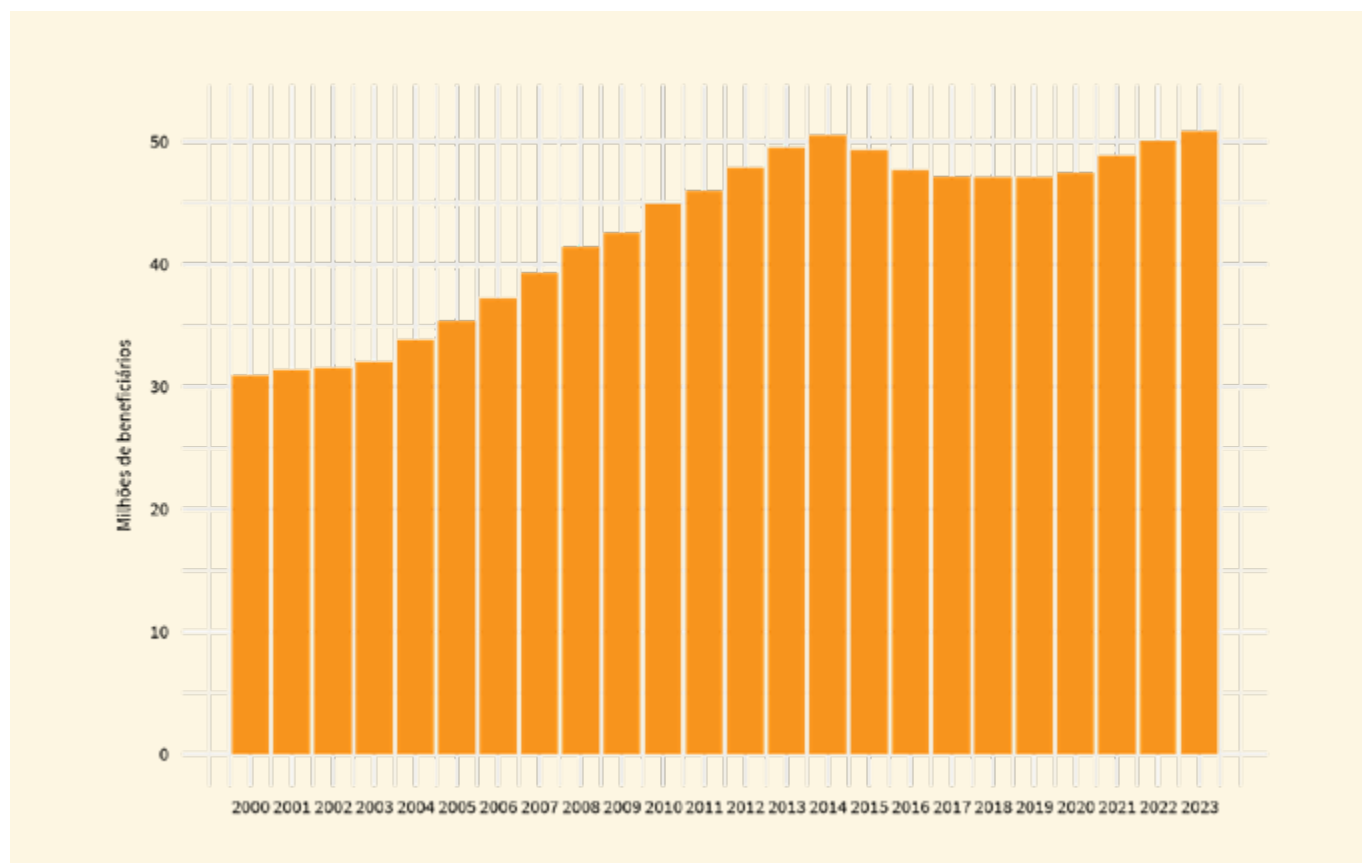
TABELA 4 – PLANOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO

Classificação	Adesão	Cobertura	Rescisão	Regulado pela ANS
Individual ou Familiar	Livre	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento	Sim
Coletivo por Adesão	Exige vínculo com associação profissional ou sindicato	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Não
Coletivo Empresarial	Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Não

Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

De forma mais ampla, observamos na **FIGURA 10** que, após crescimento no início dos anos 2000, nos últimos dez anos a base de usuários se manteve relativamente estável – entre 45 e 50 milhões de beneficiários. Em particular, após um período de expansão até 2014, o setor observou uma retração que durou até 2019, acompanhando a perda de dinamismo na economia do país no período. O número de beneficiários foi aproximadamente 7% menor em 2019 do que em 2014.

FIGURA 10 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS



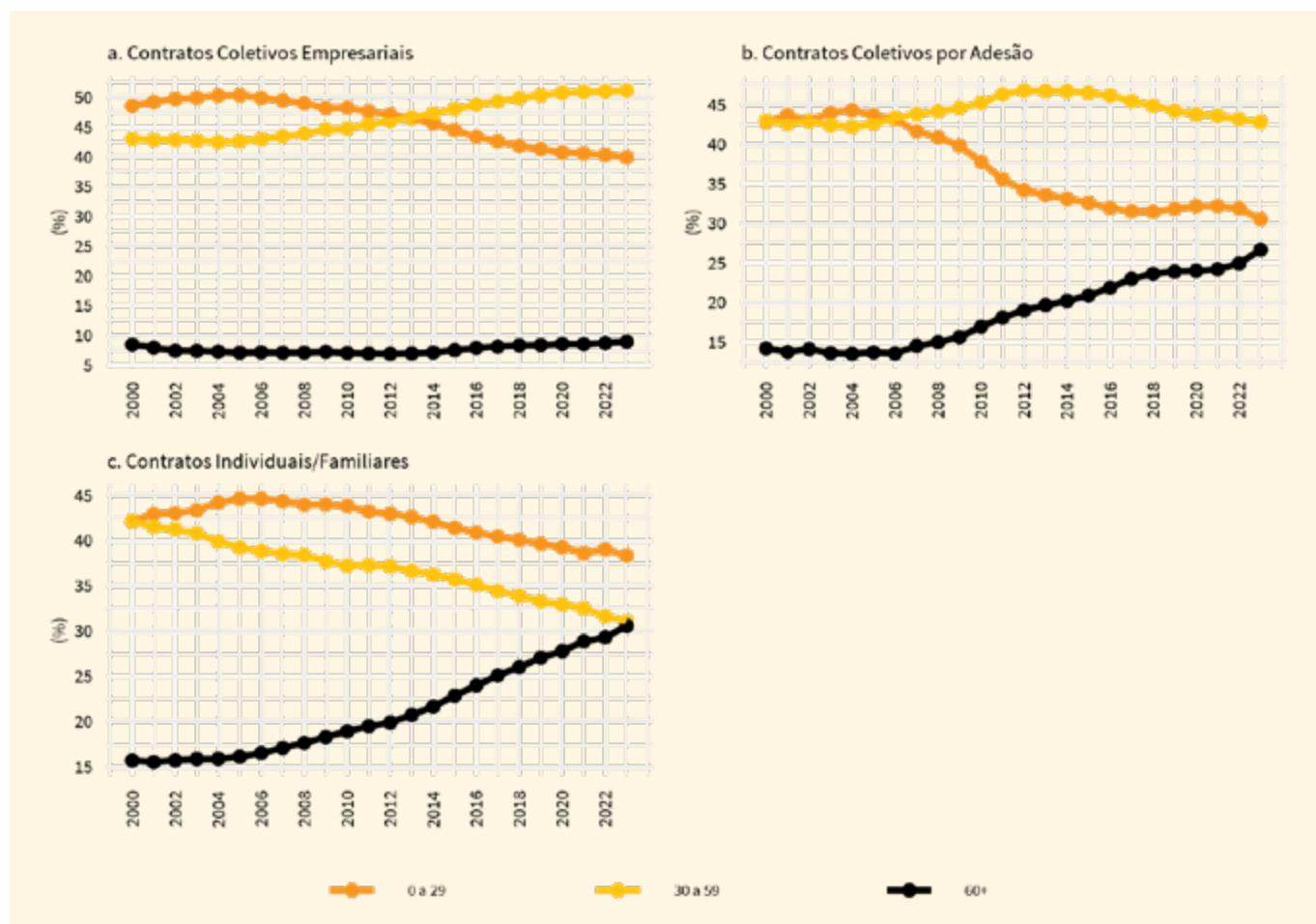
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2000 a 2023.

Analizando a evolução de beneficiários sob outros prismas, apresentamos na Figura A2 do apêndice um recorte por modalidade de operadora. Nela, notamos o destaque de Medicinas de Grupo (ex: Amil, Notredame Hapvida e Sul América) e Seguradoras Especializadas em Saúde (ex: Bradesco). Na Figura A3 no apêndice apresentamos a evolução por tipo de plano, considerando o recorte de planos individuais versus coletivos (por adesão e empresariais). Os planos coletivos empresariais, além de mais representativos em volume, também constituem o único segmento que tem observado aumentos nos últimos anos. Planos coletivos por adesão e individuais/familiares, por outro lado, observam estagnação.

Uma das diferenças entre os diferentes tipos de planos está na composição da carteira de beneficiários. A **FIGURA 11** mostra a composição etária das carteiras de planos coletivos empresariais, coletivos por adesão, e individuais ou familiares através dos percentuais de beneficiários em três faixas etárias: de 0 a 29 anos, 30 a 59, e maiores de 60 anos. Enquanto nos empresariais jovens e adultos representam cerca de 90% da composição

das carteiras, nos coletivos por adesão e individuais os idosos chegam a representar cerca de 25 a 30% dos beneficiários. Notavelmente, esse número representa mais do que o dobro do registrado no início dos anos 2000 para os dois tipos de planos, indicando que houve um envelhecimento significativo dessas carteiras no período analisado. O envelhecimento das carteiras pode refletir tanto um maior contingente de idosos dentre os contratos pré-existentis em paralelo a aumentos na expectativa de vida, quanto a entrada de novos idosos e/ou saída de jovens e adultos da carteira de beneficiários. A esse respeito, a Figura A4 no apêndice mostra o saldo (entradas – saídas) de beneficiários por faixa etária e tipo de contratação (coletivos por adesão *versus* individuais ou familiares). A faixa dos 30 a 59 anos apresentou maior variabilidade, com mais saídas especialmente nos planos individuais. Os mais jovens (0 a 29 anos) apresentaram no geral mais entradas do que saídas, enquanto o inverso aconteceu com idosos (60 ou mais). Ou seja, o envelhecimento das carteiras acontece mesmo com a saída líquida de idosos.

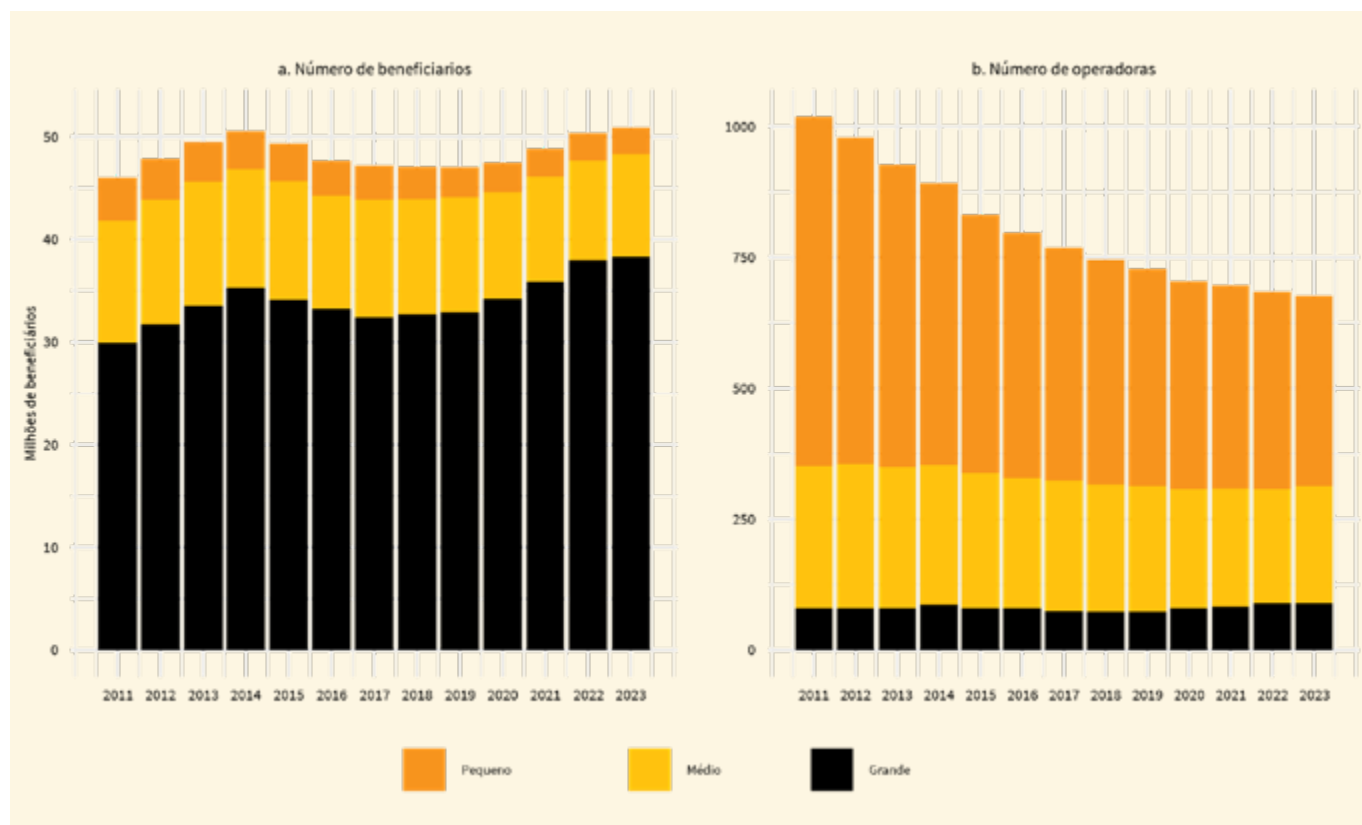
FIGURA 11 – EVOLUÇÃO DE CONTRATOS POR TIPOS DE PLANOS E FAIXA ETÁRIA



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O primeiro Painel mostra a evolução no percentual dos contratos coletivos empresariais por faixa etária (0 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 anos ou mais). O segundo Painel mostra a evolução no percentual dos contratos coletivos por adesão por faixa etária, e o terceiro Painel mostra a evolução no percentual de contratos individuais ou familiares por faixa etária.

Apesar da base de usuários total relativamente estável, a participação de mercado das empresas de grande porte aumentou significativamente no período, como mostra o Painel B da **FIGURA 12**. Em 2011, 4.170.845 (9,1% do total) de beneficiários estavam cobertos por planos de operadoras de pequeno porte, 11.977.499 (26%) por operadoras de médio porte, e 29.877.470 (64,9%) por operadoras de grande porte. Em 2023, esses números eram 2.604.164 (5,1%), 10.015.061 (19,7%) e 38.262.888 (75,2%), respectivamente. Em paralelo, houve saída de operadoras de pequeno porte do mercado. Em 2011, havia 1.020 operadoras com beneficiários ativos de planos de assistência médica (das quais 688 de pequeno porte). Em 2023, esse número chegou a 677 operadoras (sendo 363 de pequeno porte). Com uma base de beneficiários estável, isso sugere que as operadoras estão disputando o *market share* existente, o que por sua vez pode ter implicações para a precificação de seus produtos, limitando as margens dos produtos devido à concorrência (Ho e Lee, 2017) e incentivando a adoção de novas estratégias empresariais.

FIGURA 12 - EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS (2011-2022)



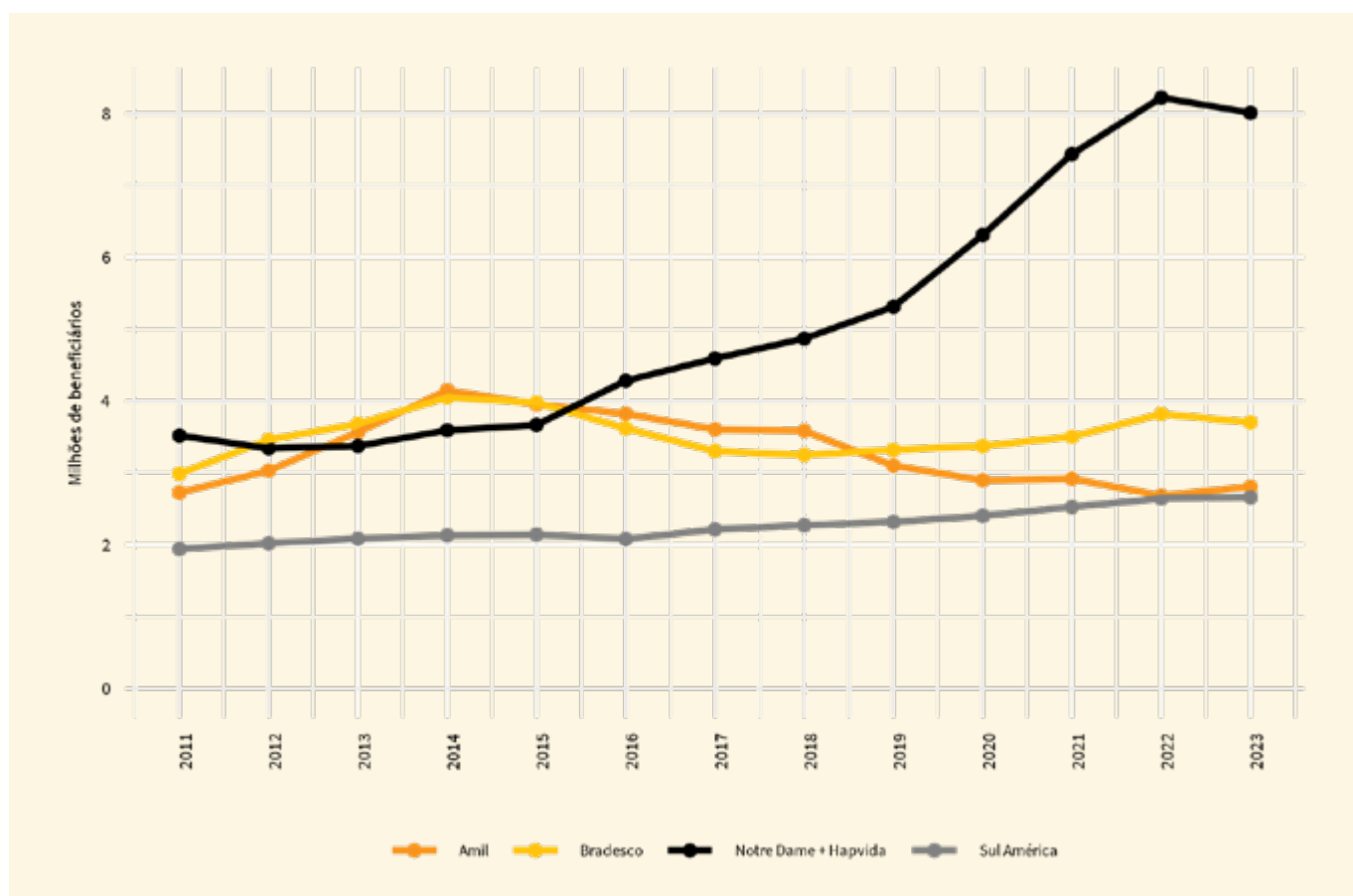
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O Painel A da figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2011 a 2023. O Painel B da figura mostra a evolução do número de operadoras de 2011 a 2023. Realizamos um recorte por porte da operadora.

Tendo em vista a evolução geral do setor, observamos na **FIGURA 13** que, entre as quatro principais operadoras no mercado atualmente (Amil, Bradesco, Sul América, e NotreDame Hapvida¹⁴), apenas a NotreDame

¹⁴ Realizando o recorte das maiores operadoras por número de beneficiários, teríamos também a presença da somatória da Unimed. Entretanto, tendo em vista que se tratam de cooperativas com alto grau de independência, optamos por deixá-la de fora das análises para empresas selecionadas.

Hapvida¹⁵ conseguiu aumentar significativamente a base de usuários nos últimos dez anos. Em 2011, NotreDame Hapvida contava com 3.518.295 beneficiários (7,65% do total de beneficiários no ano), enquanto em 2023 esse número chegou a 8.010.046 (15,75% do total de beneficiários do ano). Houve, portanto, no período um aumento de aproximadamente 127,65% no número de beneficiários da operadora, ainda que tenha observado uma discreta redução entre 2022 e 2023. Importante considerar que a NotreDame Hapvida é uma operadora que pratica preços relativamente baixos. Para disputar o mercado, as demais muito provavelmente terão que diferenciar seus produtos, rever custos e preços praticados, ou desenvolver novas estratégias em busca de ganhos de margem.

FIGURA 13 – EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA OPERADORAS SELECIONADAS (2011-2022)



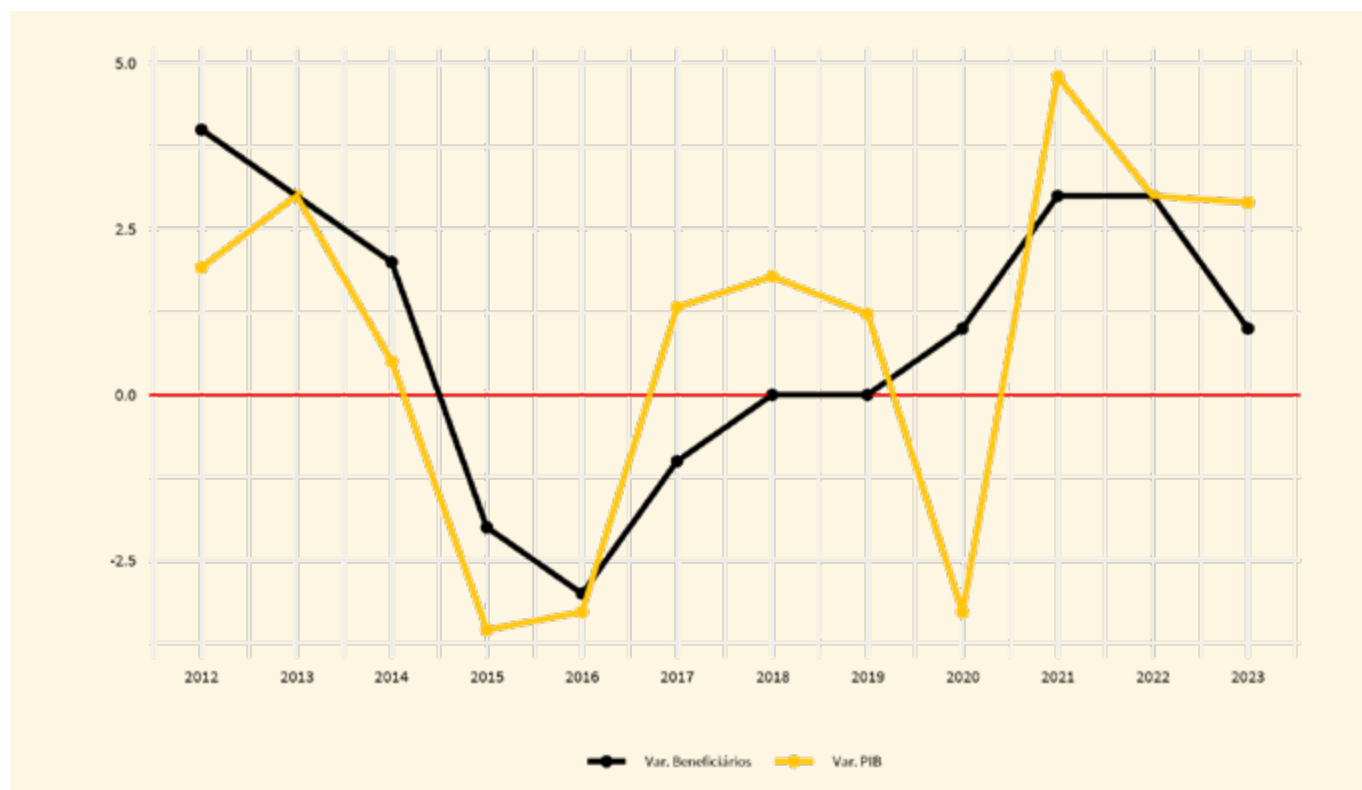
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução de 2011 a 2022 no número de beneficiários (em milhões) para quatro principais atores do mercado: Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida e Sul América. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado.

Para além de disputas por *market share* entre empresas, a dinâmica de expansão de cobertura dos planos é afetada pelos ciclos de atividade econômica. Considerando que planos coletivos empresariais representam uma parcela significativa do total de planos contratados (ver **TABELA 5** e **FIGURA A3**), e que estes se configuram como um importante benefício

15 Os grupos Hapvida e NotreDame Intermédica anunciaram sua fusão em 2021, num processo que resultou na criação do maior conglomerado de saúde do país e foi finalizado em 2022. O movimento se mostrou estratégico para ambos os grupos uma vez que possuíam distribuições regionais complementares e portes similares. Neste capítulo optamos por considerá-las como uma única operadora durante todo o período de análise. Cordeiro (2024) traz mais informações acerca deste e outros eventos relevantes no setor.

trabalhista, a formalização aliada a períodos de crescimento econômico está correlacionada com o aumento de beneficiários. Conforme ilustra a **FIGURA 14**, dos anos analisados, apenas em 2020 observamos um descasamento entre variações no número de beneficiários da saúde suplementar e variações do PIB do país, durante a pandemia de Covid-19.

FIGURA 14 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS (2011-2023)



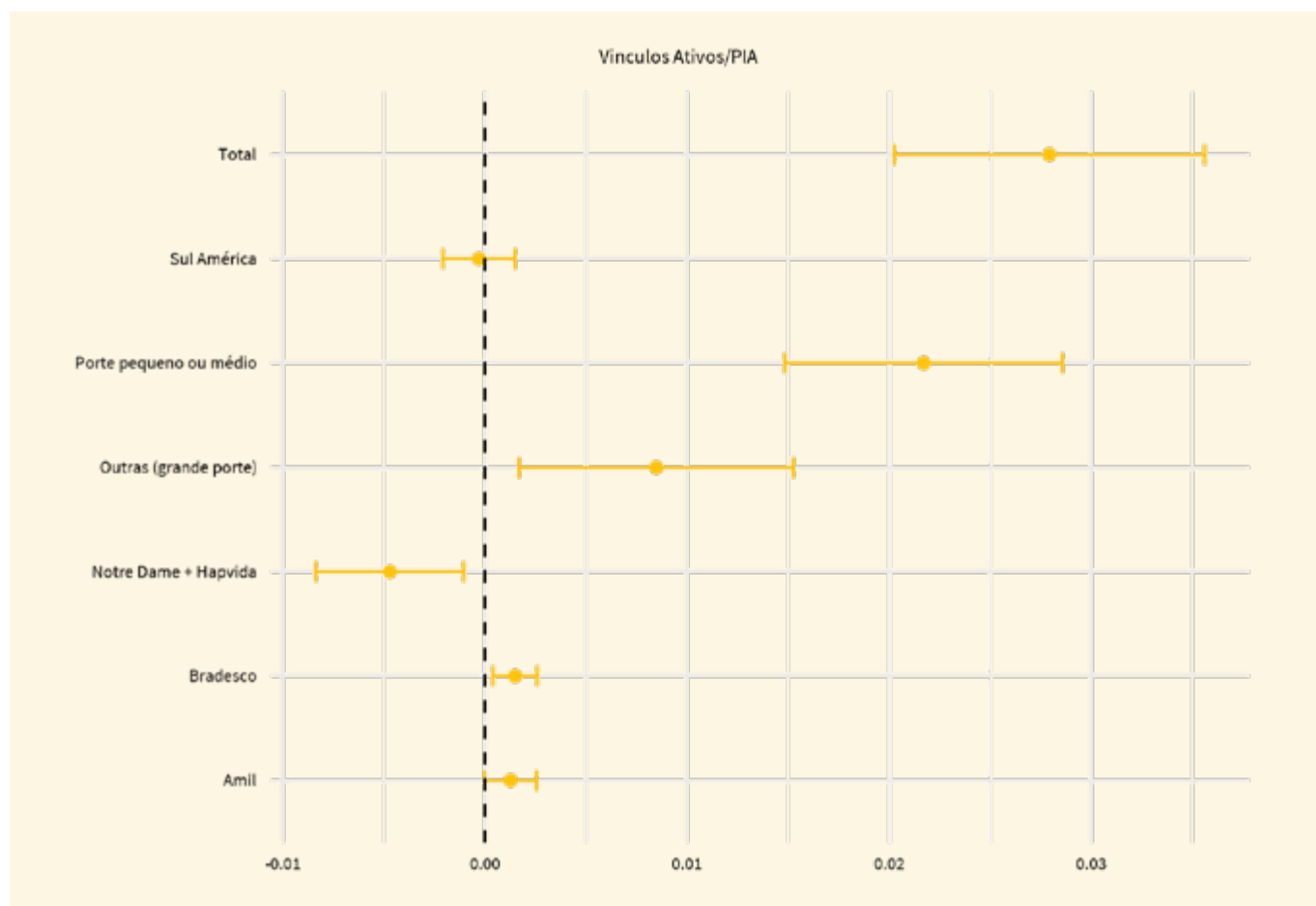
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS (Número de beneficiários) e do IBGE (PIB). A figura mostra a evolução de 2011 a 2023 da variação do PIB nos últimos 12 meses do N° de Beneficiários.

Para analisar com maior profundidade a relação entre o ciclo econômico e variações na cobertura de operadoras de planos de saúde, avaliamos a associação entre essas variáveis usando um modelo de regressão em painel com efeitos fixos. Esses modelos permitem avaliar qual é a relação entre essas variáveis, mantendo-se constantes as características fixas das unidades de análise (através da inclusão de variáveis dummy de controle para as 450 regiões de saúde) e os fatores variáveis no tempo que afetam simultaneamente todas essas unidades (através da inclusão de variáveis dummy para cada ano do período de análise). Utilizamos a razão entre vínculos ativos no mercado formal e a população em idade ativa (Vínculos Ativos/PIA) como um indicador que combina a dinâmica do crescimento econômico com o grau de formalização no mercado de trabalho. Incluímos também como possíveis variáveis explicativas da dinâmica na cobertura da saúde suplementar os déficits assistenciais do SUS para cada ano, que determinam a dinâmica dos prestadores privados, conforme apresentado na **TABELA A1**, e características demográficas e socioeconômicas das regiões de saúde. Para facilitar a interpretação e comparação dos resultados, normalizamos, em todos os casos, as variáveis referentes aos *deficits*. Assim, os coeficientes referentes à correlação entre o *deficit* no setor público e a dinâmica dos prestadores privados no período representam a variação na

quantidade de recursos ofertados pelo setor privado associadas a um aumento de um desvio padrão no *déficit*.

A **TABELA A5** no apêndice apresenta os resultados desse exercício, que sugerem que a cobertura de planos de saúde está, de fato, associada às variações cíclicas no setor formal da economia. Observamos estimativas positivas e estatisticamente significativas, que são resumidas através da **FIGURA 15** para cada um dos grupos de operadoras analisados. Na Figura, a linha tracejada no zero simboliza efeito nulo, os pontos representam as estimativas reportadas na tabela e as linhas horizontais os intervalos de confiança de 95% das estimativas. A existência de *déficits* assistenciais nos serviços públicos de saúde parece não ser relevante. Apesar desse quadro geral, contudo, existe heterogeneidade entre os principais atores do mercado: o modelo de captação de usuários da NotreDame Hapvida parece ser menos dependente dos ciclos econômicos do que o de outras empresas do setor, apresentando inclusive uma correlação negativa. Essa dinâmica pode ter contribuído para o aumento da sua base de beneficiários nos últimos anos.

FIGURA 15 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS



Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. Tratam-se de dados em painel ao nível da região de saúde, de 2010 a 2021. As variáveis dependentes representam a cobertura de beneficiários de, respectivamente, todo o setor de saúde suplementar, Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida, Sul América, outras empresas de grande porte e empresas de pequeno e médio porte. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Reproduzimos os coeficientes relativos à medida de atividade econômica estimados na Tabela A5 separadamente para cada grupo de operadoras.

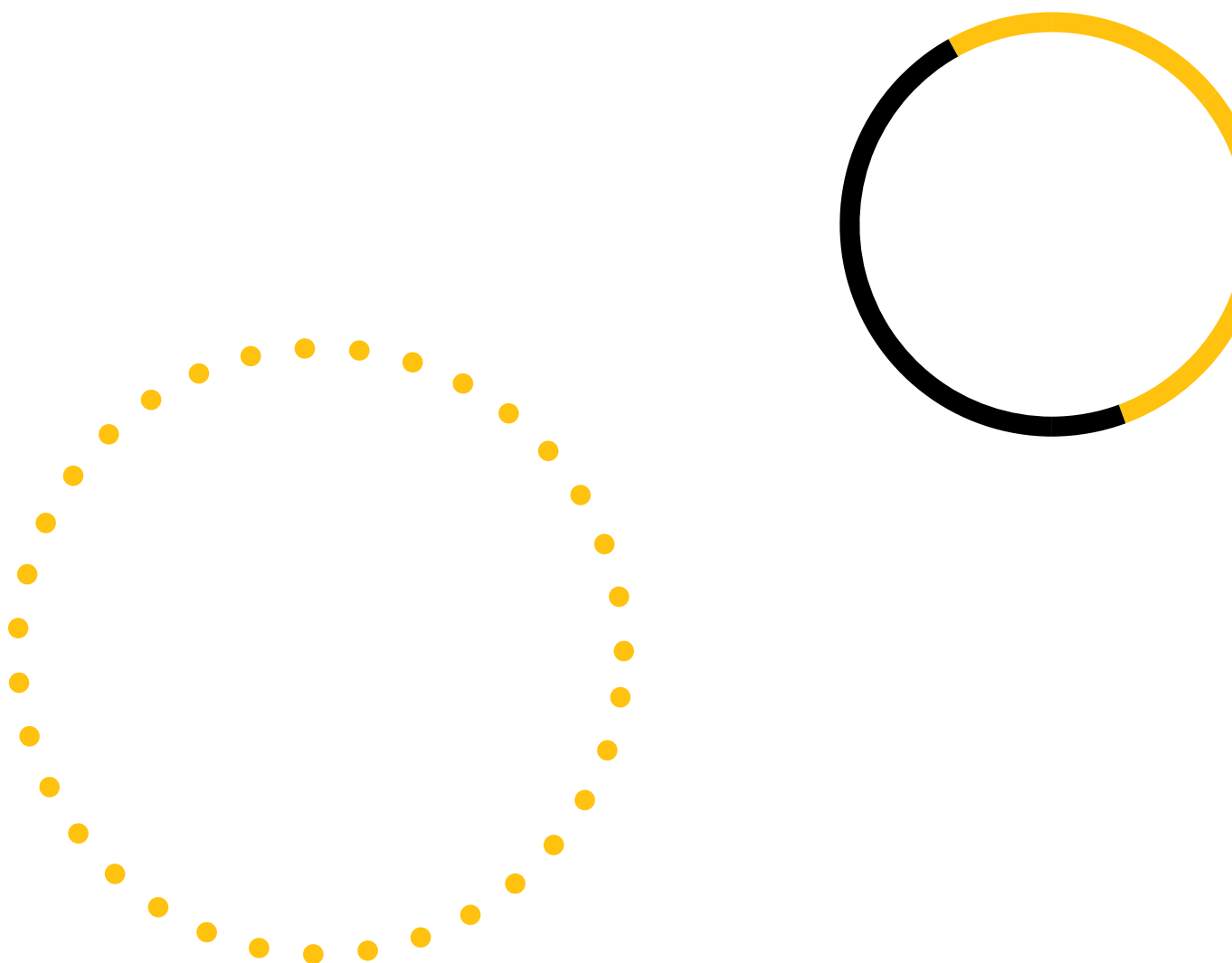
O aumento de beneficiários da NotreDame Hapvida, em contraposição ao padrão apresentado pelos principais atores do setor, pode ser reflexo das diferenças nos modelos de negócio adotados pelas empresas. Na **TABELA 5**, mostramos alguns recortes no que diz respeito à carteira de beneficiários, à distribuição geográfica, tipo de contratação, abrangência de cobertura, existência de fator moderador, e ter ou não hospitais afiliados. Em especial, vemos que a NotreDame Hapvida possui uma parcela maior de planos de cobertura local que as demais, e uma carteira com mais planos individuais/familiares, e menos planos coletivos empresariais do que os demais principais atores do mercado. Outro fator marcante está na tendência crescente de verticalização através de estabelecimentos próprios (Cordeiro, 2024), que pode reduzir custos de transação entre operadoras e prestadores. Ao disciplinar custos e contornar problemas de informação assimétrica, esses fatores também podem permitir que haja uma redução nos preços dos contratos com os beneficiários.

Apesar do crescimento de casos de verticalização no setor de saúde nos últimos anos, ainda existem poucos estudos analisando os impactos desse modelo e comparações em relação a modelos não verticalizados (Rand, 2022; Cuesta et al, 2019). Em um estudo focado na experiência do Chile, Cuesta et al. (2019) discutem duas potenciais distorções desse tipo de negócio: i) uma empresa integrada pode prejudicar hospitais concorrentes ao estabelecer preços negociados mais altos para eles, direcionando assim a demanda para o hospital integrado; ii) a empresa integrada pode prejudicar operadoras concorrentes ao negociar um preço hospitalar mais alto com seu hospital, reduzindo assim o valor da rede de operadoras concorrentes e direcionando a demanda para sua própria operadora. Os autores também simulam os efeitos de equilíbrio de uma possível proibição da integração vertical. Eles encontram que os preços hospitalares e os prêmios dos planos diminuem, em média, na ausência de integração vertical. Além disso, do ponto de vista de bem-estar social, os efeitos da integração vertical dependem de se ela induz ou não eficiências de custo. Na ausência de quaisquer eficiências de custo, proibir a integração vertical aumenta o excedente do consumidor mais do que o suficiente para compensar as quedas nos lucros das operadoras e nos lucros dos hospitais, aumentando assim o bem-estar social. Análises como esta sugerem que é difícil termos clareza a respeito da direção dos impactos da verticalização tanto do ponto de vista do setor de saúde como do ponto de vista de bem-estar social.

Além deste modelo de verticalização mais convencional, algumas operadoras têm apostado em modelos diferentes, como a chamada verticalização operacional. Esta se caracteriza pela formação de parcerias entre hospitais e operadoras. Um exemplo é o caso do Bradesco, que tem criado parcerias estratégicas (*joint ventures*) com hospitais de referência para construção de novas unidades na cidade de São Paulo. Dessa forma, ainda que não se torne verticalizada de fato, a seguradora traz hospitais de renome para sua rede e reduz custos assistenciais¹⁶. Além disso, pode ganhar vantagem em relação a seus concorrentes com redes verticalizadas ao garantir parcerias com hospitais de referência, visto que redes próprias podem ser vistas por

16 Referência: <https://futurodasaude.com.br/movimentacao-operadoras-2024/>. Acesso em 01/03/2024.

parte da população como de qualidade inferior¹⁷. Em paralelo ao processo de verticalização, operadoras com alta participação de mercado ganham elevado poder de barganha junto aos médicos e hospitais, e a concentração no setor de planos de saúde tem se tornado uma preocupação dos órgãos de defesa da concorrência (Andrade et al, 2012).



17 Referência: <https://futurodasaude.com.br/expansao-hospitais-parcerias/>. Acesso em 01/03/2024



TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS DAS OPERADORAS (JAN 2023)

	Amil	Bradesco	Notre Dame + Hapvida	Sul América	Outras (grande porte)	Porte pequeno ou médio
Número de beneficiários	2.627.639	3.832.951	7.869.610	2.782.608	20.381.684	13.044.334
Idosos	12,4%	8,6%	9,8%	11,0%	17,8%	18,0%
Região						
Norte	0,8%	3,8%	6,5%	1,5%	3,5%	3,2%
Nordeste	9,0%	14,9%	28,1%	9,8%	11,6%	11,1%
Sudeste	81,3%	68,0%	57,0%	78,9%	57,2%	57,9%
Sul	5,3%	6,0%	1,5%	5,6%	19,7%	20,9%
Centro-Oeste	3,6%	7,2%	6,9%	4,3%	8,1%	7,0%
Tipo de contratação						
Coletivo empresarial	80,6%	93,7%	76,4%	87,9%	66,0%	59,0%
Coletivo por adesão	5,3%	3,4%	6,8%	7,9%	15,1%	16,2%
Individual ou Familiar	14,0%	2,9%	16,8%	4,2%	18,9%	24,6%
Abrangência da cobertura						
Estadual / grupo de estados	4,5%	0,0%	19,8%	1,1%	13,1%	13,3%
Municipal / grupo de municípios	38,0%	3,4%	70,2%	5,6%	40,9%	69,7%
Nacional	57,4%	96,6%	10,0%	93,2%	46,0%	16,8%
Fator moderador						
Ausente	60,9%	47,4%	51,3%	51,8%	39,2%	33,0%
Coparticipação	37,9%	52,4%	39,4%	48,1%	53,0%	58,1%
Franquia	0,7%	0,2%	0,4%	0,4%	0,9%	1,3%
Franquia + Coparticipação	0,3%	0,3%	9,0%	0,1%	7,0%	7,5%
Rede de atendimento hospitalar						
Número de estabelecimentos	491,9	1306,3	100,2	703,7	824,7	353,5
Próprios	1,5%	0,0%	27,4%	0,0%	4,6%	9,7%
Disponibilidade total	33,4%	0,0%	29,0%	0,0%	27,8%	54,4%

Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra o número de beneficiários por operadora de planos de saúde e a sua distribuição segundo características individuais (idade igual ou superior a 60 anos e região de residência) ou do plano contratado. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado.

Ainda a respeito do processo de verticalização, o modelo verticalizado pode gerar consequências que afetam o sistema de saúde como um todo, além dos efeitos sobre a saúde suplementar. Uma delas se refere à utilização do SUS por parte de beneficiários de planos de saúde. Segundo os princípios de universalidade do SUS, todo cidadão tem direito a usufruir de seus serviços, sem distinção a respeito de ter ou não ter um plano de saúde contratado. Entretanto, a ANS envia regularmente para as operadoras uma notificação de identificação desses usuários e repassa os custos referentes ao atendimento prestado, seja ele ambulatorial ou referente a uma internação, e o montante ressarcido é encaminhado diretamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)¹⁸. Apesar de não ser possível identificar através dos dados da ANS o motivo de questionamento de uma cobrança, o fato do modelo de negócios da NotreDame Hapvida se basear em planos de cobertura mais local, além de potenciais diferenças nos procedimentos cobertos, levanta questões sobre o maior uso do SUS pelos seus beneficiários.

A **FIGURA 16** traz alguns dados para a análise do comportamento de operadoras em específico, e do setor em geral. Nos painéis A e C apresentamos a soma dos montantes devidos em Guias de Recolhimento da União (GRUs) emitidas referentes a atendimentos realizados em 2022 de acordo com a situação da GRU (paga, pendente, suspensa). O Painel A apresenta valores absolutos em milhões de reais, enquanto o Painel C pondera os valores pelo número de beneficiários. Os valores referentes a NotreDame Hapvida se destacam. Em 2022, a empresa recebeu uma cobrança próxima a R\$70 milhões de reais, equivalente a 12% de seu resultado líquido em 2023¹⁹. Além disso, observamos que, dentre os principais nomes do setor, NotreDame Hapvida não só é a que é mais cobrada pelo SUS em termos absolutos, mas também é a que possui maior quantidade de gastos pendentes e/ou suspensos. Os Painéis B e D trazem os totais de atendimentos realizados no ano de 2022 (ambulatorial ou internação) de forma absoluta no Painel B, e ponderado pelo número de beneficiários no Painel D. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspense). Ainda que o número de atendimentos da NotreDame Hapvida seja bastante superior aos das demais grandes operadoras, ao ponderamos pelo número de beneficiários notamos que essa característica está diretamente relacionada ao alto contingente de beneficiários que ela agrega.

Adicionamos na Figura A6 do apêndice análise similar, mas realizada de forma separada para gastos com atendimentos ambulatoriais e internações. Em número de atendimentos, NotreDame Hapvida apresentou um

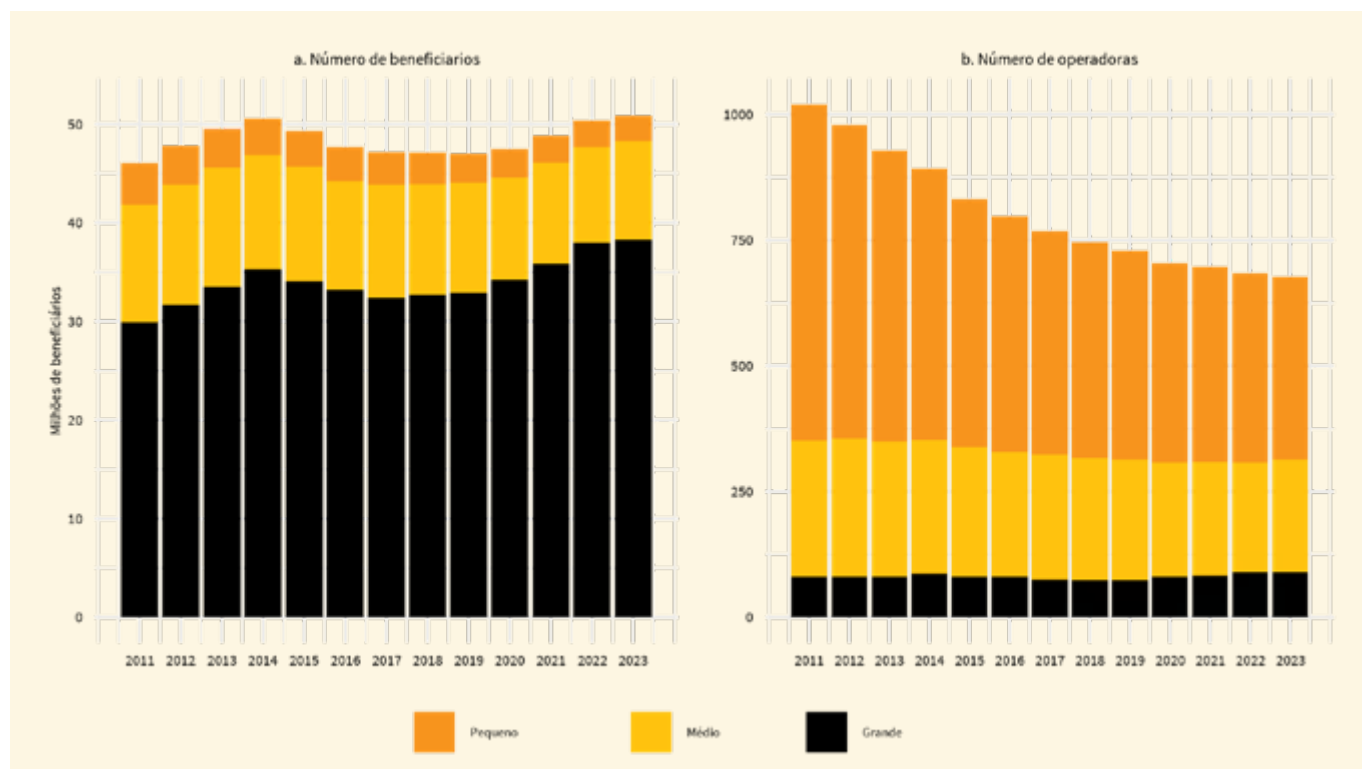
18 A operadora pode contestar a cobrança e gerar uma impugnação em até 30 dias que poderá ou não ser deferida com manutenção, redução ou anulação do valor. Quando mantida, a cobrança se materializa pela emissão de uma Guia de Recolhimento da União (GRU). Caso a cobrança final realizada não seja paga, gera-se uma inscrição em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). Dentre os motivos para impugnação ou recurso, além de casos mais gerais como beneficiário que se encontrava em período de carência ou paciente homônimo, pode-se alegar que o plano não cobre o procedimento (ou cobre com uma restrição de quantidade) ou que este ocorreu fora da abrangência geográfica do plano.

19 Referência: Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibWJmYTYyMDEtMmRjMS00NWFlLWFlMTk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTNmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzZmYmU1ZiJ9> Acesso em 24/06/2024.

volume significativamente maior tanto em atendimentos ambulatoriais quanto em internações, mas essa diferença foi especialmente grande no que se refere aos atendimentos ambulatoriais. O mesmo padrão aparece quando analisamos o total (em reais) cobrado por esses atendimentos. No que se refere à média cobrada por atendimento, observamos, valores um pouco superiores, mas em níveis similares aos cobrados dos outros atores analisados do setor. Importante destacar, contudo, que esses valores refletem apenas atendimentos realizados em 2022. Tendo em vista o padrão de pagamentos pendentes ou suspensos por parte da NotreDame Hapvida reportado no Painel A, em relação ao volume total devido em 2022 por beneficiário a operadora apresenta valores superiores às demais.

Em resumo, ainda que em termos absolutos o valor devido pelas operadoras individualmente referente a atendimentos realizados no SUS não corresponda a uma parcela significativa do orçamento total disponível do SUS, tomados os valores e padrões de pagamento em conjunto é importante ter em mente como as características de um modelo aparentemente mais lucrativo do ponto de vista das operadoras pode estar correlacionado com uma maior utilização do SUS por parte de seus beneficiários.

FIGURA 16 - REPASSES AO SUS



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. O Painel A da figura mostra o total devido em repasses ao SUS separadamente para operadoras/grupos de operadoras através de GRU's emitidas para atendimentos realizados em 2022. O Painel B mostra o número de atendimentos realizados em 2022 que foram cobrados das operadoras. O Painel C da figura repete o mesmo exercício da figura A, ponderando os valores pelo número de beneficiários de cada operadora, e o Painel D repete o mesmo exercício do painel B ponderando pelo número de beneficiários. Para simplificar, agregamos no status das cobranças as categorias "Pago" e "Parcelado" como "Pago", "Pendente" e "Pendente de Pagamento" como "Pendente" nos dois primeiros painéis. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspensão).



Outro ponto de atenção se refere aos preços das mensalidades dos planos, bem como os reajustes anuais cobrados pelas operadoras. Em particular, as características dos planos se refletem diretamente no preço cobrado dos beneficiários. Para analisar essa relação, realizamos uma regressão múltipla para entender como suas diferentes características estão associadas ao valor comercial médio dos mesmos. Realizamos esse exercício para avaliar se, de fato, fatores como verticalização da rede e abrangência geográfica da cobertura estão associados ao preço dos planos. Incluímos efeitos fixos de operadora para explorar variações exclusivamente nas características dos planos, limpas da influência das características fixas das operadoras. Escolhemos apresentar os resultados para uma única faixa etária (44 a 48 anos) para simplificar a exposição. Os resultados desse exercício, apresentados na **TABELA 7**, mostram que abrangência geográfica e verticalização são fatores determinantes (coeficientes estatisticamente significativos). Considerando o modelo com mais covariadas (coluna 2), planos com abrangência municipal ou de grupos de municípios têm, em média, mensalidades R\$230 mais baratas do que planos com abrangência superior, o que equivale a 30% do valor comercial médio dos planos para essa faixa. Caso uma operadora passe de um cenário em que nenhum dos estabelecimentos de sua rede são próprios para um em que todos são, tudo mais constante, observamos queda de R\$191 na mensalidade (25% do valor médio). Ou seja, ao oferecerem planos com abrangência geográfica mais restrita e mais redes verticalizadas de prestadores, as operadoras conseguem oferecer preços menores no mercado de planos de saúde. Desse modo, incumbentes tradicionais pouco verticalizados e com carteiras de planos mais tradicionais acabam sendo pressionados via *market share* e preços pelos entrantes, ao mesmo tempo em que sua estrutura de custos própria se mantém.

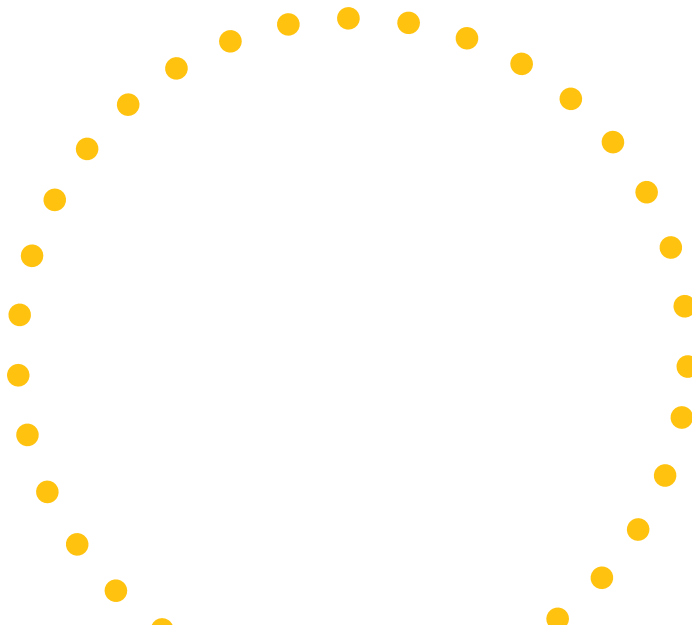




TABELA 7 – DETERMINANTES DO VALOR COMERCIAL MÉDIO DOS PLANOS (2022)

	Preço Médio: 44-48 anos	
	(1)	(2)
Cobertura: Municipal/ Grupo de municípios	-245,581*** (16,842)	-229,553*** (16,201)
Tamanho da rede (normalizada)	52,820*** (7,622)	45,818*** (7,254)
Percentual de estab. próprios	-206,501*** (43,984)	-190,908*** (41,837)
Percentual de estab. acreditados	308,777*** (96,310)	299,984*** (91,613)
Contratação: Individual		292,051*** (15,863)
Tem fator moderador		-304,849*** (13,274)
Acomodação individual		163,051*** (11,793)
EF Operadora	Sim	Sim
Observações	10,371	10,371

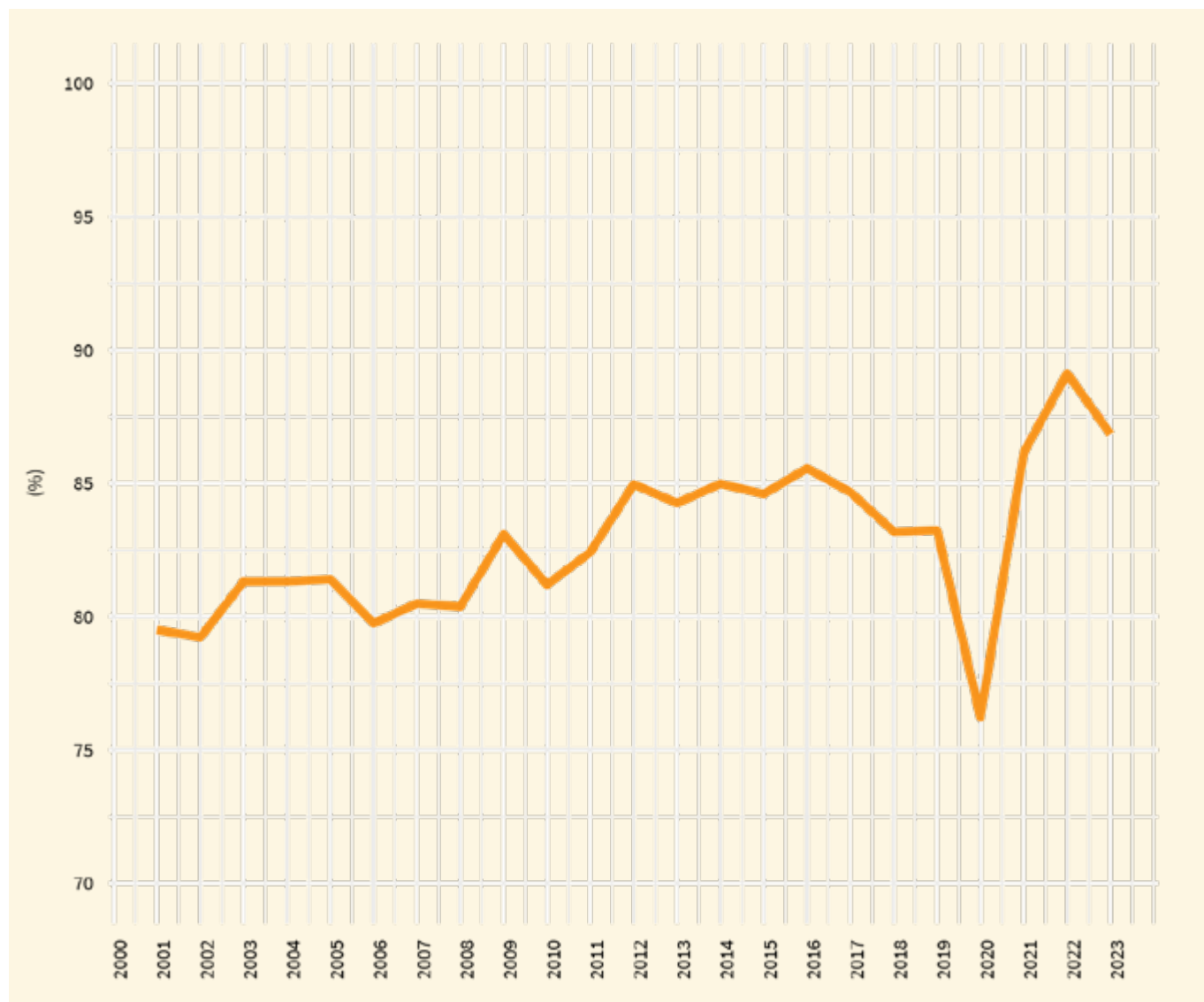
‘Nota: a tabela mostra a associação entre características dos planos de saúde e o valor comercial médio dos mesmos, reportado à ANS pelas operadoras. Esse valor pode ter divergências com o prêmio cobrado pelas operadoras aos usuários. Os dados são de dezembro de 2022.

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.

Um dos tópicos mais discutidos no que se refere às operadoras de planos de saúde é a respeito da sustentabilidade do setor. A crise que vem sendo continuamente noticiada seria estrutural ou conjuntural, fruto de um cenário de exceção causado pela pandemia em 2020? Apresentamos algumas análises que ajudam nesse debate.

A **FIGURA 17** mostra a evolução da sinistralidade total do setor (definida como a razão entre despesas assistenciais e receitas por contraprestações). Até 2020 houve relativa estabilidade em torno de 80 à 85% de sinistralidade. Em 2020 há uma queda acentuada com a redução do número de eventos (sinistros) pagos pelas operadoras na pandemia, e a partir de 2021 ela subiu consideravelmente. Dados mais recentes, contudo, mostram indícios de início de recuperação desse quadro em 2023.

FIGURA 17 - EVOLUÇÃO DE SINISTRALIDADE TOTAL



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução da sinistralidade total do setor de saúde suplementar, definida como as despesas assistenciais divididas pelas receitas com contraprestações.

Além da sinistralidade, outro conjunto de resultados ajudam a entender o cenário econômico-financeiro das operadoras. São eles o Resultado Operacional²⁰, Resultado Financeiro²¹, Resultado Patrimonial²², e Resultado Líquido²³. Começando pelo resultado operacional, que ajuda a qualificar a eficiência e rentabilidade das operações de uma empresa, observamos na **FIGURA 18** que o forte aumento durante o ano de 2020 foi acompanhado de uma queda significativa em anos subsequentes. Em março de 2022, houve prejuízo de cerca de 12 bilhões de reais. Nesse momento, a magnitude do prejuízo contribuiu para que o resultado líquido também apresentasse valores negativos.

20 Definido como receitas de contraprestações e receitas operacionais deduzidas das despesas assistenciais, administrativas, de comercialização, e outras despesas operacionais.

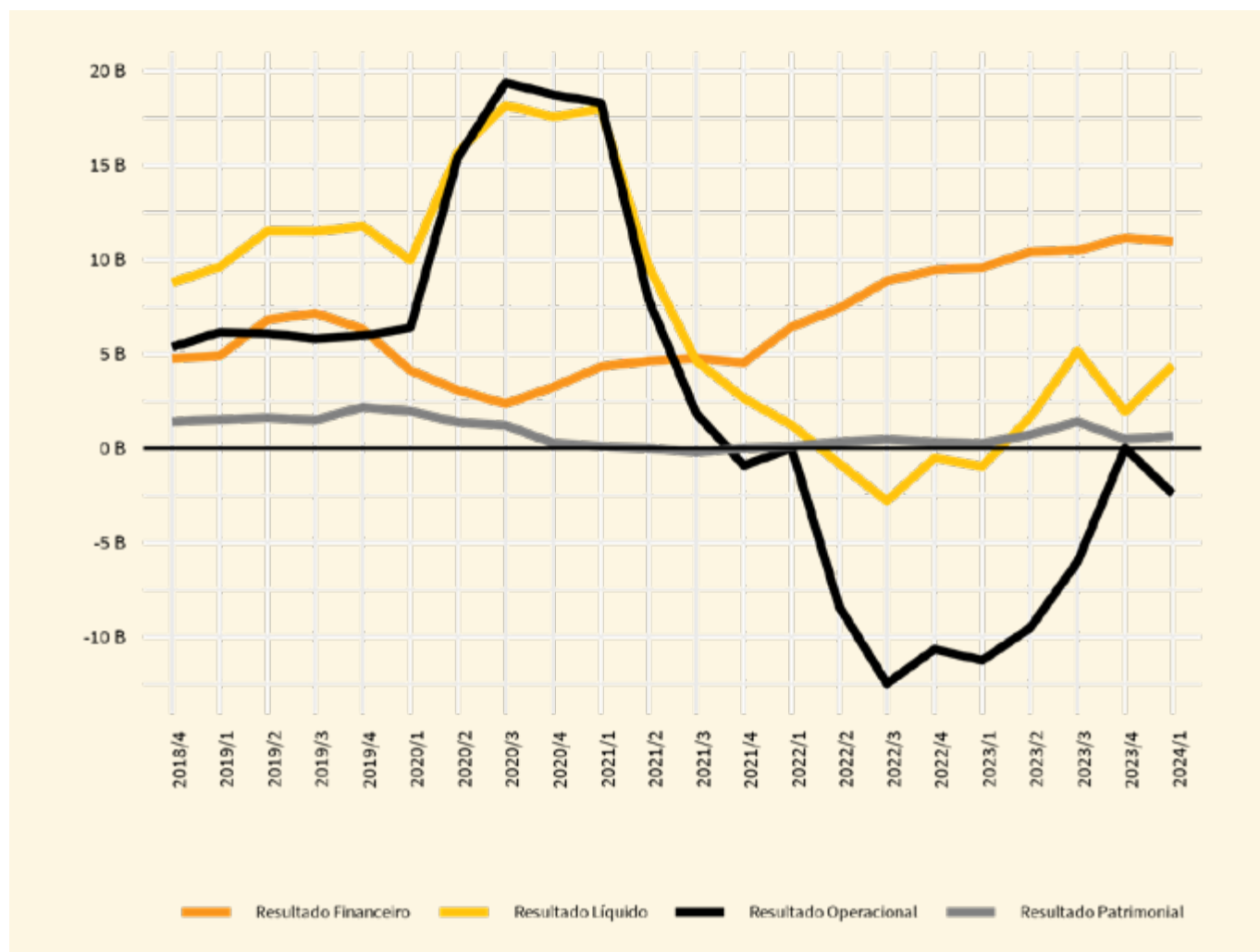
21 Definido como a diferença entre as receitas e as despesas financeiras.

22 Definido como a diferença entre as receitas e as despesas patrimoniais.

23 Definido como a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Em relação ao resultado financeiro, ainda que tenha sofrido uma queda em 2020, vem crescendo e já ultrapassa o dobro de níveis pré pandemia. Esse cenário de aumento nas receitas financeiras pode ser explicado, em parte, pelo aumento nas taxas de juros nos últimos anos. Além disso, é de interesse das operadoras manter um resultado financeiro positivo, entre outros, como forma de acúmulo de caixa para arcar com despesas futuras de seus beneficiários. Ainda que um resultado financeiro positivo não seja necessariamente suficiente para compensar resultados operacionais negativos, é importante notar que ele pode ajudar a contrabalançar resultados operacionais negativos, consequentemente impactando no resultado líquido em cenários de crises conjunturais causadas por fatores externos e queda de margem.

FIGURA 18 - RESULTADOS DE OPERADORAS DE PLANOS DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR

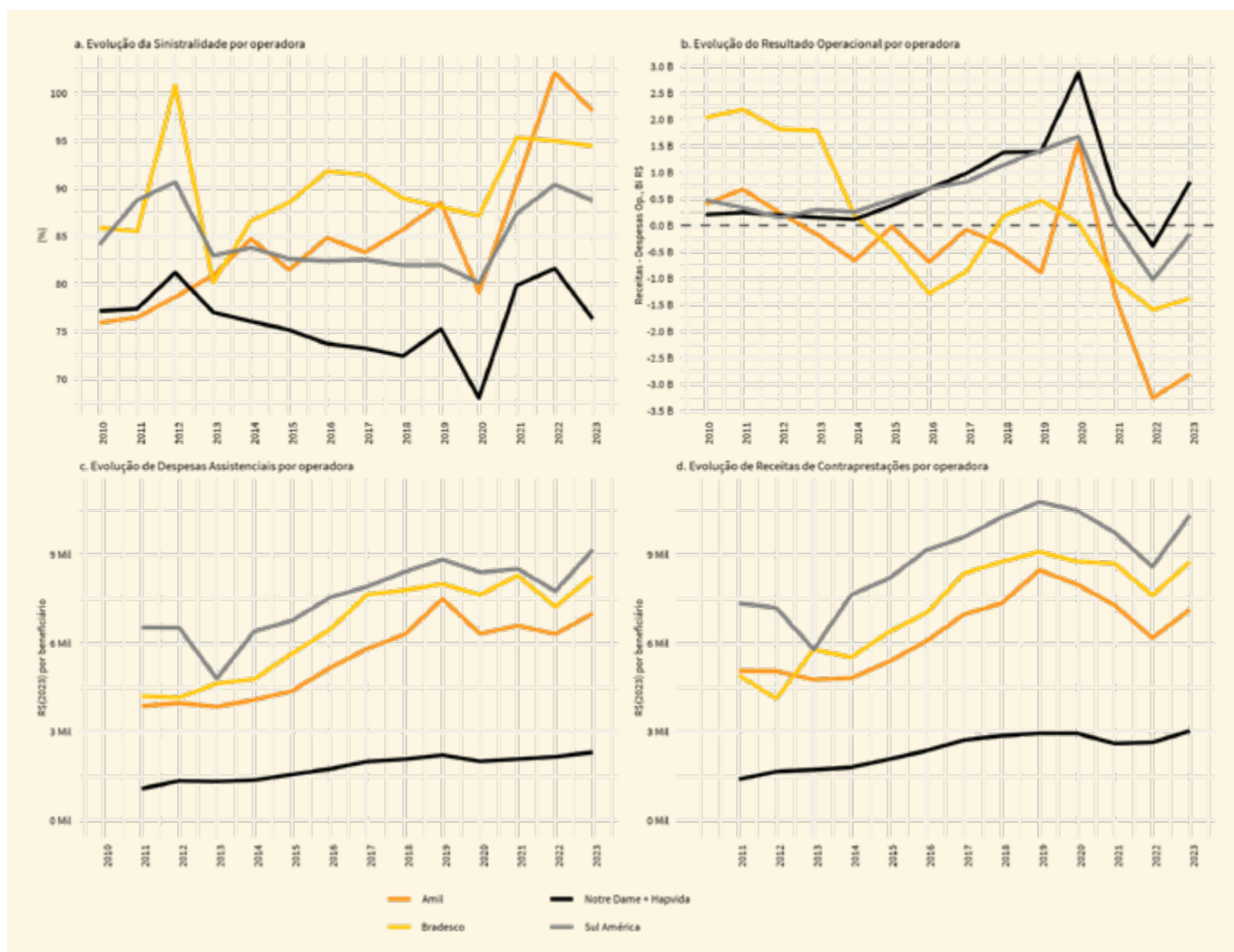


Nota: Resultados retirados do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS. Consideramos apenas planos da modalidade médico-hospitalar. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJmY4YTYyMDEtMmRjMjM0NDNFhLWFkMTk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmZmYmU1ZiJ9>

De fato, a **FIGURA 19** mostra a recente tendência de aumento no reajuste médio por mês aplicado por planos de cobertura médico-hospitalar, chegando a 15,36% em novembro de 2023. Mas notamos que uma queda no reajuste médio precedeu a pandemia de 2020. Os números vinham em trajetória de queda desde 2016, potencialmente em decorrência de uma pressão sobre as operadoras via receita e concorrência para garantir *market share*, que já estava ativa.

Nos painéis C e D, analisamos a evolução da receita por contraprestações e a despesa assistencial por beneficiário (que compõem o indicador de sinistralidade), para o mesmo grupo de operadoras. As despesas assistenciais e as receitas por contraprestações seguiam tendência de crescimento mais ou menos constante até 2019, mas sofreram uma queda em 2020. Desde então, parece haver tendência de aumento da despesa, mas de forma heterogênea entre as operadoras, com trajetória mais suave para NotreDame Hapvida do que para as demais. Do lado das receitas por contraprestações, as quedas iniciadas em 2020 se mantiveram até 2022. A partir de 2023 notamos indícios de uma retomada de crescimento. Reforçamos que os resultados apresentados representam a realidade das operadoras selecionadas e podem não refletir uma tendência generalizada do mercado de operadoras.

FIGURA 20 – CENÁRIO FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O Painel A ilustra a evolução da sinistralidade, definida como as despesas assistenciais divididas pelas receitas com contraprestações. O Painel B ilustra a evolução do resultado operacional, definido como receitas de contraprestações e receitas operacionais deduzidas das despesas assistenciais, administrativas, de comercialização, e outras despesas operacionais. O Painel C ilustra a evolução das despesas assistenciais em R\$ por beneficiário e o Painel D a evolução das receitas de contraprestações em R\$ por beneficiário. Todas as análises são feitas para os quatro principais atores do mercado: Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida e Sul América. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Os valores estão expressos em valores constantes de 2023.



Finalmente, reforçamos o caráter heterogêneo da situação das operadoras. Apresentamos na **FIGURA A7** do apêndice o resultado operacional de 2023 de todas as operadoras de grande porte de planos não odontológicos, ordenado do resultado mais negativo ao mais positivo. Notadamente, parecem existir vencedores e perdedores claros no que se refere a esse indicador. Dentre as principais operadoras analisadas apenas NotreDame Hapvida apresentou resultado positivo (o maior), enquanto as demais (Amil, Bradesco, e Sul América) tiveram os resultados mais negativos, em conjunto com as cooperativas Unimed do Rio de Janeiro e Unimed Central.

Existem algumas respostas possíveis para os fenômenos aqui reportados. Quanto ao aumento da sinistralidade, por exemplo, o aumento na quantidade de procedimentos/terapias pode refletir uma demanda reprimida em 2020. Por outro lado, pode estar ocorrendo alguma mudança em relação a quantidades e preços cobrados pelos prestadores às operadoras de planos. Como tentativa de separar essas duas possibilidades, realizamos um exercício de decomposição na próxima seção.

Em conjunto, os resultados apresentados nessa seção sugerem que, além de questões diretamente relacionadas à pandemia de 2020, com o envelhecimento da população, uma base relativamente estável de beneficiários, e consequente aumento na competição por *market share* entre grandes atores do setor, as operadoras acabam pressionadas em suas margens. De um lado, suas receitas de contraprestações podem crescer via preços aos beneficiários ou via aumento na participação de mercado. De outro, sua estrutura de custos assistenciais depende em grande medida de seu poder de barganha com prestadores. Nesse sentido, tem crescido o número de reclamações por parte de prestadores a respeito de atrasos nos pagamentos devidos pelas operadoras através do aumento no prazo de pagamentos e aumento da ocorrência de glosas²⁵. Essa relação operadoras-prestadores é essencial para compreendermos com mais clareza a dinâmica do setor e os fundamentos dos resultados operacionais e financeiros reportada pelas operadoras.

25 <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/09/hospitais-registram-atraso-bilionario-de-pagamento-por-planos-de-saude.shtml> Acesso em 29/5/2024.



1.4

A relação entre prestadores e operadoras

Apresentamos nas seções anteriores tendências recentes no setor de prestadores privados e o mercado de prestação de serviços de saúde privados (seção 3), assim como no setor de operadoras de planos de saúde e o mercado de planos de saúde (seção 4). Nesta seção, nos concentramos nas relações entre prestadores e operadoras de planos de saúde no mercado de pagamento pelos serviços de saúde. Isto é, os beneficiários da saúde suplementar utilizam os serviços de saúde produzidos pelos prestadores, e esses serviços são total ou parcialmente pagos pelas operadoras dos planos dos quais eles são titulares. Analisamos agora a evolução do custo médio por beneficiário e quais foram os determinantes dessa evolução.

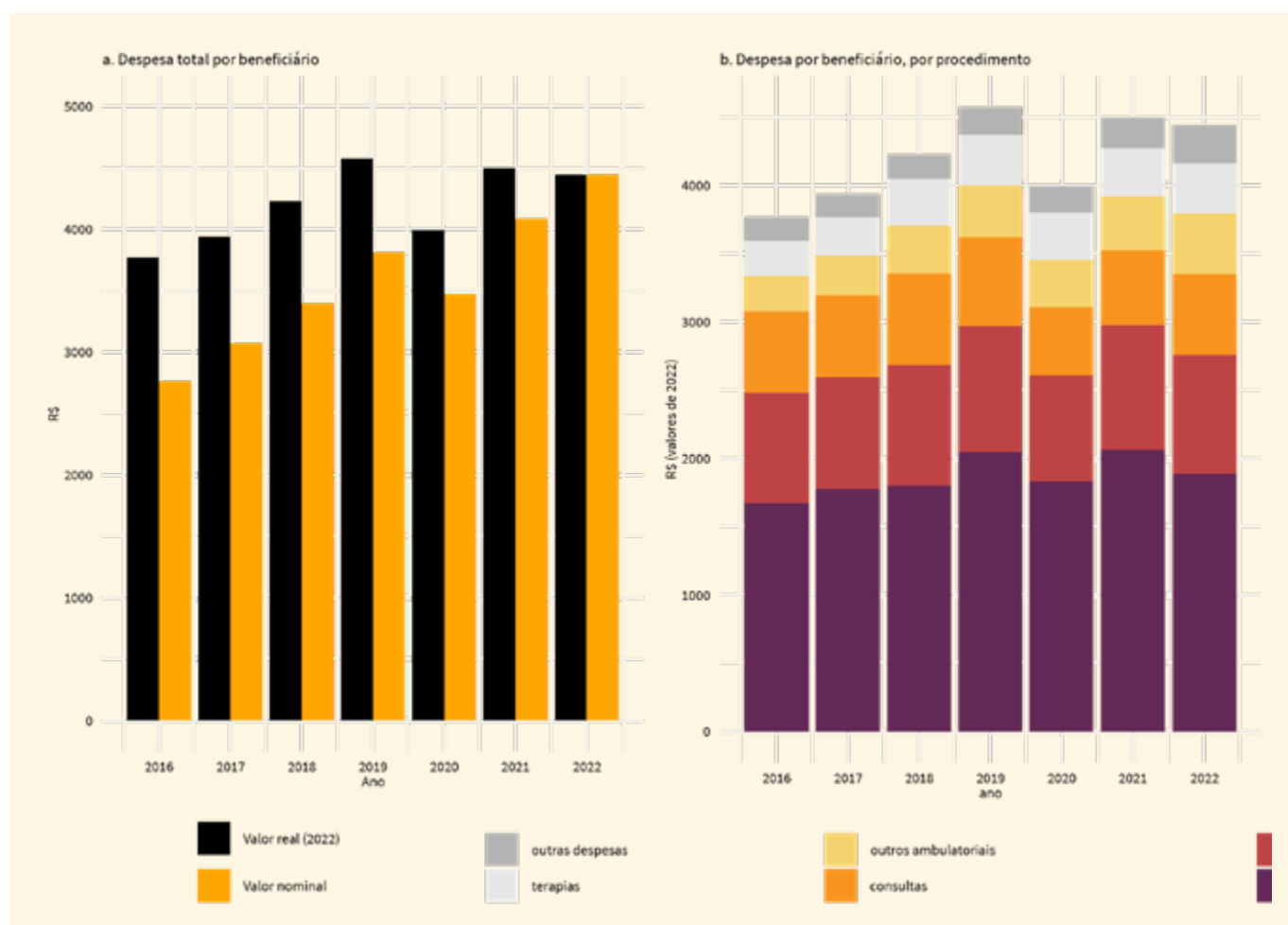
A dinâmica desse mercado depende de vários fatores – por exemplo, mudanças do perfil epidemiológico e das necessidades dos beneficiários dos planos, tecnologias disponíveis para prestação de serviços de atenção à saúde, capacidade instalada por parte dos prestadores, alterações legais estipulando os serviços que devem ser cobertos pelos planos (*rol* de procedimentos) e os modelos de pagamento que regem a relação entre prestadores e operadora. De forma mais detalhada: o envelhecimento da população, por exemplo, leva a mudanças na carga de doenças, que aumentam a necessidade por serviços de atenção à saúde; mudanças legais podem determinar a inclusão de determinados serviços no *rol* a ser coberto por planos de saúde; inovações tecnológicas podem acrescentar custos aos serviços produzidos, enquanto aumentos da capacidade instalada por parte dos prestadores podem levar a queda dos preços. Os modelos de pagamento de *fee-for-service*, por sua vez, podem criar incentivos para que os prestadores estimulem o sobreuso de exames.

O Painel A da **FIGURA 21** mostra a evolução dos custos assistenciais por beneficiário, em valores reais e nominais. Em valores reais, o custo se expandiu rapidamente entre 2016 e 2019, e após um recuo em 2020, em 2022 era 17,8% maior do que em 2016 (passou de R\$3.771 a R\$4.443)²⁶.

26 Em valores nominais, o aumento entre 2016 e 2022 foi de 60%. Esse aumento, medido com os dados do Sistema de Informação de Produto da ANS, é marcadamente menor ao medido pelo Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH/IESS), que foi de 120% (<https://www.iess.org.br/vcmhiess>). A diferença pode ser resultado de diferenças metodológicas: enquanto o VCMH/IESS é calculado em base a uma amostra de beneficiários de planos individuais, o cálculo aqui apresentado baseia-se nos dados reportados pelas operadoras à ANS.

Para além dos custos por beneficiário, é importante entender a composição desses custos. Dividindo o custo entre grupos de procedimentos notamos que as internações são o grupo de maior custo (R\$1.887 por beneficiário em 2022), seguidas da categoria de exames (R\$872) e consultas médicas (R\$592). Apesar de comparativamente menores em nível, o gasto com outros atendimentos ambulatoriais (passou de R\$259 em 2016 a R\$444 em 2022), terapias (de R\$256 a R\$365) e outras despesas (de R\$177 a R\$284) cresceram marcadamente no período.

FIGURA 21 – EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DE CUSTOS (2016-2022)



Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. O painel à esquerda mostra a evolução do custo assistencial por beneficiário entre 2016 e 2022, em valores nominais e a valores reais de 2022. O painel à direita mostra a evolução do custo assistencial por beneficiário para diferentes grupos de procedimentos, a valores reais de 2022. Consultas: inclui todas as consultas com médicos. Outros ambulatoriais: inclui todas os atendimentos ambulatoriais com outros profissionais de saúde (por exemplo, fisioterapeutas ou psicólogos). Exames: inclui todos os exames de diagnóstico (por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada ou hemoglobina glicada). Terapias: inclui procedimentos terapêuticos (por exemplo, quimioterapia, transfusões ambulatoriais ou hemodiálise). Internações: inclui todas as hospitalizações (por exemplo, cirúrgicas, obstétricas ou pediátricas). Outras despesas: inclui as demais despesas médico-hospitalares, não incluídas nas categorias anteriores.

Os custos por procedimento dependem dos preços negociados e da frequência realizada de procedimentos. Com o objetivo de aprofundar o entendimento acerca das razões para a variação dos custos assistenciais, realizamos um exercício de decomposição para estimar a contribuição das categorias destacadas no Painel B da **FIGURA 21** na variação dos custos reais por beneficiário entre 2016 e 2022. Esse exercício nos permite separar a contribuição da quantidade (ou seja, da frequência de utilização) e dos preços (ou seja, do custo unitário médio) de cada tipo de serviço na variação total dos custos. Mais especificamente, realizamos uma decomposição conforme a fórmula apresentada na equação 1 abaixo, onde CB é o custo por beneficiário, o subscrito f indica o período final (no nosso caso, o ano de 2022), o subscrito i o ano inicial (no nosso caso, o ano de 2016) e o índice j o tipo de serviço (internações, exames, consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, terapias e outras despesas). F indica a frequência de utilização (ou seja, a quantidade produzida de cada tipo de serviço) e P o preço unitário médio.

EQUAÇÃO 1 – DECOMPOSIÇÃO DE CUSTOS

$$\begin{aligned} CB_f - CB_i &= \sum_j CB_f^j - \sum_j CB_i^j \\ &= \sum_j [F_f^j \times P_f^j] - \sum_j [F_i^j \times P_i^j] \\ &= \underbrace{\sum_j [P_f^j \times (F_f^j - F_i^j)]}_{\text{Contribuição da frequência}} + \underbrace{\sum_j [F_i^j \times (P_f^j - P_i^j)]}_{\text{Contribuição do preço}} \end{aligned}$$

A **TABELA 8** mostra os resultados desse exercício. Do aumento total do custo por beneficiário no período, 57% foram devidos ao aumento dos preços e 43% ao aumento da frequência de utilização. Os serviços que mais contribuíram para o aumento total do custo por beneficiário foram as internações (31%) e outros atendimentos ambulatoriais (28%). As causas por trás desses aumentos podem ser diversas. Por exemplo, o envelhecimento da carteira de usuários pode ter contribuído para o aumento na frequência de internações e o aumento no custo dos insumos médicos para o aumento no preço das mesmas. Mudanças recentes na regulação, que alteraram os limites para a realização de outros atendimentos ambulatoriais podem ter contribuído para o aumento na frequência dos mesmos²⁷.

27 <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/entra-em-vigor-o-fim-dos-limites-de-cobertura-de-quatro-categorias-profissionais>. Acesso em 31/01/2024.

Outras tendências relevantes foram o aumento na frequência dos exames (que representou 30% do aumento do custo total), em paralelo às reduções no preço dos mesmos (equivalente a uma queda de 20% no custo total). Isto é condizente com a situação apresentada na Seção 3 sobre os elevados e crescentes níveis de utilização de exames de imagem, em um contexto de expansão da capacidade instalada e de elevados níveis de ociosidade nos equipamentos utilizados. Vale ressaltar que para todos os outros grupos de procedimentos houve contribuições positivas da dinâmica de preços, com destaque para terapias, cujo aumento de preços explica 22% do crescimento total do custo assistencial por beneficiário no período.

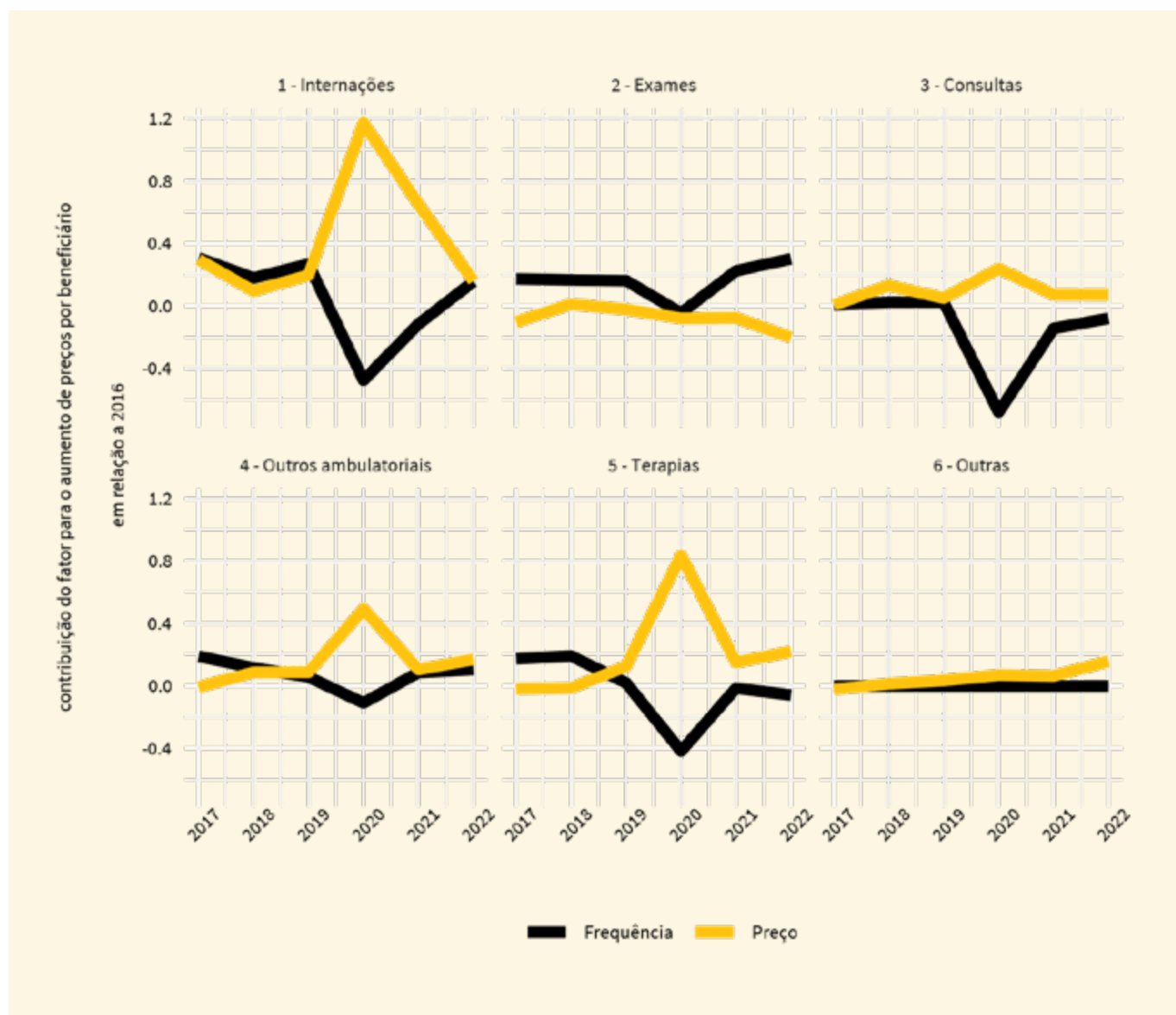
TABELA 8 - RESULTADOS DA DECOMPOSIÇÃO

	2016-2022		
	Freq	Preço	Total
Consultas	-8%	7%	-1%
Exames	30%	-20%	10%
Internacoes	16%	16%	31%
Outros atendimentos ambulatoriais	11%	17%	28%
Terapias	-6%	22%	16%
Outras despesas	0%	16%	16%
Total	43%	57%	100%

Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra a contribuição das variações no preço e na frequência de utilização, total e por tipo de procedimento, para a variação no custo médio por beneficiário entre 2016 e 2022. Nos dados utilizados, não tem discriminação de valor total e quantidade total para rubrica “outras despesas”. No exercício de decomposição, fixamos arbitrariamente a quantidade de procedimentos correspondentes a essa rubrica.

É possível realizar um exercício análogo de decomposição para a evolução do custo por beneficiário ano a ano. Os resultados desse exercício, apresentados na **FIGURA 22**, sugerem que, após o período de instabilidade marcado de forma geral por uma queda na frequência e aumento dos preços no ano de 2020, causado pela pandemia de Covid-19, os parâmetros estruturais tenham voltado aos níveis do período pré-pandemia.

FIGURA 22 – DECOMPOSIÇÃO DA VARIAÇÃO ANUAL NOS CUSTOS DO SETOR

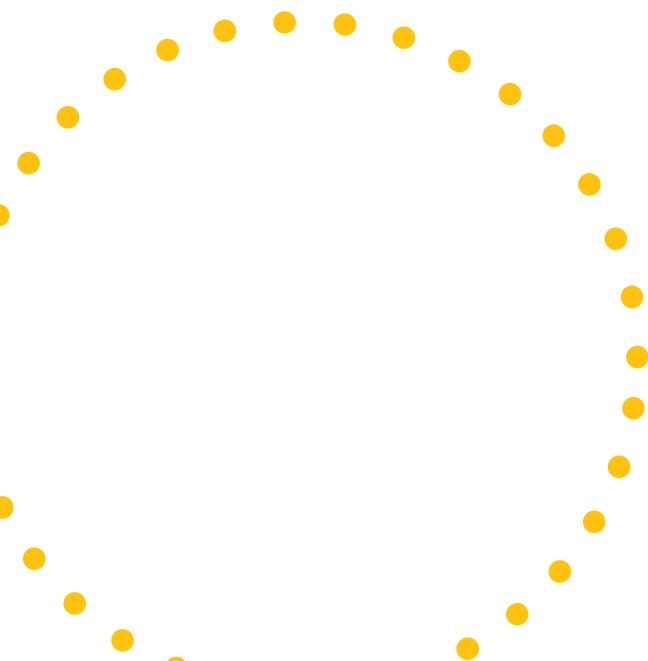


Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra a contribuição das variações no preço e na frequência de utilização, total e por tipo de procedimento, para a variação no custo médio por beneficiário, ano a ano, entre 2016 e 2022.

As possibilidades de respostas das operadoras para esse aumento de custos parecem limitadas. Do lado dos prestadores, os resultados sugerem uma expansão em direção à demanda não atendida, mas por outro lado uma predisposição a reduzir a capacidade ociosa. O equilíbrio de preços ocorre via mercado, que é concorrencial, mas assimetrias de informação em princípio permitem que os prestadores sejam capazes de extrair margens das operadoras. Do seu lado, estas têm atuado pressionadas via aumento de frequência onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias). Existem ainda tendências e flutuações cíclicas induzidas pela atividade econômica. Finalmente, novos entrantes verticalizados provavelmente estão afetando estruturas de mercado relevantes, de modo ainda pouco compreendido (Cordeiro, 2024).



Essas tendências indicam que as operadoras podem responder via maior controle da cadeia produtiva, através da verticalização. Outra opção seria mudar o perfil dos planos disponíveis, focando por exemplo em produtos mais restritos (tanto em abrangência geográfica quanto em tamanho de rede). Afinal, essas foram algumas das estratégias adotadas pela NotreDame Hapvida, que mantém hoje indicadores de sinistralidade inferiores aos reportados por outros grandes incumbentes do setor.



1.5

Reflexões finais

O setor privado, devido ao seu tamanho e complexidade, é um componente central do sistema de saúde no Brasil. Aproximadamente um quarto da população é beneficiária de planos privados com cobertura médica e o gasto privado com saúde representa mais da metade do gasto total com saúde, principalmente o gasto com planos e seguros privados. Além disso, parte importante da produção do SUS é feita através de contratação de prestadores privados. Na comparação internacional, o Brasil é um ponto fora da curva em termos de gasto privado em saúde, principalmente com planos e seguros, em relação ao nível de renda per capita. De fato, a disponibilidade de recursos em estabelecimentos privados para beneficiários da saúde suplementar é muito superior à disponibilidade no SUS e, em vários casos, igual ou superior à de países de alta renda. As projeções de necessidades de financiamento para saúde, em conjunto com as restrições fiscais, sugerem que a demanda por serviços privados de saúde deverá crescer no futuro próximo.

Essa tendência e as suas implicações para os agentes do setor já são, em parte, perceptíveis. Do lado dos prestadores, os resultados sugerem, por um lado, um direcionamento de investimentos à demanda não atendida pelo SUS, mas por outro uma predisposição à capacidade ociosa e sobreuso. Do lado das operadoras, algumas têm atuado com margens apertadas. O envelhecimento da população, bem como o aumento do custo médio por beneficiário, pressiona as operadoras via aumento de frequência, onde capacidade ociosa é maior, e via preços, onde oferta relativa é menor. Além disso, sua capacidade de aumento de receita é limitada, com dependência das flutuações cíclicas induzidas pela atividade econômica e forte concorrência entre os principais atores do setor. Nesse contexto, a entrada de novos agentes verticalizados e focados em planos com cobertura geográfica mais restrita tem se mostrado um desafio para as empresas incumbentes de grande porte. O surgimento de novas tecnologias e a falta de previsibilidade no seu processo de incorporação à cobertura, junto às mudanças regulatórias, têm sido fontes adicionais de incertezas para o setor.

Ainda que a turbulência conjuntural iniciada pela pandemia em 2020 dê sinais de melhora, essa melhora tem ocorrido de forma heterogênea



entre diferentes atores. Além disso, para além da pandemia, encontramos indícios de outros vetores estruturais de preocupação na saúde suplementar que merecem atenção. Em especial, a falta de regulação (ou regulação insuficiente) em diversos elos do mercado de saúde suplementar parece ser especialmente preocupante. A dinâmica e as inovações nos mercados de prestação e pagamento ganharam velocidade recentemente e desenvolvem-se à frente da capacidade que o Estado tem de avançar em inovações no marco regulatório do setor.

Esse cenário define alguns dos principais desafios para o setor e o sistema de saúde como um todo. Em primeiro lugar, parece claro que existe uma necessidade de modelos de contratos entre operadoras e prestadores que permitam alinhar incentivos para que seja evitada a sobreutilização e, ao mesmo tempo, garantida a prestação de atenção de qualidade para os usuários, tendo em conta a tendência de verticalização no setor. Com pouca regulação, a integração vertical entre operadoras e provedoras pode prover incentivos perversos em direção à subprovisão de alguns serviços ou restrição do acesso a outros²⁸. De fato, algumas movimentações recentes sugerem que esse modelo também enfrenta desafios. Experiências alternativas à integração vertical e ao pagamento por serviços (*fee-for-service*) existem e podem gerar maior alinhamento de incentivos entre pagadores e prestadores, sem prejuízo para os usuários. Por exemplo, a adoção de sistemas de pagamento de serviços hospitalares por grupos de diagnóstico relacionados (*DRG, Diagnosis Related Groups*) têm se mostrado uma alternativa eficaz para controlar o aumento de custos na assistência hospitalar (Rice, 2021; Aragón et al, 2022). No entanto, a adoção destes sistemas tem avançado muito pouco.

No caso específico das operadoras, apesar de já existir regulação sobre planos individuais, torna-se importante refinar a regulação sobre planos coletivos visto que compõem a grande maioria dos contratos firmados vis-à-vis planos individuais, e essa tendência só vem crescendo. Adições à regulação, nesse caso, poderiam agir de modo a evitar práticas de arbitragem, rescisão unilateral de contratos e os chamados falsos coletivos (segundo a ANS, contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano).

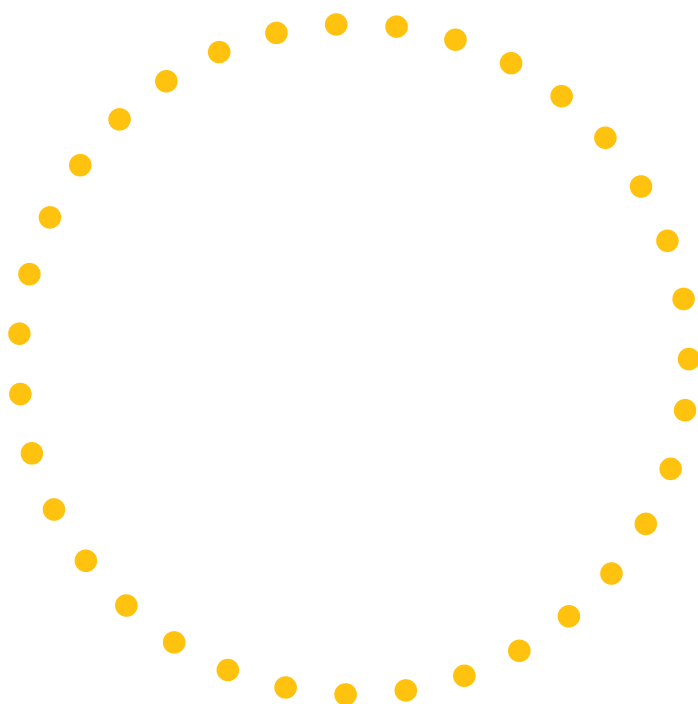
O Estado, por sua parte, tem espaço e deve atuar para fortalecer o SUS e coordenar de modo planejado o uso de serviços prestados pelo setor privado quando alinhados com as necessidades e objetivos sociais do país. Dentre outras iniciativas, deve estabelecer regulamentações que confirmem previsibilidade ao processo de incorporação de tecnologias e de mudanças na cobertura de procedimentos no setor, de forma a garantir o acesso a cuidados de qualidade por parte dos usuários sem afetar a sustentabilidade do sistema como um todo, tanto do SUS como das operadoras de planos privados. Pode também tomar como oportunidade a expansão dos prestadores e consequente geração de capacidade ociosa de equipamentos para contratar e coordenar a custo mais baixo o acesso a serviços públicos de saúde. Além disso, pode atuar de modo a circunscrever a atuação da saúde suplementar em um modelo mais racional, com foco maior em ações

28 <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2024/01/19/hapvida-tem-r-2-bilhoes-em-aco-es-judiciais-civeis.ghml> Acesso em 31/01/2024.



preventivas, saindo de uma cultura de uso de serviços de saúde curativos e de forma pouco coordenada.

Os próximos capítulos do presente relatório focam na descrição e entendimento das tendências recentes do setor. Um diagnóstico acurado desses desafios é o primeiro passo para desenhar possíveis caminhos. Essas análises estão focadas em dois eixos orientadores: quais são as tendências recentes no setor privado de saúde no Brasil e quais são as interações deste com as políticas públicas e o SUS.





Referências

- Agha, Leila, Soomi Kim, e Danielle Li. “Insurance Design and Pharmaceutical Innovation”. *American Economic Review: Insights* 4, no 2 (10 de junho de 2022): 191–208. <https://doi.org/10.1257/aeri.20210063>.
- Andrade, M. V., Gama, M. M., Ruiz, R. M., Maia, A. C., Modenesi, B., & Tiburcio, D. M. (2012). Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. <http://ppe.ipea.gov.br>. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5084>
- Andrade, M. V., Marinho, C., Nunes, L., & Colares, F. (2023). Price setting in the Brazilian private health insurance sector. *International Journal of Health Economics and Management*. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09361-0>
- ANS. (2023). Panorama – Saúde Suplementar: ANS divulga dados até julho de 2023. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/panorama-2013-saude-suplementar-ans-divulga-dados-ate-julho-de-2023>
- Aragón, M. J., Chalkley, M., & Kreif, N. (2022). The long-run effects of diagnosis related group payment on hospital lengths of stay in a publicly funded health care system: Evidence from 15 years of micro data. *Health Economics*, 31(6), 956–972. <https://doi.org/10.1002/hec.4479>
- Associação Nacional de Hospital Privados (ANAHP) (2024). Observatório Anahp - Panorama trimestral financeiro e operacional da saúde suplementar - 1a edição – Março /2024
- Azevedo, P. F. de, Almeida, S. F. de, Ito, N. C., Moron, C. R., Inhasz, W., & Rousset, F. (2016). A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. <https://repositorio.insper.edu.br/handle/11224/4076>
- Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual Review of Sociology*, 39, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. Palgrave Macmillan.
- Brezis, Mayer. “Big Pharma and Health Care: Unsolvable Conflict of Interests between Private Enterprise and Public Health”. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 45, nº 2 (2008): 83–89; discussion 90–94.
- Bureau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8(1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>
- Cuesta, José Ignacio, Carlos Noton, e Benjamin Vatter. “Vertical Integration between Hospitals and Insurers”. *SSRN Electronic Journal*, 2019. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3309218>.
- Cordeiro, Gustavo. (2024) “Abertura ao capital estrangeiro e dinâmicas recentes no setor privado de saúde no Brasil”.



- Costa, Cinthia. Malik, Ana Maria (2024) “Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas.”
- Ferraz, M. B. (2015). Health economics, equity, and efficiency: are we almost there? *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 7, 119–122. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S78093>
- IESS. (2023). Fraudes e desperdícios em Saúde Suplementar. <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-externos/fraudes-e-desperdicios-em-saude-suplementar>
- Ho, K., & Lee, R. S. (2017). Insurer competition in health care markets. *Econometrica*, 85(2), 379–417.
- Karampli, E., K. Souliotis, N. Polyzos, J. Kyriopoulos, e E. Chatzaki. “Pharmaceutical Innovation: Impact on Expenditure and Outcomes and Subsequent Challenges for Pharmaceutical Policy, with a Special Reference to Greece”. *Hippokratia* 18, no 2 (abril de 2014): 100–106.
- Kerstenetzky, C. L. (2012). O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Elsevier.
- Kerwin, Robert. “The House of Commons Health Committee: ‘The Influence of the Pharmaceutical Industry’ – Too Much Too Late?” *Journal of Psychopharmacology* 21, nº 2 (março de 2007): 131–33. <https://doi.org/10.1177/0269881107076418>.
- Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E., & Zhao, H. (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 388(10044), 596–605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1)
- Mrejen, M., Millett, C., & Hone, T. (2022). Sistemas de Saúde: O que são, por que são tão diferentes em cada país e como o Brasil se compara? In R. Rocha, M. Lago, & F. Giambiagi (Eds.), *A saúde do Brasil*. Casa Publicadora São Paulo Eirele.
- Nobre, Victor. “Boletim n. 6/2023 Monitoramento do Orçamento da Saúde Projeto de Lei Orçamentária Anual”. IEPS, [s.d.].
- OECD. (2023). *OECD Health Statistics 2023. Definitions, Sources and Methods. Voluntary health insurance*. <https://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>
- Pita Barros, P., & Siciliani, L. (2011). Public and Private Sector Interface. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 927–1001). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00015-3>
- Portela, M. C., Martins, M., Lima, S. M. L., de Andrade, C. L. T., & de Aguiar Pereira, C. C. (2023). COVID-19 inpatient mortality in Brazil from 2020 to 2022: a cross-sectional overview study based on secondary data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02037-8>
- RAND Health Care. “Environmental Scan on Consolidation Trends and Impacts in Health Care Markets”, 2022.
- Rice, T. (2021). Key components of national health insurance systems. In *Health Insurance Systems* (pp. 9–33). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816072-5.00004-3>
- Rocha, R., Furtado, I., & Spinola, P. (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 30(5), 1082–1094. <https://doi.org/10.1002/hec.4241>
- Victoor, A., Friele, R. D., Delnoij, D. M. J., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2012). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Services Research*, 12, 441. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-441>
- Wang, D. W. L., Fajreldines, E., Vasconcelos, N. P. de, Malik, A. M., Oliveira, B. da C. de, Souza, F. M. de, Souza, J. L. de, Arantes, L., & Miziara, N. M. (2022). A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1a. e 2a. instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. <https://hdl.handle.net/10438/33248>

Apêndice

TABELA A1 – DÉFICITS ASSISTENCIAIS NO SUS E EXPANSÃO DOS PRESTADORES PRIVADOS

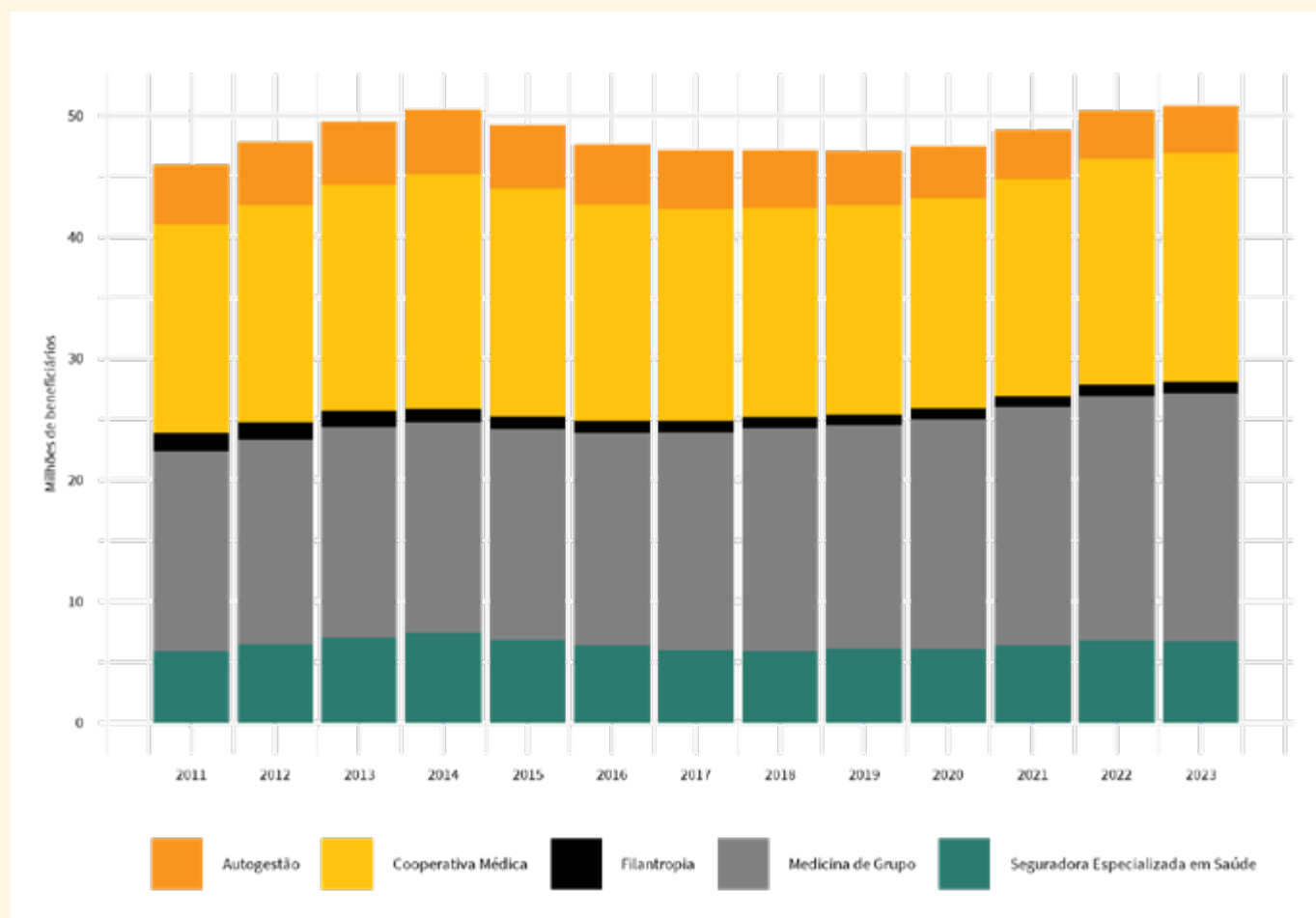
Delta 2021-2010												
	Leitos			Hospitais			Tomógrafos			Equipamentos de Ressonância		
	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Déficits												
Leitos	0,277*** (0,0024)	0,237*** (0,021)	0,040* (0,021)									
Hospitais				6,351*** (0,872)	3,629*** (0,462)	2,722*** (0,700)						
Tomógrafos							1,093* (0,646)	0,739 (0,610)	0,354 (0,227)			
Equipamentos de Ressonância										-0,163 (0,301)	-0,295 (0,286)	0,132 (0,128)
Socioeconômicos												
Vínculos Ativos/PIA	0,002*** (0,0005)	0,002*** (0,0004)	0,001 (0,0004)	0,003 (0,0013)	0,013* (0,0007)	-0,009 (0,010)	0,040*** (0,011)	0,034*** (0,010)	0,006 (0,004)	0,033*** (0,005)	0,025** (0,005)	0,008*** (0,002)
Controles Demográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Socio-Econômicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Saúde Suplementar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Geográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450

Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. A base encontra-se ao nível da região de saúde. As variáveis dependentes representam o delta 2021-2010 do total de recursos, total com fins lucrativos e total sem fins lucrativos de leitos, tomógrafos, hospitais, e médicos, respectivamente. Em todos os casos, a disponibilidade é medida como uma taxa em relação ao tamanho da população de cada região. Regredimos essas variáveis em medidas de déficit que mostram para o ano de 2010 a distância do valor observado no Brasil em relação à média da OCDE. Incluímos também uma medida de atividade econômica, bem como controles demográficos (população por faixa etária e proporção de idosos com 65 anos ou mais), socioeconômicos (log do PIB e renda per capita), de saúde suplementar (cobertura de planos de saúde), e geográficos (grandes regiões do país).

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.

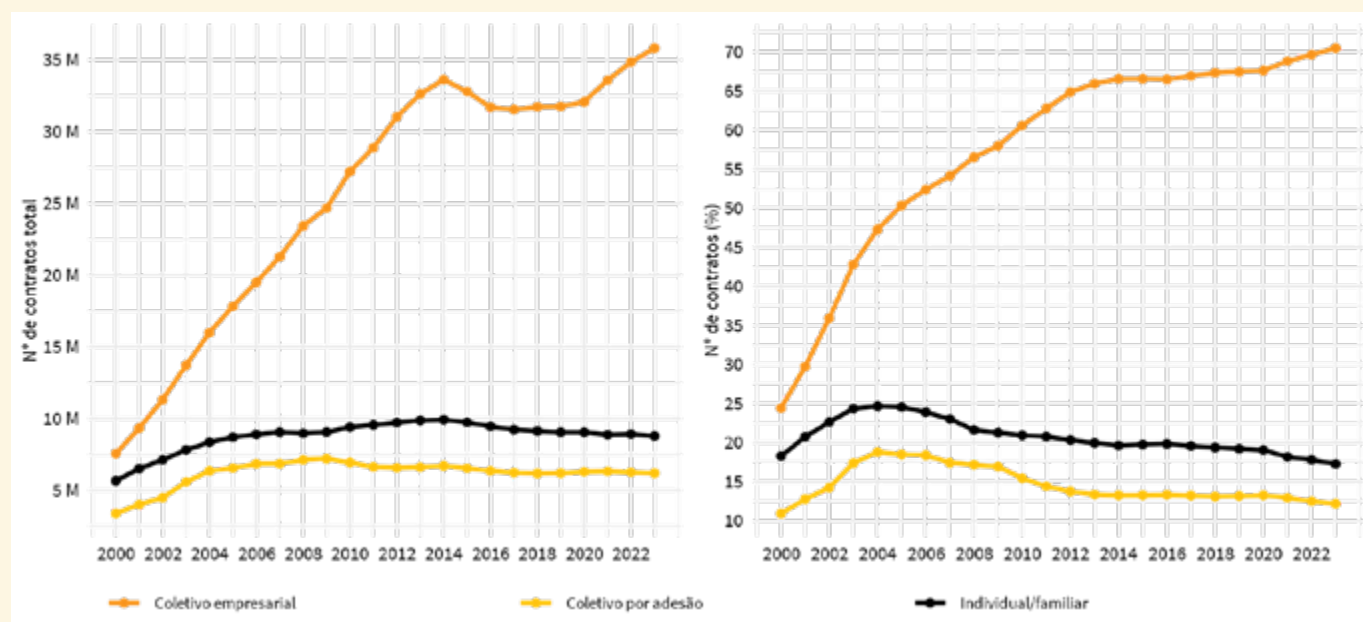


FIGURA A2 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DE OPERADORA



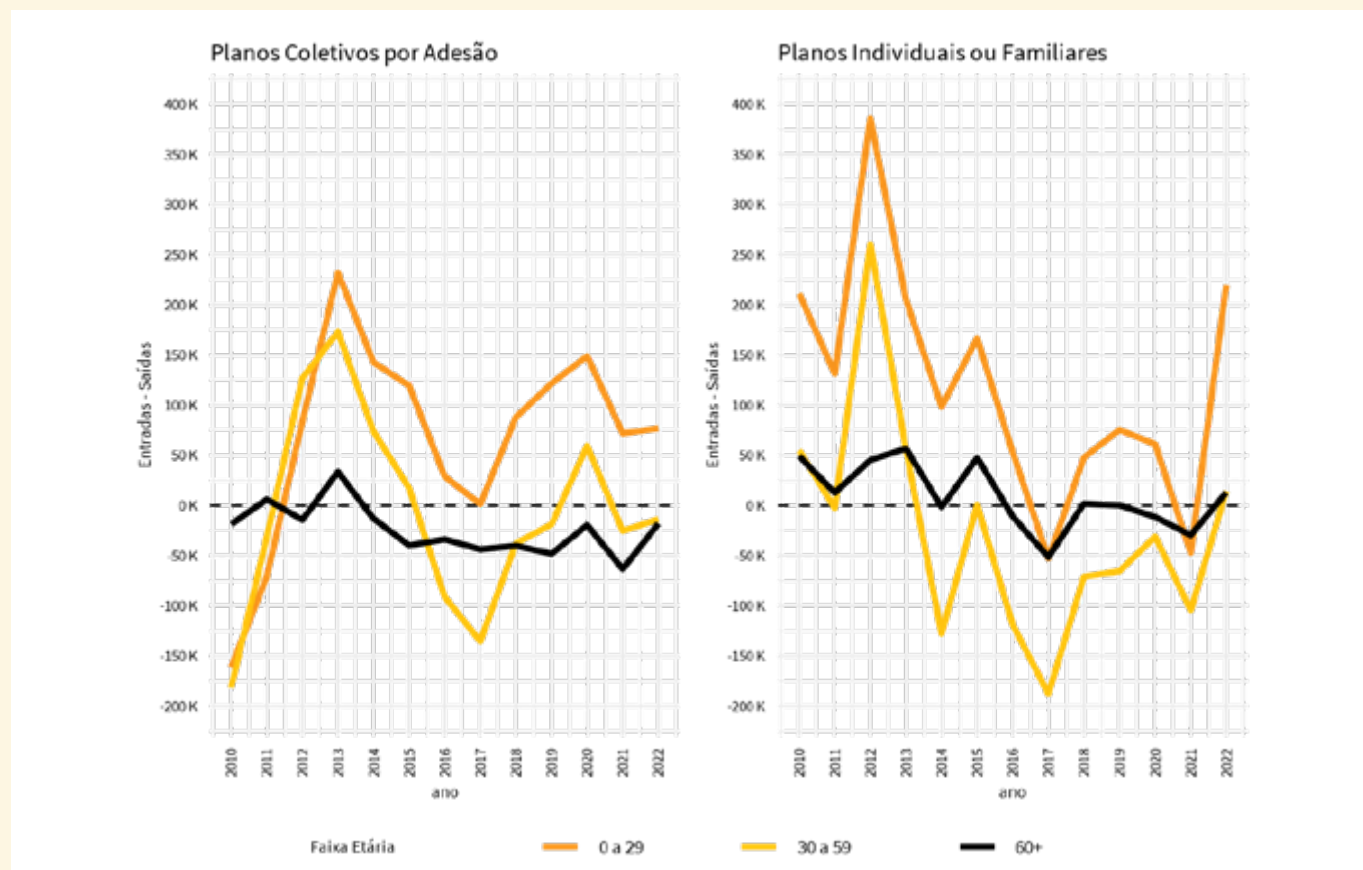
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2011 a 2023 por modalidade de operadora de planos médico-hospitalares.

FIGURA A3 – EVOLUÇÃO DE CONTRATOS POR TIPOS DE PLANOS



Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

FIGURA A4 – SALDO DE ENTRADAS E SAÍDAS EM PLANOS POR FAIXA ETÁRIA



Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.



TABELA A5 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS

Cobertura por operadora (%)							
	Total	Outras (grande porte)	Porte pequeno ou médio	Amil	Bradesco	Notre Dame + Hapvida	Sul América
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Socioeconômicos							
Vínculos Ativos/ PIA	0,0274*** (0,0037)	0,0078** (0,0032)	0,0217*** (0,0035)	0,0016** (0,0007)	0,0015** (0,0006)	-0,0050*** (0,0018)	-0,0002 (0,0009)
Déficits							
Leitos	-0,2669 (0,1734)	-0,0046 (0,1321)	-0,3448** (0,1742)	0,0283 (0,0241)	0,0115 (0,0198)	0,0193 (0,0883)	0,0234 (0,0160)
Tomógrafos	-0,1882* (0,1130)	-0,0709 (0,0851)	-0,1201 (0,0935)	0,0148 (0,0117)	0,0008 (0,0258)	-0,210 (0,0655)	0,0081 (0,0064)
Hospitais	0,3895** (0,1612)	0,1654 (0,1356)	0,2378* (0,1398)	-0,0028 (0,0168)	0,0659** (0,0304)	-0,0360 (0,0423)	-0,0409*** (0,0131)
Médicos	0,2243 (0,2243)	-0,4675 (0,2982)	0,8344*** (0,3072)	-0,0484 (0,0427)	-0,0915** (0,0387)	-0,0526 (0,0848)	0,0499** (0,0234)
EF de região de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF de ano	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF de região de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Socio- Econômicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Demográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400

Nota: Elaboração própria em base a dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. Tratam-se de dados em painel ao nível da região de saúde, de 2010 a 2021. As variáveis dependentes representam a cobertura de beneficiários de, respectivamente, todo o setor de saúde suplementar, Amil, Bradesco, Notre Dame Hapvida, Sul América, outras empresas de grande porte e empresas de pequeno e médio porte. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Regredimos essas variáveis em uma medida de atividade econômica definida como o número de vínculos ativos sobre o total da população economicamente ativa. Também incluímos medidas de déficit que mostram para o ano de 2010 a distância do valor observado no Brasil em relação à média da OCDE, bem como controles demográficos (população por faixa etária e proporção de idosos com 65 anos ou mais), socioeconômicos (log do PIB e renda per capita), e efeitos fixos de região de saúde e ano. *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.



FIGURA A6 - RESSARCIMENTO SUS

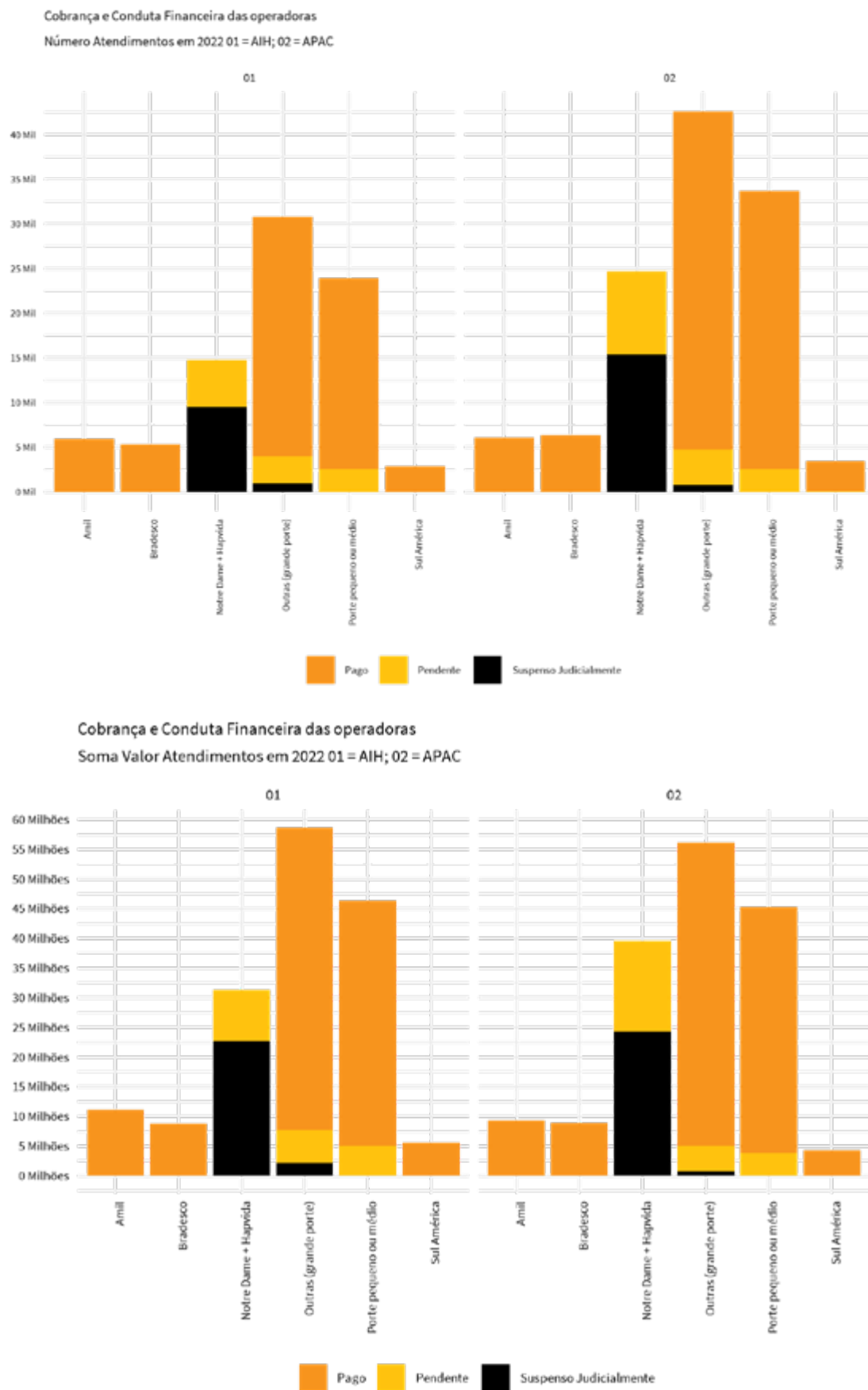
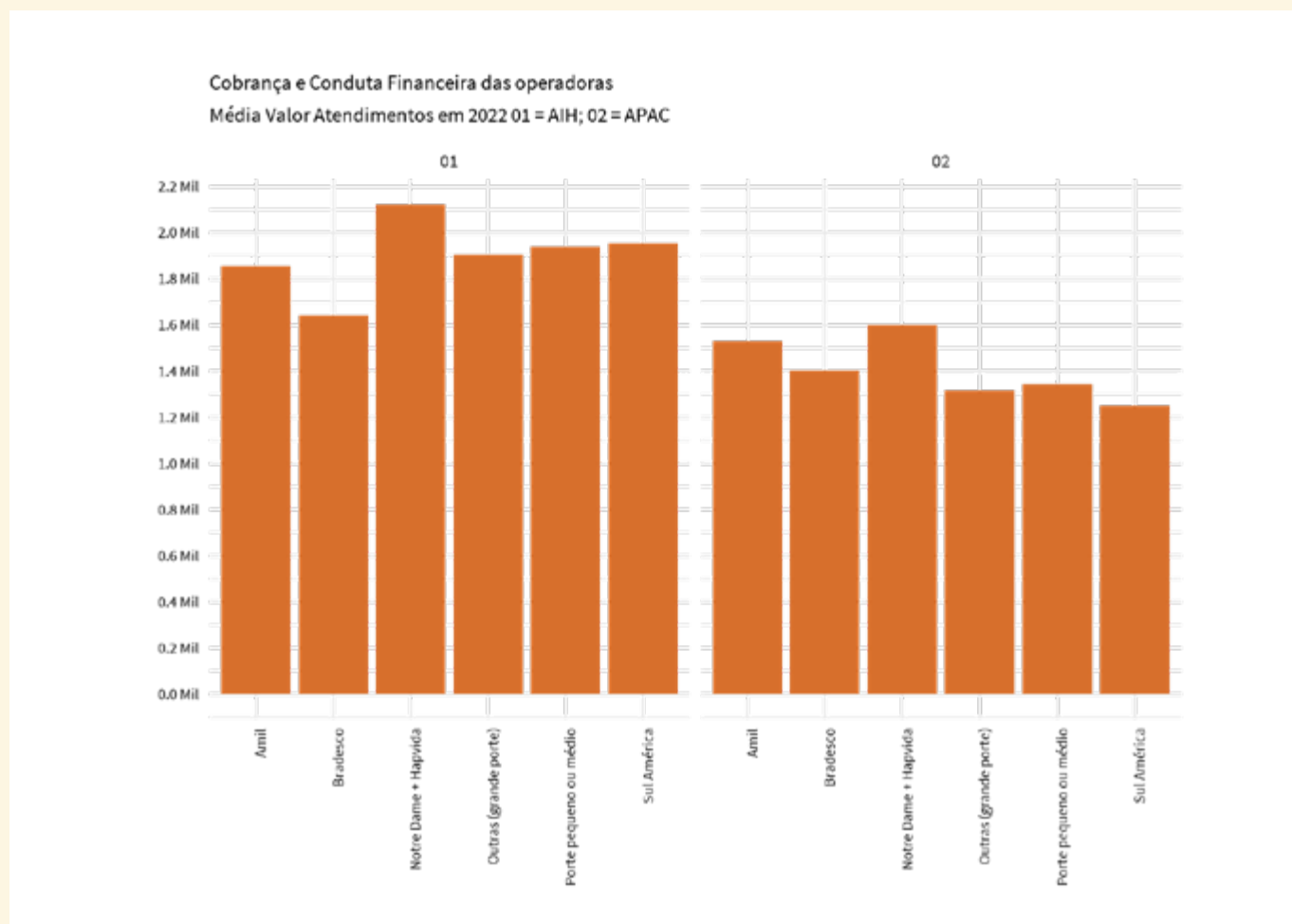


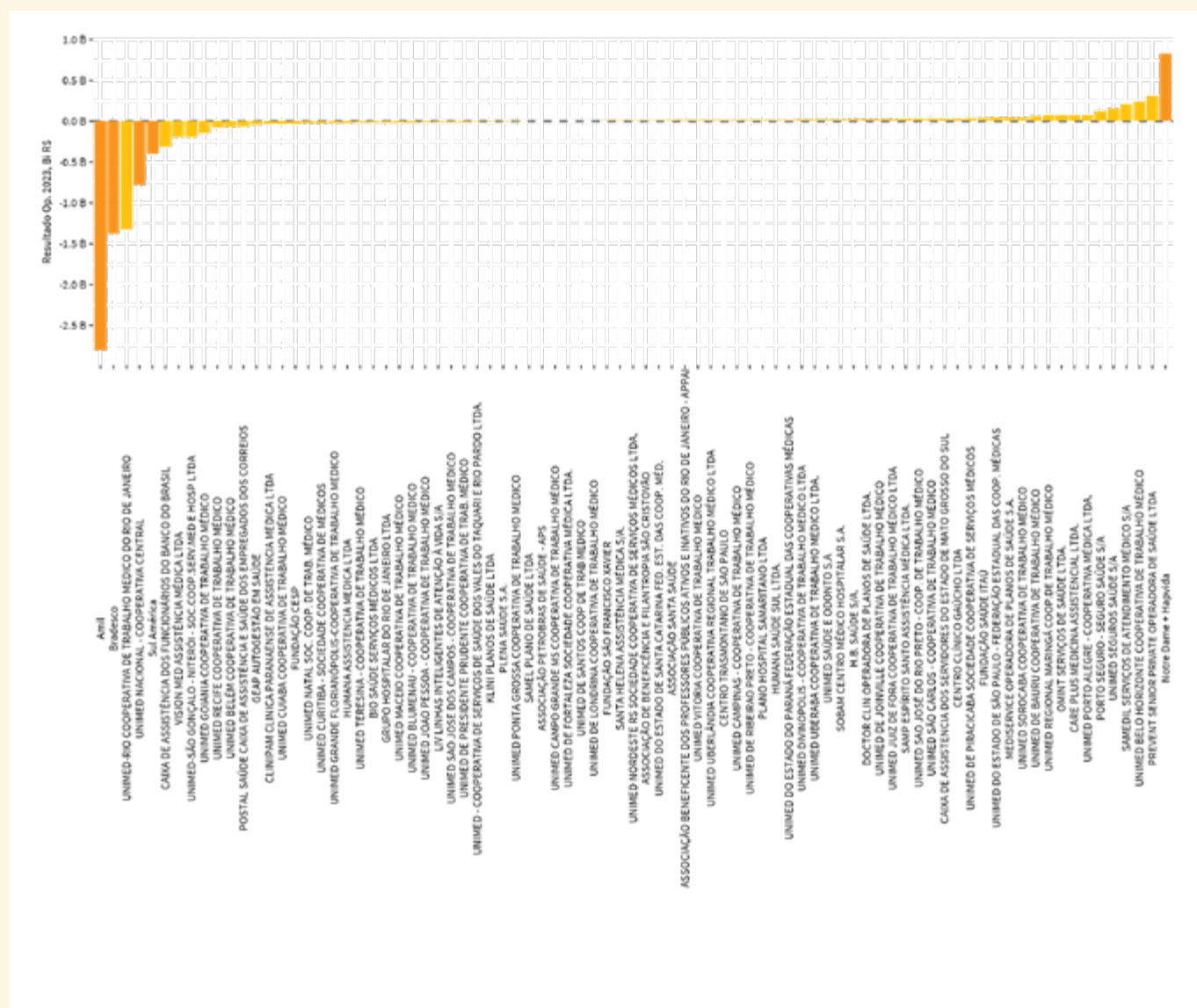
FIGURA A6 - RESSARCIMENTO SUS



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. O primeiro painel mostra o total de atendimentos realizados em 2022 no que se refere à internações (AIH = 01) e atendimentos ambulatoriais (APAC = 02). O segundo painel mostra a soma dos valores devidos por tipo de atendimento (AIH/APAC) prestados pelo SUS em 2022. O terceiro painel mostra a média dos valores devidos por tipo de atendimento (AIH/APAC) prestado pelo SUS em 2022. Para simplificar, agregamos no status das cobranças as categorias “Pago” e “Parcelado” como “Pago”, “Pendente” e “Pendente de Pagamento” como “Pendente” nos dois primeiros painéis. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspensão).



FIGURA A7 – RESULTADO OPERACIONAL, OPERADORAS DE GRANDE PORTE EM 2023



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS e IBGE. A figura ordena o resultado operacional em bilhões de reais das operadoras de grande porte (> 100.000 beneficiários) do menor ao maior em 2023.



Apêndice – Metodologia e Dados

A1. Fontes de dados e variáveis

O mix público/privado na saúde no Brasil

Utilizamos diversas bases de dados para descrever e contextualizar o mix público/privado na saúde. Primeiramente, utilizamos dados do estudo sobre *Global Health Spending* 1995-2019 do *Institute for Health Metrics and Evaluation* sobre o percentual do Produto Interno Bruto (PIB) gasto com saúde para diferentes países segundo a fonte de financiamento: gasto público, gasto privado do próprio bolso e gasto privado com planos de saúde privados²⁹. Adicionalmente, usamos dados do Banco Mundial sobre o nível do PIB per capita em dólares (US\$) em valores constantes de 2015, o PIB per capita em valores correntes em dólares em paridade de poder aquisitivo (US\$ PPP) e o nível do gasto total com saúde em dólares PPP³⁰. Utilizamos também dados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre gasto em saúde em dólares PPP segundo a função do gasto e a fonte de financiamento, sobre cobertura de saúde por diferentes esquemas de seguro, sobre disponibilidade de recursos de saúde (médicos, hospitais, leitos hospitalares, tomógrafos e ressonadores magnéticos) e de população³¹.

Complementamos esses dados com bases de dados nacionais. Utilizamos dados das bases de profissionais, estabelecimentos e equipamentos do Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para avaliar a disponibilidade de recursos de saúde³².

Usamos também dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre receitas por contraprestações e número de beneficiários por operadora de planos de saúde³³ e do IBGE sobre PIB per capita nas unidades da federação no Brasil (UF)³⁴. Por fim, usamos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 sobre titularidade de planos de saúde e utilização e financiamento de serviços de saúde no Brasil³⁵.

Posicionamento dos prestadores privados: evolução recente e situação atual

Utilizamos principalmente dados administrativos para descrever a evolução e a situação atual dos prestadores privados no Brasil. Usamos dados do CNES sobre o quantitativo de recursos físicos disponíveis entre 2010 e 2022³⁶. Usamos também dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Datasus, assim como do Sistema de Informações de Produto (SIP)

29 Os resultados do estudo estão disponíveis em: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-health-spending-1995-2019>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

30 Dados disponíveis em: <https://data.worldbank.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

31 Dados disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

32 Dados disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

33 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

34 Dados disponíveis em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5938>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

35 Dados disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

36 Dados disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.



da ANS³⁷, sobre o volume de serviços produzidos entre 2016 e 2021. De forma complementar, utilizamos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) sobre vínculos empregatícios ativos, do IBGE sobre população e da ANS sobre beneficiários de planos de saúde³⁸ entre 2010 e 2021. Para realizar comparações internacionais, utilizamos também dados da OCDE sobre o volume de serviços de saúde produzidos entre 2016 e 2021³⁹.

Posicionamento das Operadoras de Planos de Saúde: evolução recente e situação atual

Utilizamos dados da ANS⁴⁰ sobre o total de beneficiários e operadoras entre 2010 e 2022, realizando recortes em relação ao porte da operadora, e também fazendo análises separadas para operadoras específicas. Com base nesses dados, construímos variáveis de cobertura de planos ao nível da região de saúde. Também utilizamos dados da ANS sobre características dos planos ofertados pelas operadoras (janeiro de 2023), dados referentes aos repasses feitos ao SUS pelas operadoras, valor comercial médio dos planos (2022) e evolução de resultados financeiros (incluindo sinistralidade, resultado operacional, despesas assistenciais e receitas de contraprestações. Finalmente, adicionamos dados do PIB⁴¹ advindos do IBGE.

A relação entre provedores e operadoras

Utilizamos dados do Sistema de Informações de Produto (SIP) da ANS, que contém a quantidade e valor total gasto pelas operadoras de planos de saúde para diferentes tipos de serviços: consultas médicas (inclui todas as consultas com médicos), outros atendimentos ambulatoriais (inclui todas as atendimentos ambulatoriais com outros profissionais de saúde não médicos, por exemplo, fisioterapeutas ou psicólogos), exames (inclui todos os exames de diagnóstico, por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada ou hemoglobina glicada), terapias (inclui procedimentos terapêuticos, por exemplo, quimioterapia, transfusões ambulatoriais ou hemodiálise), internações (inclui todas as hospitalizações, por exemplo, cirúrgicas, obstétricas ou

pediátricas) e outras despesas (inclui as demais despesas médico-hospitalares, não incluídas nas categorias anteriores). Os dados estão disponíveis anualmente para o período entre 2016 e 2021. Utilizamos também dados do Índice de Preços ao Consumidor do IBGE para deflacionamos os valores da série.

A2. Métodos: Regressão multivariada

Realizamos três exercícios de análises de regressão multivariada, reportados nas **TABELAS 3, 5, E 7**). Descrevemos nesta seção as potencialidades e limitações desses exercícios.

Nas **TABELAS 3 E 7** trabalhamos com um momento único no tempo (dados *cross-section*). Na **TABELA 3** (Déficits assistenciais no SUS e expansão dos provedores privados), a unidade de observação dos dados é a região de saúde. Utilizamos como variáveis dependentes medidas de déficit entre 2021 e 2010, e as variáveis independentes são relativas ao ano 2010. Já na **TABELA 7** (Determinantes do Valor Comercial Médio dos Planos (2022)) a unidade de observação é o plano de saúde, e os dados são de 2022. Em ambos os casos reportamos os resultados de regressões multivariadas simples. Trata-se de um método utilizado para examinar as relações entre uma variável dependente e múltiplas variáveis independentes. Suas potencialidades incluem a capacidade de identificar e quantificar a importância relativa de diferentes fatores independentes na variável de interesse. Isso permite uma compreensão mais abrangente das relações entre as variáveis e a capacidade de fazer previsões mais refinadas. No entanto, há limitações a serem consideradas. A principal delas é a suposição de linearidade nas relações entre as variáveis, que pode ser uma simplificação excessiva em situações mais complexas. Além disso, da maneira que empregamos o método, podemos apenas fazer inferência acerca da relação entre as duas variáveis, e não da relação de causa e efeito entre elas. Isso porque podem existir outros fatores que podem influenciar tanto as variáveis independente quanto as dependentes e que não conseguimos listar no modelo.

Na **TABELA 5** (Beneficiários e Ciclos Econômicos), a unidade de observação dos dados é a região de saúde. Agregamos dados de 2010 à 2021 (dados em painel) num modelo de regressão multivariada com efeitos fixos. Um modelo de regressão multivariada com efeitos fixos é uma abordagem estatística que permite analisar como várias variáveis influenciam simultaneamente uma variável dependente, controlando para efeitos fixos específicos, como características individuais ou de grupos. Suas vantagens residem na capacidade de explorar relações complexas entre múltiplos fatores, mitigando a influência de fatores não observados que são constantes ao longo do tempo. Isso é particularmente

37 Dados disponíveis em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aces-so-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-as-sistenciais-e-publicacoes-relacionadas/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

38 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

39 Dados disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

40 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

41 Dados disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=resultados>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

relevante em estudos longitudinais ou quando há variação sistemática entre grupos. No entanto, é importante considerar limitações, como a suposição de constância dos efeitos fixos ao longo do tempo, além das questões levantadas no parágrafo anterior.

A3. Métodos: Decomposição

Com o objetivo de aprofundar o entendimento acerca das razões para a variação dos custos assistenciais, realizamos um exercício de decomposição para estimar a contribuição das categorias de procedimentos das operadoras de saúde. Para decompor os valores, iniciamos com a diferença entre os custos por beneficiários (*CB*) entre dois períodos: *final* (*f*) e *inicial* (*i*).

$$CB_f - CB_i = \text{Aumento de custo por beneficiário}$$

O termo *CB*, para qualquer período *t*, pode ser escrito como o somatório da frequência por beneficiário (*F*) e o preço do procedimento por beneficiário:

$$CB_t = \sum_j F_t^j \times P_t^j$$

A partir de (2), podemos criar um termo que seria o custo por beneficiário no período final (*CB**), caso a frequência fosse mantida como a inicial.

$$CB_f^* = \sum_j F_i^j \times P_f^j$$

Assim, podemos reescrever (1) da seguinte maneira:

$$\Delta CB = CB_f - CB_i = \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right)$$

Somando e subtraindo (3), na equação (4), temos:

$$\begin{aligned} \Delta CB &= CB_f - CB_i = \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right) \\ &= \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right) + \left(\sum_j F_i^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_f^j \right) \\ &= \left(\sum_j P_f^j [F_f^j - F_i^j] \right) - \left(\sum_j F_i^j \times [P_f^j - P_i^j] \right) \end{aligned}$$

Interpretamos a equação da seguinte forma. O primeiro termo ($P_f^j [F_f^j - F_i^j]$) indica o aumento do custo por beneficiário relativo ao aumento de frequência de procedimentos entre os dois períodos. O segundo termo ($F_i^j \times [P_f^j - P_i^j]$) indica o aumento do custo por beneficiário devido ao aumento de preços, caso a frequência tivesse sido mantida como no período inicial.

Os dados para realizar a decomposição são da ANS, do conjunto de dados chamado *Sistema de Informações de Produtos*, que é divulgado desde 2016, por grupo de procedimentos.

Nesse processo, temos algumas limitações importantes. Primeiro, os procedimentos estão agrupados em categorias muito amplas. Por exemplo, a categoria exames engloba procedimentos de maior custo e complexidade (como ressonância magnética), bem como procedimentos baratos e de baixa complexidade (como coleta de sangue para exames de colesterol). Ao atribuímos um peso a essa categoria, estamos englobando todos esses componentes. Idealmente, gostaríamos de detalhar os custos em categorias mais granulares. Outra limitação importante se deve a um grupo específico, chamado de “outros”. Trata-se de um resíduo que pode englobar erros ou pacotes de serviços que envolvem uma porção de procedimentos que deveriam estar alocados nos outros grupos. O que fizemos foi atribuir uma frequência fixa (normalizamos a frequência desse procedimento no valor 1, por beneficiário) e analisamos apenas as mudanças de preços.