

Conselho Administrativo de Defesa Econômica  
Departamento de Estudos Econômicos

# Documento de Trabalho

Nº 004/2021

## Ensaio sobre o mercado de saúde suplementar

**Tatiana de Macedo Nogueira Lima**

(Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental/Cade)

Brasília, outubro de 2021



**Ministério da Justiça e Segurança Pública**  
**Conselho Administrativo de Defesa Econômica**

---

**Ensaio sobre o mercado de saúde suplementar**

Departamento de Estudos Econômicos – DEE

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4, Ed. Carlos Taurisano

Cep: 70770-504 – Brasília-DF

[www.gov.br/cade](http://www.gov.br/cade)

---

ISSN 2764-1031

Este é um trabalho do Departamento de Estudos Econômicos (DEE).

**Tatiana de Macedo Nogueira Lima**

(Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental/Cade)

*As opiniões emitidas nos Documentos de Trabalho são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Conselho Administrativo de Defesa Econômica ou do Ministério da Justiça.*

*Ainda que este artigo represente trabalho preliminar, citação da fonte é requerida mesmo quando reproduzido parcialmente.*

## Sumário Executivo

A Coordenação de Estudos de Condutas Anticompetitivas do DEE/Cade vem elaborando uma série de documentos sobre o mercado de saúde suplementar, com o objetivo de melhor compreender os desafios concorrenciais deste setor. Nesta coletânea, são apresentados três desses estudos, realizados ao longo do ano passado e deste.

**O primeiro** discute a relação entre índices de concentração, mercados relevantes geográficos e preços na saúde suplementar. A partir dessa discussão, calculam-se indicadores associados ao grau de competição em municípios brasileiros e em grupos de municípios que foram definidos por metodologias diversas como mercados relevantes geográficos de planos de saúde. É também calculado o nível dos tíquetes médios nesses mesmos municípios e mercados. A correlação entre as duas variáveis é obtida.

Reconhecem-se os problemas de endogeneidade ao se estabelecer relações causais entre concentração e preço, razão pela qual não é estimada qualquer relação desse tipo. Porém, como índices de concentração são usados como medidas para definir o tipo de análise a ser conduzida pela autoridade antitruste, considerou-se pertinente mostrar como o tíquete médio, uma *proxy* dos preços, e indicadores de concentração comportam-se nos mercados da saúde suplementar.

O estudo foi feito de maneira exploratória, mas, ao se debater o nível de concentração, foi necessário debruçar-se em discussões de cunho estrutural, como a definição de mercado relevante. Muito embora esse não seja seu foco principal, o estudo apontou que, se a metodologia proposta por Andrade et alli (2015) fosse aplicada em casos concretos, muitos municípios analisados pelo Cade seriam desconsiderados na análise concorrencial. O mesmo aconteceria com a utilização do modelo usado atualmente pela ANS.

Os resultados dos exercícios realizados neste primeiro estudo mostram que os mercados de produtos da saúde suplementar no Brasil são, em geral, bastante concentrados. Verificou-se, ademais, que o tíquete médio é uma *proxy* muito imperfeita dos preços dos planos de saúde ofertados. Possivelmente, a referida imperfeição<sup>1</sup> explique o motivo dos resultados das

---

<sup>1</sup> Pelos motivos explicados neste documento, não é possível distinguir o que, nas variações de tíquetes médios, é decorrente da qualidade do produto, da quantidade consumida ou do eventual poder de mercado de uma operadora.

correlações entre tíquete médio e HHI encontrados serem, por vezes, negativos, o que é contraintuitivo, mesmo não se considerando relação de causalidade entre as variáveis.

Além de ser uma *proxy* imperfeita, acredita-se que os dados do cálculo de tíquete médio possam estar sofrendo algum tipo de viés, já que foram encontrados tíquetes médios de poucos centavos em algumas cidades (tíquete médio muito baixo), sendo muito improvável que se vendam planos de saúde a menos de um real. Também, foram encontrados tíquetes médios muito elevados (de 175 mil Reais em outras hipóteses). Assim, é importante estudar e entender qual seria o motivo de tamanha discrepância nesses valores, que, possivelmente, representam erros de mensuração.

Considerando-se as diversas limitações da utilização do tíquete médio, a melhor alternativa seria a utilização de preços efetivamente praticados pelas operadoras. Assim, seria possível isolar os fatores que diferenciam os produtos e verificar se os resultados obtidos são relacionados, efetivamente, com a concentração. Esses dados, contudo, não são coletados pelo regulador e poderiam, talvez, fazer parte de uma agenda conjunta de estudos do CADE e da ANS para melhor compreender o setor.

O **segundo estudo** teve como objetivo principal estimar os preços hedônicos de características de planos de saúde médico-hospitalares. Foram usados dois conjuntos de dados relacionados aos preços: o primeiro refere-se aos valores comerciais das mensalidades (preço registrado) registrados na ANS, conforme a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 28, de 2000, da ANS. Esses valores são calculados atuarialmente pelas operadoras e são estabelecidos, em teoria, a partir das expectativas de custos. Foram coletados dados das oito capitais brasileiras mais populosas e de Vitória (ES). O segundo conjunto de dados refere-se aos preços efetivamente praticado por duas operadoras em Vitória (ES).

Esse estudo relaciona-se diretamente com o Documento de trabalho nº 3/2020, chamado Aplicação de modelos de disposição a pagar no estudo da competição na saúde suplementar, no qual é feita uma revisão da literatura sobre preços hedônicos<sup>2</sup>. Por essa

---

<sup>2</sup> O documento está disponível em [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcdn.CADE.gov.br%2FPortal%2Fcentrais-de-conteudo%2Fpublicacoes%2Festudos-economicos%2Fdocumentos-de-trabalho%2F2020%2Fdocumento-de-trabalho-n03-2020-aplicacao-de-modelos-de-disposicao-a-pagar-no-estudo-da-competicao-na-saude-suplementar.pdf&clen=2810110&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcdn.CADE.gov.br%2FPortal%2Fcentrais-de-conteudo%2Fpublicacoes%2Festudos-economicos%2Fdocumentos-de-trabalho%2F2020%2Fdocumento-de-trabalho-n03-2020-aplicacao-de-modelos-de-disposicao-a-pagar-no-estudo-da-competicao-na-saude-suplementar.pdf&clen=2810110&chunk=true). Acesso em 15/09/2021.

razão, não se discutiu o modelo e a literatura relacionada neste ensaio. O leitor interessado pode consultar o documento referido.

Algumas constatações merecem ser destacadas. A primeira relaciona-se aos preços registrados. Como o esperado, quanto mais abrangente a cobertura assistencial, maior ele é. No entanto, planos somente ambulatoriais, tudo o mais constante, têm preços registrados maiores que planos exclusivamente hospitalares. Pôde-se constatar, ademais, que planos individuais, ainda que, em tudo semelhantes a planos coletivos, tem preços registrados maiores. O preço registrado médio estimado de um plano individual, médico-hospitalar, nacional, com internação em enfermaria e sem mecanismo financeiro de regulação é R\$ 963,23. Um plano com as mesmas características, mas coletivo por adesão tem preços registrados 34% menor.

Ao comparar-se os preços registrados em Vitória (ES) com os preços efetivamente praticados pelas duas operadoras para as quais foram coletados dados, constatou-se, contudo, que os preços registrados não são boas *proxys* para os preços efetivamente praticados pelas operadoras. Embora a regulação permita que os primeiros distem dos últimos em até 30%, os preços registrados poderiam se correlacionar com os preços efetivamente praticados e serem usados em análises concorrenciais. Se assim fosse, processos em que dados de preços são usados poderiam ser instruídos pelo CADE mais rapidamente. Não foi possível, contudo identificar relação entre as duas variáveis. Mais ainda, no conjunto de preços estudados, as diferenças entre preços registrados e preços praticados foram muito superiores às preconizadas pela norma da ANS.

Na análise de preços hedônicos, considerando os valores efetivamente cobrados por operadoras de planos de saúde, em Vitória, no Espírito do Santo, de beneficiários na faixa etária entre 44 e 48 anos, novamente foi verificado que planos individuais, tudo o mais constante, tem preços mais altos que planos coletivos e que a abrangência da cobertura assistencial impacta no preço final do produto. A presença de mecanismo financeiro de regulação reduz substancialmente o preço de um produto, e os consumidores pagam a mais por determinadas marcas. Também foi observado que há diferenças entre os preços pagos por mulheres e homens. Como a Lei 9.656, de 2000, não permite esse tipo de discriminação, é preciso verificar porque foi observada. Essas conclusões, todavia, referem-se aos produtos

estudados e não podem ser estendidas a todo o setor de saúde suplementar sem outras análises que avaliem produtos em outros mercados relevantes geográficos.

Em relação a este estudo, cabe destacar, por fim, que as técnicas de estimação utilizadas são bastante simples, o que permite que seja facilmente reproduzido para a análise de casos específicos, quando se pretende verificar se uma operadora pode cobrar preços mais altos em decorrência de sua reputação ou marca ou quando é importante verificar como uma característica do produto afeta seu preço.

O **terceiro estudo** tem dois objetivos principais. O primeiro é apresentar as regras vigentes ou em estudo no setor de saúde suplementar que podem afetar a concorrência. Não se pretendeu revisar todos os normativos vigentes, mas apenas aqueles que, em nossa avaliação, possuem maior impacto na estrutura competitiva do setor. Foram analisadas a regulação de produto, a regulação assistencial, a regulação da relação entre prestadores de serviços de saúde e operadoras e a regulação econômico-financeira.

O segundo objetivo é contribuir com sugestões de caráter regulatório. Há propostas procedimentais, como a publicação pela ANS de avaliação do impacto de alterações no rol de procedimentos obrigatórios. Há, também, sugestões de mudanças normativas, como a revisão da regulação da responsabilidade por serviços emergenciais, em planos ambulatoriais, após 12 horas de internação.

O que se espera não é o acatamento imediato dessas sugestões, mas avaliação quanto a pertinência de estudá-las no momento considerado o mais adequado pelo regulador. Nesse sentido, destaca-se a importância da avaliação de impacto regulatório, em especial do impacto concorrencial, de qualquer novo processo ou normativo que afete ofertantes ou demandantes de planos de saúde.

Tratando-se de um setor regulado, é necessário avaliar como a concorrência é afetada pela regulação. Apresentar as normas setoriais de uma forma simples e concisa é uma maneira de facilitar a apropriação dos temas e o debate. Discutir potenciais impactos concorrenciais e sugerir mudanças a serem estudadas pelo regulador faz parte da advocacia da concorrência. Nesse sentido, o objetivo é fazer ressaltar possibilidades que nem sempre são priorizadas por quem tem como foco outros objetivos, também relevantes, além da promoção da concorrência.

Com a publicação desta coletânea, o DEE cumpre sua missão de fomentar o debate concorrencial e contribuir para o aprimoramento das análises empreendidas pelo Cade. Espera-se que diferentes atores possam utilizar esse documento como apoio para novos trabalhos e análises, bem como para suporte em casos concretos.

**Palavras-chave:** Defesa da concorrência. Regulação. Saúde suplementar. Atos de Concentração. Mercados relevantes

**Keywords:** Antitrust. Regulation. Healthcare Industry. Mergers and Acquisitions. Relevant markets.



## Sumário

<b>Sumário Executivo</b> .....	<b>3</b>
<b>Concentração, Preços e Tíquete Médio em Saúde Suplementar</b> .....	<b>10</b>
1. Índices de concentração e sua aplicação na saúde suplementar .....	13
2. Mercados relevantes de planos de saúde.....	16
3. Dados.....	25
3.1. <i>Dados para o cálculo dos índices de concentração</i> .....	25
3.2. Dados de preços .....	30
4. Resultados .....	40
4.1. Concentração .....	40
4.2. Correlação dos valores de tíquetes médios com a concentração.....	50
5. Conclusão .....	51
Bibliografia .....	53
Anexo 1 – Comparação entre os mercados relevantes definidos conforme diferentes metodologias considerando-se processos analisados pelo CADE .....	55
Anexo 2 – Resultados do Cálculo do HHI e CR4 para os mercados definidos nos processos apresentados na tabela 1 e definidos por ANDRADE et alli (2015) que compreendem os mesmos municípios centroides .....	56
<b>Modelo de preços hedônicos em Saúde Suplementar</b> .....	<b>63</b>
1. Introdução .....	63
2. Definições.....	67
2.1. Preços atuarialmente calculados (preços registrados) .....	67
2.2. Tipo de contratação .....	68
2.3. Segmentação assistencial.....	69
2.4. Abrangência geográfica.....	69
2.5. Mecanismos financeiros de regulação .....	69
2.6. Acreditação da rede hospitalar do plano .....	69
2.7. Tipo de acomodação .....	70
3. Dados.....	70
3.1. Preços registrados .....	70
3.2. Características dos planos.....	74
3.3. Rede hospitalar .....	77
3.4. Acreditação da rede assistencial .....	79
4. Estimação .....	80
5. Resultados .....	82

6. Análise a partir dos dados de preços efetivamente praticados .....	87
6.1. Características dos planos da operadora X .....	88
6.2. Características dos planos da Operadora Y .....	90
6.3. Comparação dos preços registrados com os preços cobrados .....	93
6.4. Estimação dos preços hedônicos a partir dos dados de preços praticados.....	95
6.5. Resultados das estimações .....	99
7. Conclusão .....	102
Bibliografia .....	104
Anexo 1 - Gráficos dos resíduos das regressões estimadas com base nos preços registrados .....	105
Anexo 2 – Gráficos dos resíduos das regressões estimadas com base nos preços (ops X e Y).....	109
<b>Regulação e Concorrência em Saúde Suplementar .....</b>	<b>115</b>
1. Regulação do produto .....	117
1.1. Segmentação assistencial.....	117
1.2. Formas de contratação .....	120
1.3. Prazos de carência e portabilidade .....	123
1.4. Preços e reajustes .....	126
1.5 Mecanismos financeiros de regulação .....	131
1.6 Rede assistencial .....	133
2. Regulação Assistencial .....	137
3. Regulação da Relação com Prestadores de Assistência à Saúde .....	144
4. Regulação econômico-financeira .....	150
5. Conclusão .....	158
Bibliografia .....	160

## Concentração, Preços e Tíquete Médio em Saúde Suplementar

Indicadores de concentração são utilizados por autoridades antitruste para mensurar e acompanhar a concorrência em diferentes mercados (OLIVEIRA, 2017). O Guia de análise de atos de concentração horizontal do CADE, por exemplo, relaciona o índice de Herfindahl-Hirschman (HHI), que é a soma do quadrado da participação de todos os ofertantes em um mercado, como um meio de se calcular o grau de concentração (CADE, 2016). No referido Guia, estabelecem-se escalas, de acordo com os valores do índice antes da operação e os efeitos simulados após o ato em análise para aferir-se a possibilidade de ocorrência de possíveis efeitos concorrenciais. Também é bastante usual o cálculo da soma da participação dos maiores ofertantes. Quando se utilizam as participações dos quatro maiores, esse índice é conhecido como CR4.

É razoável supor que, tudo o mais constante, em mercados mais concentrados, os maiores ofertantes tenham mais liberdade para precificar e extrair excedente do consumidor. Essa hipótese norteou os estudos de organização industrial do início da segunda metade até os anos 80 do século passado. De acordo com o paradigma estrutura-conduta-desempenho, a estrutura dos mercados determina a conduta dos ofertantes, que resulta em certo desempenho. Ao longo do tempo, foram-se desenvolvendo modelos e pesquisas que mostraram não haver, necessariamente, a relação de causalidade estabelecida pelo paradigma. A conduta dos agentes pode levar a determinada estrutura de mercado ou o seu desempenho possibilitar condutas que geram certas estruturas. Em síntese, a estrutura de um mercado pode determinar, mas ao mesmo tempo ser determinada pela conduta dos agentes que atuam naquele mercado.

De um lado, isso implica que estudos empíricos baseados no paradigma estrutura-conduta-desempenho podem ter problemas de endogeneidade que afetam os resultados. Nesse sentido, Schmalensee (1989) ressalta não apenas a eventual endogeneidade das variáveis explicativas, mas também a dificuldade de se encontrar instrumentos em número suficiente para que as estimações sejam consistentes em estudos interindústrias. Do outro, a endogeneidade entre a estrutura de mercado, a conduta dos agentes e seu desempenho não

invalida a hipótese de que existe relação entre os preços praticados em um mercado e sua estrutura competitiva, ainda que não se possa, *a priori*, estabelecer relação de causalidade. Ao revisar os estudos que relacionam o preço com o grau de concentração de um setor, Schmalensee (1989) concluiu que esses estudos são muito mais robustos e têm menos problemas do que aqueles que relacionam o grau de concentração com a lucratividade. A partir dos primeiros, o autor concluiu que há correlação positiva entre preços e grau de concentração.

Neste estudo, será analisado o nível de concentração e o nível dos tíquetes médios, usados como *proxy* dos preços, no setor de saúde suplementar brasileiro. Considerando-se cada município como um mercado relevante geográfico e os mercados relevantes de produtos definidos em processos julgados pelo CADE, será calculada a concentração, utilizando-se dados públicos disponíveis. A fim de ampliar a análise, serão feitas simulações para mercados relevantes geográficos definidos por Andrade et alli (2015).

O uso do tíquete médio calculado com base nas contraprestações de uma operadora como *proxy* dos preços, contudo, tem restrições. A maior parte das operadoras ofertam diferentes produtos e praticam preços que variam de acordo com as características dos produtos ofertados e com o perfil etário do beneficiário. As variações dos tíquetes médios entre operadoras decorrem, por conseguinte, tanto de variações nos produtos ofertados e de diferenças de perfil etário de clientes quanto de diferenças de preços entre operadoras para produtos semelhantes, comercializados a clientes da mesma faixa etária. Quando se comparam tíquetes médios de concorrentes todos esses fatores influenciam o resultado e não é possível afirmar quais são as principais causas para diferenças encontradas.

Neste trabalho, os tíquetes médios das operadoras que atuam em um município foram usados para calcular o tíquete médio do município. A demografia dos beneficiários de planos de saúde e a configuração da rede de prestadores de saúde do município podem também afetar os valores encontrados. Essa é uma limitação importante.

Já a avaliação da concentração em mercados geográficos definidos a partir de metodologias diferentes permite verificar variações nos resultados decorrente das diferenças entre essas definições. Não se endossa, a princípio, qualquer uma das metodologias apresentadas, tampouco se defende o uso dos municípios como mercados geográficos. A

nosso ver, ainda são necessários estudos para se estabelecer uma metodologia que defina os mercados na saúde suplementar considerando-se suas especificidades. Nesse sentido, há que se atentar para o fato de que os fluxos de pacientes observados no setor privado são condicionados pelas redes assistenciais dos planos em que os beneficiários estão e que não necessariamente o fato de um beneficiário de uma determinada cidade buscar tratamento em outra implica que os beneficiários desta outra cidade estão dispostos a buscar tratamento na primeira.

A partir dos resultados encontrados, são estudadas as correlações entre os tíquetes médios praticados e os indicadores de concorrência. Embora as conclusões extraídas desses resultados devam ser avaliadas com cautela, essa primeira visão pode aumentar a compreensão sobre os preços dos produtos na saúde suplementar e ser o primeiro passo para a avaliação do equilíbrio entre oferta e demanda nesse setor.

Como se verá, considerando-se os municípios como mercados geográficos, a concentração é elevada na maior parte dos mercados geográficos dos diferentes produtos. Há que se ter em vista que, dos 5.572 municípios, 1.768, de acordo com a estimativa de população em julho de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tinham menos de 20.000 habitantes, e apenas 322 tinham mais de 100.000 habitantes. Não se pode descartar o porte municipal como uma das causas de haver poucos concorrentes em muitas cidades brasileiras, ainda que uma operadora possa e usualmente se constitua para ofertar serviços em um grupo de municípios. Os resultados dos índices de concentração quando considerados grupos de municípios também apontam para a concentração em grande parte dos mercados. É possível, portanto, que haja outros fatores além do tamanho dos mercados a provocarem os níveis de concentração encontrados.

Esse estudo diferencia-se de outros em que se analisou a concentração de mercado e os preços por comparar estruturas de mercado e preços em um mesmo setor, em diferentes mercados geográficos. As variáveis que afetam a dinâmica competitiva tendem a ser as mesmas ainda que estejam presentes de formas diferentes em cada mercado. Controlando-as, é possível avaliar os efeitos da concentração.

O documento organiza-se da seguinte forma. Na segunda seção, serão discutidos os índices utilizados neste trabalho para aferir a concentração na saúde suplementar, seus

pressupostos e as limitações de sua utilização nesse setor, considerando-se as características do produto plano de saúde e de sua oferta e demanda. Também serão discutidas as variáveis utilizadas no cálculo dos índices e como podem afetar seus resultados.

Para o cálculo dos índices, é necessário que se estabeleça quem são os ofertantes ou, em outras palavras, é preciso definir os mercados a serem analisados. A jurisprudência do Cade concernente à definição de mercados relevantes de produtos na saúde suplementar será revista na terceira seção. Na quarta seção, serão apresentados e discutidos os dados a serem usados para o cálculo dos índices de concentração e dados relacionados aos preços disponíveis publicamente. Não são coletados pelo regulador preços efetivamente praticados pelas operadoras, mas, periodicamente, são publicadas demonstrações financeiras das quais constam as receitas com contraprestações de cada tipo de plano comercializado. Na quinta seção, são apresentados os resultados dos índices de concentração e das correlações entre esses e os preços. Na sexta seção, são feitas as considerações finais.

## **1. Índices de concentração e sua aplicação na saúde suplementar**

Índices de concentração são indicadores baseados em participações de mercado. Os dois índices mais utilizados são o HHI e as taxas de concentração, em especial a que considera os quatro maiores ofertantes (CR4). O HHI é calculado por meio da soma do quadrado das participações de todos os ofertantes. É possível mostrar que, em um oligopólio de Cournot, ou seja, se as firmas competirem com base nas quantidades ofertadas, o produto for homogêneo e as diferenças nos custos forem exógenas, o HHI será diretamente relacionado ao grau médio de poder de mercado (MOTTA, 2004).

No Guia de Concentração Horizontal do Cade (CADE, 2016), o resultado do HHI é indicado como uma forma inicial de inferência sobre os possíveis efeitos de um ato. Os seguintes parâmetros são definidos para avaliação do grau de concentração de mercado (as participações são calculadas em percentuais):

- Abaixo de 1500 pontos – mercados não concentrados;
- Entre 1500 e 2500 pontos – mercados moderadamente concentrados;
- Acima de 2500 pontos – mercados altamente concentrados.

A taxa de concentração é a soma da participação dos maiores ofertantes. A quantidade de ofertantes a ser considerada é determinada arbitrariamente pelo analista, sendo bastante comum a utilização dos quatro maiores ofertantes (CR4). Saving (1970) mostra que em um modelo de monopólio com franja competitiva ou de liderança de preço, as taxas de concentração, como o CR4, podem ser relacionadas aos índices de Lerner e de Rothschild. Segundo Perloff et alli (2007), os estudos empíricos costumam produzir resultados semelhantes para o HHI e o CR4.

Em outras configurações, a relação entre concentração, poder de mercado e preços não necessariamente tem a mesma dinâmica de oligopólios de Cournot ou das anteriormente citadas. Brien (2017) chama atenção para esse fato, considerando que o raciocínio econômico não permite derivar uma forma funcional na qual os preços dependam do nível de concentração. Ainda que esses dois fatores dependam das mesmas variáveis, a função que relaciona a concentração a essas variáveis não é inversível nos domínios relevantes. Regressões relacionando as duas variáveis não identificariam os coeficientes de interesse, por exemplo, a relação entre variações nos preços e uma dada fusão. Essa é uma crítica relevante porque não se trata apenas de problemas de endogeneidade, mas da ausência de um modelo econômico que permita identificar a relação entre essas variáveis.

Ainda assim, ao resenhar trabalhos cujo tema é a relação entre concentração e níveis de preços, Schmalensee (1989) concluiu que em comparações *cross-section* envolvendo mercados na mesma indústria, a concentração dos ofertantes é positivamente relacionada ao nível de preços. Tudo o mais constante, agentes com maior participação de mercado relativa tendem a ter maior liberdade para precificar e determinar características de produtos.

Índices de concentração também podem ser utilizados para o monitoramento de mercados. Nesses casos, buscam-se regularidades empíricas que possam orientar futuros trabalhos de estimação estrutural ou a seleção de mercados para análise mais aprofundada. Quando utilizados para esse fim, é preciso considerar as limitações desses indicadores na análise dos resultados e nas relações observadas com outras variáveis.

Os indicadores citados (HHI e CR4) são afetados por inúmeros fatores, inclusive, pela conduta e desempenho dos ofertantes. Perloff et alli (2007) chamam a atenção, por exemplo, para o fato de que a lucratividade de uma indústria afeta a probabilidade de entrada, de forma

que um setor pode ser muito concentrado porque a perspectiva de retorno é baixa. Nesse caso, as concentrações seriam altas, mas os preços, relativamente aos custos marginais, seriam baixos. Um outro exemplo relevante ocorre em mercados nos quais há agentes que inovam. Um produto ou processo inovador pode tanto possibilitar a conquista de maior parcela de mercado quanto maior liberdade de precificação. Mesmo se observando alto nível de concentração e preços relativamente altos, o primeiro não seria o principal determinante do último.

Para o cálculo de índices de concentração, é preciso estabelecer, anteriormente, quais produtos competem entre si, de forma que a oferta de um restringe a possibilidade de aumentos de preços do outro. No jargão da literatura antitruste, é preciso definir o mercado relevante para se calcular a concentração. Erros podem ocorrer, mas nem sempre eles prejudicam a análise. Se a definição de mercado for menor do que deveria ser e, ainda assim, a operação não aumentar os índices de concentração significativamente ou o agente não tiver participação de mercado que indique capacidade de praticar determinada conduta, a probabilidade de ser necessária análise mais aprofundada é baixa. Em estudos como o realizado neste documento, contudo, a definição de mercado relevante utilizada pode afetar significativamente os resultados. Se os mercados considerados forem menores do que o mercado relevante, pode-se sobrestimar os índices de concentração. Se os mercados forem maiores que o relevante, tende-se a subestimar esses índices.

Por fim, importante mencionar que Antwi et alli (2013) desenvolveram índice de competição que é teoricamente justificado para aplicação em oligopólios com produtos diferenciados, chamado *Logit Competition Index* (LOCI). A partir de um modelo de demanda multinomial logit, os autores derivam o índice, que tem a seguinte forma:

$$\Lambda_j = \sum_{t=1}^T \frac{N_t \bar{q}_t \Pr\left\{t \rightarrow \frac{j}{p_{j,\xi}}\right\}}{\sum_{t=1}^T N_t \bar{q}_t \Pr\left\{t \rightarrow \frac{j}{p_{j,\xi}}\right\}} \left(1 - \Pr\left\{t \rightarrow \frac{j}{p_{j,\xi}}\right\}\right)$$

O primeiro termo no numerador ( $N_t$ ) é a quantidade de consumidores do tipo  $t$ ,  $\bar{q}_t$  é a quantidade média de produto ou serviço consumido pelo consumidor do tipo  $t$ , e  $\Pr\left\{t \rightarrow \frac{j}{p_{j,\xi}}\right\}$  é a parcela dos consumidores do tipo  $t$  que escolhem o produto  $j$ . O LOCI ( $\Lambda_j$ ) varia de 0 a 1, sendo que, quanto menor, mais se aproxima de um monopólio.



A princípio, esse indicador também poderia ser calculado neste trabalho. Contudo, para isso, seria preciso definir tipos de consumidores que têm preferências homogêneas em relação aos produtos. Essa é uma dificuldade relevante neste caso. Os dados disponíveis possibilitariam, por exemplo, a separação por faixa etária. Para que a hipótese de preferências homogêneas fosse razoável, seria preciso também considerar a situação familiar de cada demandante e as características de seus dependentes e o nível de renda. Por essa razão, esse índice não foi calculado.

## 2. Mercados relevantes de planos de saúde

Na jurisprudência do Cade, os mercados relevantes de produtos no setor de planos de saúde são usualmente definidos com base na segmentação assistencial e na forma de contratação do produto. Planos de saúde, no Brasil, podem incluir assistência ambulatorial, hospitalar, odontológica e cobertura obstétrica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) segmenta os planos em dois grandes grupos: assistência médica com ou sem odontologia e assistência exclusivamente odontológica. É fácil concluir que os planos médico-hospitalares com ou sem odontologia não concorrem com os exclusivamente odontológicos: a gama de serviços prestados é bastante distinta<sup>3</sup>, sendo pouco provável que um consumidor troque um plano de saúde médico-hospitalar por um odontológico em decorrência de variações de preços. Note-se, ademais, que o tíquete médio dos planos médico-hospitalares é aproximadamente 31 vezes o dos planos odontológicos<sup>4</sup>.

A quantidade de beneficiários de planos exclusivamente ambulatoriais equivale a aproximadamente 5% do total de beneficiários de planos médico-hospitalares e a de

---

<sup>3</sup> A RN 465, de 2021, da ANS, estabelece o conjunto mínimo de procedimentos que um plano de saúde deve cumprir de acordo com a segmentação assistencial. Há pouca sobreposição entre os procedimentos a serem cobertos por planos médico-hospitalares e odontológicos, sendo a lista de procedimentos médico-hospitalares bem mais abrangente.

<sup>4</sup> Essa relação foi calculada considerando-se os beneficiários de assistência médica e de assistência odontológica, em junho de 2019, conforme a sala de situação da ANS (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> - consulta realizada em 22/08/2019) e as receitas com contraprestações também constantes da sala de situação (consultada também em 22/08/2019), referentes ao primeiro trimestre de 2019.

beneficiários de planos hospitalares a 1%<sup>5</sup>. A pouca oferta desses produtos torna desnecessário analisar sua substitutibilidade em relação aos planos médico-hospitalares na maior parte das análises concorrenciais<sup>6</sup>. Assim, com base na segmentação assistencial utilizada pela ANS, o Cade tem definido os mercados relevantes de produtos na saúde suplementar em planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, e planos exclusivamente odontológicos.

No que tange à forma de contratação, os planos de saúde são classificados em individuais-familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais. Os primeiros são endereçados a pessoas físicas, não podendo haver qualquer limitação ao acesso, exceto aquela decorrente da restrição orçamentária do demandante. A Lei 9.656, de 1998, estabelece que a rescisão unilateral desse tipo de contrato pelas operadoras somente é permitida em caso de fraude ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (inciso II do art. 13 da Lei 9.656, de 1998). Além disso, os reajustes anuais por variação de custos são limitados de acordo com valores estabelecidos anualmente pelo regulador.

Planos coletivos por adesão somente podem ser contratados por pessoas jurídicas de caráter classista, profissional ou setorial, nos termos do art. 9º da RN 195, de 2009, da ANS, que representam os interesses de seus associados em face das operadoras. A restrição das pessoas jurídicas que podem contratar esse tipo de plano visa garantir que essas sejam congregações de indivíduos com vínculos em comum para além da aquisição de plano de saúde. É controverso, no entanto, se as restrições estabelecidas impedem consistentemente que vínculos meramente formais sejam criados com o fim de possibilitar a aquisição desse tipo de plano. Os planos coletivos por adesão podem ser rescindidos unilateralmente, e a operadora pode determinar livremente seus reajustes, contanto que, para todos os contratos coletivos com até trinta vidas, seja estabelecido o mesmo percentual de reajuste.

---

<sup>5</sup> Porcentagens calculadas com base nos dados da sala de situação da ANS referentes a junho de 2019 (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>). Consulta realizada em 22/08/2019.

<sup>6</sup> Há operadoras que apenas comercializam planos ambulatoriais. Em operações ou condutas em que estejam diretamente envolvidas, há que se estudar a relação entre esse tipo de plano e os planos médico-hospitalares.

Planos coletivos empresariais são aqueles que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Mais de 68% dos beneficiários, em julho de 2021, estavam vinculados a planos contratados dessa forma<sup>7</sup>, sendo, em grande parte dos casos, o plano de saúde um benefício concedido pelo empregador. Pode-se argumentar, como fazem Gaynor e Town (2012) para o mercado de saúde norte-americano, que essa forma de contratação torna a análise da demanda por planos complexa. Alguns empregadores contratam operadoras apenas para administrar seus planos, sendo o custo assistencial repassado integralmente para eles. São os planos em pós pagamento, cujas receitas perfazem um pequeno percentual do total das receitas de planos coletivos<sup>8</sup> e que são usualmente adquiridos por grandes contratantes. Na contratação de planos de saúde em pré-pagamento, os empregadores enfrentam o desafio de agregar as preferências de seus empregados.

Os pequenos empregadores enfrentam condições de negociação bastante diferentes dos grandes contratantes. Por essa razão, normativo da ANS (RN 309, de 2012) determina que os reajustes estabelecidos por operadora para todos os contratos coletivos com até 30 beneficiários devem ser iguais. Em relação aos pequenos contratos, merece atenção, também, a possibilidade de empresários individuais contratarem planos de saúde. Com o fim de evitar que esse tipo de contrato seja utilizado como substituto de contratos individuais-familiares, a regulação estabelece que os contratantes devem comprovar, pelo tempo mínimo de seis meses, no ato da contratação e em cada aniversário do contrato, a sua inscrição no órgão competente (Junta Comercial ou outro) e seu registro ativo perante a Receita Federal. Contratos de planos com empresários individuais somente podem ser rescindidos pela operadora se não for comprovada a regularidade dos cadastros como empresário individual, se não houver pagamento da mensalidade após notificação pela operadora ou, na data de aniversário do contrato, se houver havido comunicação com sessenta dias de antecedência, informando o motivo da rescisão.

Dadas as formas de contratação de planos de assistência à saúde, a jurisprudência do Cade estabeleceu, reiteradamente, até 2018, que planos coletivos constituem mercados

---

<sup>7</sup> Conforme dados constantes da sala de situação da ANS, acessados em 15/09/2021 ([https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html)).

<sup>8</sup> Esse tipo de plano também pode ser contratado por adesão.

distintos dos planos individuais/familiares, sendo definidos quatro mercados relevantes sob a ótica do produto: (i) planos médicos individuais/familiares; (ii) planos médicos coletivos; (iii) planos exclusivamente odontológicos individuais/familiares e (iv) planos exclusivamente odontológicos. Essa classificação, conforme parecer nº 3/2019/CGAA2/SGA1/SG, no processo 08700.006185/2018-18 (ato de concentração cujas requerentes são São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária LTDA. e Hospital Regional de Franca S.A.), baseia-se no Documento de Trabalho nº 46/2008 da SEAE, e é estabelecida em razão dos seguintes fatores:

- i. o cálculo de preço de planos coletivos é feito com base nos riscos percebidos por um grupo razoavelmente similar de beneficiários, enquanto os planos individuais/familiares rateiam o risco percebido por uma carteira heterogênea de usuários;
- ii. há um diferencial significativo entre os prêmios dos planos individuais e coletivos que serão suportados pelo beneficiário, uma vez que, nos planos coletivos, o custo mensal geralmente recai sobre a pessoa jurídica na qual o beneficiário está empregado;
- iii. há uma diferença entre o grau de regulação incidente sobre cada um desses mercados; e
- iv. há uma assimetria de substituição, ou seja, embora seja possível para o detentor de um plano coletivo a substituição desse por um plano individual, beneficiários de planos individuais nem sempre podem passar a contratar planos coletivos, tendo em vista que para isso é necessário um vínculo a uma pessoa jurídica que tenha contrato coletivo com uma OPS.

(Este trecho citado no referido parecer nº 3/2019/CGAA2/SGA1/SG, foi extraído do Parecer nº 14/2016/CGAA2/SGA1/SG, emitido no Ato de Concentração nº 08700.012652/2015-04 (Requerentes: São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária LTDA. e Fundação Waldemar Barnsley Pessoa))

Em processos mais recentes, contudo, como os atos de concentração 08700.005704-2018-21, cujas requerentes são BCBF Participações S.A.; Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Green Line Sistema de Saúde S.A, Pronto Socorro Itamaraty Ltda, Maternidade do Bráz Ltda e Laboratório Bio Master Ltda e o ato 08700.005705/2018-75, cujas requerentes são

Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Mediplan Assistencial Ltda, Hospital Samaritano Ltda. e Hospital e Maternidade Samaritano Ltda., foi analisado um cenário alternativo no qual os planos médicos coletivos foram segmentados entre os coletivos empresariais e os coletivos por adesão.

Conforme o parecer Nº 06/2019/CGAA2/SGA1/SG/CADE no ato 08700.005705/2018-75, a Superintendência-Geral entende que há diferenças importantes entre esses dois tipos de planos, já que, nos planos coletivos por adesão, o vínculo do beneficiário é com uma entidade de caráter classista, profissional ou setorial, sendo a negociação realizada, usualmente, por uma administradora de beneficiários que atua como intermediária entre as entidades e as operadoras. Diferentemente, nos planos coletivos empresariais, a empresa negocia com a operadora e contrata o plano para todos os empregados de sua empresa e apenas eles podem ter acesso àquele plano. Concluiu, assim, a Superintendência-Geral que não há substitutibilidade entre os dois produtos, pois um beneficiário de plano coletivo por adesão não pode contratar um plano empresarial, ainda que na mesma região. Além disso, foi verificado que, por vezes, as redes credenciadas de planos coletivos por adesão diferenciam-se daquelas dos planos coletivos empresariais e que as estruturas de preços de planos coletivos por adesão não são necessariamente idênticas a dos coletivos empresariais.

Em seu voto no ato de concentração 08700.005705/2018-75, anteriormente mencionado, a então conselheira Polyanna Ferreira Silva Vilanova, revisou os atos de concentração na saúde suplementar desde 2016, concluindo que há uma inovação jurisprudencial a partir do ano de 2018, quando se passou a diferenciar os planos coletivos por adesão dos coletivos empresariais, para fins de análise concorrencial. Apesar da argumentação das requerentes, que defenderam o estabelecimento de mercado relevante que englobasse todos os planos coletivos, a Conselheira acolheu a segmentação defendida pela Superintendência-Geral.

A separação dos planos coletivos por adesão dos empresariais em mercados distintos é coerente com as diferenças observadas nesses dois produtos, em especial, com o fato de que um demandante não consegue, necessariamente, substituir um produto pelo outro, pois pode estar vinculado a um empregador que contratou plano empresarial, mas não estar vinculado a entidade classista, empresarial ou setorial, ou vice-versa. Apesar dessa inovação ter-se consolidado nos julgamentos recentes, neste documento foram analisados tanto os mercados

relevantes considerando-se todos os planos coletivos como concorrentes entre si como os segmentos de planos coletivos por adesão e coletivos empresariais, separadamente.

As definições de mercados relevantes geográficos na saúde suplementar baseiam-se na utilização da rede assistencial pelos beneficiários. Avalia-se o quanto estes estão dispostos a deslocar-se em busca de atendimento e, a partir dessa avaliação, são definidas as áreas em que as operadoras competem entre si. Como a maior parte dos beneficiários não se desloca muito além de seu município de moradia, os mercados usualmente são definidos localmente. De acordo com os dados da ANS referentes a atendimentos hospitalares em 2019, 63,17% dos eventos pagos por operadoras foram de beneficiários que recorreram a prestadores no município no qual moravam<sup>9</sup>.

A principal questão é como definir o quão locais são esses mercados. Andrade et alli (2015) desenvolveram metodologia caracterizada pelos seguintes passos:

1. Definição de municípios possivelmente polarizadores de demanda, caracterizados pela presença de pelo menos 500 leitos hospitalares, destinados a saúde suplementar, excluídos os leitos psiquiátricos;
2. Estabelecimento de um raio máximo dentro do qual os beneficiários deslocam-se em busca de atendimento. Esse raio foi parametrizado por meio do cálculo do deslocamento médio de residentes de cada unidade da federação para realização de internações de média complexidade fora de seu município de residência;
3. Estimação de coeficientes de atrito que definem a distância e a dificuldade para deslocamento de beneficiários entre dois municípios e resultam em fluxos esperados distintos dos observados. Quanto maior esse coeficiente, maior a dificuldade de deslocamento e menor a força de atração de um município em relação a outro;
4. Definição das forças de polarização, que dependem da distância, do coeficiente de atrito e da demanda e oferta de serviços de saúde. A demanda é mensurada por

---

<sup>9</sup> Porcentagem calculada com base no conjunto de dados "Procedimentos Hospitalares por UF". Disponível em <https://dados.gov.br/dataset/procedimentos-hospitalares-por-uf>. Acesso em 21/04/2021.

meio do produto da população e da renda, e o número de leitos é uma *proxy* da oferta de serviços de saúde;

5. Estabelecimento de critérios para análise das forças de polarização e definição dos mercados relevantes;
6. Validação dos mercados relevante com a utilização do teste de Elzinga-Hogarty, no qual se definem mercados relevantes a partir da importância relativa do fluxo de consumidores entre duas áreas em comparação ao total de serviços demandados por consumidores de uma das áreas ou ao total de serviços comercializados pelos ofertantes de uma das áreas.

Como não havia dados de fluxos da saúde suplementar quando o estudo foi realizado, foram usados os fluxos da saúde pública. Definiram-se 96 mercados relevantes, que englobam mais de um município.

Ferreira (2020) baseou-se no trabalho de Andrade et alli (2015) para criar o que chama de modelo de fluxos para a definição de mercados geográficos no setor de saúde suplementar brasileiro. Nesse modelo, o procedimento para definição de mercado é:

Para cada município brasileiro, foram listados os dois maiores fluxos realizados ( $I_{ij}$ ) de saída de pacientes. Se o maior fluxo fosse com um centroide dentro do raio máximo permitido, o município se agruparia a ele, caso contrário; seria feita a mesma análise para o segundo maior fluxo. Caso nenhum dos dois fossem centroides dentro do raio permitido, o município não estaria em nenhum MR. (FERREIRA, 2020, p. 82)

Ferreira (2020) aplica esses modelos aos dados de atendimento hospitalar de beneficiários de planos de saúde constantes da base de dados da troca de informação da saúde suplementar, um conjunto de dados referente aos procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde e pagos por operadoras, e o valida com o teste de Elzinga-Hogarty. Ao final do processo, foram definidos 148 mercados, que englobam 2.717 municípios. Esses mercados são os utilizados no Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS.

O Cade usualmente parte da análise municipal para definir mercados geográficos de planos de saúde. Alega-se que a utilização dos municípios seria a menor área em que um plano de saúde pode atuar, conforme a RN nº 100, de 2005, da ANS, em que pese esta seja apenas uma definição regulatória e nada obste uma operadora de planos de saúde concentrar seus esforços de venda em uma região ainda menor, como um bairro ou uma parte de um município.

De todo modo, de acordo com a regra adotada pelo CADE, em um ato de concentração:

- Se não houver uma concentração municipal, então não se analisa o município;
- Se houver concentração de mercado inferior a 20%, o município é definido como mercado relevante.
- Se houver concentração de mercado superior a 20%, o mercado geográfico é expandido, considerando-se os municípios mais próximos, até que o fluxo interno de pacientes alcance 75%.

Na Nota Técnica 7/2020/DEE/CADE<sup>10</sup>, o DEE apresentou crítica ao uso seletivo da análise do fluxo interno de pacientes apenas e tão somente para diluir o *market share* das requerentes, ao invés de se pensar de maneira mais ampla sobre qual seria a melhor forma de construir *clusters*. Por esta metodologia, é possível que um mesmo município seja incluído em diferentes mercados.

A tabela constante do anexo 1 mostra mercados relevantes definidos em processos julgados pelo Cade compostos por mais de um município e os mercados relevantes, definido por Andrade et alli (2015), que abrangem o município foco de atenção do Cade naqueles processos.

Também são comparados os mercados relevantes utilizados pela ANS. Nota-se que um terço dos municípios objetos de atenção nos atos relacionados na tabela constante do anexo 1 não fazem parte de nenhum dos mercados relevantes definidos por Andrade et alli (2015). Além disso, chama a atenção que, para todos os outros municípios, os mercados relevantes definidos por Andrade et alli (2015) eram maiores que os definidos nos atos de concentração. A definição que mais se aproximou foi relacionada ao município de Várzea Paulista (SP). No

---

<sup>10</sup> Ato de Concentração 08700.002346/2019-85



processo, o mercado foi definido como este município e Jundiaí (SP). A partir do procedimento desenvolvido por Andrade et alli (2015), o mercado foi definido como esses dois municípios e Campo Limpo Paulista (SP).

Considerando-se a metodologia atualmente empregada pela ANS, não houve a definição de mercados relevantes para seis dos municípios objetos de atenção nos atos relacionados na referida tabela. Nota-se também que muitos municípios que na metodologia de Andrade et alli (2015) estavam em mercados cujos centroides eram cidades do interior paulista, foram polarizados, na metodologia em tela, pela cidade de São Paulo. Assim, mais da metade dos municípios a partir dos quais se definiu os mercados relevantes geográficos na tabela do anexo 1 foram incluídos no mercado relevante de São Paulo por essa metodologia.

As análises feitas neste documento baseiam-se na hipótese de que cada município é um mercado relevante geográfico. Como já referido acima, este é o pressuposto do qual partem algumas análises em processos concorrenciais no Brasil. Todavia, como mencionado anteriormente, não implica que se esteja a assumir essa hipótese como verdadeira. Para o objetivo em tela, qual seja, desenhar um panorama da concentração dos mercados da saúde suplementar no Brasil, esta nos parece a melhor hipótese a ser usada, pois nenhum município é ignorado.

A fim de verificar as mudanças nos resultados dos índices se fossem utilizados mercados relevantes baseados no agrupamento de municípios, foram calculados índices de concentração também para clusters definidos em processos julgados pelo Conselho e para os clusters definidos por Andrade et alli (2015), que englobam os municípios centroides dos cluster definidos nos processos concorrenciais utilizados. Essas análises são apresentadas no anexo 2.

Há que se atentar para o fato de que nenhuma das metodologias utilizadas para as definições de mercado geográfico usadas neste documento baseia-se em testes do monopolista hipotético, ou seja, avalia se, em uma determinada área, um monopolista maximizador de lucro e não sujeito à regulação de preços conseguiria impor um aumento pequeno, mas não transitório aumento nos preços (U.S. Department of Justice e Federal Trade Commission, 1997). Embora seja mais difícil sua aplicação para definições de mercados geográficos, o teste do monopolista hipotético e metodologias mais diretamente associadas

a ele, como testes de perda crítica, são, em geral, melhores para o escrutínio das fronteiras mercadológicas.

### **3. Dados**

#### ***3.1. Dados para o cálculo dos índices de concentração***

Os dados de beneficiários vinculados as operadoras são, comumente, usados como base para cálculo da participação de mercado das operadoras e apuração dos índices referidos – HHI e CR4. Em que pese a variação de tíquetes entre operadoras, há uma forte correlação entre a quantidade de beneficiários e as receitas com contraprestações, o que torna razoável a utilização desses dados. Há, ademais, dados públicos referentes a essa variável segregados por municípios, o que não ocorre com dados de receita.

A utilização de dados de beneficiários para a apuração de índices de concentração no segmento de planos médico-hospitalares individuais pode, contudo, em algumas situações, sobrestimar a concorrência. Isso porque, em decorrência da proibição de rescisão unilateral desses planos pelas operadoras, há operadoras que têm beneficiários em planos individuais, mas interromperam a comercialização desse tipo de produto.

Desse modo, entende-se que há motivos e situações específicas, para considerar um cenário mais restrito de mercado relevante formado apenas por beneficiários de planos ativos<sup>11</sup>, quais sejam, aqueles que estão em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização, conforme o art. 12 da RN 85, de 2004, da ANS. Mas há, também, situações em que há necessidade de considerar outro cenário mais amplo de mercado relevante, este composto por beneficiários totais (de planos ativos e inativos)<sup>12</sup>. A definição mais ampla pode

---

<sup>11</sup>Em especial se os planos inativos forem concorrentes dos requerentes de um ato de concentração e que, em um cenário de análise mais conservadora, em que pesem estes concorrentes possam voltar a qualquer momento a comercializar o referido plano, tal não necessariamente ocorre. Por isso, estes agentes poderiam não ofertar um nível de rivalidade adequado no mercado, motivo pelo qual este fator deve ser levado à consideração da Autoridade de Defesa da Concorrência, sendo importante haver um cenário de market share, neste tipo de hipótese, sem a participação dos planos inativos.

<sup>12</sup> No Ato de Concentração 08700.002346/2019-85, alegou-se que uma das requerentes não venderia mais planos de saúde em uma das modalidades pelo período de um ano, motivo pelo qual se deveria desconsiderar o “estoque de vidas” (termo utilizado pelas requerentes do referido ato de concentração). Então, a questão que se colocou naquele caso era se o CADE deveria ou não considerar o “estoque de vidas”, por mais que não houvesse vendas de uma modalidade de plano de saúde por mais de um ano. Na Nota Técnica 7/2020/DEE/CADE<sup>12</sup>, o DEE sugeriu que fosse considerado o referido “estoque”. Explicou-se que o CADE deveria ter cuidado em excluir consumidores/beneficiários de sua análise, já que seria possível haver o “não-crescimento estratégico” de um dos agentes, em especial se um dos agentes já é dominante e o crescimento é marginal. Para

ser adequada se houver debates sobre concorrência potencial e/ou se os requerentes de um ato de concentração tiverem elevada participação de mercado em planos inativos.

Para fins do presente estudo, para os planos médico-hospitalares individuais, serão calculados os índices de concentração utilizando-se os dados de beneficiários vinculados a cada operadora em determinado município e utilizando-se os dados de beneficiários apenas em planos ativos. É importante mencionar que, se não houver beneficiários vinculados ao plano por 180 dias seguidos, esses podem ser cancelados, de ofício, pela ANS, de acordo com o art. 23 da RN 85, da ANS. Retirou-se da base de dados de beneficiários individuais-familiares vinculados a planos ativos todos aqueles ligados a operadoras que não tenham pelo menos um plano ativo médico-hospitalar individual registrado na agência reguladora.

Os dois conjuntos de dados utilizados estão disponíveis no portal brasileiro de dados abertos ([dados.gov.br](http://dados.gov.br)) e são coletados pela ANS. O primeiro é identificado no portal como “Informações Consolidadas de Beneficiários” e é um extenso conjunto no qual são apresentadas as quantidades de beneficiários, de adesões de beneficiários e de beneficiários que cancelaram seus planos de acordo com o a operadora, município de residência, tipo de vínculo do beneficiário (titular ou dependente), sexo, faixa etária, segmentação assistencial do plano, abrangência geográfica e competência (mês/ano). Para o cálculo das concentrações,

---

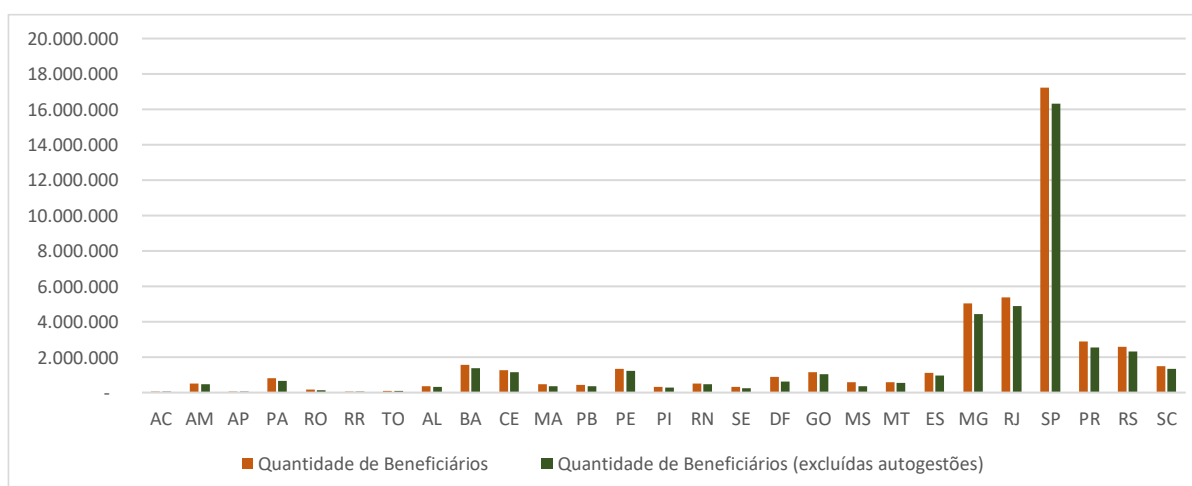
ilustrar o argumento, pensou-se na seguinte situação hipotética: Há um duopólio hipotético, em um mercado de planos de saúde, em uma região específica. As empresas com o propósito de gerar um monopólio, pretendem solicitar a aprovação da operação ao CADE. Todavia, ambas empresas conseguem antever que o Conselho, como Autoridade de Defesa da Concorrência, irá vetar a operação, porque gera danos aos consumidores. Os duopolistas, então, adotam uma nova estratégia. Um deles decide deixar de ofertar produtos no mercado por um período específico de tempo (um ano). Veja que este “deixar de ofertar serviços no mercado” não significa saída completa do mercado, mas apenas o não oferecimento de novos planos de saúde por um determinado período de tempo. A depender da taxa de crescimento estimada do mercado, tal perda não poderá não ser tão grande assim. De outro lado, a parte assume o risco de perder uma pequena parcela do mercado e da demanda (o que seria mais apropriado dizer “como risco de deixar de crescer por um período de tempo”) em troca de uma recompensa futura, porque sabe que, ao agir assim, segundo jurisprudência consolidada da Autoridade Antitruste, o entendimento da Autoridade irá mudar e as empresas irão conseguir aquilo que outrora lhes seria negado: a monopolização do mercado. Assim, os lucros de monopólio no futuro mais que compensarão eventual e temporário prejuízo do breve “não-crescimento” estratégico no mercado. De outro lado, este tipo de incentivo ocorre em especial se a desconsideração do “estoque de vidas” se dá a pedido e a benefícios dos requerentes do ato de concentração. Por isso que é importante considerar o cenário de beneficiários totais. Ocorre que é possível que os concorrentes dos requerentes de um ato de concentração tenham deixado há muito tempo de ofertar planos de saúde no mercado. Neste tipo de situação, é interessante que a Autoridade Antitruste analise o impacto do market share, considerando os planos ativos, já que tal situação não versa sobre não-crescimento estratégico.

foi utilizada a competência de junho de 2019. Os dados foram agregados conforme a operadora, município de residência do beneficiário e forma de contratação.

De acordo com os dados, eram 47.216.903 beneficiários de planos médico-hospitalares e 24.786.011 de planos odontológicos, em junho de 2019, sendo que não há identificação do estado de moradia para 32.346 beneficiários de planos médico-hospitalares e 49.786 de planos odontológicos. Excluídas as autogestões, que não comercializam planos de saúde, mas os operam a fim de atender sócios, empregados, pensionistas e familiares vinculados a determinada pessoa jurídica, nos termos da RN 137, de 2006, da ANS, eram 42.638.550 beneficiários médico-hospitalares e 24.696.648 beneficiários de planos odontológicos. Tendo em vista que as autogestões não concorrem diretamente com as outras operadoras, não serão consideradas nas análises realizadas neste documento e, salvo se explicitamente afirmado, todos os números totalizados excluem os beneficiários de autogestões.

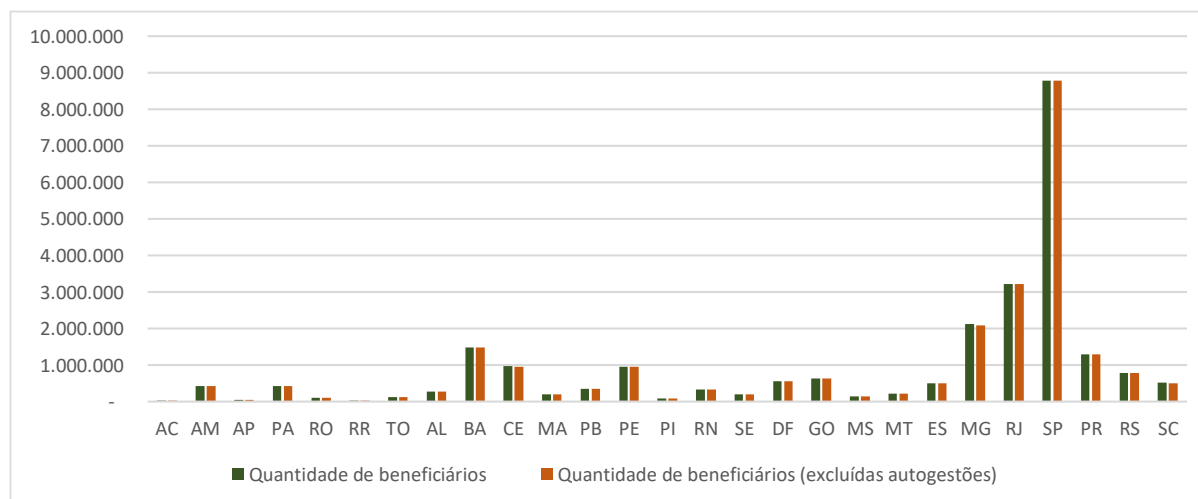
Como se pode observar nos gráficos 1 e 2, abaixo, a maior parte dos beneficiários mora no Sudeste. Somente São Paulo congrega 38% dos beneficiários de planos médico-hospitalares, excluindo as autogestões, e 35% dos beneficiários dos planos odontológicos, excluindo as autogestões. Essa concentração regional pode ser uma das razões pelas quais a maior parte dos atos de concentração relacionados na tabela 1, acima, afeta municípios da região Sudeste.

**GRÁFICO 1 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES (JUN/2019)**



Fonte: ANS (Informações Consolidadas de Beneficiários)

**GRÁFICO 2 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS (JUN/2019)**



Fonte: ANS (Informações Consolidadas de Beneficiários)

Tão importante quanto a concentração regional, é o fato de que, apesar de haver beneficiários<sup>13</sup> de planos de saúde em 5.568 municípios brasileiros, a quantidade de beneficiários na maior parte dos municípios é relativamente pequena. A tabela 1, abaixo, mostra a quantidade de municípios classificados de acordo com a quantidade de beneficiários de planos médico-hospitalares que neles moram. Também mostra a porcentagem de beneficiários em municípios em cada uma dessa categoria em relação ao total de beneficiários no País.

Essa distribuição é relevante para a análise ora feita porque a concentração em municípios com poucos clientes pode ser decorrente da inexistência de mercado consumidor suficiente para motivar a entrada de diversos competidores. Nesse sentido, note-se que a escala mínima viável no setor tem sido estimada pelo CADE em 50.000 vidas<sup>14</sup>. Ainda que haja controvérsias em relação a este número, ele indica ser preciso uma massa de consumidores maior do que a existente na maior parte dos municípios brasileiros para que uma operadora seja viável. Isso não significa que não haverá oferta nesses pequenos municípios. Uma operadora pode constituir-se comercializando planos em um grupo de municípios, estados ou

<sup>13</sup> A partir desse momento, todas as referências a beneficiários excluem os beneficiários de autogestões.

<sup>14</sup> Ver, por exemplo, o parecer da Superintendência-Geral no ato de concentração 08700.002346/2019-85 (Documento SEI 0674481).

mesmo nacionalmente. Contudo, havendo um ofertante em atividade em um município pequeno, pode ser mais efetivo para um concorrente que pretenda aumentar sua escala entrar em um município maior.

**TABELA 1 – QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS POR QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS E PORCENTAGEM DE BENEFICIÁRIOS POR GRUPO DE MUNICÍPIOS (JUN/2019)**

Quantidade de Beneficiários no Município	Quantidade de Municípios	Porcentagem de Beneficiários do País
Menos de 5000	4.695	5,2%
De 5.000 a menos de 10.000	294	3,05%
De 10.000 a menos de 20.000	196	4,01%
De 20.000 a menos de 40.000	146	6,03%
De 40.000 a menos de 80.000	104	8,63%
De 80.000 a menos de 160.000	68	11,66%
De 160.000 a menos de 320.000	34	11,73%
De 320.000 a menos de 640.000	17	10,89%
Igual ou mais de 640.000	14	38,80%

Fonte: ANS (Informações Consolidadas de Beneficiários)

O segundo conjunto de dados utilizados neste documento é nomeado no portal brasileiro de dados abertos como “Características dos produtos da saúde suplementar”. Para cada plano, são apresentadas características como: segmentação assistencial; tipo de financiamento (pré ou pós-pagamento); abrangência da cobertura; presença de fator moderador; tipo de acomodação hospitalar e, a que interessa nesta análise, a situação do plano. São três as possíveis situações do plano:

- Ativo – em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização;
- Ativo com comercialização suspensa – planos nos quais não é permitido o ingresso de novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular e de beneficiários em exercício dos direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998;
- Cancelados – planos tornados inativos por decisão da ANS ou pedido da operadora.

Essa variável será utilizada para identificar as operadoras que comercializam planos médico-hospitalares individuais. Se a operadora não tiver nenhum plano ativo com essas características, será assumido que não atua no mercado de planos individuais-familiares, exceto pela continuidade de prestação de serviços àqueles beneficiários que contrataram planos anteriormente. Registros ativos, mas com a comercialização suspensa também não

serão considerados como possível oferta de planos. Essa é uma situação mais controversa, haja vista que a suspensão pode não ter sido uma escolha da operadora, mas uma determinação da ANS. Poderia ser argumentado que, nesses casos, as operadoras são ainda potenciais ofertantes no mercado de planos médico-hospitalares individuais. Contudo, preferiu-se considerar como ofertantes apenas aqueles que efetivamente tinham planos disponíveis aos consumidores.

Constam 128.498 planos registrados na base de dados citada. Desses, 20.933 estão ativos. São 16.785 planos médico-hospitalares ativos, mas desses apenas 3.784 são individuais. Das mais de 737 operadoras médico-hospitalares com registro ativo e beneficiários, 480 ofertam planos nesse tipo de contratação. Não é tão pouco quanto pode parecer ao leitor que acompanha as notícias sobre o setor de saúde suplementar, mas é importante considerar que uma parcela considerável das maiores operadoras do país não comercializa esse tipo de produto. Como mencionado anteriormente, esse procedimento somente foi adotado para os planos médico-hospitalares individuais porque somente esses planos não podem ser rescindidos unilateralmente. Nos demais casos, cada uma operadora que pretenda deixar de atuar no segmento, pode rescindir todos os seus contratos.

### **3.2. Dados de preços**

Gaynor e Town (2012) avaliam que os prêmios não são uma medida ideal do preço de um seguro porque consistem na soma das despesas médicas esperadas com os custos administrativos e o *markup*. Em resumo, seriam uma medida da quantidade de seguro contratado tanto quanto do preço.

Por um lado, pode-se afirmar que os preços de quaisquer produtos diferenciados refletem não apenas o poder de mercado do ofertante, mas também a qualidade do produto e a quantidade na qual está sendo consumido. Havendo dados sobre as características do plano de saúde (qualidade e tamanho da rede, os serviços cobertos e quaisquer outras características do produto relevante para o custo) e sobre seus beneficiários, poderiam ser comparados preços e estabelecidos meios para se avaliar o poder de mercado dos ofertantes.

Por outro lado, a dificuldade apontada por Gaynor e Town (2012) em isolar nos prêmios as diferenças relacionadas à quantidade de seguro comercializada não é trivial. Isso porque os prêmios são determinados antes da realização dos custos, de forma que o ofertante se baseia

na sua expectativa de despesas médicas, que pode não se confirmar e, a não ser que o ofertante explicita suas expectativas, elas não são observáveis. Os custos observados e os ganhos a eles associados podem ser resultados de diferenças entre a os custos assistenciais esperados e os observados, não tendo relação com o poder de mercado da operadora. Assim, sem a informação da expectativa de custos *a priori*, é difícil avaliar os componentes do preço.

A ANS não coleta, periodicamente, informações sobre os prêmios e contraprestações de planos de saúde. São coletados, todavia, dados contábeis, entre os quais as receitas com contraprestações. Trimestralmente, as operadoras, com exceção das odontológicas de pequeno porte (menos de vinte mil beneficiários) devem enviar esses dados à ANS<sup>15</sup>. Os dados referentes às receitas com contraprestações são segmentados conforme o modelo de pagamento (pré ou pós-pagamento), a segmentação assistencial do plano (médico-hospitalar ou odontológico), a época de contratação (antes da entrada em vigência da Lei 9.656, de 1998, ou depois) e o tipo de contratação. Dividindo-se as receitas com contraprestações pela quantidade de beneficiários, encontra-se o tíquete médio praticado em um determinado período.

A média calculada é influenciada pelas características dos produtos comercializados, pela composição etária da carteira da operadora e pelas condições comerciais. Em relação às características dos produtos, valem as observações de Gaynor e Town (2012) sobre os prêmios. Não é possível distinguir o que, nas variações de tíquetes médios, é decorrente da qualidade do produto ou do eventual poder de mercado de uma operadora. Além disso, conforme a RN 63, de 2003, da ANS, existem dez faixas etárias entre as quais os preços de um produto pode variar. O preço cobrado de beneficiários na última faixa (59 anos ou mais) pode ser seis vezes maior que o preço pago por beneficiários na primeira faixa (0 a 18 anos). Se a maior parte dos beneficiários de uma operadora for idosa, ela terá tíquete médio elevado em relação a outras (e, por consequência, um preço médio global mais elevado), ainda que seus preços em nível, de produtos discriminados por cada faixa etária, não sejam mais altos.

Apesar dessas restrições, considerando-se o objetivo deste documento de analisar a correlação entre concentração e preços, avaliou-se que, dos coletados pela ANS, o tíquete

---

<sup>15</sup> As operadoras odontológicas de pequeno porte são obrigadas a enviar as demonstrações contábeis à ANS uma vez ao ano, ao final do exercício contábil.



médio é o mais adequado, pois pode ser influenciado pelas condições do mercado, o que pode não acontecer com os preços registrados, que são determinados atuarialmente (ver o segundo ensaio, no qual estes são discutidos). As informações referentes a receitas com contraprestações estão disponíveis no portal brasileiro de dados, no conjunto chamado Demonstrações Contábeis.

Neste documento, foram usados os dados das demonstrações contábeis do primeiro trimestre de 2019. Foram coletados os dados referentes às contraprestações de planos em pré-pagamento, de acordo com a segmentação e a forma de contratação. As contas utilizadas foram: 31111101 e 31111102<sup>16</sup> para planos médico-hospitalares individuais, 31111103 e 31111104 para planos médico-hospitalares coletivos por adesão e 31111105 e 31111106 para planos coletivos empresariais. As contas referentes aos planos odontológicos utilizadas foram: 31112101 e 31112102 para planos individuais, 31112103 e 31112104 para planos coletivos por adesão e 31112105 e 31112106 para planos coletivos empresariais. Note-se que, sendo as demonstrações referentes ao primeiro trimestre, não há dados das operadoras odontológicas de pequeno porte.

Os dados de beneficiários usados para cálculo dos tíquetes médios foram coletados no sistema Tabnet da ANS<sup>17</sup> e referem-se a março de 2019, ou seja, ao final do período aos quais os dados das demonstrações contábeis se referem. É possível que, ao longo de um trimestre, a quantidade de beneficiários de uma operadora varie e que os dados do final do trimestre não reflitam a quantidade de beneficiários ao longo do trimestre. Como as receitas com contraprestações referem-se ao total arrecadado ao longo do trimestre, podem ocorrer distorções no cálculo do tíquete médio. Foram desconsiderados os resultados do tíquete médio quando a receita era nula ou menor que zero ou quando o total de beneficiários era zero. Em todos os outros casos, o tíquete médio foi calculado pela divisão das receitas com contraprestações conforme o segmento assistencial e contratação pelo número de beneficiários da operadora naquele segmento e forma de contratação. Os gráficos 3 a 10, abaixo, são os histogramas dos tíquetes médios de cada tipo de plano considerado, para todas as operadoras, incluindo as autogestões. A fim de facilitar a comparação, limitou-se os

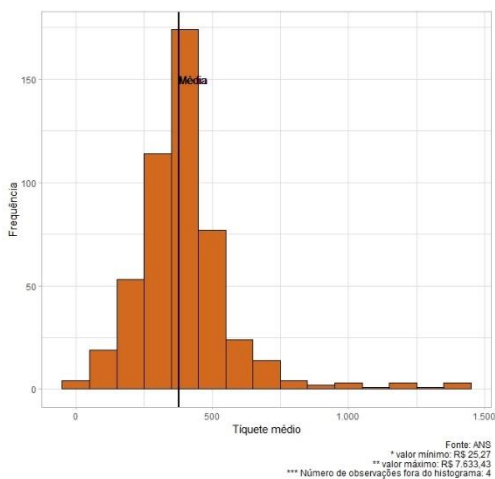
---

<sup>16</sup> As cooperativas podem segregar os atos cooperativos dos não cooperativos e, por vezes, o fazem utilizando variações no sétimo dígito. Por essa razão, para todas as contas de receitas com contraprestações, foram consideradas também variações no sétimo dígito (1, 2.7 e 9).

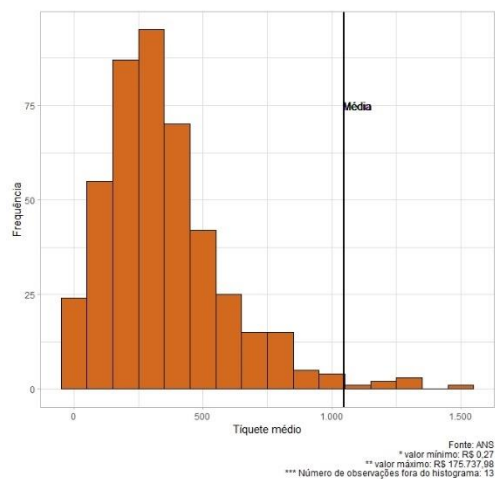
<sup>17</sup> [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_br.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def)

tíquetes médios que compõem os histogramas a R\$ 1.500 para os planos médico-hospitalares e R\$ 150 para os planos odontológicos. Cada barra dos histogramas tem extensão de R\$100 para os planos médico-hospitalares e de R\$10 para os planos odontológicos.

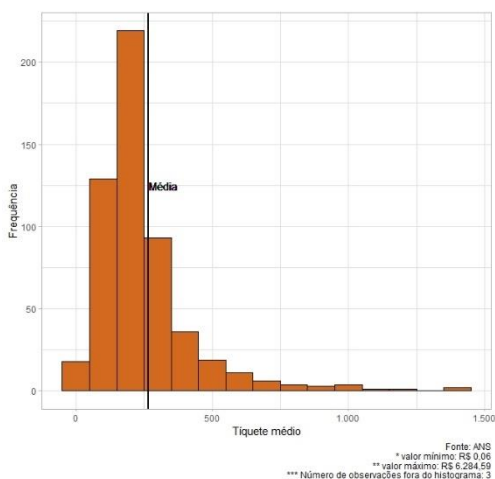
**GRÁFICO 3 – HISTOGRAMA TÍQUETE MÉDICO-HOSPITALAR-INDIVIDUAL-BRASIL – 1º TRI/2019**



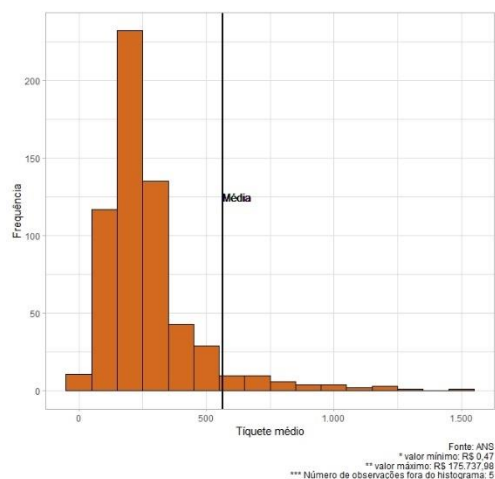
**GRÁFICO 4 – HISTOGRAMA TÍQUETE MÉDICO-HOSPITALAR-ADESÃO-BRASIL - 1ºTRI/2019**



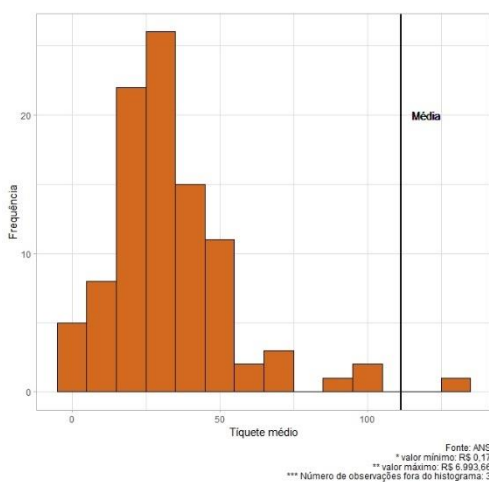
**GRÁFICO 5 – HISTOGRAMA TÍQUETE MÉDICO-HOSPITALAR-EMPRESARIAL-BRASIL - 1o TRI/2019**



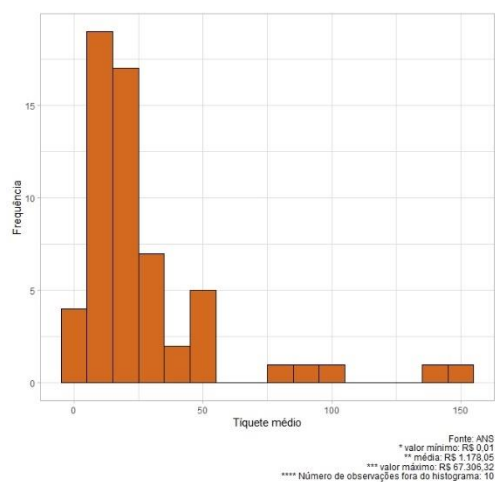
**GRÁFICO 6 – HISTOGRAMA TÍQUETE MÉDICO-HOSPITALAR-COLETIVO – BRASIL - 1º TRI/2019**



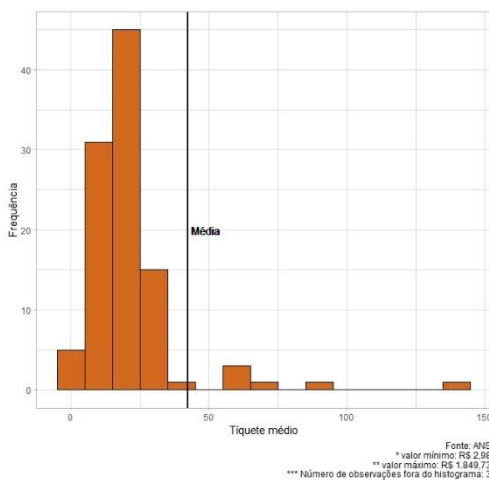
**GRÁFICO 7 – HISTOGRAMA TÍQUETE ODONTO-INDIVIDUAL – BRASIL - 1º TRI/2019**



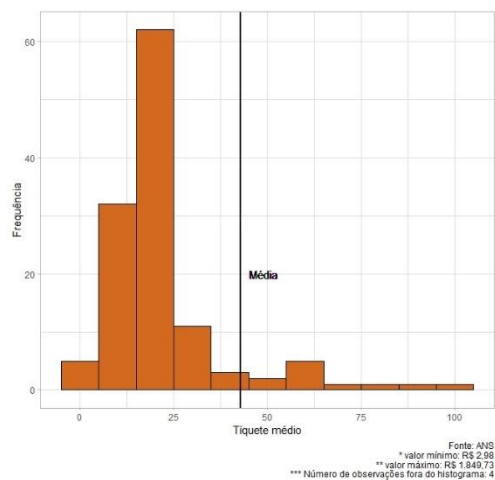
**GRÁFICO 8 – HISTOGRAMA TÍQUETE ODONTO-ADESÃO – BRASIL - 1º TRI/2019**



**GRÁFICO 9 – HISTOGRAMA TÍQUETE ODONTO-EMPRESARIAL – BRASIL - 1º TRI/2019**



**GRÁFICO 10 – HISTOGRAMA TÍQUETE ODONTO-COLETIVO – BRASIL - 1º/2019**



Os valores mínimos muito baixos dos tíquetes de todos os planos, bem como os valores máximos muito altos indicam que, mesmo sendo retirados os valores nulos e negativos das contraprestações, permaneceram dados que não são coerentes entre si (receita e quantidade de beneficiários). Os planos odontológicos por adesão (gráfico 8), ilustram bem esse fato. Há informações referentes a 69 planos, dos quais 59 tinham tíquete médio menor que R\$ 150,00, valor máximo estabelecido para os dados constantes no histograma. As dez observações que não constam do gráfico tem valores significativamente maiores do que o limite estabelecido,

sendo o maior tíquete médio constante nos dados de R\$ 67.306,62, sendo muito provável uma distorção. Como consequência, a média desses planos, que é de R\$ 1.178,05, também não aparece no gráfico.

As distribuições revelam que os tíquetes médios dos planos empresariais são menores que os dos demais planos. Considerando-se a mediana das observações, que é menos afetada pelos valores extremos, observa-se que os tíquetes dos planos individuais, tanto médico-hospitalares quanto odontológicos (R\$ 378,30 e R\$ 31,48, respectivamente), são maiores que os dos planos coletivos (tíquetes médios de R\$ 225,61 em planos médico-hospitalares e R\$ 17,98 em planos odontológicos) e, entre estes, os dos planos por adesão (tíquetes médios de R\$ 319,52 em planos médico-hospitalares e R\$ 21,19 em planos odontológicos) maiores que os dos empresariais (tíquetes médios de R\$ 204,99 em planos médico-hospitalares e R\$ 18,15 em planos odontológicos).

Para a análise da correlação entre os preços e os índices de concentração, é preciso encontrar valores que representem os preços praticados em cada mercado relevante. As operadoras de planos de saúde podem atuar em diversos mercados e, em cada um deles, praticar preços diferentes. Além disso, diferentes operadoras atuam em cada mercado relevante. A princípio, portanto, os dados de tíquetes médios por operadora seriam pouco informativos. Considerando, contudo, que foram calculadas as participações de cada operadora em cada município ou mercado relevante, pode-se calcular o tíquete médio em cada uma dessas áreas a partir da multiplicação da participação da operadora naquele mercado pelo seu tíquete médio. A soma dos resultados dessa multiplicação é o tíquete médio no município.

Muitas operadoras atuam localmente, em um município ou conjunto de municípios próximos, de forma que seu tíquete médio reflète, provavelmente, os preços que praticam nesses municípios. Há operadoras, contudo, que tem atuação em diversos municípios ou mesmo estados e, em cada região, estabelecem preços de acordo com os mercados locais. Os tíquetes médios calculados podem não ser uma boa *proxy* para os preços praticados por elas nos diversos mercados nos quais atuam.

Mesmo quando a operadora atua em apenas um mercado, o tíquete médio é composto por contraprestações de beneficiários que adquiriram seus planos em diferentes momentos.

As contraprestações pagas pelos beneficiários que contrataram planos no período a que se referem as demonstrações financeiras utilizadas são, a princípio, uma boa *proxy* dos preços praticados pelas operadoras. Os contratos mais antigos refletem as condições do mercado no momento em que foram firmados, que podem ser diferentes das que se pretende analisar. Enquanto não houver nova negociação, o que somente ocorre no aniversário anual do contrato, não é possível afirmar que as contraprestações cobradas seriam semelhantes as que seriam estabelecidas para um novo adquirente com as mesmas características daqueles que detêm os contratos antigos. As contraprestações de planos médico-hospitalares individuais, cujos reajustes são regulados, podem se afastar ainda mais dos preços praticados à medida que o tempo passa.

Há que se considerar, ademais, que diferenças no mercado de provisão de serviços odontológicos, médicos e hospitalares entre municípios influenciam os preços dos planos de saúde. Em áreas nas quais há menor competição nos mercados a jusante, os preços dos serviços tendem a ser maiores. Esses preços são custos para as operadoras e afetam os preços finais dos planos de saúde. Desse modo, ainda que os tíquetes médios municipais reflitam apenas características dos mercados locais, podem refletir poder de mercado na prestação dos serviços de assistência à saúde.

Feitas essas considerações, nos mapas 1 a 6, abaixo, os municípios são coloridos de acordo com os tíquetes médios por tipo de plano, calculados conforme exposto acima, utilizando-se dados das demonstrações financeiras referentes ao primeiro trimestre de 2019 e a quantidade de beneficiários em março do mesmo ano. Foram retiradas as observações muito discrepantes dos gráficos e a gradação de cores baseou-se nos quartis das distribuições.

Quando não havia informação sobre o tíquete médio de uma operadora, foi atribuído o ponto médio dos tíquetes<sup>18</sup> como tíquete da operadora. Ainda que a atribuição de valores requeira cuidados, foi realizada porque se considerou que manter valores nulos para composição do tíquete médio de um município distorceria mais o resultado do que a

---

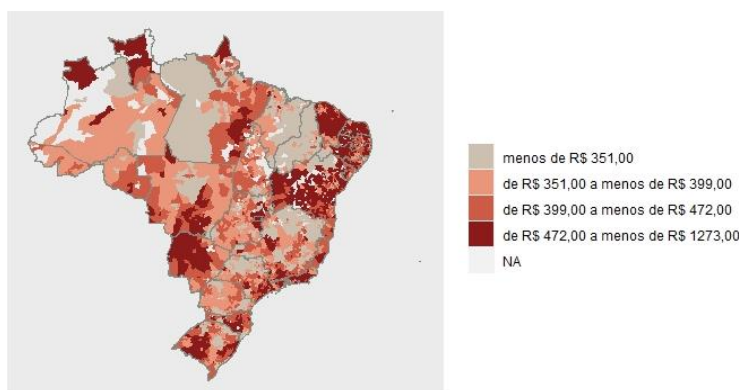
<sup>18</sup> O ponto médio é o valor do tíquete no centro do conjunto de dados, estando este ordenado de forma crescente. Equivale a mediana quando o total de observações é ímpar. Quando é par, foi calculado como a média dos dois pontos no centro da distribuição, uma forma também utilizada por alguns para o cálculo da mediana.

atribuição do ponto médio. Não foi utilizada a média porque esta é sensível a valores discrepantes, e é, como observado nas figuras 3 a 10, relativamente alta em relação ao conjunto de tíquetes médios calculados.

Comparando-se os mapas 1 a 6, abaixo, com os mapas relativos à concentração de mercado, apresentados na seção 4, abaixo, é difícil identificar relação visual entre os preços médios e a concentração nos municípios. Certos padrões geográficos, contudo, chamam a atenção nos mapas de planos médico-hospitalares. No mapa 1, elaborado com dados de tíquete médio dos planos médico-hospitalares individuais, observa-se que os tíquetes médios na região Nordeste estão, em grande parte, entre o terceiro quartil e o ponto máximo da distribuição. A região Norte e Nordeste também concentram grande parte dos municípios com os tíquetes mais altos de planos médico-hospitalares empresariais. O Sul é a região com mais municípios com tíquetes menores de planos coletivos médico-hospitalares por adesão (mapa 2).

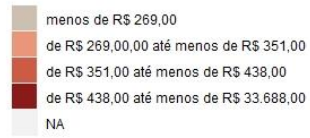
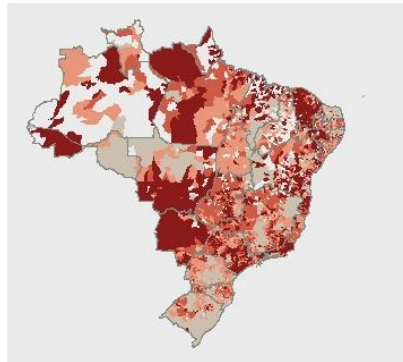
Não se distinguem padrões semelhantes nos mapas relativos a planos odontológicos (mapas 4 a 6). A parte norte do mapa aparece mais escura, o que indicaria tíquetes médios mais elevados. Contudo, isso pode ser decorrência apenas do tamanho dos municípios da região, que têm extensão territorial, em geral, maior do que a dos municípios de outras regiões.

Mapa 1 - Tíquete médio por município  
Médico-Hospitalar - Individual



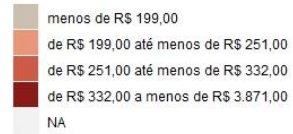
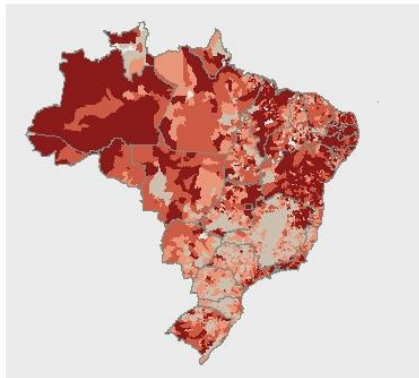
Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 2 - Tiquete médio por município  
Médico-Hospitalar - Adesão



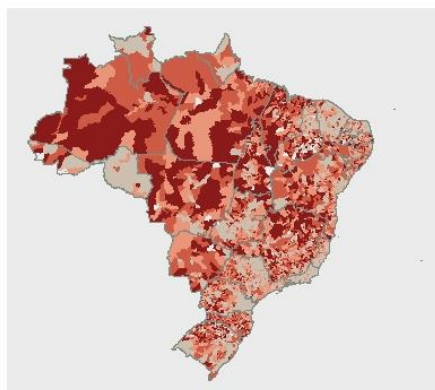
Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 3 - Tiquete médio por município  
Médico-Hospitalar - Empresarial



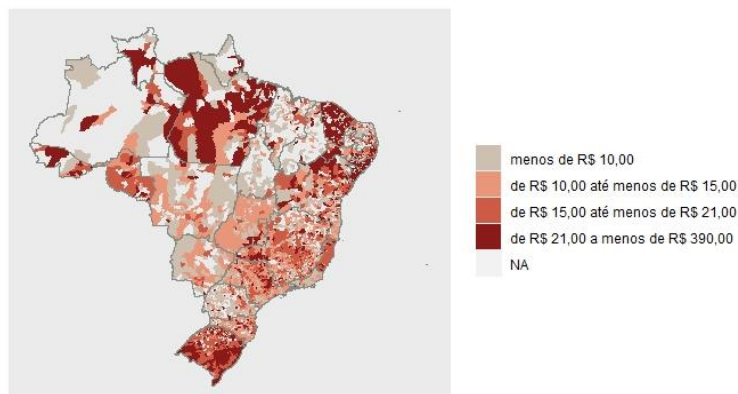
Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 4 - Tiquete médio por município  
Odontológico - Individual



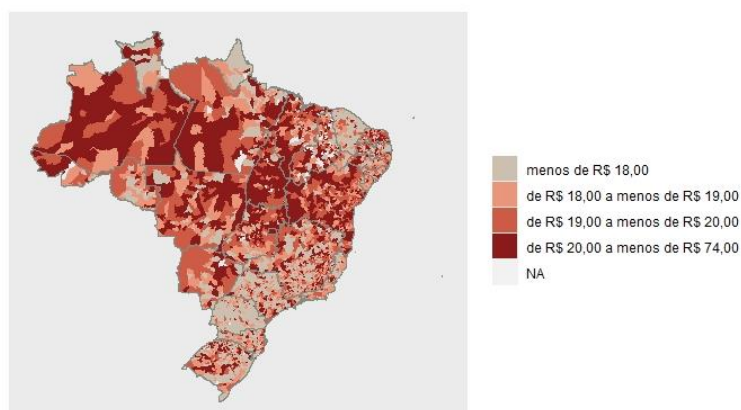
Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 5 - Tiquete médio por município  
Odontológico - Adesão



Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 6 - Tiquete médio por município  
Odontológico - Empresarial



Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Há menos observações discrepantes nos conjuntos referentes aos tíquetes médios por município. Isso porque as operadoras que apresentaram tíquetes médios muito altos têm poucos beneficiários e não tendem a ter participação de mercado elevada em nenhum mercado. A exceção é o município de Torixóreu, no Mato Grosso, onde há 338 beneficiários de planos médico-hospitalares por adesão e 334 desses beneficiários estão vinculados à Unimed Barra dos Garças – Cooperativa de Trabalho Médico, que apresentou tíquete médio bastante distorcido.

Conjugando-se os dados do tíquete médio municipal, com dados sobre a distribuição etária dos beneficiários em cada município, características da rede assistencial na saúde suplementar municipal, outras características dos planos comercializados nos municípios e características das operadoras, pode ser possível utilizá-los para avaliação da competição em



diferentes mercados geográficos, considerando suas limitações. Sendo possível a obtenção de dados relativos às contraprestações estabelecidas para os beneficiários que aderiram em um dado período de tempo, tendo-se também dados sobre a idade do beneficiário, município de contratação do plano, a forma de contratação, o número do plano registrado na ANS, o que permitiria relacionar as características dos planos constantes nos bancos de dados da ANS, e a presença de fator moderador, sobre quais procedimentos incide e em quais montantes, seria possível realizar estudos que avaliem a demanda e como diferentes características dos planos afetam os preços, bem como a competição no setor de saúde suplementar.

## **4. Resultados**

### **4.1. Concentração**

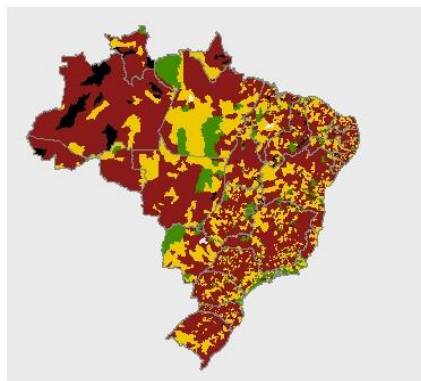
Para a análise dos resultados do HHI, utilizou-se a escala adotada no Guia de Concentração Horizontal do CADE (CADE, 2016), mencionada anteriormente (até 1.500 pontos, é considerado não concentrado; de 1.500 a 2.500, é considerado concentrado; mais de 2.500 pontos, é considerado muito concentrado). Nos mapas apresentados nesta seção, os municípios nos quais não há concentração foram coloridos de verde, os concentrados, de amarelo, e os muito concentrados, de vermelho. Quando não havia beneficiários de planos de saúde no município, este aparece em coloração salmão. Também se distinguiram os mercados nos quais havia um único ofertante, por meio da coloração preta.

Para a análise dos resultados baseados no CR4, estabeleceu-se a seguinte classificação: participação das quatro maiores operadoras até 25% (salmão); participação maior que 25% e menor ou igual a 50% (verde), maior que 50% e menor ou igual a 75% (amarelo) e maior que 75% e menor ou igual a 100% (vermelho). Note-se que, nos mapas dos resultados do CR4 não se distinguiu entre os mercados nos quais não havia beneficiários daqueles nos quais o índice de concentração era menor ou igual a 25%. Todos os índices foram calculados com dados de beneficiários referentes a março de 2019.

No mapa 7, abaixo, são apresentados os resultados para os planos médico-hospitalares coletivos. Os mercados de planos coletivos são os menos concentrados. Além de alguns polígonos verdes, inclusive no Rio de Janeiro, há mescla de mercados concentrados e muito concentrados e poucos mercados nos quais há monopólios. Regras menos estritas em relação ao reajuste e à rescisão unilateral podem influenciar na propensão à oferta desses produtos.

No mapa 8, são apresentados os resultados para o CR4 referente aos planos médico-hospitalares coletivos. Fica evidente que, mesmo sendo menos concentrados do que os mercados de outros produtos da saúde suplementar, as quatro maiores ofertantes em cada município têm mais de 50% dos beneficiários, podendo a estrutura competitiva ser descrita como de oligopólios com franja.

Mapa 7 - HHI- Médico-Hospitalar - Coletivo



■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ monopólio ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 8 - CR4- Médico-Hospitalar - Coletivo



■ não concentrado ■ pouco concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

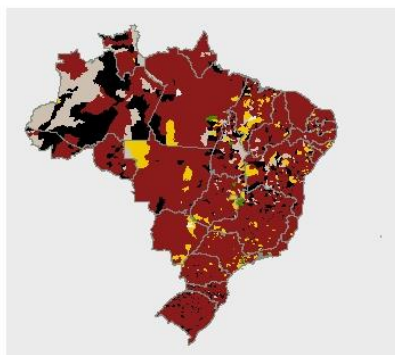
Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Nos mapas 9 e 10, abaixo, são apresentados os resultados do HHI para os planos médico-hospitalares individuais. No mapa 9, foram consideradas todas as operadoras que tinham beneficiários em planos médico-hospitalares individuais. No mapa 10, apenas as operadoras que tinham pelo menos um plano individual em comercialização, conforme registro na ANS, e beneficiários nesse segmento. Não há diferenças perceptíveis nos dois mapas. Embora a concentração aumente em alguns municípios, não os faz mudar de classificação.

Interessante notar, também, que, há municípios nos quais não há beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares individuais (os municípios em salmão), diferentemente do observado nos mapas referentes aos planos coletivos. Não necessariamente, contudo, esse fato indica escassez de oferta. É possível que não haja demanda.

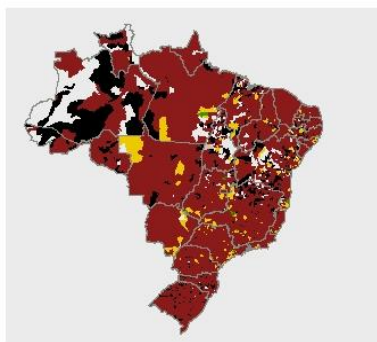
Os mercados de planos médico-hospitalares individuais são bem mais concentrados. No Rio de Janeiro, por exemplo, onde havia bastante mercados de planos coletivos pouco concentrados, 54 dos 60 municípios com mais de 4.000 beneficiários têm mercados muito concentrados.

Mapa 9 - HHI- Médico-Hospitalar - Individual



Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 10 - HHI- Médico-Hospitalar - Individual\*

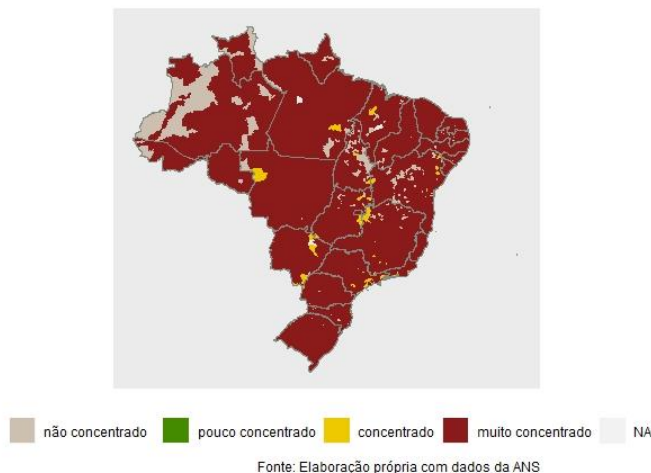


Fonte: Elaboração própria com dados da ANS  
\* Apenas de operadoras que comercializam planos individuais.

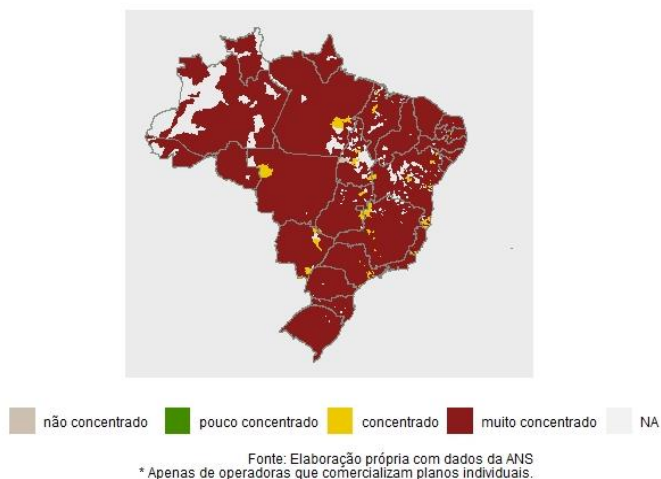
Os resultados do cálculo do CR4, apresentados nos mapas 11 e 12, abaixo, mostram o mesmo quadro em relação à estrutura de mercado do observado a partir do cálculo do HHI. Na maior parte dos municípios, os quatro maiores ofertantes têm 75% ou mais de participação

de mercado. Nos mercados que aparecem em salmão, não há oferta de planos de saúde médico-hospitalares individuais.

Mapa 11 - CR4- Médico-Hospitalar - Individual



Mapa 12 - CR4- Médico-Hospitalar - Individual\*



Consideraram-se, também, os planos coletivos empresariais e de adesão como dois mercados distintos no cálculo dos índices de concentração. Quando isso é feito, observa-se que há menos concentração nos mercados de planos coletivos empresariais dos que nos de coletivos por adesão, como pode ser observado da comparação entre mapas 13 e 14, abaixo. Nota-se, ademais, que, os resultados dos planos coletivos agregados reflete os resultados dos planos coletivos empresariais. Isso decorre de haver mais beneficiários em planos deste tipo do que em coletivos por adesão.

Em muitos municípios, não há beneficiários de planos médico-hospitalares coletivos por adesão. O número desses municípios é maior do que daqueles em que não há oferta de planos médico-hospitalares individuais.

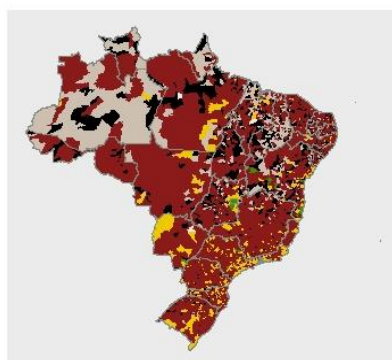
Mapa 13 - HHI- Médico-Hospitalar - Empresarial



■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ monopólio ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 14 - HHI- Médico-Hospitalar - Adesão

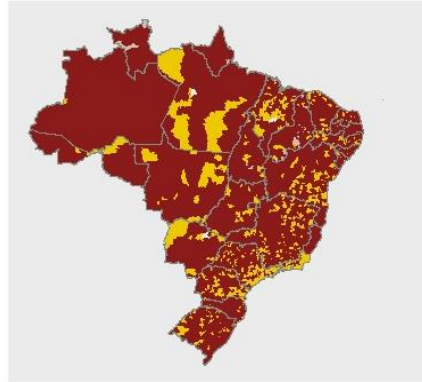


■ sem oferta ■ concentrado ■ monopólio  
■ não concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Os resultados do CR4 espelham os resultados do HHI, como pode ser observado nos mapas 15 e 16, abaixo. As quatro maiores ofertantes dominam os mercados em quase todos os municípios brasileiros nos quais há oferta de planos médico-hospitalares coletivos por adesão e coletivos empresariais.

Mapa 15 - CR4- Médico-Hospitalar - Empresarial



■ não concentrado ■ pouco concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 16 - CR4- Médico-Hospitalar - Adesão



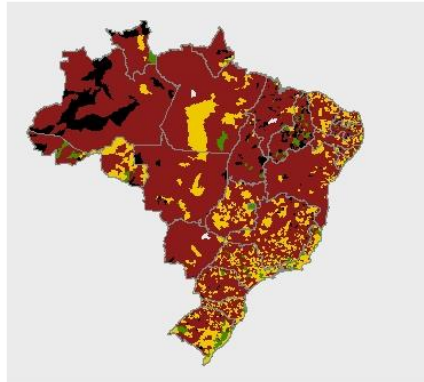
■ não concentrado ■ pouco concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

A entrada em mercados de planos odontológicos é mais fácil do que em mercados de planos médico-hospitalares. As regras econômico-financeiras são mais brandas, o rol de cobertura mínima é menos extenso, e os riscos da atividade tendem a ser menores. A operação tem ganhos de escala, mas as suas características indicam que pode ser possível operar eficientemente com escalas mais reduzidas.

Os mapas 17 e 18, abaixo, mostram os resultados do cálculo do HHI e do CR4 para os mercados de planos odontológicos coletivos. Não há relação entre a concentração dos mercados médico-hospitalares e dos odontológicos como pode ser observado da comparação entre os mapas 17 e 18 e os mapas 7 e 8, acima. Também se nota que os mercados são muito concentrados apesar da maior facilidade de entrada.

Mapa 17 - HHI- Odontológico - Coletivo



■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ monopólio ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 18 - CR4- Odontológico - Coletivo

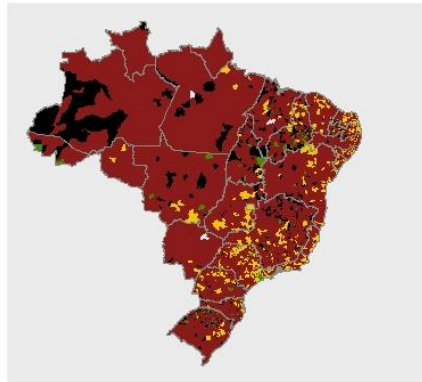


■ não concentrado ■ pouco concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Diferentemente dos planos médico-hospitalares individuais, há beneficiários de planos odontológicos individuais em quase todos os municípios brasileiros, como pode ser observado nos mapas 19 e 20, abaixo. Em alguns municípios, contudo, há apenas um ofertante. O menor tíquete médio de planos odontológicos e a maior facilidade para formação de rede assistencial podem explicar por que há municípios nos quais não há oferta de planos médico-hospitalares individuais, mas há oferta de planos odontológicos para o mesmo tipo de contratação.

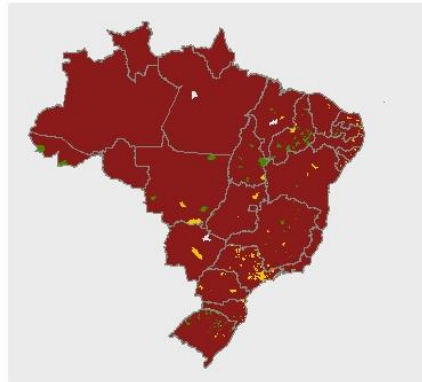
Mapa 19 - HHI- Odontológico - Individual



■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ monopólio ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 20 - CR4- Odontológico - Individual



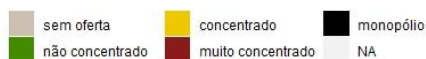
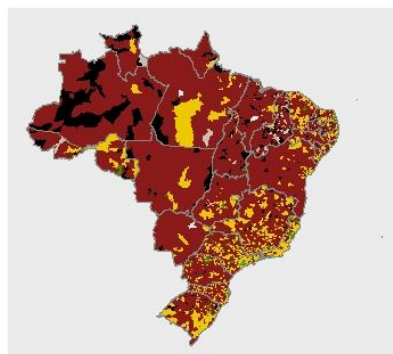
■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Quando se divide o segmento de planos odontológicos coletivos em por adesão e empresarial, nota-se que, também para esse tipo de cobertura, os planos coletivos agrupados apresentam configuração semelhante à dos planos empresariais, como pode ser observado pela comparação do mapa 21, abaixo, com o mapa 16, acima. A oferta de planos odontológicos coletivos por adesão é nula em diversos municípios do norte e nordeste, como pode ser observado no mapa 22, abaixo. Além disso, em muitos municípios, os beneficiários estão todos vinculados a uma operadora.



Mapa 21 - HHI- Odontológico - Empresarial



Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 22 - HHI- Odontológico - Adesão



Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Nos mapas 23 e 24, abaixo, são apresentados os resultados do CR 4 para os planos odontológicos coletivos empresariais e por adesão. Como já observado, os mercados são bastante concentrados e as quatro maiores ofertantes têm, na maior parte dos municípios, mais de 75% de participação ainda que não haja tantas barreiras à entrada quanto no segmento médico-hospitalar.

Mapa 23 - CR4- Odontológico - Empresarial



■ não concentrado ■ pouco concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

Mapa 24 - CR4- Odontológico - Adesão



■ não concentrado ■ concentrado ■ muito concentrado ■ NA

Fonte: Elaboração própria com dados da ANS

No anexo 2, é apresentada tabela na qual se comparam os resultados dos índices de concentração considerando-se os mercados definidos em atos de concentração e os definidos por Andrade et alli (2015), que constam do anexo 1. Na maior parte dos casos, ainda que os mercados definidos por Andrade et alli (2015) englobem mais municípios que os definidos nos processos, os resultados não alterariam as conclusões finais. Nos casos em que essas conclusões seriam alteradas, nem sempre ocorre é haver menor concentração quando o mercado é maior.

Os resultados constantes do anexo 2 são interessantes especialmente porque se poderia supor que os índices de concentração encontrados devem-se à unidade de análise utilizada. Como mencionado anteriormente, muitos municípios têm poucos beneficiários de planos de saúde, como mostra a tabela 1, acima. Sendo o número de beneficiários um indicativo do tamanho do mercado consumidor de um município, na maior parte das cidades brasileiras

haveria, relativamente aos grandes centros, pouca demanda por planos de saúde. Paralelamente, municípios pequenos podem ter também pequena disponibilidade de prestadores de serviços de saúde, o que, talvez, dificulte o desenvolvimento de produtos locais. Essas características reduziriam a atratividade dessas localidades para ofertantes de planos de saúde. Assim, poderia ser suposto que altos índices de concentração são inerentes a esses mercados.

Há que se considerar, contudo, que a oferta de planos no município pode estar relacionada não apenas ao mercado consumidor nele existente, mas ao mercado formado por cidades vizinhas. Operadoras podem ser constituídas – e, geralmente o são – para atuar em mais de um município, seja um grupo de municípios, um estado, região ou até mesmo no país inteiro. Isso é observado nos diversos atos de concentração analisados pelo Conselho. À vista disso, ainda que não haja consenso sobre os procedimentos para definição dos mercados relevantes geográficos, usualmente, nos atos de concentração analisados, estes abrangem mais de um município. Desse ponto de vista, tudo o mais constante, mercados formados por um conjunto de municípios de pequeno e médio porte ou por apenas um município de maior porte seriam igualmente atrativos. Assim, as explicações para os índices de concentração observados devem considerar questões além da distribuição geográfica dos consumidores.

#### **4.2. Correlação dos valores de tíquetes médios com a concentração**

Como é sabido, não se deve inferir relação de causalidade a partir de índices de correlação. Considerando todo o exposto na seção 1, contudo, pode-se afirmar que, independentemente de causalidade, tudo o mais constante, é esperada correlação positiva entre o HHI e os preços. A tabela 2, abaixo, mostra os resultados das correlações entre os tíquetes médios municipais (ver seção 3.2) e os HHIs dos mercados acima. Pode-se observar que apenas a correlação dos planos odontológicos individuais, odontológicos empresariais (e odontológicos coletivos, compostos em grande parte pelos coletivos empresariais) apresentou o sinal esperado. Para todos os tipos de planos, as correlações foram baixas e pouco elucidativas.

**TABELA 2 – CORRELAÇÃO ENTRE CONCENTRAÇÃO (HHI) E TÍQUETES MÉDIOS**

Plano	Correlação
Médico-Hospitalar Individual	-0,21
Médico-Hospitalar por adesão	-0,11

Médico-Hospitalar Empresarial	-0,44
Médico-Hospitalar Coletivo	-0,46
Odontológico Individual	0,22
Odontológico por Adesão	-0,02
Odontológico Empresarial	0,04
Odontológico Coletivo	0,10

## 5. Conclusão

Neste documento, foram realizados exercícios com o fim de analisar o nível de concentração e o nível de preços no setor de saúde suplementar brasileiro. Tradicionalmente, na prática e na literatura antitruste, índices de concentração são utilizados como um sinal de que os ofertantes, eventualmente, podem exercer poder de mercado.

Como discutido neste trabalho, não se pode, a princípio, estabelecer relação de causalidade entre concentração e os resultados dos ofertantes ou mesmo os preços praticados. É possível que o nível de concentração seja decorrente de características do mercado, não significando, necessariamente, maior poder de mercado dos ofertantes. Ainda assim, a revisão de estudos sobre a correlação de preços e os níveis de concentração, de acordo com Schmalensee (1989), aponta para a existência de correlação positiva entre essas duas variáveis.

Os resultados dos exercícios realizados mostram que os mercados de produtos da saúde suplementar no Brasil são, em geral, bastante concentrados. Há inúmeros fatores que podem ser apontados como possíveis causas para essa concentração: a existência de regulação que obriga a cobertura de um rol mínimo de procedimentos e o cumprimento de regras econômico-financeiras; o risco da atividade e a presença de economias de escala.

Comparando-se os mercados de produtos, observa-se que os de planos coletivos tendem a ser menos concentrados que os de planos individuais. Em relação a estes planos, há pouca diferença quando se considera apenas as operadoras que atualmente ofertam produtos nesse segmento ou quando se consideram todas as operadoras que têm beneficiários de planos médico-hospitalares individuais. Não é possível identificar, a partir dos exercícios realizados, se a menor demanda por esse tipo de produto leva a menor entrada nesse

segmento ou se são as condições institucionais e as regras específicas para esses planos que induzem a menor oferta.

Os resultados das correlações entre tíquete médio e HHI foram, por vezes, negativos, indicando que maior concentração estaria associada a menores tíquetes médios. Poderia ser aventado que esses resultados são provocados por maior rivalidade entre as operadoras que atuam nos mercados concentrados. Essa é uma possibilidade. Deve-se ter em vista, contudo, que os tíquetes médios, como explicado na seção 3, foram calculados com base nas receitas com contraprestações das operadoras em todos os locais que atuam. Se uma operadora for nacional, o tíquete médio em uma localidade pode influenciar o tíquete médio em todas as demais localidades. Além disso, planos de saúde são bens diferenciados. É possível que, em um município, características dos planos adquiridos resultem em tíquetes médios mais altos. Da mesma forma, se a distribuição etária dos beneficiários nos municípios diferir, naqueles com beneficiários mais envelhecidos, os tíquetes médios tendem a ser maiores.

A partir dos exercícios realizados, surgem perguntas que requerem novos estudos. Na maior parte dos municípios brasileiros, a quantidade de beneficiários é relativamente pequena. Seria interessante entender quantos potenciais beneficiários e quais características municipais tornam uma entrada mais provável e como o tamanho de um município e dos municípios vizinhos se relaciona com a escala mínima viável no setor de saúde suplementar.

Também seria interessante realizar estudos mais aprofundados sobre a relação entre os preços e os níveis de concentração, já que estes são muitas vezes utilizados como indicativo inicial do potencial de geração de efeitos negativos de uma operação no setor. Evans et alli (1993) argumentam que dados em painel, com a estimação por efeitos fixos, podem sanar os problemas de endogeneidade da regressão de preços em índices de concentração, tal qual apontado neste trabalho. Há dados disponíveis de beneficiários e de receitas com contraprestações para anos anteriores, que tornam possível estimar uma regressão deste tipo.

Contudo, considerando-se as diversas limitações da utilização do tíquete médio, a melhor alternativa seria a utilização de preços efetivamente praticados pelas operadoras. Assim, poder-se-ia isolar os fatores que diferenciam os produtos e verificar se os resultados

obtidos são relacionados, efetivamente, com a concentração. Esses dados, contudo, não são coletados pelo regulador.

### **Bibliografia**

ANDRADE, Monica; MAIA, Ana Carolina; RIBEIRO, Mirian; LIMA, Helena e CARVALHO, Lucas. Estrutura de Concorrência no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil. ANS, 2015.

ANS. Painel de precificação – Planos de saúde 2016. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.ans.gov.br%2Fimages%2Fstories%2F Materiais\_para\_pesquisa%2FPerfil\_setor%2FFoco%2Fpainel\_precificacao2016.pdf&clen=3370840&chunk=true. Acesso em 14/09/2021.

ANTWI, Yaa; GAYNOR, Martin e VOGT, William. A Competition Index for Differentiated Products with an Application to Hospital Markets. 2013.

BRIEN, Daniel P. Price-Concentration analysis: Ending the myth, and moving forward. 2017.

Disponível em SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3008326> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3008326>.

Acesso em 15/09/2021.

CADE. Guia – Análise de atos de concentração horizontal. Brasília: CADE, 2016. Disponível em chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcdn.CADE.gov.br%2FPortal%2Fcentrais-de-conteudo%2Fpublicacoes%2Fguias-do-CADE%2Fguia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf&clen=1420210&chunk=true. Acesso em 14/09/2021.

EVANS, William; FROEB, Luke; WERDEN, Gregory. Endogeneity in the concentration-price relationship: causes, consequences, and cures. *The Journal of Industrial Economics*, 1993.

FERREIRA, Leonardo Fernandes. Delimitação de mercados relevantes de planos de saúde e análise de concentração. Dissertação para obtenção do grau de mestre apresentada à Escola Brasileira de Economia e Finanças. Rio de Janeiro, 2020.

GAYNOR, Martin e TOWN, Robert. Competition in Health Care Markets. The Centre for Market and Public Organization, working paper nº 12/282, 2012.

MOTTA, Massimo. Competition Policy – Theory and Practice. Cambridge University Press, 2004.

OLIVEIRA, Glauco. Indicadores de Concorrência – Discussão Conceitual e Testes Empíricos. DEE/CADE, Documento de trabalho nº 002/2017. Disponível em <https://www.gov.br/cade/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/documentos-de-trabalho>. Acesso em 26/10/2021.

PERLOFF, Jeffrey; KARP, Larry e GOLAN, Amos. Estimating Market Power and Strategies. Cambridge University Press, 2007.

SAVING, Thomas. Concentration Ratios and The Degree of Monopoly. International Economic Review, vol. 11, 1970.

SCHMALENSEE, Richard. Inter-Industry Studies of Structure and Performance. In: SCHMALENSEE, Richard e WILLIG, Robert (editores). Handbook of Industrial Organization. Volume 2. North-Holland, 1989.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE e FEDERAL TRADE COMMISSION. Horizontal Merger Guidelines, 1997.

## Anexo 1 – Comparação entre os mercados relevantes definidos conforme diferentes metodologias considerando-se processos analisados pelo CADE

Processo	Mercado relevante definido no processo			Mercado Relevante definido em Andrade (2013)		Mercado Relevante ANS	
	Estado	Município centroide	Municípios componentes do cluster	Município centroide	Municípios polarizados	Município centroide	Municípios polarizados
08700.003500/2019-36	GO	Acreúna	Indira, Rio Verde	não foi definido mercado que englobe Acreúna		não foi definido mercado que englobe Acreúna	
08700.002566/2019-17	RN	Goianinha	Natal	Natal	Arés, Bom Jesus, Brejinho, Ceará-Mirim, Espírito Santo, Extremoz, Goianinha, Ielmo Marinho, Januário Cicco, Jundiá, Lagoa das Pedras, Lagoa Salgada, Macaíba, Maxaranguape, Monte Alegre, Nísia Floresta, Panamirim, Passagem, Poço Branco, Pureza, Rio do Fogo, Santa Maria, Santo Antônio, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, São Pedro, Senador Elói de Souza, Senador Georgino Avelino, Serrinha, Taipu, Tibau do Sul, Várzea, Vera Cruz, Vila Flor	Natal	Arés, Bento Fernandes, Bom Jesus, Brejinho, Canguaretama, Ceará-Mirim, Panamirim, Espírito Santo, Extremoz, Goianinha, Ielmo Marinho, Januário Cicco, João Câmara, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Macaíba, Maxaranguape, Monte Alegre, Natal, Nísia Floresta, Rio do Fogo, Passagem, Poço Branco, Serra Caiada, Pureza, Riachuelo, Santo Antônio, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, São Pedro, Senador Elói de Souza, Senador Georgino Avelino, Serrinha, Taipu, Tibau do Sul, Touros, Várzea, Vera Cruz, Vila Flor
08700.006185/2018-18	SP	Nuporanga	Sales Oliveira, Orlândia, Morro Agudo, Ribeirão Preto, São Joaquim da Barra	não foi definido mercado que englobe Nuporanga		Franca	Capetinga, Claraval, Ibiraci, Cristais Paulista, Franca, Itrapuá, Jeriquara, Nuporanga, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista
08700.004030/2018-47	SP	Avanhandava	Penapólis e Lins	não foi definido mercado que englobe Avanhandava		não foi definido mercado que englobe Avanhandava	
08700.004030/2018-47	SP	Getulina	Lins	não foi definido mercado que englobe Getulina		não foi definido mercado que englobe Getulina	
08700.004030/2018-47	SP	Guaíçara	Lins e Promissão	não foi definido mercado que englobe Guaíçara		não foi definido mercado que englobe Guaíçara	
08700.004030/2018-47	SP	Guaranã	Lins	não foi definido mercado que englobe Guaranã		não foi definido mercado que englobe Guaranã	
08700.004030/2018-47	SP	Promissão	Lins	não foi definido mercado que englobe Promissão		não foi definido mercado que englobe Promissão	
08700.002952/2018-10	SP	Cajamar	Jundiá e São Paulo	São Paulo	Arujá, Barueri, Cajeiros, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapecerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mariporã, Mauá, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, Suzano, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista	São Paulo	Extrema, Munhoz, Alumínio, Araçaguama, Araçoiaba da Serra, Arujá, Atibaia, Barueri, Biritiba-Mirim, Boltova, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Cabreúva, Caeiras, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Capela do Alto, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Iperó, Itapeçerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itupeva, Jandira, Jarinu, Joanópolis, Jundiá, Louveira, Maringá, Mariporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Nazaré Paulista, Osasco, Pedra Bela, Piedade, Pilar do Sul, Pindamonhango, Piracaia, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Porto Feliz, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Salto de Pirapora, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Socorro, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Tapiraí, Tuiuti, Vargem, Vargem Grande Paulista, Várzea Paulista, Votorantim
08700.002952/2018-10	SP	Campo Limpo Paulista	Jundiá	Jundiá	Campo Limpo Paulista, Várzea Paulista	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.002952/2018-10	SP	Itupeva	Jundiá	Campinas	Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Elias Fausto, Holambra, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Louveira, Monte Mor, Morungaba, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Valinhos, Vinhedo	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.002952/2018-10	SP	Jarinu	Jundiá	não foi definido mercado que englobe Jarinu		São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.002952/2018-10	SP	Louveira	Jundiá e Vinhedo	Campinas	Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Elias Fausto, Holambra, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Louveira, Monte Mor, Morungaba, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Valinhos, Vinhedo	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.002952/2018-10	SP	Vinhedo	Jundiá	Campinas	Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Elias Fausto, Holambra, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Louveira, Monte Mor, Morungaba, Paulínia, Pedreira, Santo Antônio de Posse, Valinhos, Vinhedo	Campinas	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.002952/2018-10	SP	Várzea Paulista	Jundiá	Jundiá	Campo Limpo Paulista, Várzea Paulista	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.005455/2017-92	SP	Itapevi	Jandira, Cotia, Barueri, Carapicuíba, Vargem Grande Paulista, Osasco	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.005455/2017-92	SP	Osasco	Carapicuíba, Barueri	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.005455/2017-92	SP	Jandira	Itapevi, Barueri, Carapicuíba, Cotia e Osasco	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.005455/2017-92	SP	Carapicuíba	Barueri e Osasco	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.005455/2017-92	SP	Embu*	Carapicuíba, Osasco, Itapevi, Barueri e São Paulo	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.008061/2016-13	SP	Bertioga	Guarujá e Santos	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente
08700.008061/2016-13	SP	Guarujá	Santos	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente
08700.008061/2016-13	SP	Praia Grande	São Vicente e Santos	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente	Santos	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Praia Grande, Santos, São Vicente
08700.006574/2016-81	SP	Diadema	São Bernardo do Campo	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.006574/2016-81	SP	São Bernardo do Cam	Santo André	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10	São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10
08700.006574/2016-81	SP	Rio Grande da Serra	Ribeirão Pires, Mauá, Santo André	não foi definido mercado que englobe Rio Grande da Serra		São Paulo	Ver municípios na linha referente ao processo 08700.002952/2018-10



**Anexo 2 – Resultados do Cálculo do HHI e CR4 para os mercados definidos nos processos apresentados na tabela 1 e definidos por ANDRADE et alli (2015) que compreendem os mesmos municípios centroides**

Processo	Estado	Município focal	Tipo de Plano	HHI		CR4	
				Mercado relevante definido no Processo	Mercado Relevante definido em Andrade (2013)	Mercado relevante definido no Processo	Mercado Relevante definido em Andrade (2013)
08700.0035 00/2019-36	GO	Acreúna	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh empresarial	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od individual	Concentrado		Menor que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Maior que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Maior que 75%	
			od adesão	Muito concentrado		Maior que 75%	
08700.0061 85/2018-18	SP	Nuporanga	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			mh empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			mh adesão	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od individual	Não concentrado		Menor que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0040 30/2018-47	SP	Avanhandava	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			mh empresarial	Concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	
			od individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0040 30/2018-47	SP	Getulina	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Concentrado		Maior que 75%	

			mh empresarial	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	
			od individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0040 30/2018-47	SP	Guaçuara	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Concentrado		Maior que 75%	
			mh empresarial	Concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	
			od individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0040 30/2018-47	SP	Guarantã	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh empresarial	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	
			od individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0040 30/2018-47	SP	Promissão	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Concentrado		Maior que 75%	
			mh empresarial	Concentrado		Maior que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	
			od individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0025 66/2019-17	RN	Goianinha	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh empresarial	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%

			od individual	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Cajamar	mh individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Campo Limpo Paulista	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			od individual	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Itupeva	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Muito concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Jarinu	mh individual	Muito concentrado		Maior que 75%	
			mh coletivo	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			mh empresarial	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			mh adesão	Muito concentrado		Maior que 75%	
			od individual	Concentrado		Menor que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	

			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Maior que 75%	
08700.0029 52/2018-10	SP	Louveira	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Muito concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Vinhedo	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Muito concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
08700.0029 52/2018-10	SP	Várzea Paulista	mh individual	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Muito concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			od individual	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
08700.0054 55/2017-92	SP	Itapevi	mh individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%

08700.0054 55/2017-92	SP	Osasco	mh individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0054 55/2017-92	SP	Carapicuíba	mh individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0054 55/2017-92	SP	Embu	mh individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0080 61/2016-13	SP	Bertioga	mh individual	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
08700.0080 61/2016-13	SP	Guarujá	mh individual	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%

			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Muito concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
08700.0080 61/2016-13	SP	Praia Grande	mh individual	Concentrado	Concentrado	Maior que 75%	Maior que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Maior que 75%
08700.0065 74/2016-81	SP	Diadema	mh individual	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0065 74/2016-81	SP	São Bernardo do Campo	mh individual	Muito concentrado	Pouco concentrado	Maior que 75%	Menor que 75%
			mh coletivo	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh empresarial	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			mh adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od individual	Pouco concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od coletivo	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od empresarial	Concentrado	Concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
			od adesão	Concentrado	Pouco concentrado	Menor que 75%	Menor que 75%
08700.0065 74/2016-81	SP	Rio Grande da Serra	mh individual	Muito concentrado		Menor que 75%	
			mh coletivo	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			mh empresarial	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			mh adesão	Concentrado		Menor que 75%	

			od individual	Pouco concentrado		Menor que 75%	
			od coletivo	Concentrado		Menor que 75%	
			od empresarial	Concentrado		Menor que 75%	
			od adesão	Concentrado		Menor que 75%	

## Modelo de preços hedônicos em Saúde Suplementar

### 1. Introdução

Aproximadamente um quarto da população brasileira é beneficiária de plano de saúde médico-hospitalar (ANS, 2021). A ampla cobertura da saúde suplementar no Brasil torna o setor relevante econômica e socialmente, ainda que haja um sistema público, universal e gratuito. O consumo das famílias com saúde privada correspondeu a 3,5% do produto interno bruto (PIB) em 2017 (IBGE, 2019), e, do total gasto com saúde no País em 2018, 1,8% foi despendido pelo setor público, sendo o restante dispêndios privados (OMS).

A regulação exerce forte influência no desenvolvimento de produtos e na concorrência. A lei que regulamenta o setor determina a extensão da cobertura provida pelos planos, de forma a abranger todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados, considerando-se o tipo de cobertura assistencial do plano. Os tipos de cobertura assistenciais possíveis (médico-hospitalar, ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica) também são instituídos pela regulação, bem como as formas de contratação de um plano, que podem ser individual-familiar, coletivo por adesão – planos adquiridos por associações de classes e outras entidades representativas – ou coletivo empresarial.

Os reajustes dos planos e a rescisão de contratos pelas operadoras também são regulados pela ANS. Para os planos médico-hospitalares contratados individualmente é estabelecido um limite máximo de reajuste anual por variação de custos. A liberdade de as operadoras definirem reajustes por variação de custos de planos coletivos, sejam os por adesão ou os empresariais, depende do número de beneficiários em cada contrato. Cada operadora deve estabelecer um percentual de reajuste para todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, conforme regulação do setor. É permitida a livre negociação para os reajustes dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Já a rescisão contratual é limitada apenas para os planos contratados individualmente. As operadoras somente podem rescindir esses contratos se houver inadimplência dos contratantes ou fraude no firmamento do contrato.



Exemplos de como a regulação afeta a análise da competição são facilmente enumerados. Na jurisprudência concorrencial, foram definidos mercados distintos para planos de saúde médico-hospitalares, conforme a forma de contratação: o mercado de planos individuais e o mercado de planos coletivos (CADE, 2018). Mais recentemente, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) cingiu o mercado de planos coletivos em dois: planos coletivos por adesão e planos por adesão.

Paralelamente, o rol de serviços e produtos cobertos por um plano não é considerado na análise concorrencial, já que a cobertura mínima obrigatória é bastante extensa e, com exceção de poucos planos mais custosos, os procedimentos e serviços abrangidos pelas coberturas dos produtos são similares. Maior controvérsia existe a respeito do quanto outras características de um plano influenciam a concorrência e seus preços. Em processo recente julgado pelo CADE, por exemplo, que envolveu duas operadoras que comercializavam planos de saúde no Espírito Santo, foi discutido se planos exclusivamente ambulatoriais competiam com planos médico-hospitalares (HOFFMANN, 2020). Mais ainda, restaram dúvidas diversas sobre como as características de um plano determinavam seus preços e se a presença ou ausência de determinada característica poderia ser determinante para a competição.

Considerando-se que o CADE é recorrentemente chamado a analisar práticas anticompetitivas que podem ter impacto negativo na comercialização de bens e serviços relacionados à atenção à saúde, e que mais de uma centena de atos de concentração foram analisados pelo Conselho ao longo da vigência da Lei que regulamenta o setor de saúde suplementar (CADE, 2018), é importante melhor compreender as variáveis que influenciam os preços dos produtos e a competição.

O objetivo deste trabalho é estimar como as características dos planos, em muito definidas a partir da regulação, refletem-se nos preços dos produtos. Para isso, serão estimados os preços hedônicos de características de planos de saúde associados aos preços registrados desses produtos na ANS.

Preços hedônicos<sup>19</sup> são os preços implícitos de atributos de produtos diferenciados, revelados a partir da quantidade dos atributos associados a cada produto e dos preços observados desses produtos (ROSEN, 1974). É bastante comum a sua estimativa com o fim de se compreender o que é importante na precificação dos produtos e como cada característica influencia os preços finais.

No setor de saúde suplementar, a estimação dos preços hedônicos pode contribuir para a melhor compreensão da dinâmica competitiva. Por vezes, por exemplo, os concorrentes em um mercado não ofertam produtos com os mesmos atributos. As divergências nos preços podem ser decorrentes das diferenças nesses atributos ou derivarem de posicionamento de mercado diversos dos ofertantes. A partir da estimação dos preços hedônicos, pode-se simular a comercialização de produtos idênticos e avaliar o desnível nos preços decorrente do posicionamento ou reputação de um ofertante.

Os resultados também podem ser usados para subsidiar análises sobre os mercados relevantes de produtos. Ainda que não substitua o teste do monopolista hipotético ou outros exercícios que avaliem a competição diretamente, a estimação dos preços de atributos relacionados à segmentação dos planos ou tipo de contratação pode indicar caminhos a serem seguidos para a definição dos mercados de produtos. Nesse sentido, há que se considerar que essa estimação, como realizada neste documento, é relativamente simples, sendo a principal dificuldade a obtenção de dados de preços.

A principal dificuldade para essa estimação é a obtenção de dados de preços. Nas bases de dados coletadas periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não há informações sobre essa variável. Tampouco é fácil empreender pesquisas para conhecê-los. Para superar esse obstáculo, foram utilizados, neste artigo, dois conjuntos de dados distintos.

---

<sup>19</sup> No documento de trabalho nº 3/2020 – Aplicação de modelos de disposição a pagar no estudo da competição na saúde suplementar, foi apresentado o modelo de preços hedônicos e revisto artigos que o utilizaram no setor de saúde. O documento está disponível em [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcdn.CADE.gov.br%2FPortal%2Fcentrais-de-conteudo%2Fpublicacoes%2Festudos-economicos%2Fdocumentos-de-trabalho%2F2020%2Fdocumento-de-trabalho-n03-2020-aplicacao-de-modelos-de-disposicao-a-pagar-no-estudo-da-competicao-na-saude-suplementar.pdf&clen=2810110&chunk=true](https://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcdn.CADE.gov.br%2FPortal%2Fcentrais-de-conteudo%2Fpublicacoes%2Festudos-economicos%2Fdocumentos-de-trabalho%2F2020%2Fdocumento-de-trabalho-n03-2020-aplicacao-de-modelos-de-disposicao-a-pagar-no-estudo-da-competicao-na-saude-suplementar.pdf&clen=2810110&chunk=true). Acesso em 15/09/2021.

Quando uma operadora lança um produto, deve calcular o valor atuarial da mensalidade e informar a ANS. Esse valor é conhecido como preço registrado e, embora dados referentes a ele não estejam disponíveis como dados abertos, podem ser consultados no site da Agência. A regulação do setor, ademais, determina que os preços registrados não podem distar mais que 30% dos preços efetivamente praticados pelas operadoras. Assim, as diferenças no nível de preços entre os registrados e os praticados seriam limitadas. Assumindo-se que as características dos produtos tendem a influenciar preços registrados e preços efetivamente praticados da mesma maneira, os primeiros seriam uma boa proxy para os últimos. Foram obtidos os preços registrados de produtos individuais e coletivos por adesão comercializados nas oito maiores capitais brasileiras.

O segundo conjunto de dados foi coletado pelo próprio CADE. Para a análise de operações no setor, é comum o requerimento de informações. Dados coletados com esse fim, provenientes de duas operadoras que atuam em Vitória (ES) foram utilizados para a estimação dos preços hedônicos. Com vistas a avaliar se os preços registrados aproximavam-se dos preços efetivamente praticados pelas operadoras, compararam-se os preços registrados dos produtos constantes da base de dados coletada pelo CADE com os seus preços.

Na estimação dos preços hedônicos, a partir dos preços registrados, os resultados indicam que os planos individuais, tudo o mais constante, têm contraprestações mais altas que os coletivos por adesão. Os principais fatores a influenciar os valores das mensalidades dos produtos estão associados à cobertura assistencial – a presença de cobertura obstétrica aumenta significativamente o preço final – e à presença de mecanismos financeiros de regulação, como franquia e coparticipações. A acomodação hospitalar em quartos individuais também aumenta os preços dos planos. Dois resultados foram inesperados. A adição de cobertura odontológica em planos médico-hospitalares não aumenta o nível de preços, mas, ao contrário, as estimativas indicam que o diminuem. Além disso, os resultados para a abrangência da cobertura geográfica não necessariamente indicam que, quanto maior a cobertura geográfica, maior o nível de preços.

A comparação dos preços registrados com os preços praticados por operadoras que atuam em Vitória (ES), contudo, revelou que os primeiros não seriam boas *proxys* dos últimos. Assim, os preços hedônicos estimados com base nos preços registrados devem ser analisados

apenas como um indicativo do que afeta os custos dos planos e da precificação inicial dos produtos. Ainda assim, os resultados das estimativas dos preços hedônicos com base nos preços efetivamente praticados foram similares às primeiras no que se refere ao sentido dos efeitos. Planos individuais são, tudo o mais constante, mais caros que planos coletivos por adesão, e a presença de fator moderador afeta substantivamente os preços dos produtos.

Na seção seguinte, serão definidos os principais conceitos utilizados neste trabalho. Nas três seções posteriores, serão apresentados os dados referentes aos preços registrados, as estimações feitas a partir desses dados e seus resultados. A sétima seção é dedicada a estimação dos preços hedônicos a partir dos dados de preços coletados pelo CADE. Estes serão descritos, bem como a estimação e os resultados. Também nesta seção serão comparados os preços registrados com os comerciais. Por fim, na oitava seção serão apresentadas as principais conclusões.

## **2. Definições**

### **2.1. Preços atuarialmente calculados (preços registrados)**

No Brasil, as operadoras de planos de saúde devem apresentar ao regulador a justificativa da formação inicial dos preços de planos em pré-pagamento, médico-hospitalares, conforme a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 28, de 2000. Isso significa, o envio ao regulador de tabelas nas quais o ofertante explicita a composição do preço registrado. A tabela 1 mostra as tabelas a serem enviadas conforme o anexo II-B da referida resolução.

**TABELA 1 – ANEXO II-B DA RDC 28, DE 2000**

Nº de Linha	Dados do Plano				Total dos Itens de Despesa						
	Nome do Plano	Nº de Registro do Plano	Faixas Etárias		Despesa Assistencial por Exposto	Recuperação de Co-participação	Recuperação de Seguro	Recuperação de Resseguro e Co-seguro	Despesa Assistencial Líquida por Exposto	Margem de Segurança Estatística por Exposto	Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto
			Idade Inicial	Idade Final							
A	B	C	D	E	F	G	H	I = E - F - G - H	J	K = I + J	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

Nº de Linha	Dados do Plano				Nº de Beneficiários	Total dos Itens de Despesa				Lucro	Ajuste	Mensalidade	
	Nome do Plano	Nº de Registro do Plano	Faixas Etárias			Despesas não Assistenciais por Beneficiário							
			Idade Inicial	Idade Final		Demais Despesas da Carteira de Planos		Despesas Administrativas por Beneficiário	Prestação de outros Serviços por Beneficiário				
						Despesas de Comercialização por Beneficiário	Outras Despesas da Carteira de Planos por Beneficiário						Despesa Total por Beneficiário
A	B	C	D	L	M	N	O	P	Q = K + M + N + O + P	R	S	T = Q + R + S	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

Fonte: ANS (RDC 28/2000)

O valor comercial da mensalidade (coluna T da tabela apresentada na tabela 1, acima) é conhecido como preço registrado. Esse valor não necessariamente é o preço comercial praticado pela operadora. Os preços comerciais podem variar em 30% em relação aos preços registrados, contanto que não sejam inferiores à despesa assistencial líquida por exposto com a margem de segurança estatística (coluna k da tabela 1).

As variações de valores comerciais por faixa etária apresentadas devem manter perfeita correlação com as variações dos valores praticados na venda, e a nota deve ser sempre atualizada quando o preço for alterado de tal forma que diste mais do que o permitido do preço de registro. Conforme o art. 39 da RN 124, de 2006, da ANS, a operadora que deixar de manter documentação ou informação devida, na forma da Lei, para verificação da ANS pode sofrer advertência ou ser multada em R\$ 35.000,00.

## 2.2. Tipo de contratação

Um plano de saúde pode ser contratado individualmente ou coletivamente. Neste caso, a contratação tanto pode ser realizada por um empregador, sendo o plano empresarial, quanto por uma entidade coletiva, como associações profissionais, setoriais ou de classe.

Neste documento, somente serão analisados os planos individuais/familiares e os planos coletivos por adesão.

### **2.3. Segmentação assistencial**

A regulação brasileira determina os tipos de segmentação assistencial que um plano pode ter e, considerando esta, o rol de procedimentos mínimos a ser ofertado. Inicialmente, os planos podem ser divididos em médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos. Os planos médico-hospitalares, objeto deste trabalho, podem ainda ser segmentados conforme ofertem cobertura hospitalar, ambulatorial ou ambas, quando são chamados de médico-hospitalares. A maior parte dos planos médico-hospitalares também tem cobertura obstétrica, que garante não apenas o cuidado na gestação e no parto, mas também a possibilidade de adesão do recém-nascido ao plano dos pais se realizada no período preconizado. Planos médico-hospitalares podem, por fim, ofertar cobertura odontológica adicional.

### **2.4. Abrangência geográfica**

É a área na qual a operadora é obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. Note-se que, com exceção dos planos que têm abrangência geográfica nacional, os municípios e estados que compõem planos com a mesma abrangência geográfica, comercializados na mesma cidade, podem diferir.

### **2.5. Mecanismos financeiros de regulação**

São mecanismos estabelecidos no contrato de um plano de saúde com o fim de moderar o uso pelos beneficiários. Os dois mecanismos mais utilizados no Brasil são a franquia, que é um valor estabelecido no contrato até o qual a operadora de plano de saúde não tem responsabilidade de cobertura, e a coparticipação, que é um valor devido à operadora de plano de saúde em decorrência da realização de um procedimento ou evento.

### **2.6. Acreditação da rede hospitalar do plano**

Neste trabalho, a acreditação de um prestador por entidade acreditadora de serviço de saúde ou pelo INMETRO foi incluída nas estimações. A hipótese assumida é que ela pode ser usada como indicador de qualidade do prestador hospitalar. Não se distinguiram as

certificações emitidas por diferentes entidades ou os níveis de acreditação, quando existentes. Foram somados todos os prestadores hospitalares acreditados, contratados parcial ou totalmente, que fazem parte das redes assistenciais de cada plano.

## **2.7. Tipo de acomodação**

Ao adquirir um produto, o consumidor pode escolher o tipo de acomodação hospitalar. Acomodação em enfermaria significa que o beneficiário, caso internado, ficará em um aposento coletivo. Já a acomodação em quarto lhe garante aposento privativo nos hospitais que compõem a rede assistencial de seu plano.

Essas são as características dos planos a serem incluídas nas estimativas, além de variáveis relacionadas ao tamanho da rede assistencial do plano. Considerando que o rol de procedimentos obrigatórios estabelecidos pela ANS é bastante extenso, havendo pouca distinção nos procedimentos ofertados pelos diferentes planos, julga-se que esses são os principais atributos a influenciar os preços praticados, tendo em conta consumidores de uma mesma faixa etária e em uma mesma localidade.

## **3. Dados**

### **3.1. Preços registrados**

Os dados de preços registrados não são disponibilizados pela ANS no portal brasileiro de dados abertos<sup>20</sup>. É possível acessá-los, contudo, por meio do [Guia da Agência de planos de saúde](#), ferramenta disponibilizada pela ANS para ajudar consumidores a escolherem planos de saúde. No guia, seleciona-se um município e as características do plano que se deseja contratar, e são apresentados os planos registrados na agência, que estão em comercialização. A coleta dos dados por meio do guia é manual e observação à observação. Por essa razão, o período de coleta foi relativamente longo.

Entre 30/09/2019 e 05/10/2019 foram coletados os preços registrados de planos individuais e coletivos por adesão comercializados na cidade de São Paulo (SP). Como houve lapso temporal considerável entre a coleta dos dados para São Paulo e a realização das

---

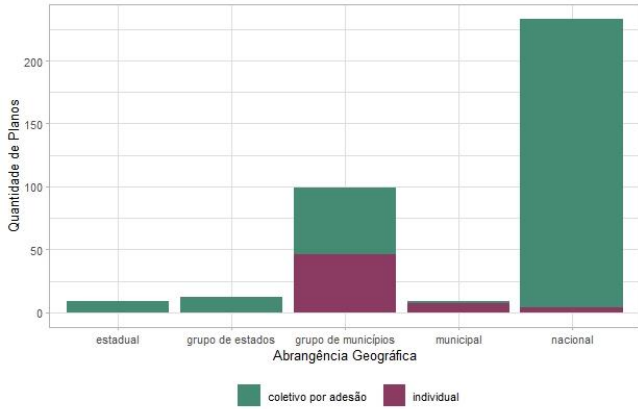
<sup>20</sup> O guia de planos de saúde da ANS pode ser acessado <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano>. Acesso em 15/09/2021.

estimações, alguns planos que estavam em comercialização na época de coleta tiveram sua comercialização suspensa. Entre 01/04/2020 e 13/04/2020 foram coletados os preços registrados de produtos individuais/familiares e coletivos por adesão comercializados nas seguintes cidades: Rio de Janeiro (RJ), Brasília (DF), Salvador (BA), Fortaleza (CE), Belo Horizonte (MG), Manaus (AM) e Curitiba (PR). Essas e São Paulo são as oito cidades mais populosas do País e, em conjunto, tinham 25,59% dos beneficiários de planos de saúde individuais/familiares do Brasil e 30,40% dos beneficiários de planos coletivos por adesão, conforme dados da ANS, coletados no portal brasileiro de dados (conjunto de dados “Informações consolidadas de beneficiários”, referente a dezembro de 2019 e coletados em 15/04/2020). Em todos os casos, os preços foram coletados para a faixa etária de 44 a 48 anos, a mesma utilizada pela ANS em suas publicações que analisam o preço registrado.

Foram coletadas dados de preços registrados de 3.161 produtos, excluídos os das autogestões. Para cada uma das cidades, nos gráficos 1 a 8, abaixo, são apresentadas as quantidades de produtos para os quais foram coletados dados de preços registrados, considerando o tipo de contratação e a abrangência geográfica. A princípio, foram coletados os preços de todos os produtos individuais e coletivos por adesão constantes do Guia de Planos da ANS no período de coleta. Como o procedimento é manual, é possível a ocorrência de erros. Observa-se que a quantidade de planos individuais/familiares comercializada é, em todos os municípios estudados, significativamente menor que a de planos coletivos por adesão.

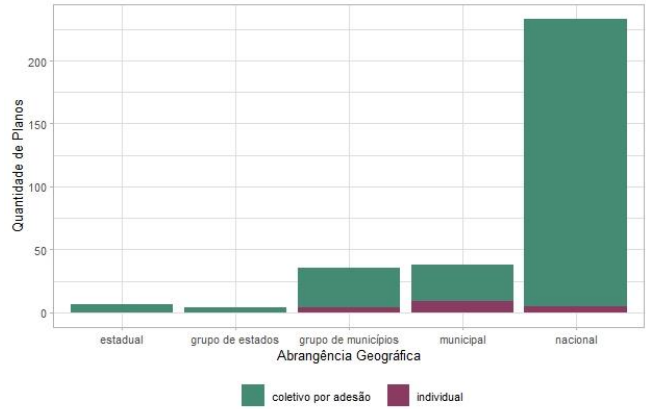


**GRÁFICO 1 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – BELO HORIZONTE (MG)**



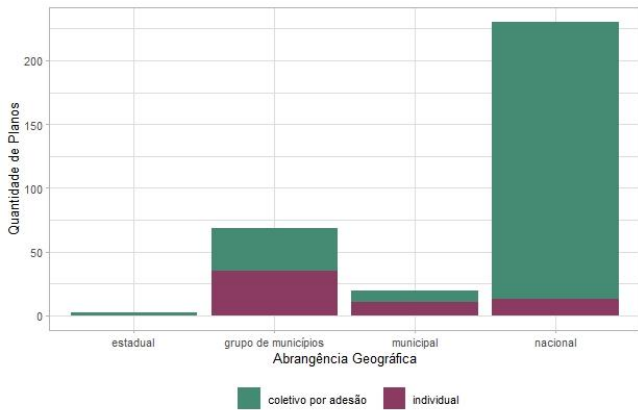
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 2 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – BRASÍLIA (DF)**



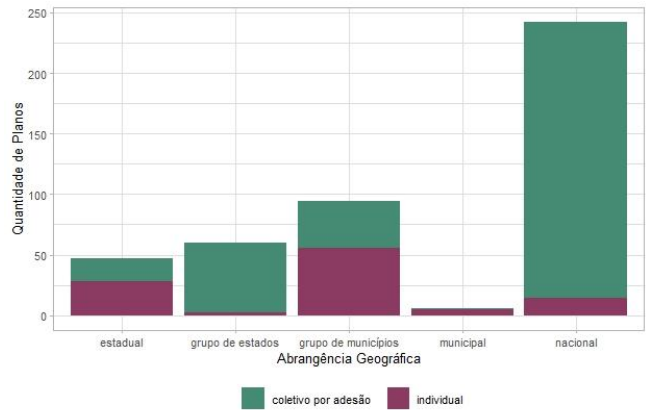
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 3 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – CURITIBA (PR)**



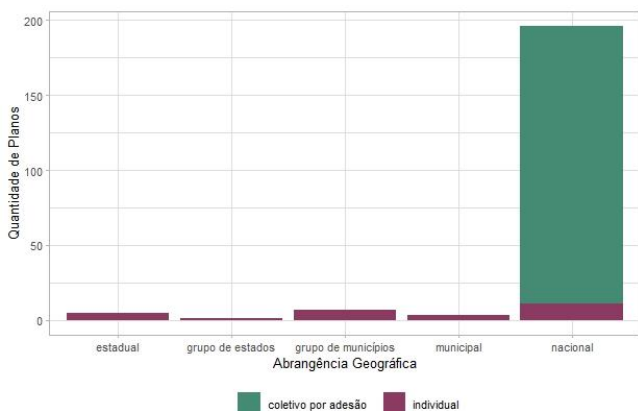
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 4 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – FORTALEZA (CE)**



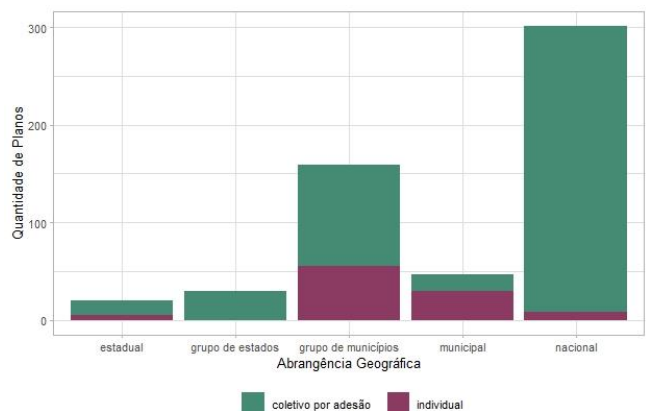
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 5 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – MANAUS (AM)**



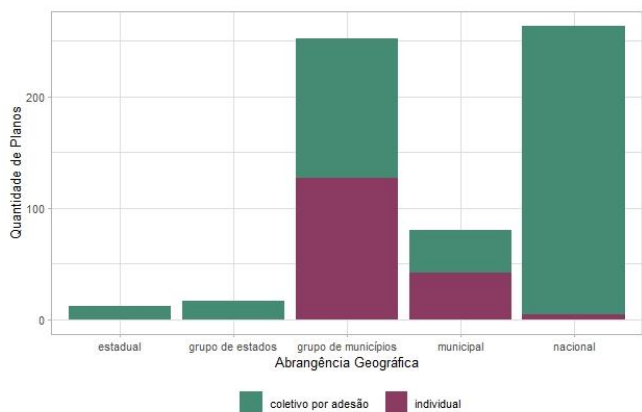
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 6 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – RIO DE JANEIRO (RJ)**



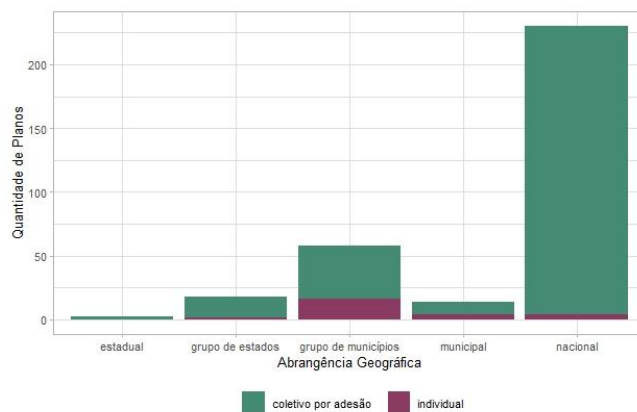
Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 7 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – SÃO PAULO (SP)**



Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitalares ativos, exceto planos de autogestões

**GRÁFICO 8 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – SALVADOR (BA)**



Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitalares ativos, exceto planos de autogestões

Além da quantidade de planos, nota-se que a maior parte dos planos com abrangência geográfica nacional é de planos contratados coletivamente (por adesão). São planos de seguradoras e grandes operadoras que não comercializam planos individuais/familiares. Na tabela 2, abaixo, é apresentada a quantidade de planos em comum entre os pares de municípios.

**TABELA 2 – QUANTIDADE DE PLANOS**

Quantidade de planos\*

	BH	Bsb	Curitiba	Fortaleza	Manaus	Rio	São Paulo	Salvador
BH	381	245	212	233	188	257	233	228
Bsb	245	336	212	224	181	248	222	227
Curitiba	212	212	323	209	165	214	190	197
Fortaleza	233	224	209	449	195	231	210	227
Manaus	188	181	165	195	212	187	166	186
Rio	257	248	214	231	187	593	253	230
São Paulo	233	222	190	210	166	253	646	204
Salvador	228	227	197	227	186	230	204	337

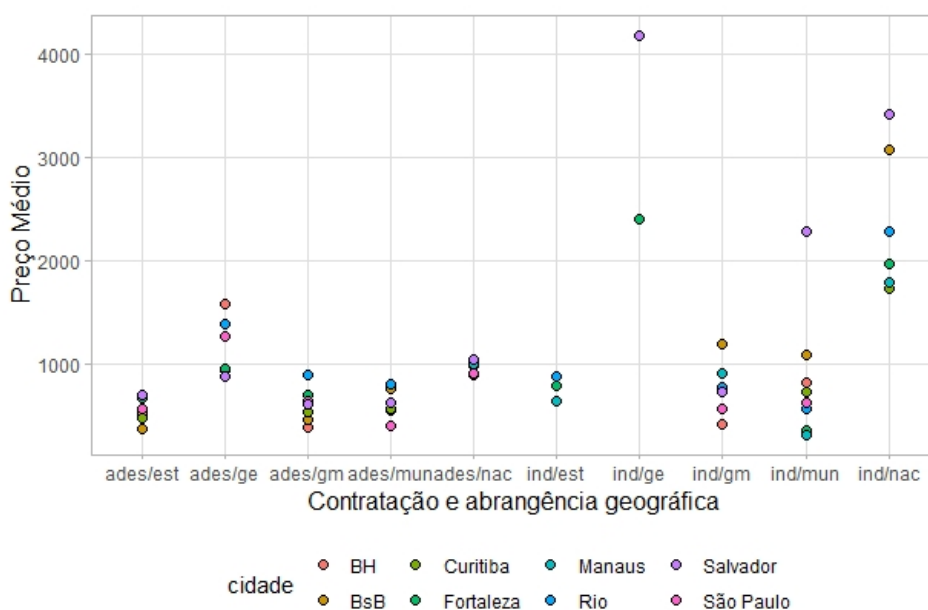
Fonte: ANS

\* Inclui planos de autogestões

No gráfico 9, abaixo, são apresentados os preços registrados médios, de acordo com o tipo de contratação e a abrangência geográfica do plano. Os preços registrados médios dos planos individuais são, na maior parte das vezes, maiores que os dos planos coletivos por

adesão. Os planos com maior abrangência geográfica também tendem a ter preços registrados mais altos.

**GRÁFICO 9 – PREÇO REGISTRADO MÉDIO DE PLANOS**



\* ades = coletivo por adesão; ind = individual/familiar; est = estadual; ge = grupo de estados; mun = municipal; nac = nacional e gm = grupo de municípios  
 Fonte: ANS

### 3.2. Características dos planos

Os dados referentes as demais características dos planos, com exceção das características relacionadas à rede hospitalar (quantidade de prestadores, quantidade de leitos e acreditação) foram obtidos na tabela Características dos produtos da saúde

suplementar, disponível no portal brasileiro de dados (<http://www.dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>), acessada em 16/04/2020. A partir da coluna CD\_Plano, que representa o código de registro do produto na ANS, foram vinculados os produtos coletados no Guia de Planos da ANS e seus preços registrados a suas características.

A partir da coluna Registro\_ANS, que contém o registro de operadora de plano privado de assistência à saúde concedido pela ANS a pessoa jurídica para operação no setor de saúde suplementar, foram incluídas na tabela as informações sobre a modalidade da operadora que ofertava o plano. Essa informação foi obtida por meio da tabela Operadora de planos de saúde ativas, acessada em 20/04/2020. Foram excluídos os planos ofertados por autogestões. Também foram excluídos os planos que não estavam em comercialização (Na tabela Características dos produtos da saúde suplementar consta a coluna ID\_Situacao\_Plano, que indica se o plano está sendo comercializado (ATIVO)). Como seria esperado, com exceção dos produtos comercializados em São Paulo, cuja coleta de dados ocorreu no ano passado, em todas as outras cidades, todos os planos constantes do Guia de Planos estavam ativos.

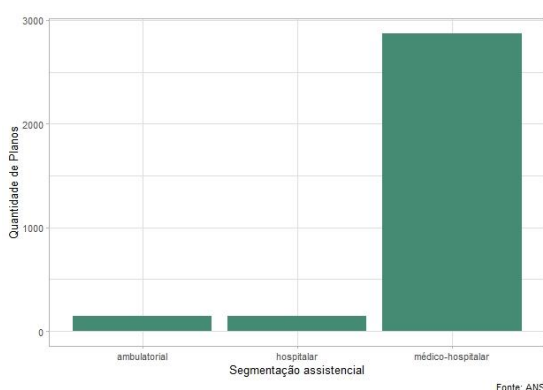
Da tabela Características dos produtos da saúde suplementar, foram utilizadas as colunas:

- Codigo\_Contratacao, havendo nos planos abrangidos na amostra apenas planos individuais ou familiares (1) e coletivos por adesão (3);
- Codigo\_Segmentacao, que indica a segmentação assistencial do plano, nas diversas combinações possíveis dos segmentos ambulatorial, hospitalar, com cobertura obstetrícia e odontológico. Neste trabalho, a partir das informações desta coluna, os planos foram segmentados em ambulatorial com ou sem cobertura odontológica, hospitalar com ou sem cobertura obstétrica e com ou sem cobertura odontológica, médico-hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica e com ou sem cobertura odontológica;
- Codigo\_Abrangencia\_Cobertura, que indica a abrangência da cobertura de cada plano, podendo ser nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios, município, outras;
- Log\_Fator\_Moderador, que indica a presença de algum fator moderador;

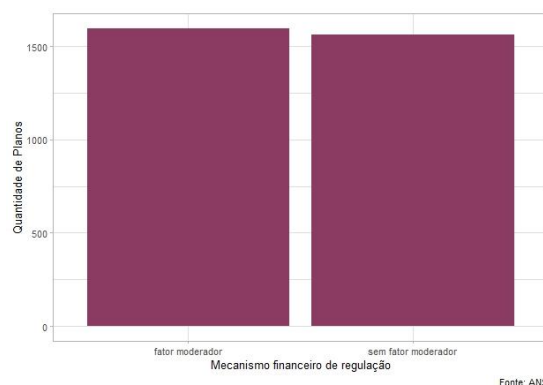
- **Acomodacao\_Hospitalar**, indicador do tipo de acomodação no caso de internação hospitalar, podendo ser Coletiva (1), Individual (2), Sem acomodação, no caso de planos ambulatoriais ou odontológicos (3), não identificado, quando o plano cobre internação, mas o tipo de acomodação não foi informado pela operadora (4).

Nos gráficos 10 a 12, abaixo, são apresentadas as proporções dos planos na base de dados considerando a segmentação assistencial, a presença de mecanismo financeiro de regulação e o tipo de acomodação hospitalar. A maior parte dos planos comercializados que compõem a amostra têm cobertura ambulatorial e hospitalar, como pode ser observado no gráfico 10, abaixo. Em relação a tabela original, dividiram-se os planos em três grupos: ambulatorial (Codigo\_Segmentacao 1 ou 8), hospitalar (Codigo\_Segmentacao 2, 3, 9, 10, 11 e 15). Todos os demais planos foram classificados como médico-hospitalares.

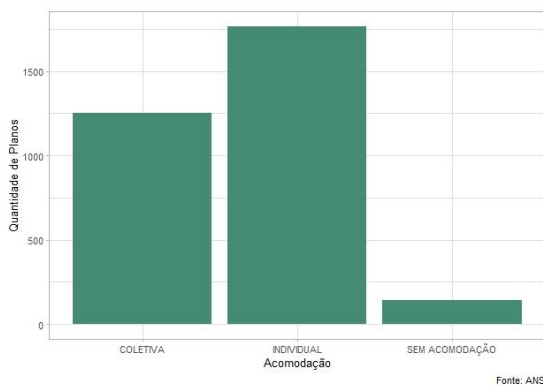
**GRÁFICO 10 – QUANTIDADE DE PLANOS POR SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**



**GRÁFICO 11 – QUANTIDADE DE PLANOS POR PRESENÇA DE MECANISMO FINANCEIRO DE REGULAÇÃO**



**GRÁFICO 12 – QUANTIDADE DE PLANOS POR ACOMODAÇÃO HOSPITALAR**



No que tange à presença de mecanismos financeiros de regulação, como mostra o gráfico 11, acima, aproximadamente metade dos planos têm mecanismos financeiros de regulação. Não se distinguiu entre coparticipação e franquia porque entre os planos com esses mecanismos, 88% têm apenas coparticipação e aproximadamente 10%, coparticipação e franquia. Apenas 2% dos planos com algum tipo de mecanismo têm apenas franquia. A proporção de planos com acomodação hospitalar individual (quarto) é um pouco maior que a metade (56%). Os planos sem acomodação são planos ambulatoriais.

### **3.3. Rede hospitalar**

A rede hospitalar de cada plano foi obtida a partir do conjunto de dados “Prestadores e Produtos”, também disponível no portal brasileiro de dados abertos, acessado, para obtenção desses dados, em 20/04/2020. Foram coletadas as tabelas referentes aos estados onde estão as cidades estudadas neste trabalho. Considerou-se que, mesmo quando um beneficiário adquire um plano nacional, sua preocupação principal é com a rede assistencial na cidade onde adquiriu o plano. Por essa razão, foram incluídos apenas os prestadores hospitalares em cada uma das capitais de interesse. Assim, um mesmo plano, comercializado em duas cidades diferentes, terá redes hospitalares também diferentes.

Embora os dados, a princípio, incluam apenas prestadores hospitalares e serviços de urgência e emergência, há prestadores classificados em diferentes formas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e mesmo prestadores que não têm registro no CNES. Foram selecionados, apenas, os prestadores classificados como hospital geral ou hospital especializado no CNES. Não se diferenciou entre as duas categorias.

Além disso, nas tabelas do conjunto de dados “Prestadores e Produtos”, há informação se a contratação do prestador foi total ou parcial. A contratação total permite que um beneficiário do plano utilize todos os serviços oferecidos pelo prestador contratado. Na contratação parcial, pode-se excluir apenas um serviço de importância secundária ou, ao contrário, contratar-se apenas um serviço pouco importante de todos os serviços oferecidos pelo prestador. Não é possível saber qual é o caso de cada contratação parcial. Por essa razão, conjecturou-se, inicialmente, utilizar apenas os dados de contratação total. Contudo, observou-se que, em muitos planos, toda a rede hospitalar é contratada parcialmente. Foram, então, definidas duas variáveis: hospitais em contratação total e hospitais em contratação

parcial. A primeira variável é a quantidade de hospitais gerais ou especializados, na cidade de comercialização do plano, cujos serviços podem ser integralmente utilizados pelos beneficiários do plano. A segunda é a quantidade de hospitais gerais ou especializados, na cidade de comercialização do plano, que têm serviços que podem ser utilizados pelos beneficiários do plano.

Para identificar os hospitais gerais e especializados, conforme o registro no CNES, os dados do conjunto que relaciona planos a prestadores foram vinculados à planilha com a relação de todos os prestadores de serviços de saúde disponível no site da ANS, consultada em 21/04/2020. Os conjuntos de dados foram relacionados por meio do registro no CNES do prestador. A vinculação das duas planilhas permite também verificar a quantidade de leitos em cada hospital. Esse dado é relevante porque a quantidade de leitos varia bastante entre os prestadores. Assim, essa variável pode ser uma medida mais precisa do tamanho da rede hospitalar disponível na cidade de comercialização do plano do que a quantidade de prestadores. Todavia, vale ressaltar uma vez mais que, no caso das contratações parciais, é possível que todos os leitos de um hospital estejam disponíveis aos beneficiários de um plano ou que nenhum esteja.

A quantidade de leitos foi calculada como a soma dos leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, de unidade de terapia intensiva (UTI) adulta, pediátrica, neonatal e de unidade de tratamento intermediária em hospitais gerais e especializados, com o tipo de convênio particular. A quantidade de leitos de cada prestador foi adicionada ao conjunto de dados de prestadores e planos por meio do registro CNES. Foram, então, definidas duas outras variáveis relacionadas à rede hospitalar, que são a quantidade de leitos em hospitais com contratação total e a quantidade de leitos em hospitais com contratação parcial.

Na tabela 3, são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis relacionadas à rede hospitalar. A média de prestadores contratados parcialmente é mais de quatro vezes maior que a média de prestadores com contratos totais. Essa diferença é ainda maior quando se considera a média de leitos em estabelecimentos contratados totalmente para os dos estabelecimentos contratados parcialmente.

Como não se sabe quais serviços foram contratados por meio de acordos de prestação de serviços parciais, as variáveis relacionadas a esse tipo de contrato são menos precisas.

Note-se que é grande a quantidade de planos que não tem qualquer hospital contratado integralmente, sendo a mediana da variável relacionada a esse tipo de contratação zero. É possível que, para muitos planos, as operadoras apenas contratem serviços hospitalares parcialmente de cada prestador. É possível, por outro lado, que as informações coletadas pelo regulador não estejam atualizadas.

**TABELA 3 – REDE HOSPITALAR**

Estatísticas Descritivas - Rede Hospitalar

=====

	Mínimo	Mediana	Média	Máximo
Hosp_Contr_Total	0	0	2.7	47
Hosp_Contr_Parcial	0	11	13.8	57
Leitos_Contr_Total	0	0	131.6	3,058
Leitos_Contr_Parcial	0	605	793.4	5,283

-----

Fonte: ANS

### 3.4. Acreditação da rede assistencial

Como mencionado anteriormente, a acreditação de um prestador por entidade acreditadora de serviço de saúde ou pelo INMETRO foi usada como *proxy* da qualidade da rede assistencial de um plano. Para construção dessa variável foram usados os dados constantes do conjunto de dados “Qualidade dos Prestadores”, também disponível no portal brasileiro de dados e acessado em 22/04/2020. Nesse conjunto de dados, constam os prestadores acreditados, identificados por meio do registro no CNES e com sua respectiva acreditação. Optou-se por não se distinguir o tipo de acreditação. Assim, vinculou-se esta tabela a tabela mencionada na seção anterior que contém a relação de prestadores e selecionaram-se apenas os hospitais gerais e hospitais especializados.

A lista de hospitais acreditados foi vinculada ao conjunto de dados que contém a rede assistencial de cada plano por meio do registro CNES. Somaram-se todos os hospitais acreditados de um plano. Esta variável foi utilizada como *proxy* da qualidade assistencial do plano. Note-se que planos com rede maior tendem também a ter maior quantidade de hospitais acreditados. Na comparação entre planos com a mesma abrangência, no entanto, é



possível verificar a importância dessa variável. Na média, os planos têm três hospitais acreditados. O plano com maior número de hospitais acreditados tem 42.

#### 4. Estimação

Os dados descritos na seção anterior foram usados para estimar os preços hedônicos de características dos produtos da saúde suplementar. Como afirmado anteriormente, os preços registrados não são necessariamente iguais aos preços praticados pelas operadoras. Assim, os preços hedônicos ora estimados informam sobre o quanto cada característica influencia na determinação do valor atuarial das contraprestações calculados pelas operadoras, mas não necessariamente são uma *proxy* dos preços hedônicos calculados a partir dos preços efetivamente praticados.

Feita esta ressalva, foram incluídas nas estimações todas as características consideradas relevantes na precificação de planos de saúde, como pode ser observado na tabela 4. A forma de contratação é relevante porque os reajustes de planos individuais são limitados e a operadora não pode rescindir esses contratos unilateralmente. É provável que os ofertantes considerem essas limitações na precificação de seus produtos e estabeleçam preços registrados para produtos individuais relativamente mais altos do que para produtos coletivos.

A extensão da cobertura de um plano influencia diretamente nos seus custos. Essa extensão cresce tanto conforme são agregados itens na cobertura assistencial quanto à medida que a abrangência geográfica do plano aumenta. No primeiro caso, os planos podem ter cobertura ambulatorial, hospitalar, ambas (planos médico-hospitalares), cobertura obstétrica adicional e cobertura odontológica adicional. Na tabela 4, são descritas todas as *dummies* relativas à cobertura incluídas na estimação.

Duas outras características dos planos que podem ser relevantes na sua precificação são o tipo de acomodação hospitalar e a presença de mecanismo financeiro de regulação. No primeiro caso, a acomodação pode ser em quarto individual ou enfermaria, na qual o beneficiário é acomodado junto com outros pacientes. Os custos do primeiro tipo tendem a ser maiores, o que implica que seu efeito esperado nos preços registrados seja positivo. Diferentemente, os mecanismos financeiros de regulação, sejam franquias, sejam

coparticipações, permitem que a operadora compartilhe seus custos com os beneficiários, que se tornam responsáveis pelo pagamento de uma parte da assistência, além da contraprestação. Assim, a presença de mecanismos financeiros de regulação tende a diminuir os preços registrados.

Por fim, foram incluídas variáveis relacionadas à rede constantes de bancos de dados da ANS. Para o consumidor, considera-se que a rede é uma variável bastante relevante na escolha de seu plano. Para as operadoras, a extensão da rede assistencial do plano e sua qualidade também tendem a ser relevantes para a precificação do produto. Isso porque ainda que a operadora pague os prestadores por procedimento, há custos de negociação para a entrada de um prestador na rede. Além disso, maior a capilaridade da rede e mais fácil o acesso, mais provável que os beneficiários a utilizem. A presença de prestadores acreditados pode influenciar os preços registrados porque os preços cobrados por esses prestadores tendem a ser maiores.

**TABELA 4 – VARIÁVEIS DO MODELO**

Variável	Descrição	Efeito Esperado
Tipo de contratação	Individual ou coletivo por adesão	Preços registrados de individuais seriam maiores. A dummy se associa aos planos individuais (planos coletivos por adesão são a base).
Plano ambulatorial	Planos que têm apenas cobertura ambulatorial.	Preços registrados desses planos devem ser menores que de planos com cobertura completa (médico-hospitalar, que é a base na regressão)
Plano hospitalar	Planos que têm apenas cobertura hospitalar	Preços registrados desses planos devem ser menores que de planos com cobertura completa (médico-hospitalar, que é a base na regressão)
Cobertura obstétrica	Planos que têm cobertura obstétrica	A presença da cobertura deve aumentar os preços registrados
Cobertura odontológica	Planos que têm cobertura odontológica	A presença de cobertura odontológica deve aumentar os preços registrados
Abrangência geográfica	<i>Dummies</i> referentes à abrangência geográfica do produto (municipal (M), grupo de municípios (GM), estadual (EST), grupo de estados (GE) ou nacional (NAC), sendo a abrangência dos produtos NAC>GE>EST>GM>M.	Quanto maior a abrangência geográfica, maior tende a ser o preço registrado. A base de comparação são planos nacionais.
Acomodação hospitalar	Se o plano tem quarto individual ou enfermaria	Produtos com acomodação em quartos individuais tenderiam a ter preços registrados mais altos.
Fator Moderador	Se o plano tem franquias ou coparticipação.	Produtos com fatores moderadores tenderiam a ter preços menores.
Rede hospitalar	Quantidade de hospitais em Vitória (ES) cujos serviços foram	Quanto maior a rede hospitalar, tudo o mais constante, o preço do plano deveria ser maior.

	contratados integralmente pelos planos ou quantidade de leitos nesses hospitais. Alternativamente, podem ser usados os leitos nesses hospitais.	
Rede hospitalar contratada parcialmente	Quantidade de hospitais em Vitória (ES) cujos serviços foram contratados parcialmente pelos planos ou quantidade de leitos nesses hospitais. Alternativamente, podem ser usados os leitos nesses hospitais.	Quanto maior a rede hospitalar, tudo o mais constante, o preço do plano deveria ser maior. Contudo, não é possível saber quais os serviços contratados neste caso.
Hospitais acreditados	Quantidade de hospitais acreditados que fazem parte da rede do plano	A acreditação seria uma proxy da qualidade da rede. Portanto, quanto mais hospitais acreditados, maior seria a qualidade da rede a qual o beneficiário teria acesso e maiores os preços que poderiam ser cobrados.

Fonte: Elaboração própria

O modelo estimado, portanto, foi  $p_j = \beta_0 + \beta x_j + \varepsilon$ , onde  $p_j$  são os preços registrados dos planos,  $x_j$  é um vetor com as características dos produtos descritas na tabela 3, acima,  $\beta$  é um vetor com os coeficientes associados a essas características,  $\beta_0$  designa o intercepto da equação, sendo que este, nesse caso, é a estimativa para o preço registrado do plano base, qual seja, um plano contratado coletivamente por adesão, com segmentação médico-hospitalar sem obstetrícia, abrangência geográfica nacional, acomodação em enfermaria, sem fator moderador e com uma rede assistencial básica. Por fim, o  $\varepsilon$  designa o erro estocástico e  $j$  indica o plano.

Foram testados também modelos em que os preços registrados foram logaritmizados. A interpretação dos resultados nesses casos se altera. O intercepto da equação exponenciado passa a ser a média geométrica do preço, considerando-se as variáveis binárias e as variáveis contínuas iguais a zero. Os coeficientes das variáveis, depois de algumas operações algébricas, passam a indicar mudanças percentuais nos preços registrados decorrentes do aumento em uma unidade no caso das variáveis contínuas ou da mudança na característica analisada no caso das dummies.

## 5. Resultados

Foram estimados os preços hedônicos para toda a amostra com todas as variáveis em nível. O qqplot dos erros da regressão indicam a presença de heterocedasticidade (anexo 1).

O mesmo acontece com a contraposição dos erros aos valores estimados e a algumas das variáveis, como a quantidade de hospitais cujos serviços foram contratados integralmente (anexo 1). Também o teste de Breush-Pagan apontou para a heterocedasticidade dos resíduos. Os erros foram, então, clusterizados de acordo com a cidade. Note-se que os resíduos das regressões nas quais o tamanho da rede foi incluído por meio de variáveis da quantidade de leitos são ainda mais irregulares do que os da regressão na qual é utilizada a quantidade de hospitais (ver gráficos no anexo1).

As estimativas são apresentadas na tabela 5, abaixo. Os coeficientes estimados têm os sinais esperados (ver tabela 4, acima), com exceção dos relacionados à cobertura odontológica, à abrangência geográfica de grupos de estados e aos hospitais acreditados. Os coeficientes associados à cobertura municipal, à rede hospitalar e à qualidade da rede foram pouco significativos. Considerando que o objetivo deste trabalho é avaliar os preços hedônicos das características dos planos de saúde a partir dos preços registrados, julgou-se que a melhor especificação do modelo é aquela que inclui todas as características do produto, ainda que algumas não influenciem nos preços registrados.

A partir das estimativas da regressão (1), o preço registrado médio estimado de um plano individual, médico-hospitalar, nacional, com internação em enfermaria e sem mecanismo financeiro de regulação é R\$ 963,23. Um plano com as mesmas características, mas coletivo por adesão tem preços registrado 34% menor. A segmentação assistencial do plano também tem grande influência nos preços registrados. É interessante notar que, de acordo com os resultados, planos exclusivamente ambulatoriais teriam preços registrados mais altos que planos hospitalares. Um plano com cobertura apenas ambulatorial tem preços registrados R\$ 280,39 menor que um plano médico-hospitalar, enquanto um plano hospitalar tem preços registrados R\$ 386,32 menor.

No que tange à abrangência geográfica, seria esperado que os planos municipais tivessem os menores preços registrados e que esses fossem crescendo à medida que a área de cobertura do plano aumenta (grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional). Os coeficientes estimados, contudo, indicam ordenamento de preços registrados no qual os planos com cobertura de grupos de estados teriam preços registrados mais altos que os planos nacionais. Em seguida a estes, viriam os planos municipais. Os planos com abrangência de

grupos de municípios teriam preços registrados mais altos que os estaduais, que teriam os preços mais baixos. Esse resultado pode estar relacionado a características das operadoras ofertantes desses planos não incluídas nas regressões e que são correlacionadas com a abrangência geográfica.

Duas variáveis não tiveram os sinais esperados. Os resultados das estimações apontam que a presença de cobertura odontológica diminuiria os preços e, na segunda equação estimada, também a inclusão de prestadores hospitalares acreditados reduziria o preço do produto. Embora o coeficiente da acreditação da rede seja pequeno, o da cobertura odontológica não é.

**TABELA 5 – RESULTADOS DAS REGRESSÕES COM OS PREÇOS EM NÍVEL**

	Variáveis dependentes	
	(1)	(2)
Individual	328,519*** (37,936)	339,953*** (37,758)
Ambulatorial	-280,381*** (85,404)	-276,481*** (85,014)
Hospitalar	-386,319*** (58,825)	-403,473*** (58,577)
Cobertura obstétrica	239,592 (65,623)	234,443 (65,266)
Cobertura odontológica	-257,224*** (88,490)	-252,850*** (87,864)
Grupo de estados	352,441*** (63,712)	-345,824 (63,404)
Estadual	-425,744*** (70,477)	-429,167*** (70,245)
Municipal	-231,117*** (58,130)	-239,015 (56,580)
Grupo de municípios	-323,439*** (37,310)	-330,872*** (36,328)
Quarto hospitalar	196,987*** (26,790)	187,193*** (26,711)
Fator moderador	-209,595***	-207,869***

	(24,887)	(24,732)
Rede hospitalar (total)	4,392** (1,952)	
Rede hospitalar (parcial)	5,332*** (1,436)	
Leitos (total)		0,154*** (0,050)
Leitos (parcial)		0,151*** (0,022)
Qualidade da rede	1,101 (2,002)	-4,520** (2,172)
Constante	634,713*** (73,278)	628,224*** (72,118)
-----		
Observações	3.160	3.160
R2	0,151	0,151
R2 Ajustado	0,147	0,155
Erro padrão ajustado (df=3145)	682,063	678,713
Estatística F (df=14; 3145)	39,909***	42,527***
=====		

Nota: \*p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01

Fonte: Elaboração própria

Os preços registrados refletem os custos associados às características dos produtos e às expectativas das operadoras. Nesse sentido, o preço hedônico de um quarto individual, tal como ora estimado, reflete as diferenças na expectativa de custo da operadora se um beneficiário for internado e seu plano oferecer esse tipo de acomodação. A diferença entre os preços dos planos individuais e dos coletivos por adesão também refletem expectativas que podem estar associadas à maior utilização (seleção adversa seria maior em planos individuais/familiares) ou às limitações nos reajustes futuros. O efeito da demanda e, mais especificamente, das preferências dos consumidores não pode ser inferida por meio dos preços registrados, que são apenas uma estimativa atuarial e que podem diferir dos preços de tabelas praticados pelas operadoras consideravelmente (30% para mais ou para menos).

Um outro meio de lidar com a heterocedasticidade dos resíduos é logaritmizar as variáveis. Foram estimadas as mesmas regressões com a variável dependente logaritmizada. Os resíduos tornam-se mais homocedásticos, não se podendo refutar essa hipótese na

realização do teste de Breusch-Pagan. Todos os gráficos de diagnóstico indicam também um melhor ajuste do modelo. A tabela 6, abaixo, mostra as mudanças em percentuais na média geométrica do preço decorrente de as variáveis assumirem o valor de 1 (ver tabela 4, acima).

**TABELA 6 – RESULTADOS DAS REGRESSÕES COM OS PREÇOS LOGARITMIZADOS**

	Efeito nos preços registrados (%)	
	(3)	(4)
Individual	34,60***	36,53***
Ambulatorial	-57,33***	-57,32***
Hospitalar	-38,42***	-39,41***
Cobertura obstétrica	19,82***	19,65***
Cobertura odontológica	-17,14***	-16,10*
Grupo de estados	33,94***	-33,84***
Estadual	-30,67***	-30,51***
Municipal	-26,00***	-27,59***
Grupo de municípios	-34,67***	-35,67***
Quarto hospitalar	30,57***	29,37***
Fator moderador	-16,09***	-15,77***
Rede hospitalar (total)	0,38*	
Rede hospitalar (parcial)	0,79***	
Leitos (total)		0,01***
Leitos (parcial)		0,2***
Qualidade da rede	-0,12	-0,06**
Constante	567,24***	571,07***
Observações	3.145	3.145
R2	0,3626	0,3743
R2 Ajustado	0,3618	0,3715
Erro padrão ajustado (df=3145)	0,5335	0,5295
Estatística F (df=14; 3145)	128,9***	134,4***

Nota: \*p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01

Fonte: Elaboração própria

Os sinais de todas as variáveis são semelhantes aos das estimações com a variável dependente em nível. Contudo, os coeficientes estimados indicam percentuais de variações dos preços decorrentes das presenças dos atributos diferentes das estimativas iniciais. Um produto contratado individualmente teria preços 34,6% maiores que o mesmo produto contratado coletivamente, considerando os resultados da terceira estimativa. Em comparação, os resultados da primeira estimativa indicariam aumento de 54%. Essas diferenças se repetem para todas as variáveis.

Ao menos uma parte das divergência decorre da base inicial. Enquanto nas estimativas com a variável dependente em nível, a constante se refere à média aritmética, nas estimativas com esta logaritmizada, a constante se refere à média logarítmica.

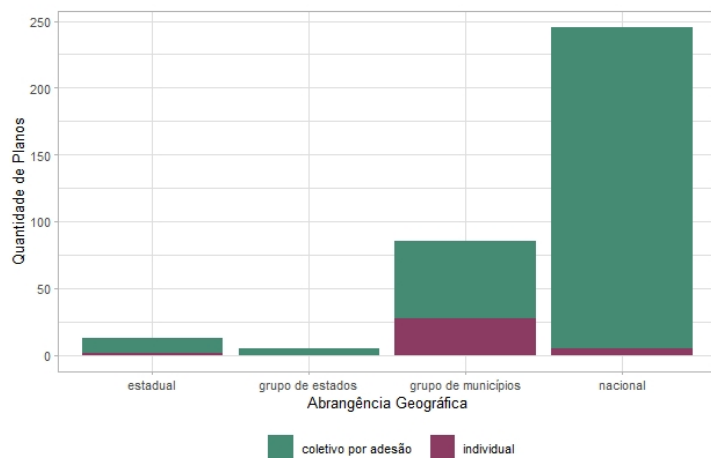
## **6. Análise a partir dos dados de preços efetivamente praticados**

Com o fim de subsidiar a análise de um processo julgado pelo CADE, o Departamento de Estudos Econômicos (DEE) oficiou operadoras de planos de saúde que atuam em municípios do estado do Espírito Santo. Entre as informações solicitadas, foi requerido que as operadoras encaminhassem dados referentes aos seus planos médico-hospitalares comercializados no estado, tais como características dos produtos e seus preços, rede assistencial vinculada a cada plano, beneficiários vinculados a cada plano, valores pagos pelos beneficiários relacionados a contraprestações, coparticipações e franquias e informações contábeis. Os dados enviados por duas operadoras foram usados para estimar os preços hedônicos praticados por essas ofertantes na cidade de Vitória (ES). A análise concentrou-se em planos individuais e coletivos por adesão adquiridos por beneficiários que tinham entre 44 e 48 anos.

Além dos dados recebidos pelo DEE, coletaram-se dados de preços registrados de produtos individuais/familiares e coletivos por adesão, comercializados na cidade, tendo em vista a faixa etária de 44 a 48 anos. O procedimento da coleta foi o mesmo descrito na seção 3.1 para os produtos comercializados em outros municípios, salvo pela data da coleta, que foi realizada nos dias 04 e 05/05/2020. O gráfico 13, abaixo, mostra a quantidade de planos comercializados na cidade, considerando-se a abrangência geográfica e forma de contratação. A maior parte dos planos comercializados é coletiva por adesão, com abrangência nacional.



**GRÁFICO 13 - QUANTIDADE DE PRODUTOS EM COMERCIALIZAÇÃO – VITÓRIA (ES)**

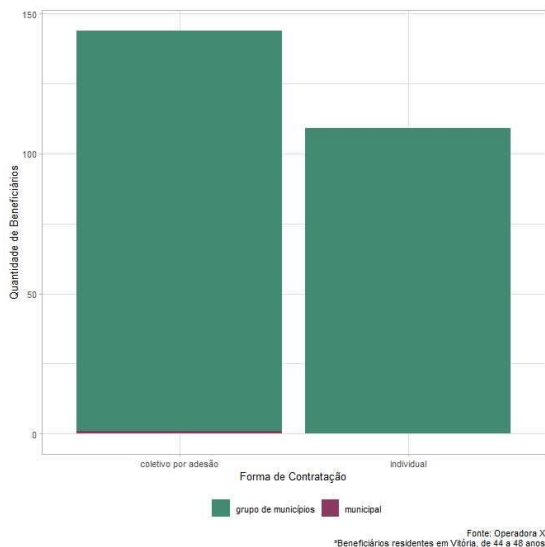


Fonte: ANS  
\*Planos Médico-hospitalares ativos, exceto planos de autogestões

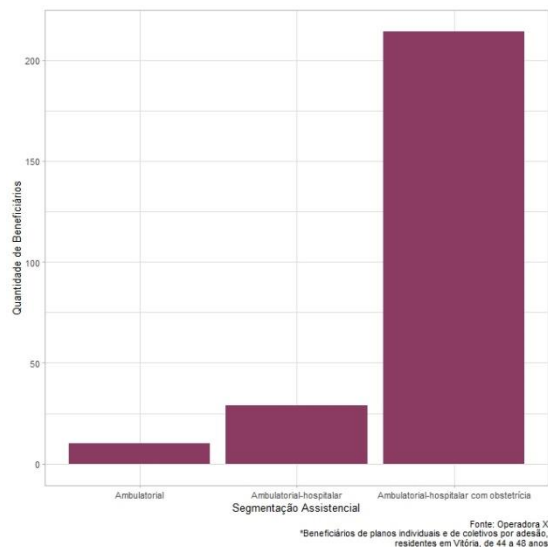
### 6.1. Características dos planos da operadora X

A partir dos dados encaminhados pela operadora X, conforme solicitação do DEE, referente aos seus beneficiários, planos aos quais estão vinculados e valores pagos no ano de 2019, selecionaram-se os beneficiários de planos individuais ou coletivos por adesão, que moravam em Vitória (ES) e tinham entre 44 a 48 anos. São 253 beneficiários com essas características. Nos gráficos 14 a 17, apresentam-se os planos aos quais estão vinculados. Com exceção de um beneficiário, todos estão em planos cuja abrangência geográfica é de grupo de municípios (gráfico 14). Um pouco mais da metade são beneficiários de planos coletivos por adesão (gráfico 14) e um quarto está em planos que não têm mecanismos financeiros de regulação (gráfico 16). Também há pouca variação na segmentação assistencial (gráfico 15), estando a maior parte dos beneficiários em planos médico-hospitalares com cobertura obstétrica. No que tange às características dos próprios beneficiários, há mais mulheres (62%) (gráfico 17).

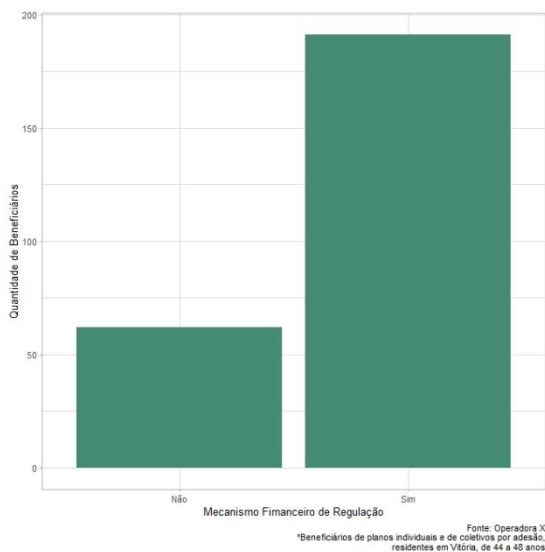
**GRÁFICO 14 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E FORMA DE CONTRATAÇÃO DO PLANO**



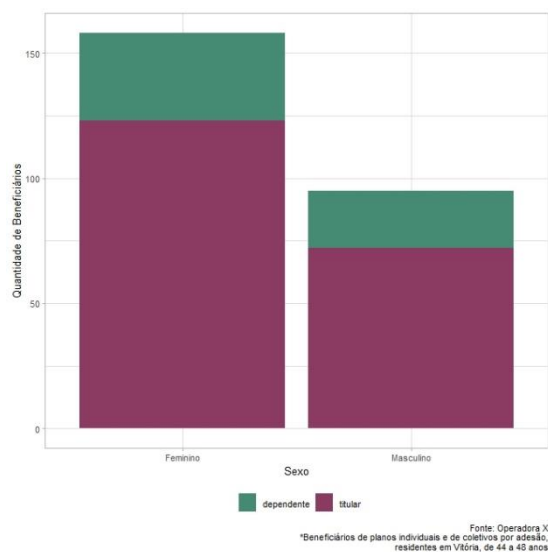
**GRÁFICO 15 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO**



**GRÁFICO 16 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A EXISTÊNCIA DE MECANISMO FINANCEIRO NO PLANO AO QUAL ESTÁ VINCULADO**



**GRÁFICO 17 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME SEXO E TITULARIDADE**



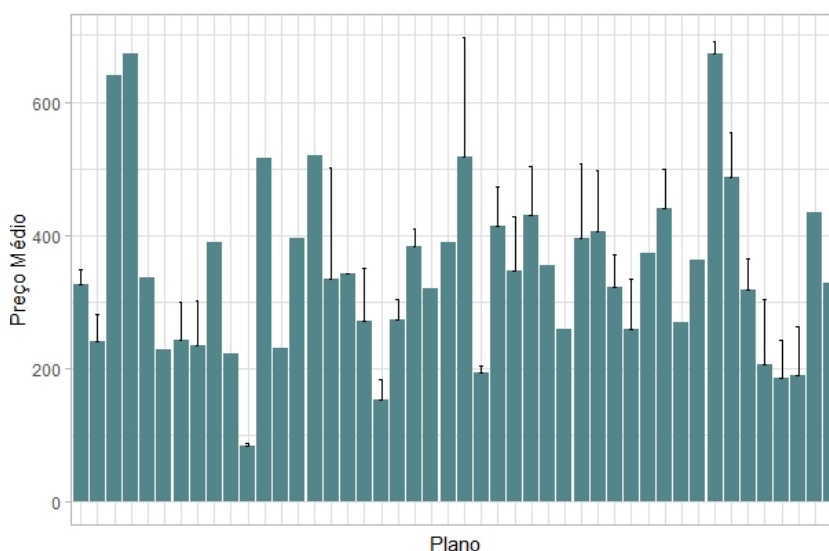
Apesar de a análise ter sido restringida a uma faixa etária<sup>21</sup>, os valores pagos pelos beneficiários em 2019 variaram consideravelmente. Mesmo nas informações apresentadas pela operadora relativas não a um beneficiário especificamente, mas aos planos e suas características, era comum que houvesse mais de um preço para a mesma faixa etária e mesmo plano. Nota-se, assim, que essa variável é bastante influenciada pelas negociações bilaterais entre operadora e contratante.

<sup>21</sup> A faixa etária entre 44 a 48 anos equivale à sétima faixa etária determinada pela ANS na regulação de reajustes por faixa etária de planos de saúde (RN 63, de 2003).

Além disso, os preços dos planos individuais familiares podem ser influenciados pelo ano de contratação, pois os reajustes anuais são limitados pelo regulador. Um beneficiário que tenha contratado um plano há dois anos e não tenha mudado de faixa etária paga neste ano como contraprestação o valor contratado adicionado dos valores decorrentes dos reajustes autorizados. Já um beneficiário que contratou o mesmo plano recentemente, pode pagar valor muito diferente.

Tendo isso em consideração, optou-se por utilizar como variável de preço cobrado pela operadora, o resultado da divisão do valor anual pago informado por beneficiário pela operadora pela quantidade de boletos pagos por este mesmo beneficiário. O gráfico 18, abaixo, mostra os preços dos planos médios dos produtos da operadora X e seus desvios-padrão. São 46 planos, cujos preços médios variam consideravelmente. Essa diferença é ainda mais notável quando se consideram os gráficos 13 a 17, que mostram similaridade entre características, como abrangência geográfica da cobertura e segmentação assistencial.

**GRÁFICO 18 – PREÇOS MÉDIOS E DESVIOS-PADRÃO DOS PLANOS COM BENEFICIÁRIOS DA OPERADORA X**



Fonte: Operadora X

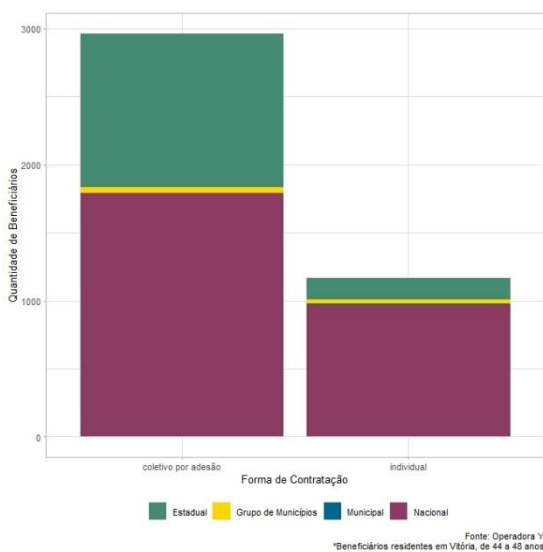
## 6.2. Características dos planos da Operadora Y

A partir da tabela com dados de beneficiários encaminhados pela Operadora Y, em resposta a ofício do DEE, selecionaram-se os beneficiários de planos individuais ou coletivos

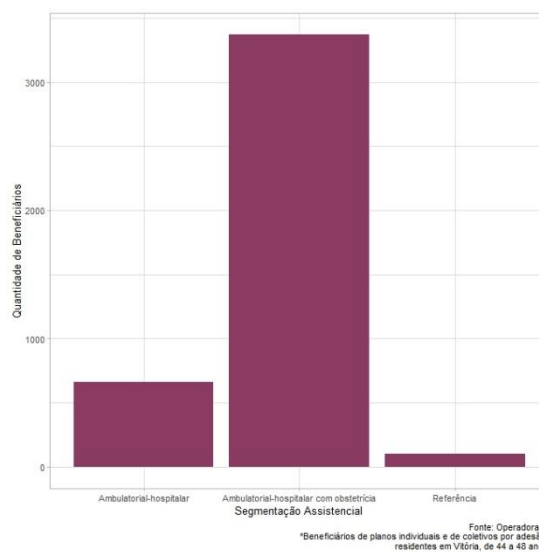
por adesão que moravam em Vitória e tinham entre 44 e 48 anos. A quantidade de beneficiários é consideravelmente maior do que a da Operadora X. São 4133 beneficiários, estando aproximadamente 72% vinculados a planos coletivos por adesão. Diferentemente da concorrente, cujos planos comercializados em Vitória têm abrangência geográfica de grupos de municípios, a maior parte dos planos da operadora Y com beneficiários na cidade têm abrangência nacional. Planos estaduais também são relevantes, especialmente na contratação coletiva por adesão.

Todos os beneficiários da Operadora Y na amostra estão em planos com assistência ambulatorial e hospitalar, como pode ser observado no gráfico 20, abaixo. A maior parte tem também cobertura obstétrica. Mecanismos financeiros de regulação (coparticipação) estão presentes em aproximadamente 70% dos planos dos beneficiários selecionados, como mostra o gráfico 21. No que tange a suas próprias características, o perfil dos beneficiários na amostra da Operadora Y é semelhante ao dos beneficiários na amostra da Operadora X. Há mais mulheres (58%) e a maior parte dos beneficiários são titulares.

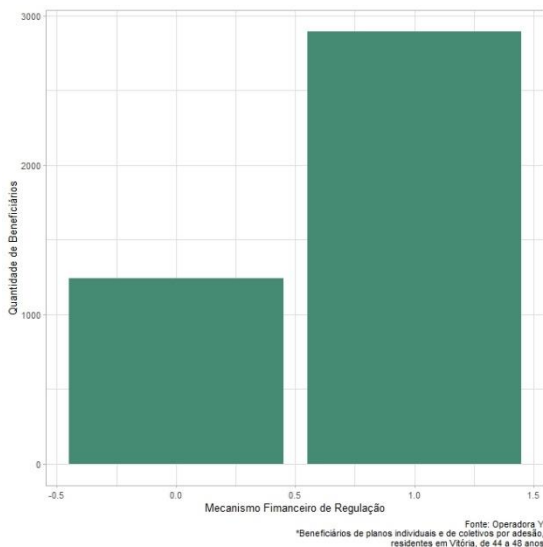
**GRÁFICO 19 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E FORMA DE CONTRATAÇÃO DO PLANO**



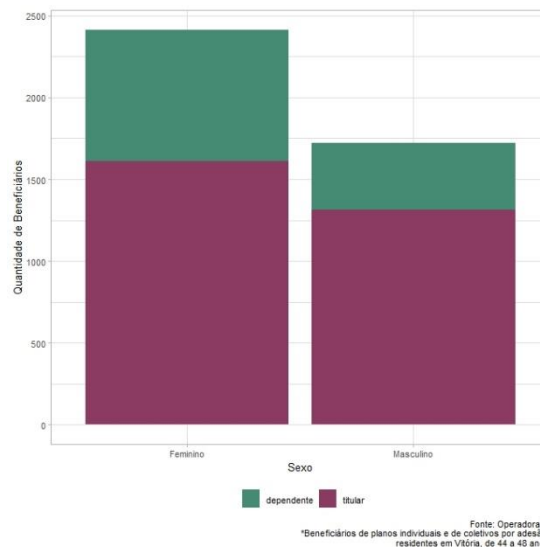
**GRÁFICO 20 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO**



**GRÁFICO 21 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME A EXISTÊNCIA DE MECANISMO FINANCEIRO NO PLANO AO QUAL ESTÁ VINCULADO**

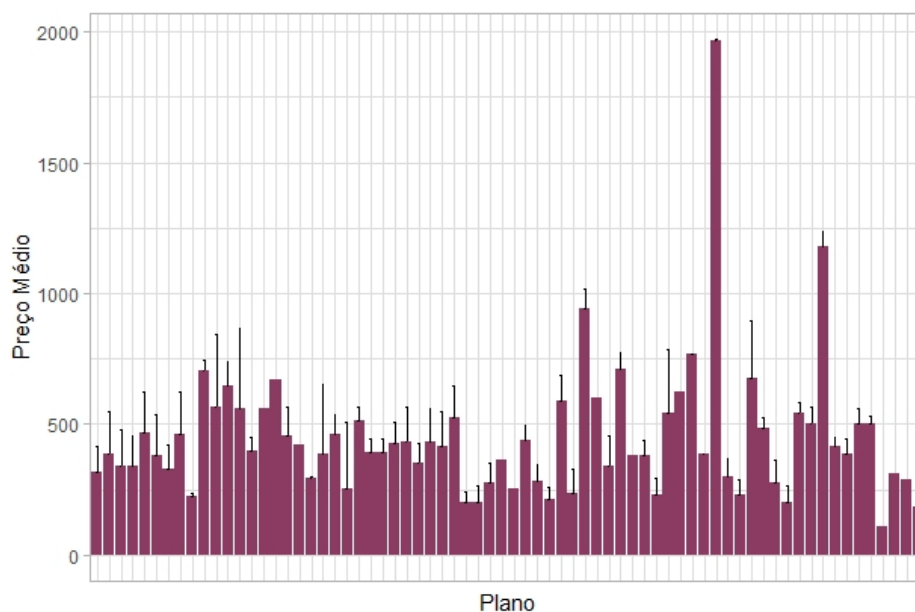


**GRÁFICO 22 – BENEFICIÁRIOS, CONFORME SEXO E TITULARIDADE**



Os beneficiários da amostra da Operadora Y estão em 70 planos diferentes. Os preços pagos (divisão do valor pago anualmente em 2019 pela quantidade de boletos) variam não apenas entre planos diferentes, mas também para beneficiários de um mesmo plano. No gráfico 23, abaixo, são apresentados os preços médios por plano pagos por beneficiários de planos coletivos por adesão ou individuais, residentes em Vitória, que têm entre 44 a 48 anos e os desvios-padrão (linha preta). Os preços médios da Operadora Y são um pouco mais altos que os preços médios da Operadora X. A média dos preços médios da primeira é R\$ 450,50, ao passo que da segunda é R\$ 329,80. A direção da diferença é a mesma quando se comparam as medianas: a mediana dos preços médios da Operadora Y é R\$ 395,60, enquanto da Operadora X é R\$ 325, 10. Note-se que abrangência geográfica dos planos da amostra da primeira é, salvo algumas exceções, maior do que dos planos da segunda.

**GRÁFICO 23 – PREÇOS MÉDIOS E DESVIOS-PADRÃO DOS PLANOS COM BENEFICIÁRIOS DA OPERADORA Y**



Fonte: Operadora Y

### 6.3. Comparação dos preços registrados com os preços cobrados

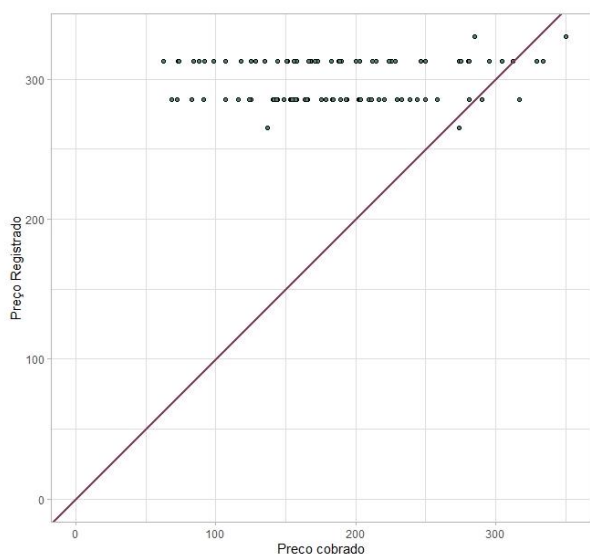
Considerando que os dados de valor pago em 2019 por beneficiário informados pelas operadoras são a soma das contraprestações, a comparação dos preços registrados com esses valores permite avaliar se os primeiros podem ser utilizados como *proxy* dos preços efetivamente praticados. No Guia de Planos de Saúde da ANS, de onde foram extraídos os dados de preços registrados, somente constam os planos em comercialização. Diferentemente, os beneficiários que compõem a amostra das operadoras oficiais podem ter contratado planos que deixaram de ser comercializados pelas operadoras. Nesses casos, os beneficiários continuam vinculados aos produtos, mas a operadora não pode realizar novas vendas.

Na base de dados da Operadora X, considerando-se os filtros relacionados à cidade de moradia do beneficiário, forma de contratação e faixa etária, dos 253 beneficiários listados, 108 estão em planos cujos preços registrados estão disponíveis no Guia de Planos de Saúde da ANS. Já na base da Operadora Y, considerando-se os mesmos filtros, dos 4.133

beneficiários, 2.157 estão em planos cujos preços estão disponíveis no Guia de Planos de Saúde da ANS.

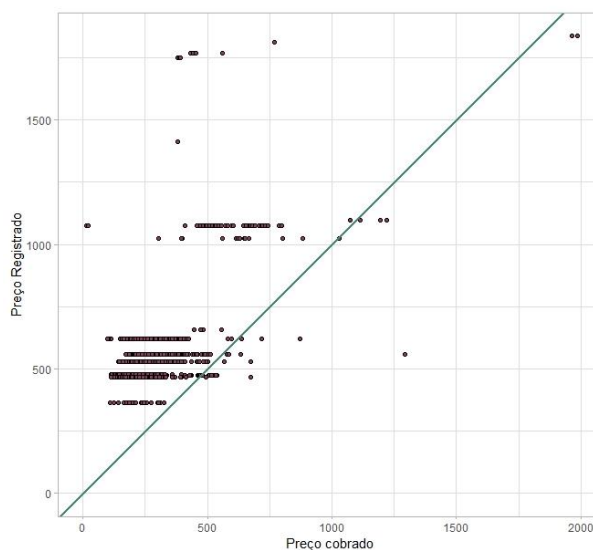
Compararam-se os preços pagos por beneficiário das duas operadoras com os preços registrados. Os gráficos 24 e 25 mostram na abscissa os preços cobrados pelas operadoras e nas ordenadas os preços registrados. Nota-se que estes variam pouco em comparação aos preços efetivamente praticados. Para um mesmo preço registrado, nas duas operadoras, há muitos e diferentes preços praticados. Nos gráficos, os pontos nas retas em rosa, no gráfico 24, e na reta verde, no gráfico 25, são aqueles nos quais os preços registrados são semelhantes aos preços cobrados dos beneficiários. Em ambos os casos, há poucos pontos nessas linhas. A maior parte deles está à esquerda das linhas, indicando que os preços cobrados são, em geral, menores que os preços registrados.

**GRÁFICO 24 – PREÇO REGISTRADO X PREÇO COBRADO – OPERADORA X**



Fonte: ANS e Operadora X.  
\*Foram retirados do gráfico cinco pontos com preços registrados maiores que R\$ 2.000,00

**GRÁFICO 25 – PREÇO REGISTRADO X PREÇO COBRADO – OPERADORA Y**



Fonte: ANS e Operadora Y

Mesmo se os preços cobrados não fossem semelhantes aos preços registrados, mas fosse possível estabelecer relação crescente ou decrescente entre essas variáveis, os preços registrados ainda poderiam ser usados como *proxy* dos preços praticados pelas operadoras. Contudo, isso não ocorre em nenhum dos casos.

Há algumas hipóteses para explicação dessas diferenças. A primeira seria relacionada ao período de coleta. Enquanto os preços cobrados são uma média dos valores pagos pelos

beneficiários em 2019, os preços registrados foram coletados em maio de 2020. Considerando-se, contudo, o nível de inflação do período, é pouco provável que essas diferenças sejam decorrentes de mudanças nas tabelas de preços entre um período e outro. Nesse sentido, cabe destacar que 64% das diferenças nos dados da Operadora X e 89% das diferenças na amostra da Operadora Y equivalem a mais de 30% do plano registrado. É improvável que diferenças tão grandes sejam causadas por reajustes no período.

Outra possibilidade de explicação seria o fato de que muitos dos beneficiários na amostra contrataram seus planos antes de 2019. Assim, suas contraprestações não refletiriam as condições atuais do mercado, como refletiriam os preços registrados. Essa explicação, contudo, somente seria válida para os planos individuais/familiares.

No caso dos planos coletivos por adesão, tanto operadoras quanto beneficiários têm liberdade para rescindir contratos a qualquer tempo e para negociar reajustes por variação de custo anuais. Assim, mesmo que um contrato tenha sido estabelecido há bastante tempo, pode-se considerar que está em avaliação contínua pelas partes e, não sendo lucrativo para alguma delas, será rescindido. Pode haver diferenças conforme o tempo de contratação porque a operadora adquire conhecimento sobre a sinistralidade da carteira, a adimplência do contratante e outras variáveis relevantes para a precificação, mas é pouco provável que, se o preço cobrado não for coerente com sua estratégia de mercado, não seja reajustado. Além disso, os dados também não corroboram essa hipótese. Considerando-se apenas os contratos aos quais os beneficiários aderiram em 2019, a porcentagem cuja diferença entre os preços registrados e os preços praticados é maior que 30% é também 64% para a operadora X e 75% para a operadora Y.

#### **6.4. Estimação dos preços hedônicos a partir dos dados de preços praticados**

Os dados dos preços, obtidos conforme descrito acima, permitem calcular o preço hedônico dos produtos adquiridos por beneficiários das operadoras X e Y, que moram em Vitória e têm entre 44 e e 48 anos. As características dos produtos, bem como a rede hospitalar e a quantidade de prestadores acreditados foram obtidas utilizando-se as mesmas bases de dados descritas nas seções 3.2, 3.3 e 3.4. Além das variáveis relativas às características dos planos, foram consideradas características dos consumidores, informadas pelas operadoras (sexo, tipo de vínculo e ano de adesão ao plano).



A tabela 7, abaixo, apresenta todas as variáveis consideradas nas estimações. A princípio, não deveria haver diferença nos preços dos produtos decorrentes do sexo do beneficiário. A única discriminação de risco que a Lei 9.656, de 1998, permite é relacionada a faixa etária do beneficiário. Desconsiderando-se a regulamentação sobre discriminação de riscos, seria esperado que os preços para mulheres, durante sua vida reprodutiva, fossem mais altos, já que, mesmo saudáveis, tenderiam a realizar mais procedimentos médico-hospitalares. Essa diferença de preços permaneceria mesmo para as faixas etárias posteriores se as operadoras cumprissem a regra de que a variação de preços por faixa etária deve seguir estritamente a variação apresentada na nota técnica de registro de produto, o que impediria reajustes por faixa etária diferentes para homens e mulheres.

Também não se esperam diferenças nos preços relacionadas ao tipo de vínculo do beneficiário. Note-se que, no conjunto de observações coletado, é maior a quantidade de beneficiários titulares. Já para o ano de adesão ao produto, em planos individuais, poderiam ser observadas diferenças nos preços atuais dos produtos. Isso porque não é permitida a rescisão unilateral pelas operadoras e os reajustes são limitados pela ANS. Se os limites máximos forem menores que o crescimento dos custos desses produtos, os beneficiários que aderiram há mais tempo pagarão preços menores que os que aderiram mais recentemente. Nesse sentido, o tipo de contratação pode influenciar os preços, pois uma operadora sabe que, havendo necessidade, poderá reajustar livremente os preços dos produtos coletivos, mas não dos produtos individuais.

A amplitude da cobertura está diretamente relacionada ao custo assistencial de um plano de saúde. Na amostra de beneficiários das operadoras, há uniformidade nos produtos oferecidos no que tange à cobertura assistencial. Todos os beneficiários, exceto dez, estão em produtos com cobertura médico-hospitalar e nenhum tem cobertura odontológica. A única variação considerável é a presença ou não de cobertura obstétrica. Como afirmado antes, mesmo beneficiários do sexo masculino podem ter interesse nesse tipo de cobertura, pois ela garante o atendimento nos primeiros trinta dias do recém-nascido. Também certa uniformidade na abrangência geográfica dos produtos nos quais estão os beneficiários da amostra, como visto anteriormente.

Foram também incluídas *dummies* nas regressões referentes à acomodação hospitalar, à presença de mecanismo de regulação financeiro e à operadora. Avalia-se que as operadoras podem precificar de maneiras diferentes seus produtos. Uma operadora pode, por exemplo, ter reputação que lhe permita cobrar preços mais altos que suas concorrentes pelo mesmo produto.

Como nas regressões anteriormente estimadas, considerou-se utilizar variáveis relacionadas à rede. Os dados constantes nos bancos de dados ora utilizados, todavia, podem não refletir o tamanho das redes assistenciais dos planos estudados. Isso porque dos 113 planos médico-ambulatoriais constantes da amostra, 89 não teriam nenhum hospital geral ou especializado contratado totalmente ou parcialmente, conforme os dados de rede assistencial de produtos coletados pela ANS. Não parece factível que esses planos não tenham nenhum hospital a eles vinculados.

Considerando-se a pequena quantidade de beneficiários em planos ambulatoriais (dez) e municipais (quatro), excluímos essas observações da amostra.

**TABELA 7 – VARIÁVEIS DO MODELO**

Variável	Descrição	Fonte	Efeito Esperado	Símbolo na Equação
Sexo	Feminino ou masculino	Operadoras	Nulo, sendo masculino a base.	$sexo_i$
Vínculo	Dependente ou titular	Operadoras	Nulo, sendo titular a base.	$vinculo_i$
Ano de Adesão	Dummy associada a cada ano, a partir de 1999, se o plano for individual	Operadoras	Para planos individuais, a partir de 1999, os preços poderiam ser menores)	$tind_i$
Tipo de contratação	Individual ou coletivo por adesão	ANS	Preços de individuais seriam maiores, sendo planos coletivos por adesão a base.	$dcont_i$
Cobertura obstétrica	Sim ou não	ANS	Os preços dos produtos com esse tipo de cobertura seriam mais altos	$dobst_i$
Abrangência geográfica	Grupo de municípios (GM), estadual (EST) ou nacional (NAC), sendo a abrangência dos produtos NAC>EST>GM.	ANS	Quanto maior a abrangência geográfica, maior tende a ser o preço. A base de comparação são planos nacionais.	$dgeo_i$
Acomodação hospitalar	Quarto individual ou enfermaria	ANS	Produtos com acomodação em quartos individuais tenderiam a ter preços mais altos.	$dacom_i$
Fator Moderador	Sim ou não	ANS	Produtos com fatores moderadores tenderiam a ter preços menores.	$dfat_i$

Operadora	X ou Y	Operadoras	A operadora Y teria preços mais altos em decorrência da reputação. A base de comparação é a ops Y.	$dops_i$
Rede hospitalar	Quantidade de hospitais em Vitória (ES) cujos serviços foram contratados integralmente pelos planos ou quantidade de leitos nesses hospitais	ANS	Quanto maior a rede hospitalar, tudo o mais constante, o preço do plano deveria ser maior.	$rede_i$
Rede hospitalar contratada parcialmente	Quantidade de hospitais em Vitória (ES) cujos serviços foram contratados parcialmente pelos planos ou quantidade de leitos nesses hospitais	ANS	Quanto maior a rede hospitalar, tudo o mais constante, o preço do plano deveria ser maior. Contudo, não é possível saber quais os serviços contratados neste caso.	$redeparc_i$
Hospitais acreditados	Quantidade de hospitais acreditados que fazem parte da rede do plano	ANS	A acreditação seria uma proxy da qualidade da rede. Portanto, quanto mais hospitais acreditados, maior seria a qualidade da rede a qual o beneficiário teria acesso e maiores os preços que poderiam ser cobrados.	$acred_i$

Fonte: Elaboração própria

O modelo inicialmente estimado foi:

$$p_i = \beta_0 + \beta_1 \text{sexo}_i + \beta_2 \text{vinculo}_i + \beta_3 \text{tind}_i + \beta_4 \text{dcont}_i + \beta_5 \text{dobst}_i + \beta_6 \text{dgeo}_i + \beta_7 \text{dacom}_i + \beta_8 \text{dfat}_i + \beta_9 \text{dops}_i + \beta_{10} \text{rede}_i + \beta_{11} \text{redeparc}_i + \beta_{12} \text{acred}_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

No qual  $i$  indexa o beneficiário.

Considerando-se as limitações nos dados da rede assistencial dos planos, foi também considerado modelo sem a inclusão das variáveis relacionadas à rede ( $rede_i$ ,  $redeparc_i$ ,  $acred_i$ ). Note-se que, apesar de a rede ser central na análise da escolha dos beneficiários, sua exclusão não viesaria as estimativas dos preços hedônicos das outras características dos produtos se não for com elas correlacionadas, como é nossa hipótese. Também há que se destacar que pode haver multicolinearidade entre as variáveis operadora e a *dummy* associada ao grupo de municípios, pois esta é a única cobertura geográfica de planos de beneficiários da Operadora X na amostra. Também é preciso verificar a multicolinearidade entre as *dummies* relacionadas ao ano e à contratação individual e a que indica se o plano é individual.

## 6.5. Resultados das estimações

Quando o modelo (3) é estimado, os resíduos apresentam grande heterocedasticidade, como pode ser constatado no QQ Plot, apresentado no anexo 3. Nesse anexo, também são apresentados os gráficos dos resíduos em relação às variáveis explicativas, que também apontam para a quebra da hipótese da heterocedasticidade. O teste do Breush-Pagan também indica a heterocedasticidade dos resíduos. Por essa razão, o modelo foi estimado com erros robustos à heterocedasticidade.

Na tabela 8, abaixo, apresentamos os resultados das regressões estimadas com e sem a presença das variáveis relacionadas à rede, as dummies de anos/individual e a *dummy* associada a grupo de municípios. Nos dois últimos casos, como havíamos afirmado, essas variáveis podem ter alta correlação com outras variáveis do modelo. Essa hipótese foi corroborada pelo teste de multicolinearidade, o que pode afetar a precisão das estimativas.

**TABELA 8 – RESULTADOS DAS ESTIMAÇÕES**

	Variáveis dependentes			
	(5)	(6)	(7)	(8)
Sexo	-16,991*** (4,824)	-19,809*** (4,886)	-16,641*** (5,049)	-16,216*** (5,061)
Vínculo	-46,851*** (5,305)	-44,575*** (5,091)	-44,157 (4,932)	-44,474 (4,941)
Individual (1998)	-37,120* (15,826)	-34,382* (15,580)		
Individual (1999)	132,633*** (24,253)	213,621*** (26,575)		
Individual (2000)	128,423*** (23,392)	228,009*** (22,386)		
Individual (2001)	116,955*** (21,598)	201,526*** (22,599)		
Individual (2002)	47,514 (34,072)	144,002*** (33,898)		
Individual (2003)	-42,485 (38,956)	50,126 (38,307)		

Individual (2004)	-62,167 (51,547)	43,089 (50,838)		
Individual (2005)	28,017 (34,890)	116,296*** (34,008)		
Individual (2006)	79,719 (43,783)	189,054*** (41,668)		
Individual (2007)	60,287 (42,370)	162,930*** (40,805)		
Individual (2008)	53,193 (39,565)	149,290*** (39,331)		
Individual (2009)	93,996** (28,798)	192,425*** (27,141)		
Individual (2010)	160,992*** (25,111)	257,406*** (23,419)		
Individual (2011)	135,413*** (22,287)	198,091*** (20,920)		
Individual (2012)	170,510*** (19,613)	214,950*** (20,618)		
Individual (2013)	194,705*** (26,881)	223,348*** (30,032)		
Individual (2014)	141,631*** (25,330)	145,244*** (25,970)		
Individual (2015)	37,324 (59,298)	92,698 (63,494)		
Individual (2016)	58,676* (26,766)	119,471*** (32,813)		
Individual (2017)	29,193 (38,373)	56,989 (47,910)		
Individual (2018)	40,359 (40,177)	70,658 (53,305)		
Individual (2019)	-5,421 (47,665)	8,821 (54,926)		
Individual	17,463 (22,810)	-57,053*** (14,700)	98,519*** (10,060)	101,457*** (10,062)
Cobertura obstétrica	82,608*** (11,563)	108,200*** (11,363)	124,020*** (11,823)	124,807*** (11,906)
Estadual	-22,274*** (4,0261)	-22,154*** (3,767)	13,643*** (3,955)	-18,748*** (3,921)

Grupo de municípios	263,163*** (24,469)	99,186*** (16,300)	95,761*** (15,060)	
Quarto	101,410*** (4,547)	99,934*** (4,465)	121,775*** (5,121)	118,879*** (5,112)
Fator moderador	-266,814*** (11,271)	-253,826*** (11,030)	-222,867*** (9,906)	-217,222*** (9,781)
Rede hospitalar (total)	10,144*** (2,155)			
Rede hospitalar (parcial)	11,389* (4,750)			
Acreditação hospitalar	37,125*** (3,507)			
Operadora	-147,601*** (18,061)	-166,564*** (17,441)	-154,475*** (16,582)	-63,491*** (10,890)
Constante	178,127*** (24,924)	395,618*** (14,765)	338,153*** (13,403)	337,230*** (10,743)
-----				
Observações	4.386	4.386	4.386	4.386
R2	0,467	0,445	0,394	0,390
R2 Ajustado	0,463	0,441	0,392	0,389
Erro padrão ajustado	153,374 (df=4351)	156,463 (df=4354)	163,089 (df=4376)	163,542 (df=4377)
Estatística F	111,980*** (df=34, 4351)	112,433*** (df=31, 4354)	315,480*** (df=9, 4376)	349,799*** (df=8, 4377)
=====				

Nota: \*p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01

Em todas as equações estimadas, tanto o sexo quanto o tipo de vínculo do beneficiário foram bastante significativos. Não se esperava que o vínculo tivesse qualquer efeito e, quanto ao sexo, se houvesse, que ele fosse positivo. Contudo, os resultados mostraram que beneficiários dependentes pagam menos pelo mesmo plano, bem como mulheres. No que tange às *dummies* relacionadas ao plano individual e ao ano, esperava-se que seus valores fossem crescentes conforme o ano, de forma que beneficiários com planos mais antigos pagariam menos. Essa hipótese não se mostrou verdadeira e tampouco foi possível extrair algum significado dos resultados. Considerando-se que eram bastante correlacionados ao plano ser individual, nas regressões (7) e (8) optou-se por retirar essa *dummies*. Note-se que interessa conhecer o preço hedônico associado a planos individuais, de forma que, quanto mais precisa essa estimativa, melhor.

O coeficiente da *dummy* associada a planos individuais é positivo, com exceção da regressão (6). Nossa hipótese é de que os preços dos planos individuais são, tudo o mais constante, mais altos do que os dos coletivos por adesão. Os resultados corroboram essa hipótese, principalmente porque na equação mencionada a estimativa associadas aos planos individuais pode estar sendo afetadas pelas *dummies* relacionadas ao ano e ao tipo de contratação. No que tange à abrangência geográfica, os planos estaduais têm preços mais baixos do que os nacionais, como era esperado. As estimativas dos coeficientes dos planos com abrangência de grupos de municípios têm sinal contrário ao esperado. Essa variável é muito correlacionada à variável relacionada à operadora e, por essa razão, não foi incluída na regressão (8). Todas as demais variáveis têm os sinais esperados.

Considerando-se os resultados da regressão (8), um beneficiário estaria disposto a pagar mais R\$ 118,88 por um quarto individual, R\$ 124, 81 pela cobertura obstétrica. Se o plano tiver fator moderador, espera-se uma redução de R\$ 217,22. Do mesmo modo, o consumidor está disposto a pagar a mais por um plano da Operadora Y. O mesmo plano de sua concorrente custaria R\$ 63,50 a menos.

De acordo com as estimativas a partir da regressão (8), um plano padrão da Operadora Y, ou seja, com cobertura médico-hospitalar e obstétrica, coletivo por adesão, com abrangência nacional, coparticipação e quarto individual seria R\$ 363,69. Já o plano típico da Operadora X, tendo em consideração que não foi feita distinção entre planos com abrangência de grupos de municípios e nacional, seria um plano coletivo por adesão, com cobertura médico-hospitalar com obstetrícia, coparticipação, acomodação em enfermaria. Seu preço seria R\$ 181,33. Em ambos os casos os valores consideram beneficiários do sexo masculino e titular do plano.

## **7. Conclusão**

O objetivo deste trabalho era estimar os preços hedônicos de características de planos de saúde médico-hospitalares. Para isso, foram usadas duas referências de preços dos produtos. A primeira são os preços registrados pelas operadoras na ANS. Embora não sejam os preços comerciais, a regulação do setor exige que esses valores não distem mais que 30% dos preços realmente praticados. Por essa razão, considerou-se que poderiam ser uma boa *proxy* dos preços praticados. Ainda que não sejam, permitem inferir como as operadoras

precificam inicialmente seus produtos. As estimativas de preços hedônicos baseadas nesses dados foram condizentes com o que seria esperado, salvo as referentes à abrangência geográfica.

A principal restrição a esses resultados advém dos exercícios posteriores realizados. Quando comparados os preços registrados de produtos comercializados na cidade de Vitória com os preços efetivamente praticados por operadoras, observa-se que não há correlação significativa entre essas variáveis, tampouco a diferença entre ambas se restringe a 30%. Se isso se observar em outras cidades, o preço registrado não pode ser usado como *proxy* dos preços praticados. Assim, sendo necessário, o CADE deve continuar a requerer dados de preços diretamente das operadoras sempre que necessário. É interessante, também, solicitar ao menos o valor da última contraprestação paga ou dado semelhante. Em relação aos planos coletivos por adesão, é importante notar que, de acordo com algumas operadoras, os preços pagos pelos beneficiários podem ser diferentes dos preços cobrados pelas operadoras em decorrência de taxas cobradas pelas administradoras de benefícios.

As estimativas dos preços hedônicos calculados a partir de dados coletados pelo DEE são bastante informativas e podem contribuir para o entendimento do setor e da competição na saúde suplementar ainda que sejam específicas dos mercados estudados. É possível que, em outros mercados geográficos e em outros momentos, os resultados sejam diferentes. No caso em tela, fica claro que é possível para algumas operadoras precificarem diferentemente seus produtos, estabelecendo preços mais altos para produtos semelhantes. Além disso, se as operadoras ofertarem produtos com características bastante distintas, a substitutibilidade de seus produtos tende a diminuir. Isso é relevante porque uma operadora com rede assistencial local (municipal ou grupo de municípios), por exemplo, pode ter dificuldade em aumentar a abrangência geográfica de sua rede. Neste caso, os beneficiários que têm necessidade ou desejam planos com cobertura mais ampla, por exemplo, nacional, teriam menos alternativas do que a definição de mercado relevante comumente usada no setor indicaria.

Por fim, destaca-se como os preços que, a princípio, são uma variável bastante objetiva, podem ser uma variável difícil de ser coletada. Os dados trazidos aos autos dos processos citados revelam que estes variam não apenas com especificidades do plano, mas também dos



beneficiários. Essas variações não se restringem à faixa etária, mas são consideráveis também para o sexo.

### **Bibliografia**

ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Junho de 2021. Disponível em [http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base\\_de\\_dados/Microdados/dados\\_dbc/](http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/dados_dbc/). Acesso em 18/07/2021.

CADE. Cadernos do Cade – Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica. Brasília, 2018. Disponível em <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/cadernos-do-cade/cadernos-do-cade-atos-de-concentracao-nos-mercados-de-planos-de-saude-hospitais-e-medicina-diagnostica-2018.pdf>. Acesso em 05/06/2021.

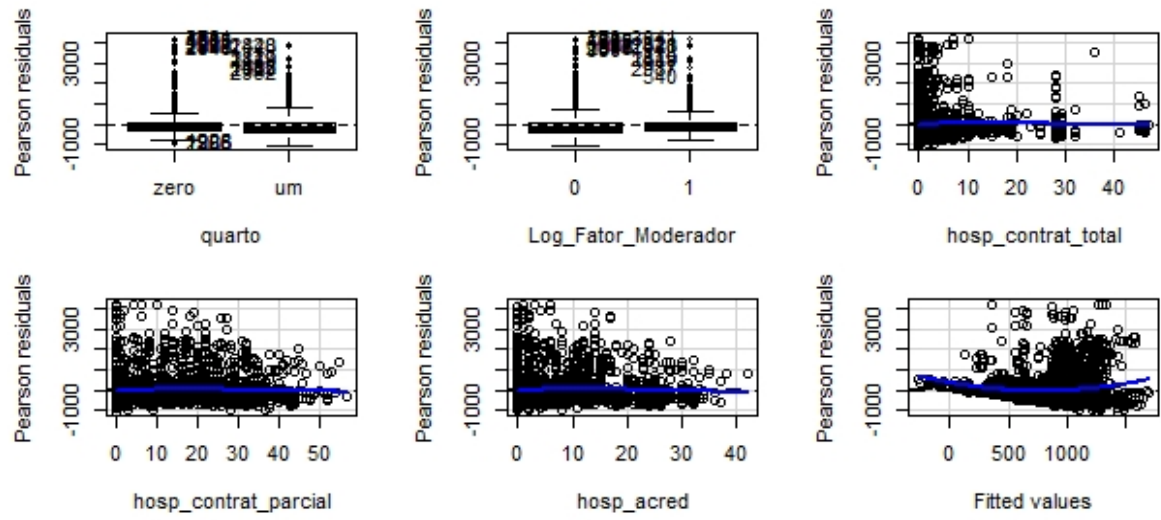
HOFFMANN, Luiz Augusto Azevedo de Almeida. Voto no ato de concentração 08700.002346/2019-85. Brasília, 24/06/2020.

IBGE. Contas Nacionais n.71. 2019 – Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017 . Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf). Acesso em 18/07/2021.

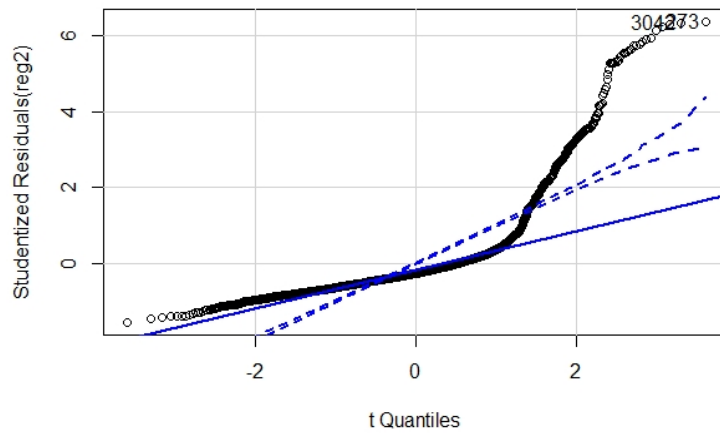
OMS. Global Health Expenditure Database. Disponível em <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Acesso em 18/07.2021.

ROSEN, Shewin. Hedonic prices and implicit markets: product differentiation in pure competition. The Journal of Political Economy, 1974.

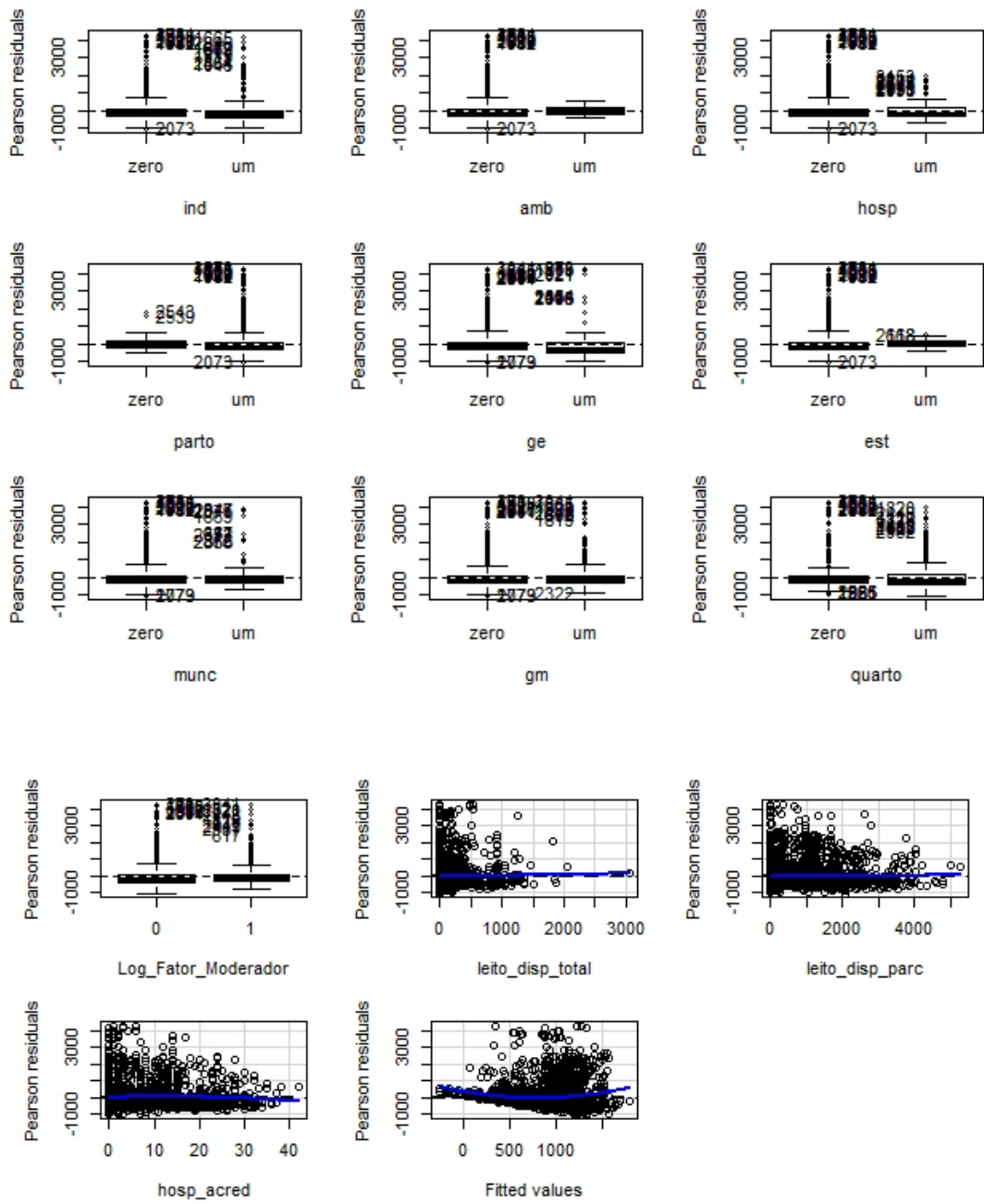




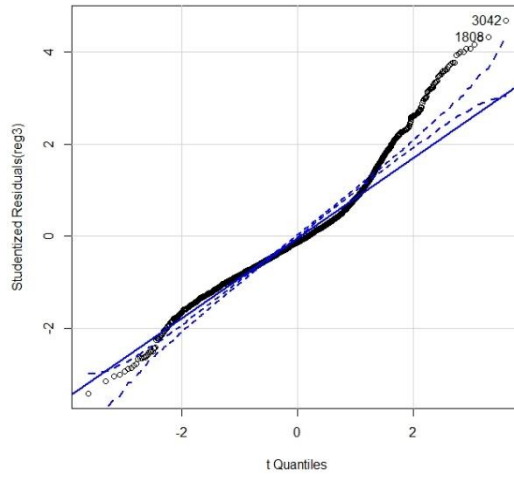
### QQPLOT - REGRESSÃO (2)



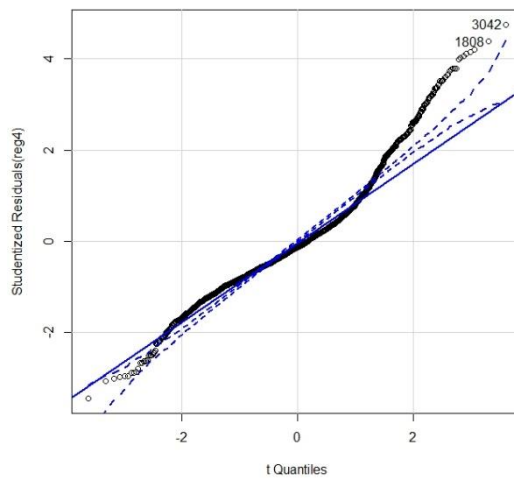
GRÁFICOS DOS RESÍDUOS X VARIÁVEIS EXPLICATIVAS (REGRESSÃO (2))



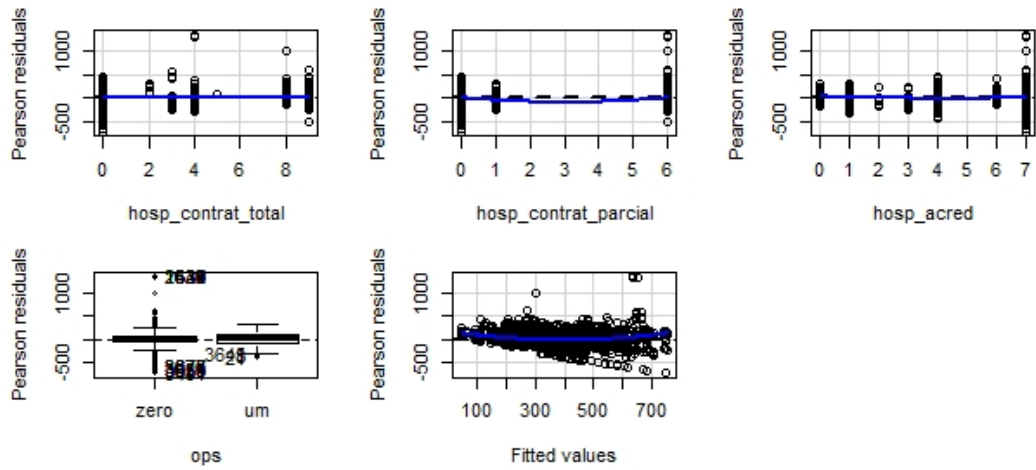
### QQPLOT \_ REGRESSÃO (3)



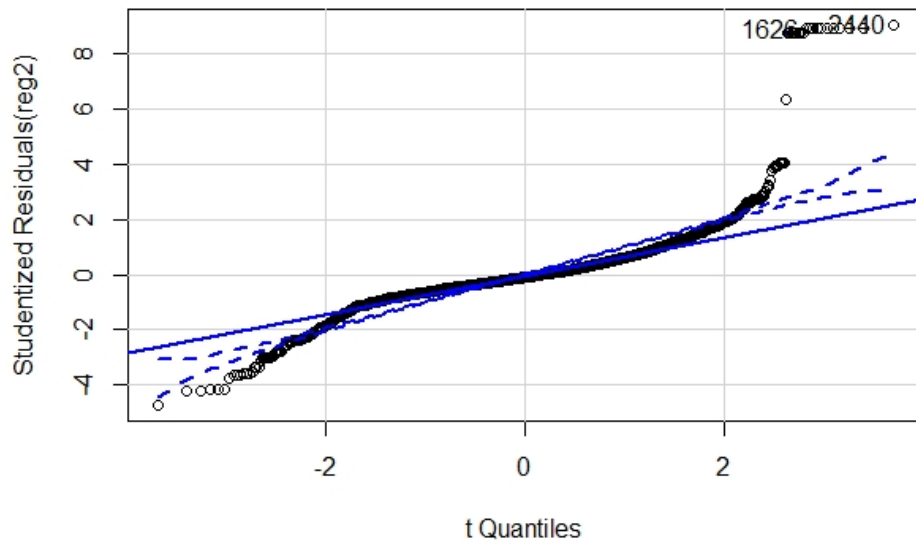
### QQPLOT \_ REGRESSÃO (4)







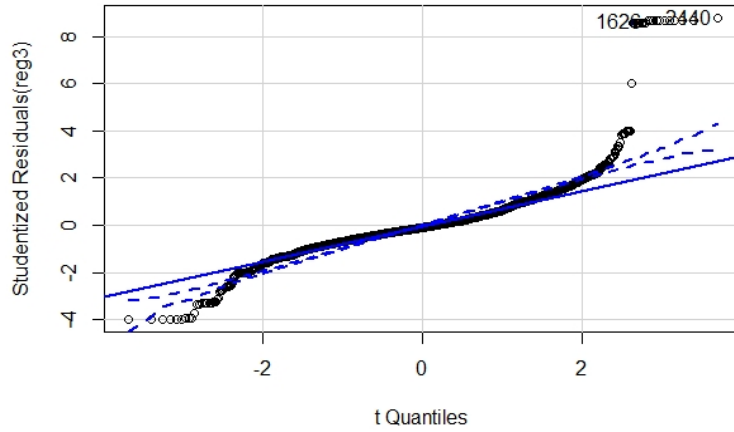
QQPLOT – REGRESSÃO (6)



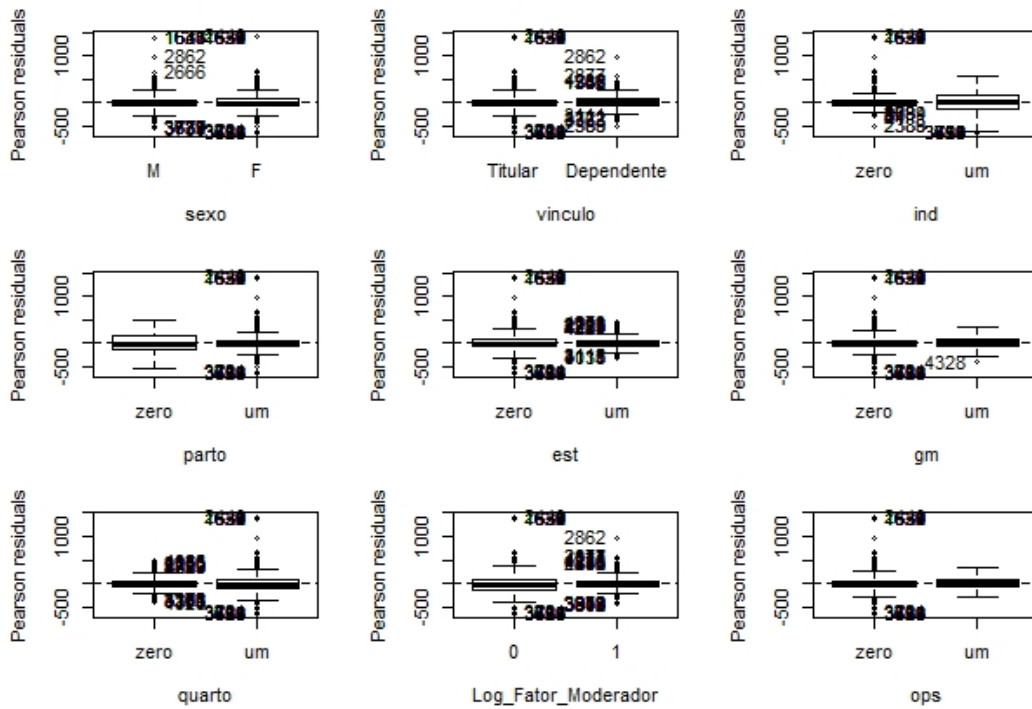


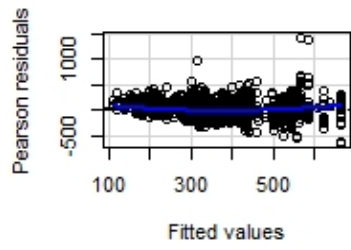


### QQPLOT – REGRESSÃO (7)

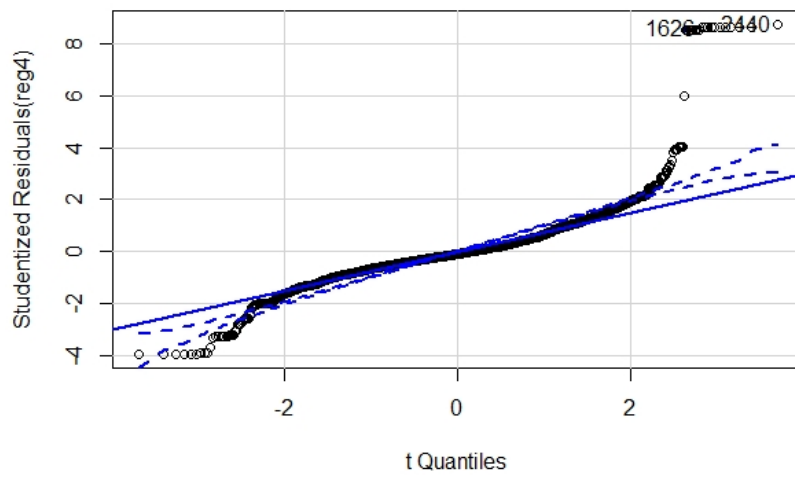


### GRÁFICOS DOS RESÍDUOS X VARIÁVEIS EXPLICATIVAS (REGRESSÃO (7))

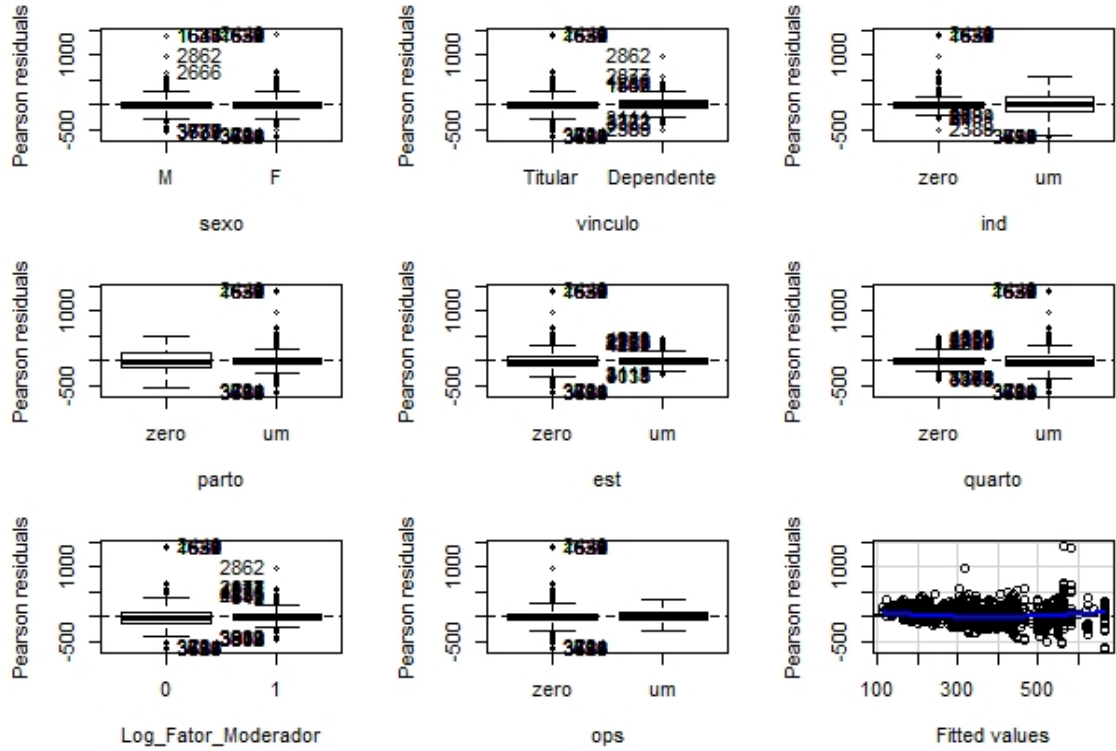




### QQPLOT – REGRESSÃO (8)



GRÁFICOS DOS RESÍDUOS X VARIÁVEIS EXPLICATIVAS (REGRESSÃO (8))



## Regulação e Concorrência em Saúde Suplementar

Durante muitos anos, a atuação das operadoras de planos de saúde não mereceu atenção do legislador, com exceção da atividade das seguradoras que atuavam na área, que foi regulada na década de 70 do século XX (CARVALHO e CECÍLIO, 2007). Mesmo a Lei 8.080, de 1990, conhecida como lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), que regulou as ações e serviços de saúde prestados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, não tratou do sistema suplementar.

Conforme Montone (2000), as primeiras tentativas de definir e enquadrar o setor datam de 1990. Em 1998, no bojo da onda de privatização e regulação de diversos setores, entrou em vigência a lei 9.656, que regulamentou o setor. Embora não se tratasse de monopólio natural, tampouco fosse atividade anteriormente desempenhada exclusivamente pelo Estado<sup>22</sup>, diversos problemas, como exclusões de atendimento e mensalidades elevadas, criaram demanda pela regulamentação. Em termos econômicos, a assimetria de informação justificava a intervenção estatal.

O Brasil optou, assim, ao estabelecer a Lei 9.656, de 1998, por regular a situação econômico-financeira das operadoras e a qualidade do produto por elas oferecido. A criação da ANS, em 2000, com a finalidade institucional de promover o interesse público na assistência suplementar à saúde, reforçou o objetivo da lei 9.656, ao criar um agente com prerrogativas e meios para regular e fiscalizar os diversos aspectos da atividade de operadoras de planos de saúde. Conforme Pietrobon et alli (2008), os objetivos da regulação podem ser resumidos em seis pontos: i. assegurar aos consumidores cobertura assistencial e regular condições de acesso; ii. Definir as condições de entrada, operação e saída das operadoras de planos de saúde; iii. Definir e implementar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços aos beneficiários; iv. Dar transparência e garantir a integração do sistema suplementar ao público; v. estabelecer mecanismos de controle de abusividade de preço; vi. Definir a regulamentação, normatização e fiscalização do setor suplementar.

---

<sup>22</sup> A Constituição Brasileira estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e determinou a forma de organização dos serviços públicos, paralelamente, permitiu que a iniciativa privada continuasse a atuar no setor. Assim, há no Brasil um sistema público e universal de saúde e um sistema suplementar privado.

Interessante notar que a regulação abrange apenas um dos elos da cadeia. A prestação dos serviços de saúde contratados pelos beneficiários, na maior parte dos casos, é feita por agentes – profissionais da área de saúde, hospitais, centros de diagnósticos e outros – terceirizados, que são regulados apenas no que tange a aspectos sanitários pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. A relação entre estes e as operadoras de planos de saúde pode afetar a capacidade de cumprimento das normas estabelecidas pela ANS pelas operadoras. A percepção dos beneficiários em relação a seus planos também é influenciada pelo atendimento prestado por aqueles agentes<sup>23</sup>.

A regulação do setor estabelece regras para o comportamento das operadoras, influencia a forma como interagem, podendo determinar quais ofertantes e produtos competem entre si e como a competição acontece. Também pode facilitar a captura de excedente por algum dos elos da cadeia e influenciar a oferta de produtos. É, por isso, necessário, entender essa regulação para avaliar seus impactos na concorrência, de forma geral, e, em casos específicos, analisar condutas e atos considerando-se o ambiente institucional no qual ocorrem.

Ao longo do período de vigência da Lei 9.656, de 1998, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) foi recorrentemente chamado a analisar práticas anticompetitivas que podem ter impacto negativo na comercialização de bens e serviços relacionados à atenção à saúde, sendo as mais comuns aquelas que têm por objeto a relação entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos, como tabelas médicas, cooperativas médicas e unimilitância (CADE, 2015). Também foram analisados mais de uma centena de atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica (CADE, 2018).

O objetivo deste relatório é descrever os principais aspectos da regulação no setor de saúde suplementar considerando-se o modo como afetam a concorrência. Não se pretende revisar todos os normativos vigentes, mas apenas aqueles que, em nossa avaliação, têm maior impacto na estrutura competitiva do setor. A fim de tornar a análise mais clara, ela foi

---

<sup>23</sup> Na pesquisa de Avaliação de Planos de Saúde 2019, realizada pelo Ibope inteligência e contratada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, os beneficiários de planos de saúde avaliam seus planos também de acordo com o atendimento ao realizar serviços cobertos, como consultas e exames (<https://www.iess.org.br/cms/rep/iessibope2019.pdf>). Acesso em 18/09/2019.

segmentada em quatro temas: regulação de produto; regulação assistencial; regulação da relação entre prestadores de serviços de saúde e operadoras; regulação econômico-financeira.

Embora a relação entre a rede de saúde pública e a privada seja um aspecto importante para a compreensão do sistema de saúde brasileiro e ainda que a prestação de serviços públicos possa ser compreendida como concorrência aos serviços privados, esse tópico não será tratado neste relatório. Isso porque a regulação da interação entre esses dois sistemas refere-se principalmente ao ressarcimento aos cofres públicos de procedimentos realizados em beneficiários de planos de saúde na rede assistencial pública. A não ser que beneficiários de alguma operadora utilizem sistematicamente a rede pública de saúde, e a operadora não cumpra sua obrigação de ressarcir, o que poderia resultar em menores custos incorridos e eventual vantagem competitiva, o ressarcimento tende a ter pouco impacto na competição.

## **1. Regulação do produto**

Planos de saúde são bens diferenciados. A abrangência da cobertura, tanto em termos de procedimentos cobertos quanto geograficamente, o tamanho e a qualidade da rede assistencial, a facilidade de acesso à prestação de serviços, a forma de contratação, a presença de mecanismos de regulação, entre outras características, influenciam a escolha do consumidor e permitem às operadoras cobrarem preços distintos pelos serviços. Qualquer norma que uniformize esses ou outros aspectos dos planos, que estabeleça padrões mínimos, que torne os produtos mais homogêneos ou facilite a comparação tende a afetar a concorrência. Nessa seção, tratar-se-á da regulação do produto e seu impacto na concorrência do setor. A regulação assistencial, incluindo-se o rol mínimo de coberturas, será tratada na segunda seção.

### **1.1. Segmentação assistencial**

Quando se analisa a jurisprudência do CADE, duas características dos planos de saúde – segmentação assistencial e forma de contratação – aparecem como centrais para a análise concorrencial. A segmentação assistencial é determinada a partir dos ditames da Lei 9.656, de 1998. Existem quatro segmentações permitidas: médico-hospitalar; ambulatorial; hospitalar e odontológica. Além disso, prevê-se a possibilidade de cobertura obstétrica, que

pode ser demandada não apenas por mulheres em idade fértil, mas também por homens, já que a Lei estabelece que tendo o pai plano de saúde com essa cobertura, o recém-nascido, filho natural ou adotivo, terá cobertura assistencial durante os primeiros trinta dias após o parto e inscrição assegurada como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência se a inscrição ocorrer no prazo de trinta dias do nascimento ou adoção. São poucas as operadoras que ofertam produtos sem essa cobertura.

Mais de 84%<sup>24</sup> dos produtos médico-hospitalares ofertados têm cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica. Observando-se o crescimento de produtos de assistência à saúde que visam à atenção ambulatorial, como cartões de desconto e atendimentos “populares”, poder-se-ia conjecturar que há demanda para planos de saúde ambulatoriais ainda que seu custo tenda a ser mais alto que o de cartões de desconto e assemelhados, pois no rol de procedimentos ambulatoriais obrigatórios, estão incluídos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e de hemodiálise.

Para as operadoras, o maior risco da oferta desses planos está associado aos casos de urgência e emergência. Apesar de, nas emergências, a operadora ser obrigada a cobrir apenas as primeiras 12 horas de atendimento, sendo o beneficiário responsável por qualquer procedimento de cobertura hospitalar, tanto em urgências quanto em emergências, a operadora deve garantir a cobertura da remoção para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), só cessando sua responsabilidade quando o paciente estiver devidamente registrado na unidade (art. 7º da Resolução do CONSU nº 13). Como não há regras estabelecidas para a recepção desses beneficiários no sistema público de saúde, é possível que a operadora não consiga fazer a remoção, o que resulta na sua responsabilidade em dar prosseguimento ao tratamento do beneficiário. Se fossem estabelecidas regras claras para esse processo, seria possível haver maior racionalidade no sistema, e a oferta de produtos ambulatoriais poderia aumentar, já que as operadoras teriam maior segurança jurídica e previsibilidade em termos de quais são os custos que devem arcar.

---

<sup>24</sup> Todos os dados referentes a oferta de planos foram extraídos ou calculados a partir da tabela Características dos Produtos da Saúde Suplementar, constante do portal brasileiro de dados abertos (<http://dados.gov.br/dataset/caracteristicas-dos-produtos-da-saude-suplementar>), consultada em 18/09/2019. Foram considerados produtos ofertados apenas aqueles cuja situação é ativa.

Produtos hospitalares, por sua vez, podem ser atraentes a consumidores mais jovens, que sofrem menos de doenças crônicas e utilizam menos serviços ambulatoriais, como consultas e exames para diagnósticos, mas têm riscos de acidentes. Também poderiam ser atrativos para beneficiários que utilizam serviços médicos de profissionais que não fazem parte das redes assistenciais de planos de saúde. A oferta, contudo, desses produtos não alcança 3% dos produtos médico-hospitalares comercializados<sup>25</sup>.

Há, assim, uniformização na cobertura dos produtos médico-hospitalares no que tange à segmentação assistencial. Por essa razão, na jurisprudência do CADE, os produtos são divididos em dois mercados, considerando-se essa segmentação: médico-hospitalar e odontológico. É fácil concluir que os planos médico-hospitalares com ou sem odontologia não concorrem com os exclusivamente odontológicos: a gama de serviços prestados é bastante distinta, sendo pouco provável que um consumidor troque um plano de saúde médico-hospitalar por um exclusivamente odontológico em decorrência de variações de preços. Há planos médico-hospitalares com cobertura odontológica.

As operadoras de planos de saúde que ofertam produtos médico-hospitalares são obrigadas, também, a comercializar o plano-referência, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, padrão de internação em enfermaria e atendimento de emergência e urgência integral, com garantia após 24 horas de sua contratação. Esse plano poderia ser compreendido como uma tentativa de constituição de produto padronizado a ser ofertado por todos que atuam no segmento médico-hospitalar. No entanto, este é um plano pouco comercializado. Dos beneficiários de planos médico-hospitalares, 7% estão em planos referência<sup>26</sup>.

O produto mais popular na saúde suplementar tem cobertura médico-hospitalar com assistência obstétrica e, por vezes, odontológica<sup>27</sup>. Ainda que a segmentação assistencial seja relativamente uniforme, os produtos tendem a diferir entre si em outras características, o que

---

<sup>25</sup> Percentual calculado com base nos dados constantes do conjunto de dados “Características dos produtos da saúde suplementar” constante do portal brasileiro de dados (<http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>), acesso em 18/09/2019. O percentual foi calculado considerando-se que a oferta de planos é composta pelos planos ativos registrados na ANS.

<sup>26</sup> Conforme dados extraídos da sala de situação da ANS (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>) em 18/09/2019, referentes a julho de 2019.

<sup>27</sup> Conforme dados da sala de situação da ANS, extraídos em 18/09/2019, referentes a julho de 2019, 81% dos beneficiários de planos médico-hospitalares estão vinculados a produtos com essa cobertura.



torna difícil a comparação pelos consumidores. Uma importante inovação para diminuir os custos da procura e da comparação entre planos, foi o Guia de Planos de Saúde da ANS, que está disponível na página da Agência na internet. A partir de informações fornecidas pelo interessado (município de contratação do plano, idade, tipo de contratação, cobertura, abrangência geográfica, acomodação, coparticipação ou franquias), são apresentados os planos disponíveis para o consumidor e seus preços registrados. Por meio do Guia, pode-se consultar também a rede hospitalar de cada plano de saúde no município de contratação. Divulgar esse produto, facilitar o caminho a ele na página da Agência e tornar a consulta o mais simples possível são medidas simples que podem contribuir com o aumento da concorrência no setor.

### **1.2. Formas de contratação**

As formas de contratação, estabelecidas no inciso VII do art. 16 da Lei 9.656, de 1998, são utilizadas em concomitância à segmentação assistencial para definição dos mercados relevantes nos processos referentes ao setor de saúde suplementar analisados no CADE (CADE, 2018). São três formas de contratação que resultam nos seguintes planos: individuais/familiares; coletivos por adesão e planos coletivos empresariais.

A RN 195, de 2009, da ANS, dispõe sobre as características de cada um desses produtos. Os planos individuais/familiares são endereçados a pessoas físicas, não podendo haver qualquer restrição ao acesso, salvo aquela decorrente da restrição orçamentária do demandante. É também proibida a rescisão unilateral pelas operadoras, exceto em caso de fraude ou se não houver o pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (inciso II do art. 13 da Lei 9.656, de 1998).

Os planos coletivos por adesão somente podem ser contratados por pessoas jurídicas de caráter classista, profissional ou setorial, nos termos do art. 9º da RN 195, de 2009, da ANS. São comuns, no entanto, relatos de beneficiários que, ao invés de contratarem um plano individual/familiar, aderiram a uma entidade apenas com o fim de contratar o plano de saúde. Não havendo dados, contudo, do quão comum é esta prática, é temerário afirmar que planos coletivos por adesão são substitutos de planos individuais/familiares.

Os normativos vigentes buscam desincentivar a contratação por meio de entidades com as quais os beneficiários não tenham vínculos para além da intermediação da compra do plano de saúde. A restrição às entidades que podem contratar esse tipo de plano, bem como o estabelecimento, nos §§ 3º e 4º do art. 9º da RN 195, de 2009, da responsabilidade da operadora e da administradora de benefícios de comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário são exemplos desse desincentivo. Nessa mesma direção, o art. 14 da RN 195, de 2009, proíbe a cobrança, pela operadora, de contraprestação diretamente dos beneficiários em planos contratados dessa forma. Assim, esta deve ser necessariamente intermediada pela contratante ou por administradora de benefícios.

Os planos coletivos empresariais são voltados à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, mas não formam um conjunto uniforme. Há planos destinados a grandes contratantes, que agregam as preferências de seus empregados, têm poder de barganha e, na maior parte dos casos, são responsáveis pelos custos associados à contratação. Há, paralelamente, uma miríade de pequenos contratantes de planos coletivos, cujo poder de negociação é limitado. Dentre eles, destacam-se os planos contratados por empresários individuais. Em termos operacionais e de risco de subscrição, esses contratos podem ter mais semelhanças com contratos individuais/familiares do que com coletivos com muitos beneficiários, já que cada contrato congrega poucos beneficiários e, em muitos casos, com vínculos familiares entre si.

Com o fim de evitar que esse tipo de contrato seja utilizado como substituto de contratos individuais/familiares, a RN 352, de 2017, da ANS, estabelece que os contratantes devem comprovar, pelo tempo mínimo de seis meses, no ato da contratação e em cada aniversário do contrato, a sua inscrição no órgão competente (Junta Comercial ou outro) e seu registro ativo perante a Receita Federal, bem como outros que vierem a ser exigidos pela legislação. Essa exigência pode ser percebida pelo consumidor como uma extensão dos prazos de carência em seis meses. No processo de aquisição de um plano, um demandante compararia os planos individuais com os disponíveis aos empresários individuais, sabendo que, tornando-se hoje um empresário individual, teria de esperar seis meses para a contratação do plano e que deveria somar aos preços do plano o custo de manter-se como empresário individual (De acordo com o portaldoempreendedor.gov.br, consultado em

10/09/2019, é necessário o pagamento mensal dos tributos de R\$ 49,90 – INSS –, acrescido de R\$ 5,00 para prestadores de serviço ou R\$ 1,00 para comércio e indústria).

A rescisão pela operadora de planos contratados por empresários individuais somente pode ser feita se não for comprovada a regularidade dos cadastros como empresário individual, se não houver pagamento da mensalidade após notificação pela operadora ou na data de aniversário do contrato se houver havido comunicação com sessenta dias de antecedência, informando o motivo da rescisão, conforme a RN 432, de 2017, da ANS. Os reajustes não são limitados, como os dos planos individuais, mas devem ser os mesmos para todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários de uma mesma operadora, como será visto abaixo.

Não são divulgados pela ANS dados referentes somente a esse tipo de contrato, razão pela qual não é possível saber qual a quantidade de beneficiários em contratos desse tipo, tampouco outras características desses produtos, como os preços praticados. Para o estudo da substitutibilidade de produtos individuais/familiares e produtos destinados a empresários individuais, seria necessária a coleta de dados sobre a quantidade de beneficiários nesses contratos, as características dos produtos, informações dos beneficiários e os preços cobrados.

Considerando que o acesso a planos coletivos depende da existência de vínculos empregatícios ou com entidades jurídicas de caráter classista, profissional ou setorial, nos termos do art. 9º da RN 195, de 2009, da ANS, a jurisprudência concorrencial separa os mercados de planos entre os contratados individualmente e os contratados coletivamente. Mais recentemente, o Conselho tem também distinguido os mercados relevantes de planos coletivos empresariais dos planos coletivos por adesão.

Conforme o parecer Nº 06/2019/CGAA2/SGA1/SG/CADE, no ato 08700.005705/2018-75, cujas requerentes são Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Mediplan Assistencial Ltda, Hospital Samaritano Ltda. e Hospital e Maternidade Samaritano Ltda., a Superintendência-Geral entende que há diferenças importantes entre esses dois tipos de planos, já que, nos planos coletivos por adesão, o vínculo do beneficiário é com uma entidade de caráter classista, profissional ou setorial, sendo a negociação realizada, usualmente, por uma administradora de beneficiários que atua como intermediária entre as entidades e as operadoras.

Diferentemente, nos planos coletivos empresariais, a empresa negocia com a operadora e contrata o plano para os empregados e dependentes. Concluiu, assim, a Superintendência-Geral que não há substitutibilidade entre os dois produtos, pois um beneficiário de plano coletivo por adesão pode não conseguir contratar um plano empresarial, ainda que na mesma região. Também foi verificado que, por vezes, as redes credenciadas de planos coletivos por adesão diferenciam-se daquelas dos planos coletivos empresariais e que as estruturas de preços de planos coletivos por adesão não são necessariamente idênticas a dos coletivos empresariais. Esse entendimento tem orientado as decisões recentes do tribunal administrativo.

No documento “Concentração, Preços e Tíquetes Médio na Saúde Suplementar”, comparou-se a concentração aferida quando esta é medida considerando-se os planos coletivos por adesão como substitutos dos coletivos empresariais e quando são considerados separadamente. Observou-se que, como os beneficiários de planos coletivos empresariais são mais numerosos dos que os beneficiários de planos coletivos por adesão, os resultados dos índices de concentração quando se consideram os dois tipos de planos coletivos conjuntamente é bastante influenciado pelos coletivos empresariais. Assim, altas concentrações nos planos coletivos por adesão tendem a ter menor impacto no índice e não serem perceptíveis.

### **1.3. Prazos de carência e portabilidade**

A forma de contratação e a quantidade de beneficiários no contrato determinam os prazos máximos de carência estabelecidos na regulação. Em planos coletivos empresariais com mais de trinta beneficiários, não há carência para qualquer nova adesão. Em planos coletivos empresariais com menos de trinta beneficiários, pode haver estabelecimento de prazos de carência, salvo se o beneficiário entrar no plano em até trinta dias após a celebração do contrato ou a sua vinculação à empresa contratante.

As regras de carência para os planos coletivos por adesão assemelham-se as dos coletivos empresariais com poucas vidas. Não se pode estabelecer prazos de carência para beneficiários que entraram no plano em até trinta dias após a celebração do contrato e para beneficiários que não estavam vinculados à entidade contratante na celebração do contrato e aderiram a ele no aniversário de contratação ou nos trinta dias posteriores.

Para os planos individuais, a exclusão de prazos de carência é uma liberalidade da operadora. Cabe ressaltar que os prazos máximos são definidos no art. 12 da Lei 9.656, de 1998, e que, havendo doenças pré-existentes, a operadora não pode recusar a adesão ao plano, mas pode estabelecer cobertura parcial temporária relacionada à doença pré-existente por até 24 meses.

O estabelecimento de prazos de carência cumpre a finalidade de evitar comportamentos oportunistas dos demandantes, que, na ausência destes, poderiam contratar planos de saúde apenas quando tivessem a certeza de que necessitariam utilizar a cobertura contratada. A existência de prazos de carência e, eventualmente, de cobertura parcial temporária afeta, contudo, a competição na saúde suplementar, pois aumenta os custos de troca de plano. Um beneficiário que já cumpriu todos os prazos de carência do plano ao qual está vinculado, considerará o ônus de ter de cumprir novos prazos ao conjecturar mudar de plano. Para diminuir esse custo, o regulador estabeleceu a possibilidade de portabilidade de carências por meio da RN 186, de 2009. Em 2018, as regras para portabilidade foram atualizadas, tendo sido revogada a RN que originalmente tratava de assunto e entrado em vigência a RN 438.

Essa norma prevê a possibilidade de exercício de portabilidade para planos contratados sob quaisquer formas. Exceto nos casos excepcionais quando o vínculo do beneficiário com o plano for extinto em decorrência das hipóteses previstas no art. 8º da referida resolução ou quando o registro da operadora é cancelado ou ela é liquidada extrajudicialmente, a portabilidade pode ser exercida após dois anos no plano de origem (três no caso de cumprimento de cobertura parcial temporária) na primeira vez em que for feita ou após um ano de permanência no plano de origem (dois no caso de o beneficiário ter exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial de origem) nas demais vezes.

O beneficiário pode escolher qualquer plano que se enquadre na mesma faixa de preço ou em faixa inferior do seu plano de origem, considerado os dados constantes no guia de planos da ANS, exceto se a portabilidade for para plano coletivo empresarial, situação na qual não há essa exigência. Para planos odontológicos, pode ser exercida a portabilidade para quaisquer produtos com preços inferiores ou até 30% superiores aos preços do produto de

origem. Em caso de portabilidade para planos em pós-pagamento, não há qualquer exigência de compatibilidade.

Não há restrição ao exercício da portabilidade para planos com segmentação assistencial mais abrangente do que a dos planos de origem, mas o beneficiário deverá cumprir prazos de carência para as coberturas não constantes em seu plano anterior. Se o plano de destino for coletivo, o beneficiário deverá atender as condições para vinculação ao plano, como ser empregado de uma empresa contratante do plano de destino ou estar vinculado a uma entidade classista contratante. Embora a portabilidade de carências seja um mecanismo importante para diminuir o custo de troca de plano pelo consumidor, ela não o extingue totalmente. Deverão ser cumpridas novas carências se a opção for por segmentação assistencial mais abrangente ou se houver pretensão de migrar para um plano em faixa de preço superior.

Diferentemente de outros mercados, na saúde suplementar, não necessariamente a operadora de destino tem interesse em receber o beneficiário que exerce a portabilidade. Considerando isso, chama a atenção o art. 18 da RN 438, de 2018, da ANS, que estabelece o dever de o beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de cinco dias a partir do início da vigência do seu vínculo com a operadora de destino. A operadora de destino ou administradora de benefícios responsável pelo plano de destino, conforme o referido artigo, tem o dever de comunicar ao beneficiário esta obrigação, informando que, em caso de não atendimento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis. Considerando-se que há assimetrias informacionais importantes no setor, também no que diz respeito à regulação, a forma de comunicação escolhida pela operadora pode ser deliberadamente ineficaz, o que resultaria em ônus para o beneficiário, não para si.

Considerando que a simplificação do processo de portabilidade tende a resultar em maior competição, seria recomendável repensar essa sistemática. O ideal é que o consumidor não fosse apenado por desobedecer a um prazo tão exíguo, com a imposição de novo período de carência. Assim, talvez, fosse possível constituir a nova operadora de plano de saúde como sua representante legal e responsável por realizar os trâmites próprios de portabilidade.

#### 1.4.Preços e reajustes

Reguladores podem influenciar no nível de preços de duas formas. Diretamente, podem controlar os preços e reajustes e, indiretamente, podem estabelecer regras que impactem nos custos e repercutem nos preços. Nesta seção, tratar-se-á apenas dos mecanismos diretos de regulação de preços vigentes na saúde suplementar.

A regulação de preços da ANS é estabelecida com base nos incisos XVII e XXI do art. 4º da Lei 9.961, de 2000. O primeiro estabelece como competência da Agência a autorização de reajustes e revisões de contraprestações. O segundo, o monitoramento da evolução dos preços de planos de saúde, dos prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos. Não há qualquer menção há regulação dos preços inicialmente estabelecidos pelas operadoras. Isso não significa, no entanto, que a regulação vigente não influencie na formação inicial de preços.

Após desenvolverem um novo produto, as operadoras devem apresentar à agência notas técnicas de registro para planos médico-hospitalares em pré-pagamento. Nesta nota, é descrita a formação do preço do produto, sendo vedado à operadora comercializar produtos com contraprestações inferiores às despesas assistenciais líquidas por exposto com margem de segurança estatística constante da referida nota. A RDC 28, de 2000, da ANS, estabelece ainda que as operadoras devem manter monitoramento periódico dos custos de operação de seus planos, podendo atualizar a nota técnica de registro de produto sempre que ocorrerem alterações nas premissas utilizadas que modifiquem o valor comercial da mensalidade. A atualização da nota torna-se uma obrigação quando os preços de tabela distam mais de 30% para cima ou para baixo dos valores comerciais da mensalidade apresentados nas notas.

Na formação de preços, a operadora também tem de considerar a RN 63, de 2003, da ANS, que estabelece as faixas etárias entre as quais pode haver variação de preços. São dez faixas etárias, sendo que a última começa aos 59 anos. As variações de preços entre faixas etárias, considerando-se das menores para as maiores, devem ser sempre positivas e o valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. Além disso, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. O estabelecimento de faixas etárias definidas entre as quais pode ocorrer reajuste facilita a comparação entre planos de saúde para aqueles

beneficiários que pretendam adquiri-lo e mantê-lo por longo período. Ainda que os reajustes possam ser diferentes entre cada faixa etária, o momento em que ocorrem é o mesmo e há regras que os limitam para as faixas etárias mais elevadas.

Para a análise concorrencial, a regulação dos reajustes tem maior impacto que a da formação de preços. Isso porque, enquanto a última é a mesma para todos os tipos de planos, a primeira varia conforme a contratação para os planos médico-hospitalares, o que aumenta a diferenciação entre produtos. Um produto individual/familiar e um produto contratado por um empresário individual, na mesma faixa etária, podem ter preços diferentes, já que, na contratação do primeiro, o contratante tem a garantia de não poder ter seu contrato rescindido, salvo as hipóteses previstas na Lei 9.656, de 1998, e de ter os reajustes controlados. A operadora também considera essas diferenças ao estabelecer os preços dos produtos.

Podem-se dividir os planos médico-hospitalares em pré-pagamento em três grupos considerando-se as regras de reajuste. Os médico-hospitalares, individuais/familiares, como afirmado acima, têm seus reajustes controlados. As operadoras devem solicitar autorização para reajustar seus produtos e o percentual de reajuste autorizado deve ser aplicado a todos os contratos individuais. Até 2018, a determinação do limite máximo de reajuste era feita com base nos reajustes dos contratos coletivos com mais de trinta vidas. Em 2018, foi aprovada a RN 441 pela Diretoria Colegiada da ANS. Esta RN estabeleceu nova fórmula de cálculo para o limite do reajuste dos planos individuais baseada na variação de custos médico-hospitalares, no índice de preços gerais ao consumidor (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e em um fator que, segundo a Agência, relaciona-se a ganhos de eficiência.

A edição desse normativo aumenta a transparência sobre o cálculo do reajuste e sua previsibilidade, o que poderia incentivar operadoras que não comercializam esse produto a fazê-lo. A nova fórmula de cálculo, contudo, tende a gerar limites menores do que os obtidos pela fórmula anterior, que tinha como pressuposto a existência de poder de barganha dos contratantes com mais de trinta vidas.

Se esse pressuposto estivesse correto, os reajustes decorrentes das negociações refletiriam, principalmente, as variações de custos das operadoras. Nos anos em que o rol era

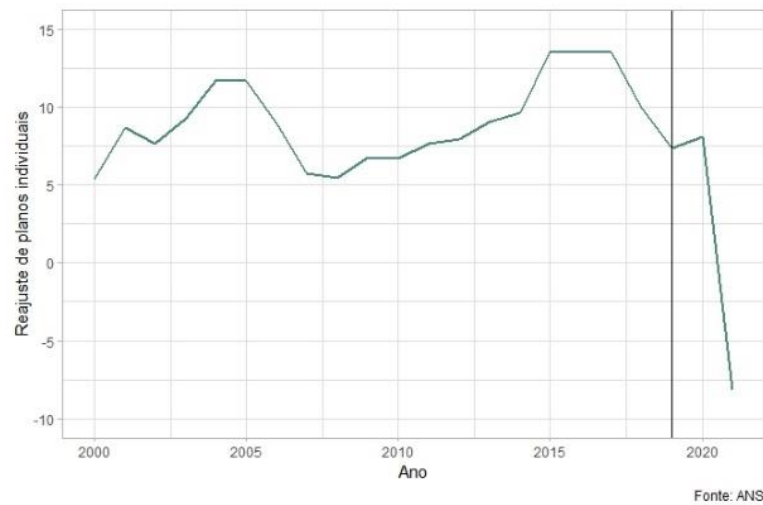


atualizado, o impacto estimado da mudança na cesta de procedimentos a serem cobertos era acrescido ao percentual obtido pela análise dos contratos coletivos, podendo gerar até superestimação desses efeitos se, na negociação, esse fator já houvesse sido considerado. Assim, assumindo-se válidas todas as hipóteses daquele modelo de reajuste, o limite máximo refletiria a variação de custos dos planos médico-hospitalares, coletivos, com mais de trinta vidas. A fórmula atual foi estabelecida com o objetivo de não apenas refletir as variações de custos dos planos médico-hospitalares individuais, contratados após a vigência da Lei 9.656, de 1998, mas também ganhos de eficiência, que são descontados da variação de custos. Se não houver diferenças entre as variações de custos conforme o tipo de contratação, a fórmula atual resulta em limites máximos menores.

O gráfico 1, abaixo, mostra os limites máximos estabelecidos para os planos médico-hospitalares individuais desde 2000 até 2021. Em 2019, como pode ser observado, o limite foi 2,65 pontos percentuais menor do que o do ano anterior, que já havia sido bastante inferior ao de 2017. Já, em 2020, o reajuste calculado foi 0,79 pontos percentuais que no ano anterior. Em 2021, pela primeira vez, o reajuste máximo definido foi negativo. Assim, todas as operadoras foram obrigadas a reduzir o preço dos seus produtos individuais. Esse resultado foi consequência da pandemia de Covid, que impactou a utilização de serviços de saúde por beneficiários de planos de saúde, diminuindo o custo assistencial das operadoras em 2020.

A partir dos dados disponibilizados no portal brasileiro de dados abertos, no conjunto de dados intitulado Reajuste de Planos Coletivos, calculou-se a moda dos reajustes em 2018, excluindo-se os contratos odontológicos, os reajustes estabelecidos no mesmo valor do limite máximo determinado para o reajuste dos planos individuais familiares no ano anterior e os contratos com menos de 30 beneficiários. O resultado foi 10% (a média aritmética é 13,16%), superior portanto ao reajuste estabelecido, de acordo com a nova metodologia, para 2019 (7,35%). Note-se que o período utilizado é diferente do que a Agência utilizava, que ia de março a fevereiro do ano seguinte. Será interessante avaliar quais os efeitos da mudança nas regras dos reajustes de planos individuais/familiares na oferta, haja vista que tende a restringir ainda mais a liberdade de precificação das operadoras.

## LIMITES MÁXIMOS DE REAJUSTE PERMITIDOS PELA ANS A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES DE 2000 A 2021<sup>28</sup>



Os contratos coletivos com menos de 30 vidas em preços pré-estabelecidos devem ser reajustados conforme a RN 309, de 2012, da ANS, que estabelece, a princípio, o cálculo de único percentual de reajuste para todos os contratos desse tipo de uma mesma operadora. A operadora pode desmembrar esse conjunto em três subgrupos, conforme o tipo de cobertura (sem internação, internação sem obstetrícia e internação com obstetrícia) e aplicar diferentes reajustes a cada um desses subgrupos. Os percentuais de reajuste a serem aplicados devem ser divulgados até o primeiro dia útil de maio de cada ano e devem ser mantidos nos sites das operadoras na internet. Essa norma visa diminuir a aplicação de reajustes altos para aqueles contratos em que houve grande variação de custos recentemente ou que a operadora não tem mais interesse em manter.

Não há restrição à rescisão unilateral pela operadora desses contratos, exceto para os contratos com empresários individuais, nos quais, como mencionado anteriormente, a norma em vigência estabelece que somente podem ser rescindidos se não for comprovada a regularidade dos cadastros como empresário individual, se não houver pagamento da mensalidade após notificação pela operadora ou na data de aniversário do contrato se houver

<sup>28</sup> Dados provenientes de <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares>. Acesso em 15/09/2021.

havido comunicação com sessenta dias de antecedência, informando o motivo da rescisão. Como os reajustes ocorrem na data de aniversário contratual, a operadora pode optar pela rescisão ao invés da aplicação do reajuste único.

Os dados constantes na página da Agência na internet<sup>29</sup> mostram que a moda dos reajustes aplicados a esses planos entre maio de 2018 e abril de 2019 foi 13,55%, semelhante ao percentual máximo de reajustes definido para os planos individuais no ano anterior (2017). Das 493 operadoras que tinham contratos coletivos com menos de 30 vidas nesse período, 288 aplicaram reajustes menores do que o reajuste dos planos individuais no ano anterior. A média ponderada pela quantidade de beneficiários em cada contrato foi 14,68%. Por um lado, a moda indica que os reajustes máximos estabelecidos para os planos individuais influenciam os reajustes desses contratos, pois grande parte dos contratos são reajustados utilizando-se os mesmos percentis definidos como reajuste máximo para os planos individuais no ano anterior. Por outro, a quantidade de operadoras que estabeleceram reajustes menores do que o limite estabelecido para os planos individuais aponta para o fato de que outras variáveis também influenciam esses reajustes.

As regras para os planos coletivos com mais de trinta beneficiários visam apenas ao monitoramento dos reajustes. As operadoras devem informar a ANS todos os reajustes aplicados. Não há notícias ou informes, todavia, de eventuais ações da Agência relacionadas a esse monitoramento. É interessante notar que a moda dos reajustes para esses contratos, em 2018, também foi 13,55%, percentual do reajuste máximo determinado para os planos individuais no ano anterior. Assim, o limite máximo estabelecido para os reajustes dos planos individuais parece influenciar os reajustes dos outros tipos de contratos.

Também são estabelecidos parâmetro máximo de reajuste para os contratos individuais celebrados antes da vigência na Lei 9.656, de 1998, e não adaptados a essa norma. Para esses planos, o limite é estabelecido de acordo com a variação de custos dos contratos ainda vigentes.

Em decorrência da pandemia de COVID-19, a ANS suspendeu os reajustes de planos médico-hospitalares, contratados após a vigências da Lei 9.656, de 1998 ou a ela adaptados,

---

<sup>29</sup> <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos/reajustes-aplicados-pelas-operadoras-para-contratos-coletivos-com-ate-30-beneficiarios>. Acesso em 12/09/2019.

por variação de custos e por mudança de faixa etária entre setembro e dezembro de 2020. Foram excluídos da suspensão apenas os planos em pós-pagamento ou os contratos coletivos empresariais com 30 ou mais vidas, não agrupados conforme a RN 309, de 2012 cujos reajustes houvessem sido negociados e aplicados até 31/08/2020 ou que os contratantes tenham optados por não ter o reajuste suspenso. Posteriormente, a Agência decidiu que os valores referentes aos reajustes suspensos seriam cobrados de forma diluída em 12 meses.

Em relação à regulação acima explicada, é importante mencionar que o DEE, em diferentes ocasiões, manifestou-se a fim de ressaltar possíveis efeitos negativos de regulação de preço baseadas em limites máximos. Há o risco de que o limite estabelecido pelo regulador torne-se um ponto focal para os preços estabelecidos por todos os regulados ou de que facilite a coordenação entre concorrentes, que usariam o limite como parâmetro para o preço de conluio.

### **1.5 Mecanismos financeiros de regulação**

Beneficiários de planos de saúde em pré-pagamento não têm, a princípio, qualquer custo para utilização dos serviços de saúde cobertos pelo plano, o que pode fazê-los utilizar mais esses serviços. Ainda que pareça pouco provável que um beneficiário se interne ou realize procedimento invasivo se não acreditar que é necessário e não houver indicação médica, não é raro encontrar quem faça consultas e exames de diagnóstico que não faria se não tivesse um plano. Para diminuir o risco moral, é relativamente comum o estabelecimento de coparticipação. Considerando-se os planos ofertados na saúde suplementar, 58% dos médico-hospitalares e 76% dos odontológicos têm coparticipação. Franquias são mais raras<sup>30</sup>.

Os planos com algum mecanismo de regulação, conforme estimativas apresentadas no documento “Preços Hedônicos na Saúde Suplementar”, tem preços consideravelmente mais baixos que planos semelhantes sem esses mecanismos. O estudo, todavia, não mostra se essas diferenças nos preços são decorrentes apenas de diferenças nos custos assistenciais. Se, por um lado, os mecanismos financeiros de regulação têm esse impacto positivo nos valores das contraprestações, por outro, para os consumidores que precisem usar o produto, os valores a serem pagos podem ser bastante altos dependendo de como esses mecanismos sejam

---

<sup>30</sup> Estatísticas calculadas a partir da tabela “Características dos produtos da saúde suplementar”, disponibilizada no portal brasileiro de dados (<http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>). Acesso em 16/10/2019.

estabelecidos. De fato, eles são uma forma de a operadora compartilhar o risco de subscrição com os clientes.

Em 2018, a Diretoria Colegiada da ANS aprovou norma que regulamentava o estabelecimento de franquias e coparticipações na saúde suplementar (RN 433). O regulamento gerou inúmeras controvérsias e foi revogado pouco mais de dois meses depois. Assim, o estabelecimento desses mecanismos na saúde suplementar permanece regido pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) 8, de 1998. De acordo com essa resolução, as operadoras somente podem utilizar mecanismos de regulação financeira se isso não implicar o desvirtuamento da livre escolha do beneficiário. Não podem ser estabelecidas coparticipações ou franquias que caracterizem o financiamento integral do procedimento pelo usuário ou sejam um fator restritivo severo ao acesso aos serviços.

Conforme nota técnica da ANS apresentada na Consulta Pública 60<sup>31</sup>, sobre mecanismos financeiros de regulação – coparticipação e franquia, há um entendimento, não estabelecido em normativo, de que coparticipações maiores do que 30% constituiriam fator restritivo severo ao acesso aos serviços. Assim, é provável que as coparticipações dos planos atualmente comercializados não excedam esse limite. Todavia, não há dados que comprovem essa suposição, tampouco há informações de como a ANS monitora o nível de coparticipações praticados pelas operadoras.

A CONSU 8 também estabelece que a operadora deve informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede os mecanismos de regulação adotados. Essa transparência é importante para que o consumidor possa realizar sua escolha. Idealmente, quando o consumidor compara produtos, como quando utiliza o Guia de Planos da ANS, deveria também ter acesso a informações sobre os mecanismos financeiros de regulação dos planos e como eles são aplicados.

Observa-se, nas negociações de planos coletivos empresariais, que, muitas vezes, são estabelecidos reajustes menores em contrapartida ao aumento da coparticipação. Nos dados disponibilizados pela ANS sobre reajuste de planos coletivos no portal brasileiro de dados

---

<sup>31</sup>

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/audiencias\\_publicas/ap06/ap06\\_analisedei mpactoregulatorio.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap06/ap06_analisedei mpactoregulatorio.pdf). Acesso em 12/09/2019.

abertos da ANS, uma das variáveis constantes é a modificação nos fatores de coparticipação. Qualquer análise referente a preços ou reajustes na saúde suplementar deve considerar se a presença de mecanismos financeiros de regulação poderia afetar os resultados obtidos.

### 1.6 Rede assistencial

A abrangência e qualidade da rede assistencial de um plano de saúde é uma das variáveis mais importantes na escolha de um produto da saúde suplementar. Embora muitas operadoras tenham aumentado a quantidade de prestadores próprios e algumas sejam totalmente verticalizadas, a maior parte dos atendimentos no setor acontece em prestadores não integrados. As regras concernentes à relação entre prestadores e operadoras serão analisadas na terceira seção, mas, por ora, é importante notar que a verticalização da rede influencia no grau de controle que a operadora tem sobre ela. Há casos em que as operadoras têm de conseguir influenciar terceiros para o cumprimento de regras estabelecidas pela ANS.

Um exemplo disso é o cumprimento do art. 17, da Lei 9.656, de 1998, no qual se afirma que a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos planos implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitida a sua substituição somente se for por prestador equivalente e se os beneficiários forem comunicados com trinta dias de antecedência. A intenção do legislador de proteger o consumidor é clara. Como afirmado acima, a rede é uma variável importante na escolha de um plano de saúde, e sua modificação ao longo do contrato pode significar mudança considerável no produto.

Esse dispositivo, no entanto, pode aumentar o poder de barganha dos prestadores que estão nas redes das operadoras, além de desincentivar, em razão disto, a inclusão de novos prestadores, limitando assim a quantidade e a qualidade ofertada, o que, no longo prazo, pode não beneficiar os consumidores, que seria o propósito da norma. Contratos imutáveis em termos obrigacionais em face de terceiros, também, possuem algum nível de imprevisibilidade em termos de custos.

Em casos concretos, nem sempre a aplicação desse dispositivo do art. 17, da Lei 9.656, de 1998 é possível ou efetiva. Considere-se, inicialmente, a substituição de rede hospitalar.

Conforme explicação da ANS em sua página na Internet<sup>32</sup>, na análise de equivalência dos prestadores, é avaliada a disponibilidade de leitos, serviços de urgência e emergência 24 horas e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Também é considerada a proximidade geográfica entre os prestadores envolvidos no processo. São utilizadas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como referência quanto às instalações, serviços e recursos disponíveis nos prestadores.

Um exemplo de dificuldade da aplicação do art. 17 da Lei 9656, de 1998, ocorreu recentemente. Em junho de 2019, problemas na negociação entre uma das maiores operadoras de plano de saúde, a Amil Assistência Médica Internacional S/A, e uma das maiores redes hospitalares do País, a Rede D'Or São Luiz, levaram ao descredenciamento pela operadora de dez hospitais, sendo sete no Rio de Janeiro. A quantidade de hospitais descredenciados em um mesmo município, a reputação desses prestadores e o número de leitos impactaram, se não nos atendimentos, ao menos na percepção dos consumidores sobre os produtos que adquiriram. Isso é evidenciado pelo envolvimento do Ministério Público do Rio de Janeiro, da Defensoria Pública do Estado e do Procon na busca de uma solução.

Não havendo substitutos e não sendo possível alcançar um acordo, o cumprimento do disposto no art. 17 da Lei 9.656, de 1998, tornou-se inviável. Segundo comunicado da ANS, com a intermediação dos órgãos públicos, ao final, a operadora e a rede hospitalar acordaram em garantir que as gestantes em acompanhamento pré-natal nos hospitais da rede que desejassem realizar o parto onde estavam sendo acompanhadas pudessem fazê-lo com cobertura da operadora. Pacientes oncológicos já em tratamento quimioterápico também puderam continuar a ser atendidos com cobertura da operadora, bem como pacientes internados. Atendimentos de emergência nos quais os pacientes estavam em estado grave (risco de vida) e não puderam ser transferidos de hospital, puderam continuar na Rede D'Or<sup>33</sup>. Considerando que, para alguns consumidores, as condições do acordo poderiam não ser suficientes, conforme reportagem do jornal O Globo, de 21/06/2019<sup>34</sup>, não seria cobrada multa rescisória de quem se sentisse prejudicado pela mudança na rede credenciada e

---

<sup>32</sup> <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/1187-alteracao-da-rede-hospitalar>. Acesso em 12/09/2019.

<sup>33</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5031-amil-e-rede-d-or-se-comprometem-a-manter-tratamentos-em-andamento> Acesso em 13/09/2019.

<sup>34</sup> <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/rede-dor-deixa-rede-credenciada-da-amil-nesta-sexta-veja-quais-hospitais-podem-ser-usados-no-rio-23753738>. Acesso em 13/09/2019.

quisesse cancelar o contrato. Note-se que o Rio de Janeiro tem uma das maiores redes hospitalares do país. Ainda assim, é difícil afirmar que o art. 17, da Lei 9.656, de 1998 foi plenamente cumprido.

Se, do ponto de vista do consumidor, o disposto no art. 17 da Lei 9.656, de 1998, nem sempre é efetivado, concorrencialmente, como afirmado anteriormente, essa obrigatoriedade tende a aumentar o poder de barganha da rede hospitalar, especialmente quando o prestador tem grande quantidade de leitos ou a sua qualidade é reconhecida pelos beneficiários. A questão que emerge é como garantir que as operadoras mantenham, tanto quanto possível, a rede assistencial contratada pelos beneficiários sem que o poder de barganha dos prestadores aumente consideravelmente.

Recentemente, foi realizada consulta pública que tratava dos critérios para alterações na rede hospitalar dos planos de saúde<sup>35</sup>. Pela proposta, a ANS deveria analisar a equivalência de prestadores considerando os serviços hospitalares e o atendimento de urgência e emergência nos últimos doze meses, no prestador a ser substituído, pelos beneficiários do plano. A princípio os prestadores substitutos devem estar localizados no mesmo município que o prestador a ser substituído, mas a proposta possibilita a substituição por prestadores fora do município quando houver inexistência ou indisponibilidade de prestador local. Também é estabelecida critérios adicionais para a substituição de prestadores acreditados.

Há que se ressaltar, ademais, que, na proposta apresentada, faculta-se aos beneficiários a *“portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, no município de residência do beneficiário, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço”* (ANS, 2020). Esta inovação, se mantida e efetivada pela ANS, pode ter efeitos benéficos para a concorrência, já que facilita a mudança de planos por beneficiários que considerem que a qualidade da rede assistencial do plano não é a mesma de quando o produto foi contratado.

Destaque-se, em relação à consulta, a manifestação do Ministério da Economia. Ao avaliar o possível impacto da concorrência da proposta, a Secretaria de Avocacia da

---

<sup>35</sup> Trata-se da consulta pública 82, aberta para participação popular entre 25/01/2021 e 10/03/2021. <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-n-82-proposta-de-resolucao-normativa-que-objetiva-aperfeicoar-os-criterios-para-as-alteracoes-na-rede-hospitalar>. Acesso em 01/04/2021.



Concorrência e Competitividade – SEAE – entendeu que a proposta teria o condão de limitar a capacidade de as empresas competirem entre si por gerar um desequilíbrio no poder de negociação entre as operadoras e os prestadores, em especial nas regiões em que há poucos hospitais atuantes. Nesse sentido, a Secretaria ressaltou manifestação da FENASAÚDE na mesma consulta, na qual foi afirmado que, das 159 regiões de saúde de atuação de uma operadora no Brasil, em 58, há apenas um hospital credenciado. Esse não poderia, assim, ser substituído. Em relação à utilização de critérios de qualidade, a SEAE também considerou que resultaria em aumento da dificuldade de alteração dos hospitais pertencentes à rede assistencial.

Em 09/06/2021, foi realizada audiência pública para discussão do resultado da consulta pública. A audiência teve uma grande participação de interessados. Ainda não houve proposta de minuta de resolução normativa após esse evento.

Encontrar o equilíbrio entre a proteção imediata do consumidor e a proteção da concorrência é um desafio quando se trata da regulação de substituição da rede assistencial. A utilização da portabilidade, que facilita a troca de produto pelo consumidor quando este avaliar que o plano não corresponde mais ao que foi inicialmente adquirido, parece-nos um mecanismo para equilibrar esses dois objetivos.

A RN 365, de 2014, da ANS, regula a substituição de prestadores não hospitalares na rede assistencial. As premissas que norteiam essa norma são as mesmas que norteiam a substituição de prestadores hospitalares: os prestadores devem ser semelhantes, o que, para estabelecimentos não hospitalares, significa ser o mesmo tipo de estabelecimento, conforme o CNES, e ter os mesmos serviços especializados e, para profissionais que atuem em consultórios isolados, ter habilitação legal para exercer a mesma profissão. As regras referentes à localização geográfica consideram o município como a menor unidade e estabelecem parâmetros para quando não há substitutos. A obrigação da operadora é encontrar um prestador semelhante no município. Se não houver ou estiver indisponível, poderá ser indicado um prestador em município limítrofe e, se não houver em município limítrofe, poderá ser indicado prestador na região de saúde da qual faz parte o município. Tanto em relação ao consumidor quanto em relação à concorrência, a substituição da rede não hospitalar, exceto em casos singulares, tende a ter menos impacto porque o número de prestadores usualmente é maior e há mais agentes equivalentes entre si.

Além de disponibilizar informação sobre a rede hospitalar do plano no município de contratação no Guia de Planos, o regulador obrigou as operadoras a divulgarem as redes assistenciais de seus planos em seus portais na internet. A RN 285, de 2011, da ANS, facilita o acesso dos consumidores à lista com a rede assistencial de planos que pretendam contratar e permite que os beneficiários acessem informações atualizadas sobre a rede assistencial. Alterações na rede assistencial não hospitalar, ademais, devem ser informadas com antecedência no portal da operadora, conforme a RN 365, de 2014. Também alterações na rede hospitalar devem ser informadas aos consumidores com trinta dias de antecedência, conforme a Lei 9.656, de 1998.

## **2. Regulação Assistencial**

A regulação assistencial no setor de saúde suplementar é ampla e compreende tanto normas de cumprimento obrigatório, como a que estabelece o rol mínimo de procedimentos a ser coberto pelas operadoras, quanto outras que pretendem estimular boas práticas na assistência à saúde, como as que visam incentivar modelos assistenciais baseados na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Nesta seção, tratar-se-á apenas das regras relativas ao rol mínimo de procedimentos e referentes à garantia de atendimento. Note-se que a adoção de modelos assistenciais baseados na promoção de saúde, prevenção de doenças ou na atenção primária pode ser um diferencial da operadora.

A Lei 9.656, de 1998, estabelece que os planos devem cobrir partos e tratamentos realizados no Brasil relativos às doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, de acordo com a segmentação assistencial do plano. Quando este incluir atendimento ambulatorial, consultas médicas em número ilimitado devem ser cobertas, bem como serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral. Quando a cobertura inclui internações hospitalares, é vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. Devem ser cobertos todos os exames complementares, medicamentos e procedimentos realizados ou ministrados durante a internação hospitalar, além de eventuais taxas.

A cobertura obstétrica inclui a assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias após o parto e a garantia de inscrição do recém-nascido, filho

natural ou adotivo, como dependente, isento de prazos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção. Os planos odontológicos devem cobrir consultas odontológicas e exames auxiliares e complementares, procedimentos preventivos de dentística e endodontia e cirurgias orais menores. A Lei 9.961, de 2000, por sua vez, estabelece como uma das competências da ANS a elaboração de um rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei.

De acordo com Ramalho (2017), a justificação do projeto de Lei que originou a Lei 9.656, de 1998 limitou-se a registrar que o estabelecimento de uma cobertura mínima a ser assegurada pelas empresas de planos de saúde visaria a inibir o uso de cláusulas contratuais com restrições abusivas de cobertura, tal como era praxe do mercado até então. Ao analisar a justificação veiculada pelo regulador nos diversos processos de estabelecimento e reformulação do rol de procedimentos, Ramalho (2017) notou que não são aprofundados os debates sobre os fundamentos regulatórios para a existência do rol.

Economicamente, o estabelecimento de um rol mínimo de coberturas pode ser justificado pela existência de problemas de assimetria de informação e de racionalidade limitada na aquisição de planos de saúde. Há dificuldade de o consumidor compreender o que cada cobertura abrange e os riscos associados a não contratação de uma cobertura específica. As probabilidades de ocorrência de cada sinistro, considerando-se a faixa etária, sexo e outras características demográficas do potencial beneficiário, são melhores conhecidas pela operadora do que pelo contratante. Em decorrência desses fatores, os consumidores tendem a ter dificuldades para avaliar qual a melhor configuração de plano para si. O estabelecimento de um rol mínimo de coberturas diminui o espectro de escolha do consumidor, facilitando-a e induzindo uma decisão que tende a gerar maior bem-estar do que a que seria tomada na ausência de regras para cobertura.

Korobkin (1999) ressalta também a incompletude dos contratos de planos de saúde como uma razão a justificar a definição de coberturas mínimas de planos de saúde pelo Estado. Não é possível formalizar todos os cursos de ações possíveis decorrentes de um diagnóstico. As decisões médicas dependem de múltiplos fatores que devem ser considerados caso a caso. Assim, em um contrato, usualmente, são usados termos vagos para determinar a cobertura provida, tais como a obrigação de prover todos os tratamentos médicos necessários

ou todos os tratamentos razoáveis e necessários. Esses termos podem fundamentar decisões de negativa de cobertura em situações nas quais os benefícios do procedimento médico solicitado são reconhecidamente nulos ou de solicitação de cobertura quando, ao contrário, é necessário tratamento, que resultará em ganhos de saúde e bem-estar para os pacientes. Contudo, não orientam decisões nos casos mais comuns, como quando um tratamento alternativo gera melhores resultados em saúde, mas a custos muito maiores. O legislador brasileiro, ao determinar a obrigação da ANS de estabelecer uma lista de procedimentos e tecnologias a serem cobertas reduziu esse problema.

O estabelecimento de uma cobertura obrigatória ampla e, em muitos casos, sem limites, implica, contudo, menor liberdade para as operadoras gerenciarem o desenho de seus produtos e maior risco atuarial, especialmente para as operadoras de menor porte. Se o conjunto de beneficiários é grande, um evento raro mas custoso é contrabalançado pelas contraprestações dos muitos beneficiários, que utilizaram como o esperado o plano. Se houver poucos beneficiários, esse evento pode demandar recursos além das contraprestações. Este é um dos fundamentos para o estabelecimento de exigência mínima de capital regulatório na saúde suplementar.

Na terceira reunião da Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos, ocorrida em 08/05/2017 e promovida pela ANS, o Sr. Joaquim Lucena apresentou o modelo de relação operadora e prestadora que estava sendo desenvolvido pela Unimed do Ceará. Ao apresentar os resultados de algumas cooperativas médicas do estado, chamou a atenção para os resultados negativos da Unimed do Vale do Jaguaribe, entre 2006 e 2009. De acordo com o palestrante, esses resultados foram decorrentes da internação contínua, em unidade de terapia intensiva, de uma paciente<sup>36</sup>. Agregar operações de diferentes cooperativas ou encontrar formas de atuação em que o risco da cobertura não seja totalmente retido por operadoras de pequeno porte é essencial para garantir que operadoras menores cumpram com suas obrigações e mantenham-se solventes. Essas questões serão tratadas na quarta

---

<sup>36</sup> Apresentação disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2017\\_ct\\_compartilhamento/3\\_reuniao\\_ct\\_compartilhamento\\_apresentacao\\_unimed\\_ceara.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_ct_compartilhamento/3_reuniao_ct_compartilhamento_apresentacao_unimed_ceara.pdf). O áudio completo da reunião está disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-antiores/camara-tecnica-de-compartilhamento-de-riscos>. Acesso em 18/09/2019.

seção, mas há que se notar como a regulação assistencial e a econômico-financeira relacionam-se.

O primeiro rol de procedimentos foi estabelecido pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) em 1998, antes da criação da ANS. A partir da criação desta, em 2000, o rol de procedimentos passou a ser atualizado periodicamente e, desde 2008, a atualização ocorre de dois em dois anos. Em 2018, a Agência formalizou a periodicidade dos ciclos de atualização e o processo de discussão e análise que subsidia a definição do rol por meio da RN 439. Proposta de alteração desta resolução normativa está em consulta pública<sup>37</sup>.

A ANS estabelece quais procedimentos são considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, devendo ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde, de acordo com sua segmentação assistencial. Ramalho (2017) nota que, ao longo do tempo, os parâmetros para elaboração do rol de procedimentos passaram de um modelo centrado na compatibilização da cobertura com as tabelas de procedimentos médicos existentes para um formato centrado na utilidade do procedimento para o tratamento ou diagnóstico de doenças. Segundo o autor, a crescente implementação de diretrizes médicas vinculando a cobertura dos procedimentos a casos específicos corrobora tal constatação.

As principais diretrizes que norteiam a incorporação ou desincorporação de procedimentos são, conforme a RN 470, de 2021, a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde, a observância aos princípios da saúde baseada em evidências e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. De acordo com este recente normativo, as submissões de novas incorporações são recebidas e analisadas de forma contínua, e o rol pode ser atualizado a qualquer tempo, mas, a princípio, as resoluções de atualização deste devem entrar em vigência nos meses de janeiro e julho de cada ano.

Em referência a esses prazos, há que se destacar a medida provisória 1.067, de 2 de setembro de 2021, que determina um limite de 120 dias, prorrogáveis por mais 60 dias, após o pedido inicial de incorporação, para que a ANS decida pela inclusão de novos procedimentos

---

<sup>37</sup> Consulta pública 84, que terminou em 19/04/2021: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-n84-proposta-de-resolucao-normativa-que-altera-a-rn-n439-de-2018-que-dispoe-sobre-processo-de-atualizacao-periodica-do-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude>. Acesso em 01/04/2021.

no rol. Se assim não o fizer, o procedimento é automaticamente incluído na lista de cobertura obrigatória até haver uma decisão definitiva.

Qualquer interessado pode apresentar solicitação para incorporação ou desincorporação de tecnologia, inclusão, exclusão ou alteração de diretriz de utilização ou alteração de termo descritivo de procedimentos ou evento em saúde já listado no rol, contanto que cumpra os requisitos estabelecidos na norma. As propostas são analisadas pela ANS e aquelas avaliadas como elegíveis, nos termos da norma, serão discutidas em reuniões técnicas para as quais podem ser convidadas membros da Câmara de Saúde Suplementar. Também poderão ser constituídos grupos técnicos. O processo continua com a deliberação pela diretoria colegiada da Agência da minuta de resolução normativa que altera o rol e submissão desta à avaliação da sociedade, por meio de consulta ou audiência pública. Ao final, a diretoria colegiada decide sobre os procedimentos que serão incorporados.

A normatização do processo de incorporação de tecnologia na saúde suplementar pode ser vista como tentativa de diminuir o conflito inerente a esse processo. A incorporação de um procedimento ou tecnologia tende a resultar, por um lado, em maiores receitas para os prestadores que realizam o procedimento incorporado ou detêm a nova tecnologia e, por outro, em maiores custos para as operadoras que pagam por esses procedimentos. Por essa razão, além da avaliação da tecnologia em si, são considerados aspectos econômicos e orçamentários.

De acordo com a regulamentação vigente, qualquer proposta de atualização do rol deve conter informação sobre a capacidade técnica instalada nas unidades federativas para a operacionalização da tecnologia proposta na saúde suplementar, estudos de avaliação econômica em saúde e análise de impacto orçamentário, na perspectiva da saúde suplementar. Diferentemente de outros países, contudo, na saúde suplementar brasileira não são estabelecidos parâmetros mínimos, considerando-se os benefícios em saúde e os custos econômicos, para a incorporação de tecnologia. De acordo com Ramalho (2017), o que se constata é a orientação do regulador a partir de uma “rotina” que estabelece um formato incremental para a escolha final, baseando-se a decisão no preenchimento de determinados quesitos.

Atualmente, o rol vigente é estabelecido na RN 465, de 2021. Como é comum em processos dessa natureza, a cada atualização, são acrescentados novos procedimentos e raramente procedimentos são excluídos. Nesta última atualização, por exemplo, foram incluídos 69 itens em relação ao anterior, sendo que destes, 50 são medicamentos e, 19 referem-se a procedimentos. Além disso, em muitos casos, os procedimentos incluídos são mais onerosos que os procedimentos que já compunham o rol e que visavam ao tratamento da mesma condição.

Santos (2015) estimou o impacto da ampliação do rol de procedimentos entre 2003 e 2015. Para isso, utilizou um modelo de dados em painel, no qual a variável dependente era o logaritmo natural do gasto assistencial per capita anual e as variáveis explicativas eram três dummies relacionadas à entrada em vigência das resoluções normativas 82, de 2004, 167, de 2008, e 211, de 2010. A primeira RN compatibilizou a nomenclatura de procedimentos utilizada no rol anterior com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e adotou formatação mais simplificada; a segunda incluiu 109 procedimentos ao rol anterior e a terceira, 72 novos procedimentos. Além das *dummies* relacionadas aos normativos, *dummies* relacionadas à modalidade, porte e região das operadoras e uma variável relacionada ao PIB per capita foram usadas como regressores.

Os resultados de Santos (2015) indicaram que a RN 82, de 2004, implicou gastos assistenciais 9,19% maiores em relação ao período de referência. A RN 167, de 2008, teria tido impacto de 11,42%, e a RN 211, de 2010, impacto de 19,74% em relação à situação regulatória inicial. Em termos líquidos, os impactos teriam sido, respectivamente, de 9,19%, 2,05% e 7,47%. Todas as *dummies* relacionadas aos processos de alteração do rol foram significativas, considerando nível de confiança de 1%. Interessante notar que mesmo a RN 82, de 2004, que não aumentou o rol de coberturas teve impacto estimado positivo. A hipótese de Santos (2015) é de que as adequações lógicas promovidas pela RN 82, de 2004, no rol anterior foram mais efetivas na ampliação do acesso a serviços de saúde do que as ampliações de cobertura posteriores.

O impacto financeiro das atualizações do rol pode ser dividido em duas parcelas. A primeira associar-se-ia a ineficiências no processo de incorporação de tecnologias e procedimentos que levam a inclusões cujos benefícios não compensariam os custos. Como se observou, acima, o processo de incorporação até a edição da RN 439, de 2018, baseou-se em

uma “rotina” procedimental pela qual o regulador visava garantir que os procedimentos e tecnologias incorporados gerariam benefícios mais altos que seus custos, mas isso não era necessariamente demonstrado. A segunda parcela do impacto associa-se ao aumento do custo decorrente do processo de inovação tecnológica. Novos procedimentos e tecnologias aumentam a perspectiva de cura, controle e bem-estar de pacientes, mas não implicam, necessariamente, a redução de custos. Ao contrário, muitas vezes são processos e procedimentos mais onerosos.

É difícil avaliar quanto do impacto do rol relaciona-se a cada um dos fatores mencionados. Em apresentação feita em 2015, Paulo Furquim de Azevedo apresentou os resultados de pesquisa sobre os custos de assistência à saúde. Segundo ele, as inovações nesse setor poderiam explicar metade do crescimento total dos gastos nas últimas décadas. Uma parte do aumento desses custos seria decorrente de melhorias na qualidade (inovações em produtos) e outra parte seria devido ao emprego ineficiente da tecnologia (FURQUIM, 2015).

As atualizações do rol também podem impactar a entrada no setor. Um entrante deve não apenas considerar o rol vigente no momento de sua entrada, mas como posteriores atualizações impactarão seu negócio. Quanto mais imprevisível forem esses impactos, mais receosos tendem a ficar os possíveis entrantes. Um mecanismo possível para mitigar essa imprevisibilidade poderia ser a adoção pela ANS de rotinas para o cálculo do impacto das atualizações do rol nos custos das operadoras e a divulgação desses resultados. Ainda que os impactos passados não informem, necessariamente, sobre os impactos futuros, conhecer seu nível pode ajudar a orientar a decisão de agentes que pretendam entrar no setor.

Em estudo no qual avaliaram a tendência da variação de custos médico-hospitalares (VCMH) no mundo, Silva e Carneiro (2018) afirmam que a VCMH em todos os países considerados nos relatórios das consultorias Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson foi superior à inflação. A VCMH no Brasil não é significativamente superior à dos demais países e, a princípio, tem as mesmas causas observada em outros países, dentre as quais, o avanço tecnológico e os custos dos medicamentos. Um relatório em particular, ao tratar do Brasil, aponta a importância da ampliação do rol, sem, contudo, avaliar se os benefícios das tecnologias incorporadas eram superiores a seus custos. Assim, somente é possível afirmar que a ampliação do rol tem impacto econômico-financeiro.



Além da cobertura, o acesso à rede influencia a escolha do consumidor. Tende a ser mais difícil para um consumidor avaliar a facilidade de acesso à rede de uma operadora do que a composição da rede em si. Informações como o tempo necessário para marcar uma consulta e a suficiência da rede do plano para o atendimento de todos os beneficiários não são facilmente acessíveis.

A RN 259, de 2011, da ANS, contudo, estabeleceu prazos máximos para a garantia integral dos atendimentos de beneficiários no município onde estes demandarem, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e área de atuação do produto e facilitou a avaliação pelos consumidores do acesso provido pelas operadoras à sua rede. Isso porque o descumprimento reiterado dos prazos, se constituírem risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, pode levar a suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora. Essa suspensão é amplamente divulgada pela Agência e repercutida pelos meios de comunicação. Ao facilitar a avaliação de consumidores sobre variáveis que consideram importantes, essa norma melhora a competição.

### **3. Regulação da Relação com Prestadores de Assistência à Saúde**

Como afirmado anteriormente, a maior parte das operadoras de planos utiliza serviços de assistência à saúde de terceiros para prover a cobertura contratada por seus beneficiários. Isso significa que tanto a qualidade do serviço dessas operadoras quanto o cumprimento de regras referentes à assistência à saúde dependem da cooperação dos terceiros contratados. A ANS, contudo, regula apenas as operadoras de planos de saúde. Assim, quando são estabelecidas normas relativas aos serviços de saúde cobertos pelas operadoras, para o seu cumprimento, é preciso negociar com a rede contratada.

Nos últimos anos, a Agência tem atuado mais fortemente na relação entre prestadores e operadoras de duas formas. Diretamente, em decorrência da Lei 13.003, de 2014, que estabeleceu a obrigatoriedade de, nos contratos entre operadoras e prestadores, constarem a forma e periodicidade dos reajustes, devendo a periodicidade ser anual e realizada em prazo improrrogável de noventa dias, contado do início de cada ano-calendário. Se esse prazo não for cumprido, a ANS deve definir o índice de reajuste desses contratos. Indiretamente, a Agência estabeleceu normas para divulgação da qualidade da rede e para incentivo a

mudanças no modelo assistencial que repercutem nas relações entre prestadores e operadoras, especialmente, no que tange à remuneração de serviços.

A atuação direta da ANS nos casos em que prestadores e operadoras não atingem um acordo para o reajuste dos serviços era uma demanda dos primeiros. Ao regular esse dispositivo da Lei 13.003, de 2014, a ANS promulgou as RN 363 e 364, ambas de 2014. A primeira trata das regras para celebração dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços de atenção à saúde. São especificados os itens que obrigatoriamente têm de constar nos contratos. O inciso VIII, do art. 5º, proíbe o estabelecimento de formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado, e o § 1º do art. 12 determina que a composição da remuneração e os critérios de reajuste devem considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde. A regulação, assim, estabelece critérios para a remuneração e o reajuste, de forma que se diferenciem os prestadores de acordo com critérios estabelecidos pelo regulador.

Em 2019, a ANS iniciou processo normativo para substituir a RN 363, de 2014. A proposta foi apresentada em consulta pública, da qual o CADE participou, tendo apresentado suas considerações na nota técnica 2/2020/DEE/CADE<sup>38</sup>. Em apertada síntese, sugeriu-se que fosse excluído o dispositivo pelo qual se proibia que os contratos entre prestadores e operadoras contivessem qualquer tipo de exigência que infringisse o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde e que se deixasse claro que prestadores não podem combinar preços entre si, nem mesmo via uso de tabelas de valores referenciais, conforme jurisprudência do Conselho. Quanto aos reajustes, considerou-se que seria importante rever o uso de um reajuste imposto pela Agência a fim de se evitar regras que criem pontos focais e indexação da economia. Nesse sentido, indicou-se a necessidade de se excluir da proposta a proibição de que preços pudessem variar para baixo. Por fim, sugeriu-se a inclusão de um capítulo ou artigo que prevesse a possibilidade de operadora de plano de saúde comprar diretamente materiais que seriam utilizados nos hospitais.

---

<sup>38</sup> Esta nota técnica, bem como todos os outros documentos referentes a esta proposta normativa podem ser obtidos em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/consultas\\_publicas/cp76/cp-76-contribuicao-CADE.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp76/cp-76-contribuicao-CADE.pdf). Acessada em 01/04/2021.

Na reunião ordinária da Diretoria Colegiada da ANS nº 528<sup>39</sup>, ocorrida em 9 de junho e 2020, a proposta foi submetida à votação dos diretores. As questões apontadas na nota técnica do DEE mencionada, bem como outras apresentadas por outros órgãos e entidades, motivaram diretores da ANS a apresentar suas preocupações em relação aos possíveis impactos do normativo proposto. A proposta foi submetida à votação e rejeitada por quatro dos cinco diretores.

Em relação a RN 363, de 2014, há que se destacar, ainda, a publicação da RN 456, de 2020, que suspendeu os efeitos do § 2º do art. 12 deste normativo e do art. 6º da RN 364, de 2014, para o Sindicato de hospitais, clínicas, casas de saúde e laboratórios de pesquisa e análises clínicas do estado do Piauí em decorrência de decisão judicial. O primeiro dispositivo determinava que o reajuste deveria ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito, e o segundo que se não houvesse contrato escrito entre as partes, o reajuste definido pela ANS não seria aplicado.

A RN 264, de 2014, estabelece que o índice de reajuste a ser definido pela ANS baseia-se no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dependendo do nível de qualidade do prestador, seu reajuste variará de 115% do IPCA a 100%. Os fatores de qualidade que determinam o nível dos prestadores são estabelecidos na norma e relacionam-se à acreditação, certificação, titulação, capacitação, envio de guias no formato eletrônico da versão vigente do padrão de trocas de informação na saúde suplementar (TISS).

No procedimento preparatório 08700.001180/2015-56, na nota técnica nº 41/2015/DEE/CADE, o Departamento de Estudos Econômicos (DEE) do CADE manifestou-se sobre as referidas RN. Os apontamentos feitos pelo DEE continuam válidos, haja vista que não houve modificação nos dispositivos apontados pelo Departamento como problemáticos. Naquele parecer, o DEE chamou a atenção para o fato de a proibição constante do inciso VIII do art. 5º impossibilitar a diminuição dos preços de produtos por mandamento regulatório, o que, a princípio, encareceria o preço dos produtos sem uma justificativa para tanto, em cenários em que os custos diminuem. Também se chamou a atenção para o uso do IPCA de

---

<sup>39</sup> A reunião pode ser assistida em <https://www.youtube.com/watch?v=p6LjXG1cA8&t=10120s>.

maneira linear, sem preocupação com a inflação setorial e regional, o que poderia criar indexações indesejáveis.

De fato, a utilização do IPCA como parâmetro de reajuste nos casos em que não há acordo cria um limite mínimo para a negociação. Não há por que um prestador aceitar reajuste menor do que aquele que obteria se não chegasse a um acordo com a operadora<sup>40</sup>. Além da indexação, isso pode dificultar a transição para formas de pagamento que privilegiem o serviço do prestador e seu desempenho. Um exemplo é o pagamento de serviços hospitalares. Em muitos casos, a remuneração das diárias é bastante baixa e o pagamento por materiais e medicamentos é feito de acordo com tabelas que permitem a aferição de margens elevadas. Assim, o que seria o serviço típico hospitalar pode não ser a principal fonte de remuneração do prestador.

Além disso, em que pese a preocupação da ANS com o estímulo da qualidade, os fatores considerados para o estabelecimento de faixas de remuneração podem não refletir os parâmetros de qualidade e desempenho pelos quais as operadoras avaliam sua rede prestadora. Indicadores específicos teriam de se somar aos indicadores estabelecidos pela ANS e teriam de gerar reajustes ainda maiores do que os estabelecidos na regulação. Não sendo viável a aplicação de reajustes mais altos, não poderia a operadora por meio dos pagamentos induzir comportamentos que avalie desejáveis. Azevedo et alli (2016) dão como exemplo a valorização de profissionais que realizam consultas mais demoradas e cuidadosas. Isso não é um fator de qualidade estabelecido pela operadora, mas é valorizado pelo consumidor, e a operadora poderia querer estimular e premiar esse comportamento por meio de reajustes diferenciados.

A segunda forma de intervenção da ANS nas relações entre prestadores de serviços de saúde e operadoras é a indução de determinados modelos assistenciais que sejam mais custo-efetivos e gerem maior qualidade para os beneficiários e a divulgação de dados sobre a qualidade da rede assistencial. Atualmente, a maior parte das despesas assistenciais das operadoras são pagas por procedimentos. Isso reflete a forma como as operadoras interagem com a sua rede e com seus beneficiários. São poucos os planos nos quais há orientação para

---

<sup>40</sup> Em reuniões com agentes do setor, prestadores relataram que, apesar do normativo, é comum que sejam consensuados reajustes menores que o IPCA.

os últimos sobre a utilização de serviços e acompanhamento de seu percurso pela rede assistencial.

De um lado, o modelo assistencial vigente propicia a realização de procedimentos desnecessários e de exames que não serão utilizados no diagnóstico, bem como consultas diversas com diferentes profissionais para o fechamento de diagnósticos simples. Do outro, pode diminuir a percepção de qualidade do consumidor e aumentar sua insatisfação com o serviço contratado. Embora a mudança nessa forma de organização tenda a gerar resultados positivos para as próprias operadoras, problemas de coordenação dificultam mudanças. Bessa (2011) mostra como agentes que atuam na saúde suplementar consideram o pagamento por procedimentos ineficaz, mas não conseguem promover mudanças significativas.

Nesse contexto, o regulador pode ser um indutor de mudanças. Os projetos da Agência visam identificar e divulgar modelos inovadores de assistência à saúde. Há três projetos em andamento referentes a indução do aumento de partos normais, à implementação de cuidado coordenado para pacientes oncológicos e à certificação referente à atenção primária à saúde. Além disso, há o estímulo ao desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças. Se esses programas forem aprovados pela ANS, as despesas com eles podem ser utilizadas para redução da exigência mensal de margem de solvência, conforme a RN 264, de 2011, da ANS. Mais recentemente, a Agência lançou programa relativo a projetos de modelos de remuneração baseados em valor e, paralelamente, tem procurado estimular a participação de contratantes nas discussões sobre modelos assistenciais.

Essas ações ainda não tiveram efeito global na saúde suplementar, ainda que tenham ocorrido mudanças pontuais na assistência a determinadas doenças em operadoras específicas. A recente crise econômica, que provocou a diminuição no número de beneficiários, pode ter contribuído para alterações nos modelos assistenciais. Havendo menor crescimento das receitas, torna-se mais premente a redução de custos, sem que a qualidade seja afetada.

A alteração dos modelos assistenciais poderia diminuir problemas concorrenciais que se têm repetido ao longo dos anos, como a coordenação de prestadores de assistência para determinação de preços e a utilização de tabelas. Isso porque a associação do pagamento ao desempenho específico do prestador torna mais difícil a coordenação. Do mesmo modo, em

um sistema de pagamento baseado em remunerações globais, como os pacotes, há pouco espaço para o uso de tabelas de preços de medicamentos e materiais.

Com vistas a diminuir a assimetria de informação relacionada à qualidade dos prestadores de serviços de saúde e da rede assistencial das operadoras, a ANS instituiu programas que divulgam atributos de qualidade da rede assistencial e estimulam a acreditação da rede e das operadoras. A participação dos prestadores no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), estabelecido pela RN 405, de 2016, da ANS, é voluntária, pois a Agência não pode obrigá-los.

O programa consiste no estabelecimento de atributos de qualificação, na avaliação da qualificação dos prestadores e na divulgação desses atributos. A determinação dos níveis para o reajuste a prestadores é baseada na avaliação no âmbito desse programa, conforme a RN 364, de 2014, da ANS. Como afirmado anteriormente, esse procedimento pode dificultar o estabelecimento de critérios específicos estabelecidos pelas próprias operadoras. Contudo, a divulgação desses critérios padronizados por meio do material de divulgação das operadoras, como preconiza o Programa, pode facilitar a comparação de prestadores por beneficiários e estimular a competição baseada em qualidade entre prestadores.

Para as operadoras, a ANS instituiu o Programa de Acreditação, regulado pela RN 452, de 2020, que visa certificar as operadoras que mantenham boas práticas de gestão organizacional e de saúde. As operadoras são avaliadas em quatro dimensões:

- organizacional, que busca avaliar aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, à governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade;
- rede prestadora de serviços de saúde;
- saúde, na qual se avalia a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras;
- experiência do beneficiário.

São estabelecidos três níveis de operadora entre as que fazem parte do programa, que é voluntário. O programa institui um mecanismo de comparação entre as operadoras que é facilmente compreendido pelos beneficiários. Se o uso da acreditação como critério para aquisição de planos fosse disseminado, poderia ser mais fácil para as pequenas operadoras e

as entrantes, que não são conhecidas pelos beneficiários de planos de saúde, competir com as operadoras que têm reputação consolidada.

#### **4. Regulação econômico-financeira**

A dinâmica entre a regulação prudencial e a competição é objeto de atenção tanto de reguladores quanto de autoridades antitruste ((AHREND et alli, 2009) e (FISHER et alli, 2017), por exemplo). Do ponto de vista dos reguladores de setores financeiros ou semelhantes, nos quais há risco sistêmico, quanto maior a probabilidade de os ofertantes manterem-se solventes, melhor. Por solvência, entende-se a capacidade de manterem suas atividades em diferentes cenários. Considerando-se os efeitos na concorrência, no entanto, muitos dos requisitos estabelecidos pelo regulador para a entrada, permanência e saída podem constituir-se como barreiras à entrada. À primeira vista, parece haver uma tensão entre a regulação prudencial e o estímulo à competição. Essa tensão, contudo, depende da forma como as regras prudenciais são definidas.

Na saúde suplementar, o Legislador estabeleceu série de requisitos para obtenção de autorização de funcionamento, tais como o registro nos conselhos regionais de medicina ou odontologia, conforme o caso, e a demonstração da viabilidade econômico-financeira. Também foram estabelecidos requisitos para a saída do setor (§ 3º do art. 8º da Lei 9.656, de 1998) e a competência da ANS para estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde (inciso XLII do art. 4º da Lei 9.961, de 2000), que foi interpretada como competência para estabelecer parâmetros relativos a diferentes aspectos econômico-financeiros das operadoras.

Em 2001, a RDC 77, da ANS, estabeleceu os primeiros parâmetros da regulação econômico-financeira do setor. Baseada na experiência internacional e do setor de seguros brasileiro, criaram-se regras referentes à manutenção de capital mínimo, determinado em valores nominais, à manutenção de margem de solvência, um montante de recursos próprios a serem mantidos pelas operadoras, estabelecidos com base nas contraprestações e eventos da própria operadora, e às provisões técnicas, a serem constituídas de acordo com as atividades dos regulados. Esse esquema regulatório é muito semelhante ao esquema então adotado pela Comunidade Europeia para os seguros gerais (diretiva 92/49/CEE).

Os parâmetros estabelecidos para o capital mínimo foram determinados a partir de estudo atuarial interno à Agência, que se baseou nas características dos planos comercializados, nos dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios de 1998 e nas características dos municípios brasileiros. A margem de solvência seguiu os mesmos parâmetros definidos para o mercado segurador pela resolução do Conselho Nacional de Seguro Privado nº 8, de 1989. As provisões também eram coerentes com as regras vigentes no setor segurador.

Houve poucas alterações nas regras econômico-financeiras desde a publicação da RDC 77, em 2001. O esquema regulatório permaneceu o mesmo até recentemente. Algumas adaptações foram feitas para adequar as exigências à capacidade financeira das operadoras que já atuavam no setor, como o escalonamento da margem de solvência, de modo que as operadoras, com exceção das autogestões, somente precisariam constitui-la integralmente a partir de 2023.

Em março de 2020, foi aprovada a RN 451, na qual foi proposto que o capital a ser mantido pelas operadoras seja baseado nos riscos que incorrem. O novo regramento de capital pode ser adotado antecipadamente pelas operadoras que assim desejem, mas somente se torna obrigatório em janeiro de 2023. Essa norma mudou substancialmente a forma como a regulação do capital é feita na saúde suplementar.

A RN 451 define cinco riscos aos quais o capital deve fazer face: subscrição; mercado; crédito; legal e operacional. No momento em que a norma foi aprovada, apenas a fórmula de cálculo do risco de subscrição havia sido definida. Estabeleceu-se que os parâmetros do modelo padrão utilizado no capital baseado nos demais riscos deveriam ser regulamentados pela ANS até 31/12/2022, devendo o risco de crédito ser estabelecido até dezembro de 2020, os operacional e legal até junho de 2021 e o de mercado até dezembro de 2022. Tal como previsto, o modelo do capital baseado no risco de crédito foi regulado pela RN 461, que atualizou a RN 451 em novembro de 2020 e, em 16/06/2021, foram instituídos os critérios para cálculo do capital baseado nos riscos operacional e legal (RN 468).

Além dos capitais baseados em risco, a norma estabelece também o capital base, que a operadora deve constituir desde o seu registro na ANS. O valor deste capital é determinado a partir do capital de referência, constante da RN 451, de 2000. O valor estabelecido na norma



é multiplicado por um fator associado à modalidade da operadora, à sua região de comercialização e ao seu segmento, que indica o quão verticalizada é. Note-se que o capital base não se soma ao capital baseado em riscos, a operadora deve constituir o maior entre os dois.

Em termos gerais, a regulação prudencial, como afirmado acima, tem o objetivo de diminuir o risco de insolvência das operadoras de planos de saúde. A intervenção estatal justificar-se-ia porque o ciclo financeiro no setor de saúde suplementar é reverso. As operadoras recebem previamente montantes pré-determinados, referentes ao pagamento de serviços que serão prestados no futuro e cujos valores são incertos. Em outras palavras, captam recursos que somente podem ser considerados seus quando cessado o período no qual devem garantir a assistência aos beneficiários.

A demanda por planos depende do grau de confiança dos potenciais compradores na capacidade das operadoras de proverem os serviços contratados. Assim, se houver desconfiança na boa fé e capacidade de manter-se solvente das operadoras, tende a haver menos contratos firmados do que o ótimo socialmente. As regras prudenciais, ao reduzirem o risco de insolvência, propiciam o alcance de um equilíbrio que gera mais ganhos sociais. Se essas regras são definidas de forma a reduzir o risco de insolvência, mas sem a geração de ônus desnecessários, seu impacto concorrencial tende a ser reduzido, pois as operadoras que não conseguirem atender as exigências são, provavelmente, aquelas que, em um mercado não regulado, tornar-se-iam insolventes. Assim, é fundamental para avaliar o impacto das regras prudenciais na concorrência, o entendimento de como e por que foram estabelecidas.

Nesse sentido, deve ser ressaltada que está em andamento consulta pública referente à proposta para criação de metodologia para classificação das operadoras para fins de aplicação proporcional da regulação prudencial<sup>41</sup>. A proposta prevê a criação de quatro classes, definidas de acordo com as receitas nos últimos doze meses, a modalidade da operadora, liderança em mercados e a quantidade de beneficiários. De acordo com os documentos constantes na consulta, essa classificação seria usada para revisão dos

---

<sup>41</sup> Consulta pública no 87, da ANS. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consulta-publica-no-87-2013-proposta-de-resolucao-normativa-que-dispoe-sobre-classificacao-das-operadoras-para-fins-de-aplicacao-proporcional-da-regulacao-prudencial>. Acesso em 25/06/2021.

regulamentos econômico-financeiros do setor e na análise de impacto regulatório de novas propostas normativas. Note-se que diversos normativos já prevêm a proporcionalidade, de acordo com características das operadoras, das exigências econômico-financeiras.

Além do capital, as operadoras devem constituir provisões considerando-se as despesas esperadas. As provisões obrigatórias mais relevantes na saúde suplementar, atualmente, são a de eventos e sinistros a liquidar (PESL) e a de eventos/sinistros ocorridos e ainda não avisados (PEONA). A primeira refere-se aos eventos que já ocorreram, dos quais a operadora já tem conhecimento, mas que ainda não foram pagos. A segunda refere-se aos eventos que já ocorreram, mas a operadora ainda não tomou conhecimento. Essa provisão é baseada em estimativas. Ambas as provisões devem ser constituídas de acordo com estimativas ou cálculos das próprias operadoras. Contudo, como a maior parte das operadoras são de pequeno ou médio porte, o que dificulta a realização de estimativas que fundamentem a constituição da PEONA, foram estabelecidos parâmetros baseados na média das despesas ocorridas e não avisadas do setor que podem ser usados pelas operadoras de pequeno e médio porte que não tiverem dados ou recursos para calcular parâmetros individuais para a constituição da PEONA.

Em 2018, com a publicação da RN 442, a ANS estabeleceu a obrigatoriedade de constituição da PEONA referente aos eventos realizados em beneficiários de planos de saúde na rede pública e que devem ser ressarcidos pelas operadoras (PEONA SUS) a partir de janeiro de 2020. A provisão também poderia ser constituída gradualmente ao longo de três anos. Em decorrência da pandemia, contudo, a ANS decidiu adiar o início da obrigatoriedade de constituição desta provisão para janeiro deste ano<sup>42</sup>. Definiu-se uma fórmula de cálculo para a PEONA SUS que poderá ser utilizada pelas operadoras que não tiverem metodologia própria.

Também na RN 442, de 2018, a ANS determinou a obrigatoriedade da constituição da provisão para insuficiência de prêmios e contraprestações (PIC) a partir de janeiro de 2020. Também a constituição desta provisão foi adiada em decorrência da pandemia. Diferentemente da PEONA, que visa garantir a manutenção de recursos para custear procedimentos já realizados, mas dos quais ainda não se tomou conhecimento, a PIC visa

---

42 Concomitantemente, decidiu-se também permitir que as operadoras, de forma voluntária, adotassem antecipadamente, em relação aos prazos propostos na RN 451, de 2020, a adoção antecipada do capital baseado em riscos. (ver <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirustodas-as-noticias/5459-combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>. Acesso em 01/04/2021).

garantir que sejam mantidos recursos caso se preveja desequilíbrio atuarial nos planos contratados, ou seja, caso se preveja que as despesas esperadas ao longo do contrato serão maiores que as receitas. O cálculo baseia-se na estimação dos fluxos de receitas e despesas referentes a um plano ao longo de toda a vigência dos contratos. Os valores são trazidos a valor presente e, se os montantes associados às despesas forem maiores que os das receitas esperadas, a operadora deve constituir a provisão.

Como é comum acontecer em discussões nas quais são propostas novas exigências econômico-financeiras, entidades representativas de regulados manifestaram-se contrariamente à obrigatoriedade de constituição da PEONA SUS e da PIC. A UNIDAS – autogestão em saúde, entidade que representa as autogestões afirmou que, para esse grupo, nada deveria ser alterado<sup>43</sup>. A Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas afirmou ser contra a criação de quaisquer novas provisões no setor<sup>44</sup>. A FenaSaúde – Federação Nacional de Saúde Suplementar enfatizou sua preocupação com a possibilidade de essas medidas resultarem em impacto substancial a barreiras regulatórias e a viabilidade econômico-financeira das operadoras em saúde<sup>45</sup>. O Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), instituto que representa os atuários brasileiros, por sua vez, afirmou entender que tanto a PEONA SUS quanto a PIC devem ser reconhecidas contabilmente e que não caberia prazo de escalonamento de passivo descoberto apurado. Ressalvou, contudo, que seu posicionamento é técnico, não considerando a capacidade econômica do mercado<sup>46</sup>.

Paralelamente à discussão sobre a obrigatoriedade da PEONA SUS e da PIC, debateu-se a instituição do teste de adequação de passivos (TAP) na saúde suplementar. Ao final, na RN 435, de 2018, instituiu-se a obrigatoriedade de as operadoras de grande porte (mais de cem mil beneficiários) informarem em notas explicativas a realização do TAP de acordo com as

---

<sup>43</sup> Ofício P no 3/2018, da Unidas – Autogestão em Saúde à ANS (disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvensia/unidas\\_25\\_01\\_18.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvensia/unidas_25_01_18.pdf). Acesso em 07/11/2019).

<sup>44</sup> Ofício DRMS 022/18, da Unimed do Brasil à ANS (disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvensia/contribuiçao\\_tap\\_unimed\\_23\\_03\\_18\\_reuniao\\_6.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvensia/contribuiçao_tap_unimed_23_03_18_reuniao_6.pdf). Acesso em 07/11/2019).

<sup>45</sup> Ofício 017/2018/PRESI, da FenaSaúde à ANS (disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvensia/contribuiçao\\_tap\\_fenasaude\\_26\\_03\\_18\\_reuniao\\_6.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvensia/contribuiçao_tap_fenasaude_26_03_18_reuniao_6.pdf). Acesso em 07/11/2019).

<sup>46</sup> Correspondência enviada à ANS em 23/02/2018, disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvensia/contribuiçao\\_do\\_iba\\_instituto\\_brasileiro\\_de\\_atuarial.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvensia/contribuiçao_do_iba_instituto_brasileiro_de_atuarial.pdf). Acesso em 07/11/2019.

regras estabelecidas na referida norma. A realização do TAP para todos os contratos de seguros ou similares é preconizada pelo Pronunciamento CPC 11<sup>47</sup>, que ainda não foi convalidado pela ANS.

Em apertada síntese, o TAP é usado para avaliar as obrigações decorrentes dos contratos de planos de saúde firmados. Para isso, usualmente, comparam-se os fluxos de caixa esperados decorrentes dos contratos (receitas e despesas) e avalia-se se há alguma deficiência. Caso haja, deve-se constituir provisão relacionada. Na saúde suplementar, uma dificuldade apontada para a realização do TAP é o fato de não haver vigência pré-determinada para os contratos de planos médico-hospitalares individuais. O teste deveria ser feito considerando todo o período esperado no qual o contrato permanecesse vigente. Isso implica maior incerteza, já que previsões para períodos maiores tendem a ser menos precisas, e, no caso específico dos planos médico-hospitalares individuais, pode implicar também a constatação de maiores deficiências, pois o reajuste das contraprestações são limitados, de forma que, se a operadora tiver precificado inadequadamente o produto, não pode corrigir o preço ao longo do tempo. Essa questão foi apontada pelas entidades representativas das operadoras nas mesmas manifestações citadas anteriormente. Na norma vigente, foi estabelecido prazo máximo de oito anos para a realização das estimativas.

Também como parte do processo de aperfeiçoamento das regras de solvência, após a análise de 119 relatórios finais da comissão de inquéritos da ANS, concluídos entre 2012 e 2018 e a verificação de que, em todos, se apontava problemas na gestão como uma das motivações para a liquidação da operadora<sup>48</sup>, a ANS instituiu a RN 443, de 2019, que trata de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos. A norma determina o envio de relatórios anuais referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos para as operadoras de médio e grande porte (com mais de vinte mil beneficiários) e administradoras de benefícios a partir de 2023.

---

<sup>47</sup> O Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC foi criado pela Resolução CFC nº 1.055/05 e tem como objetivo o estudo, o preparo e a emissão de Pronunciamentos Técnicos sobre procedimentos de Contabilidade e a divulgação de informações dessa natureza. O CPC emite pronunciamentos técnicos, orientações e interpretações. A partir destes trabalhos, os órgãos reguladores tem emitido suas normas próprias, permitindo assim a uniformização do processo de produção de normas.

<sup>48</sup> Conforme a Nota Técnica Nº 4/2018/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE, disponível em [http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64456\\_\\_\\_Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%204.pdf](http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/64456___Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%204.pdf). Acesso em 07/11/2019.

As operadoras não são obrigadas a adotar todos os requisitos constantes do relatório, mas devem justificar quando não os adotam. Segundo a ANS<sup>49</sup>, essa forma de regular foi baseada na Instrução CVM nº 480, de 2009, que estabelece entre seus requisitos o envio de informações de companhias abertas à CVM quanto à aderência da entidade ao Código Brasileiro de Governança Corporativa – Companhias Abertas (Anexo 29-A). Na informação à CVM, a companhia deve relatar justificativa sobre não adoção, ou adoção parcial, da prática recomendada no código. No caso da regulação da ANS, aquelas operadoras que comprovarem o atendimento de todos os requisitos, inclusive as que não são obrigadas a enviar o relatório, poderão ter reduzida a sua exigência de capital regulatório.

Além das regras de entrada e de permanência, as regras para a saída do setor de saúde suplementar visam evitar que beneficiários sejam prejudicados e fiquem sem assistência. Essas regras, contudo, têm impacto na estrutura competitiva do setor. As regras de saída tornam, muitas vezes, inviável o cancelamento do registro como operadora de plano de saúde.

Para que uma operadora possa cancelar voluntariamente seu registro, é preciso que não tenha beneficiários (alínea a do § 3º do art. 8º da Lei 9.656, de 1998). Todavia, como afirmado anteriormente, não é permitida a rescisão unilateral de contratos médico-hospitalares individuais. Assim, se um beneficiário com um contrato desse tipo não quiser cancelar seu plano, a operadora não pode encerrar suas atividades. As alternativas são a procura por interessados na aquisição do controle societário ou da carteira de beneficiários da operadora ou a espera até que a situação econômico-financeira ou assistencial se complique a ponto de o cancelamento ser exigido pela ANS.

Outra dificuldade para o cancelamento voluntário de registro como operadora de plano de saúde e a necessidade de quitar-se todas as dívidas com a rede assistencial (alínea c do § 3º do art. 8º da Lei 9.656, de 1998) sem a utilização dos ativos garantidores relacionados às provisões técnicas. Isso porque, ainda que as provisões tenham o objetivo de garantir que as despesas esperadas, especialmente as assistenciais, sejam pagas, havendo a perspectiva de liquidação extrajudicial, os ativos da operadora, inclusive os relacionados às provisões técnicas, devem ser utilizados para quitação das obrigações conforme os dispositivos da Lei

---

<sup>49</sup> Nota Técnica Nº 4/2018/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE, citada anteriormente (27).

11.101, de 2005. Na classificação dos créditos, a rede assistencial não está entre os primeiros credores a serem pagos.

As dificuldades para o encerramento da atividade de operação de planos tem duas consequências principais para a estrutura do setor. Agentes racionais, ao considerarem a entrada em um setor, analisam não apenas as condições de entrada, mas também as condições de saída. Se houver o risco de um empreendimento mal sucedido não poder ser encerrado ou gerar perdas consideráveis, a entrada torna-se menos provável. Paralelamente, operadoras podem manter-se em atividade, ainda que já tenham constatado sua inviabilidade, por não conseguirem cumprir as regras para saída.

A deterioração de das condições financeiras de uma operadora pode prejudicar não apenas os seus próprios beneficiários, mas também a atividade de outras operadoras, pois em caso de cancelamento não voluntário de registro ou de liquidação extrajudicial da operadora, é facultada aos beneficiários a portabilidade especial de carências. Nesse caso, não se aplicam os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixas de preços da portabilidade ordinária. Aquelles beneficiários que não tiverem cumprido a totalidade dos prazos de carência ou cobertura parcial temporária, deverão cumprir o restante na operadora que os receber. Não é raro que a assistência à saúde provida pelas operadoras em processo de cancelamento não voluntária esteja comprometida e que a portabilidade especial ou extraordinária implique a entrada de muitos beneficiários, sem carência, e com necessidade de atendimento imediato, em operadoras que não se organizaram para isso.

A ANS, em 2017, lançou o Programa Especial de Escala Adequada (RN 431, de 2017), que tem por objetivo viabilizar a saída voluntária de operadoras de pequeno e médio porte. A principal inovação do programa é a possibilidade de a ANS realizar a oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários caso a operadora se voluntarie. Além disso, averiguada a solvência da operadora, permitiu-se o resgate de ativos garantidores para a quitação de dívidas com a rede assistencial. A adesão ao programa nesses primeiros anos, contudo, foi bastante limitada.

Em que pese pareceres em processos concorrenciais enfatizarem as regras prudenciais no setor como barreiras à entrada, salvo as regras para saída, não é evidente o impacto que têm na concorrência. Se os parâmetros das regras prudenciais estiverem estabelecidos

adequadamente, as exigências apenas contrabalançam os riscos da atividade. Assim, uma operadora que não tenha condições de cumprir essas regras teria maior probabilidade de tornar-se insolvente, tornando a entrada ineficaz. Nesse sentido, a proposta da ANS de calcular a exigência de capital considerando os riscos e peculiaridades é benéfica à concorrência na medida em que diminui a probabilidade de ser exigida maior capitalização que a imprescindível para manter a probabilidade de insolvência no nível preconizado pelo regulador.

Paralelamente, é importante notar o efeito que essas regras podem ter no processo de aquisição de planos de saúde. Se o consumidor acredita que as regras estabelecidas pelo regulador diminuem o risco de insolvência das operadoras, não deixará de contratar planos de operadoras pouco conhecidas por recear que não tenham condições de cumprir os contratos firmados. Desse modo, ainda que operadoras que não pertencem a grupos ou que tenham operações menores tenham mais dificuldade para cumprir as regras prudenciais, elas também tendem a ser as mais beneficiadas por essas regras.

Por fim, é importante mencionar a RN 430, de 2018, que trata do compartilhamento de riscos na saúde suplementar. Como mencionado anteriormente, o cumprimento de todas as exigências regulatórias, especialmente as relacionadas à cobertura assistencial, podem ser um ônus excessivo para as operadoras de pequeno e médio porte. Um meio de diminuir esse ônus é a operadora compartilhar ou repassar o risco. A norma citada estabelece regras claras para que sejam estruturadas operações de compartilhamento de riscos entre operadoras e pode estimular essas operações, diminuindo o risco de insolvência desses agentes.

## **5. Conclusão**

A regulação no setor de saúde suplementar tem influência considerável na competição no setor. Restringe-se a liberdade para a formatação de produtos. Além disso, resulta na necessidade de estrutura que requer operação em maior escala para que seja lucrativa, influencia a relação com outros elos da cadeia e estabelece obrigações econômico-financeiras. Como se pode constatar a partir da leitura deste documento, as motivações para o estabelecimento das principais regras do setor fundamentam-se na proteção do consumidor, dado que há assimetria de informação considerável entre operadoras de planos de saúde e

beneficiários, tanto no tocante a questões assistenciais quanto no tocante a questões econômico-financeiras.

Muitos desses normativos estão em processo de revisão ou foram revistos recentemente. Novas normas regulamentaram a contratação de planos coletivos empresariais por microempreendedores individuais, a norma de portabilidade foi revista, as regras para os reajustes dos planos individuais foram alteradas, norma que regula interação entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde foi discutida, e a regulamentação econômico-financeira está passando por um processo intenso de revisão.

É louvável a preocupação do regulador em aperfeiçoar normativos e torná-los mais adequados a suas finalidades. Contudo, nem sempre, se observa preocupação com os possíveis impactos concorrenciais das propostas normativas ou com a aferição desses impactos após a entrada em vigências das normas. Como exemplo, pode-se citar as RN 352, de 2017, e RN 441, de 2018, ambas da ANS. Não foram publicados estudos sobre como as mudanças recentes afetam a concorrência entre produtos de diferentes formas de contratação, tampouco disponibilizados dados que permitam a terceiros realizarem esses estudos. Da mesma forma, o método de cálculo do limite de reajuste dos planos individuais foi redefinido, mas não foram propostos estudos para que se verifique como essa alteração impacta na oferta desses planos e na precificação dos planos contratados coletivamente.

Ainda assim, nas discussões dos normativos aprovados mais recentemente, é cada vez mais comum a análise de impacto regulatório. Mais difícil é encontrar previsão de como o impacto da norma será avaliado *a posteriori* ou a determinação prévia de dados e mecanismos de transparência que permitam à sociedade analisar o impacto da norma. Nesse sentido, deve-se destacar o trabalho conduzido pela SEAE do Ministério da Economia para incentivar a adoção da análise de impacto regulatório como prática regular no Governo Federal

É possível, sem prejudicar o objetivo principal da regulação no setor, desenvolver procedimentos, processos e regras que tenham impacto reduzido na concorrência e, concomitantemente, favoreçam a competição. Nesse documento, sempre que cabível, foram feitas sugestões para que se aperfeiçoem os procedimentos, processos e, eventualmente, os normativos do setor com o fim de favorecer a concorrência. Essas sugestões, contudo, devem ter o mesmo tratamento que se espera de qualquer proposta que possa impactar os agentes



regulados e consumidores, qual seja, serem avaliadas à luz das melhores práticas de impacto regulatório.

### **Bibliografia**

AHREND, Rudiger; ARNOLD, Jens e MURTIN, Fabrice. Prudential regulation and competition financial markets. OECD Economics Department Working Papers, nº 735, OECD Publishing, Paris.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 19 de julho de 2001. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 63, de 23 de dezembro de 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 186, de 15 de janeiro de 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 195, de 15 de julho de 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 259, de 20 de junho de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 264, de 22 de agosto de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 277, de 7 de novembro de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 285, de 26 de dezembro de 2011. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 309, de 25 de outubro de 2012. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 352, de 2 de julho de 2014. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 365, de 12 de dezembro de 2014. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 393, de 10 de dezembro de 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 428, de 8 de novembro de 2017. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 433, de 28 de junho de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 434, de 4 de setembro de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 438, de 5 de dezembro de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 439, de 12 de dezembro de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 441, de 20 de dezembro de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 442, de 21 de dezembro de 2018. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 451, de 6 de março de 2021. Disponível em [https://www.ans.gov.br/index.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao](https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao). Acesso em 15/09/2021.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 468, de 4 de novembro de 2021. Disponível em [https://www.ans.gov.br/index.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao](https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao). Acesso em 15/09/2021.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 470, de 9 de julho de 2021. Disponível em [https://www.ans.gov.br/index.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao](https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao). Acesso em 15/09/2021.

A ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Minuta de resolução normativa apresentada na consulta pública 82, da ANS. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/consultas\\_publicas/cp82/Minuta\\_RN.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp82/Minuta_RN.pdf). Rio de Janeiro, 2020. Acesso em 01/04/2021.

AZEVEDO, Paulo; ALMEIDA, Silvia; ITO, Nobuiuki; BOARATI, Vanessa; MORON, Caroline; INHASZ, William; ROUSSET, Fernanda. A CADEia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo, Insper, 2016.

BRASIL. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL. Lei. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

BRASIL. Lei. 13.003, de 28 de janeiro de 2000. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

BESSA, Ricardo. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de mestre em administração de empresas. São Paulo, 2011.

CADE. Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica. Cadernos do CADE, 2018.

CARVALHO, Eurípides B. e CECÍLIO, Luiz C. O. A regulação do setor suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. CADERNOS de Saúde Pública, vol. 23, nº 9, Rio de Janeiro, setembro de 2007.

CONSU. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU – CONSU nº 8, de 4 de novembro de 1998. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

CONSU. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU – CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998. Disponível em <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em 14/11/2019.

ESTEVES, Luiz (ed). Mercado de saúde suplementar: condutas. CADERNOS do CADE, 2015.

FISHER, Paul e GROUT, Paul. Competition and prudential regulation. Bank of England, Staff Working Paper nº 675, 2017.

FURQUIM, Paulo. Apresentação feita em 28/05/2015 no Seminário Internacional: Evolução nos custos na saúde suplementar. Disponível em

<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/70as538ohs4ik06b.pdf>. Acesso à versão eletrônica em 18/09/2019.

KOROBKIN, Russell. The efficiency of managed care “patient protection” laws: incomplete contracts, bounded rationality, and market failure. *Cornell Law Review*, 1999.

MONTONE, Januario. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro, ANS, 2001.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha; CAETANO, João. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 18. Rio de Janeiro, 2008.

RAMALHO, Bruno Araujo. Processo decisório e motivação no âmbito das normas sobre o “rol de procedimentos e eventos em saúde”: uma análise exploratória. Dissertação para obtenção do grau de mestre apresentada à Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2017.