



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ceilândia (FCE)
Bacharelado em Saúde Coletiva

Pedro Henrique Dias Gomes de Sousa

**Evolução do número de beneficiários de planos privados de saúde por
tipode contratação e modalidade de gestão no período de 2011 a 2022
no Brasil**

Pedro Henrique Dias Gomes de Sousa

**Evolução do número de beneficiários de planos privados de saúde por
tipode contratação e modalidade de gestão no período de 2011 a 2022
no Brasil**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília,
Faculdade de Ceilândia como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Ceilândia – DF, 2023.

**Evolução do número de beneficiários de planos privados de saúde por
tipode contratação e modalidade de gestão no período de 2011 a 2022
no Brasil**

Pedro Henrique Dias Gomes de Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 21 de Dezembro de 2023.

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientador

Prof. Dr. Marcus Tolentino Silva
Universidade de Brasília
DSC/FS/UnB
Avaliador

Prof. Dr^a. Thereza Cristina de Souza Mareco
Universidade de Brasília / Faculdade Ceilândia
Avaliador

Ceilândia – DF, 2023.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho marca o término de uma jornada acadêmica desafiadora, e neste momento de conquista, é com grande gratidão que expresso meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para o sucesso deste projeto.

Agradeço a Deus pela oportunidade, força, sabedoria e inspiração concedidas durante o percurso. Nada seria possível sem Ele. Sua orientação divina foi a luz que iluminou meu caminho nos momentos de incerteza e dificuldade, dando-me a perseverança necessária para alcançar este objetivo.

Aos meus pais, Maria e Francisco, expresso minha profunda gratidão pela persistência, compreensão durante todas as etapas da minha vida, nada seria possível sem eles ao meu lado.

À minha irmã, Priscilla, que foi inspiração inicial para o meu projeto piloto. Sempre presente nos momentos da minha vida, e no meu trabalho de conclusão de curso não seria diferente, obrigado.

Ao meu orientador, Everton Nunes da Silva, quero expressar minha sincera admiração desde o primeiro momento como discente. Sua orientação sábia, paciência e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento deste trabalho. Sua expertise e orientações valiosas moldaram não apenas o meu trabalho de conclusão de curso, mas também o meu crescimento como acadêmico.

Gratidão pelas amizades feitas durante a graduação, Giulia, Paola, Pedro e Roberta, agradeço pelos momentos de descontração, risadas, desabafos e todo apoio. Neste momento especial da minha vida, vocês serão sempre lembrados.

Aos meus padrinhos de batismo, Josy e Antonio, obrigado por sempre me apoiarem, principalmente no meio acadêmico, agradeço por todo o incentivo, desde nossas conversas de apoio e incentivo, até o meu *Notebook* presenteado assim que iniciei minha vida acadêmica.

À minha amada namorada, Amanda, manifesto meus sinceros agradecimentos por todo auxílio nas minhas decisões acadêmicas, apoio e companheirismo durante essa

jornada. A sua presença foi fundamental.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para este projeto, meu profundo agradecimento. Este trabalho é o resultado de uma rede de apoio incrível e cada um de vocês tem um lugar especial em minha jornada acadêmica.

Que este momento de conclusão de curso não seja apenas o fim de um capítulo, mas o início de novos horizontes. A todos aqueles que fizeram parte desta jornada, meu mais sincero obrigado.

Com gratidão,

Pedro Henrique Dias Gomes de Sousa.

*“Tudo tem o seu tempo determinado,
e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.”
(Eclesiastes 3.1)*

RESUMO

Introdução: No Brasil, aproximadamente 25% da população brasileira possui plano ou seguro de saúde privado. Neste mercado, tende a ocorrer problemas de assimetria de informação, a exemplo da seleção adversa. Para evitar um aumento da demanda médica decorrente da seleção adversa, algumas estratégias são criadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde. Um destes métodos é ofertar planos de saúde coletivos em vez de individuais, visto que haveria um conjunto mais heterogêneo de indivíduos nos planos coletivos. Em outros termos, reduziria a tendência de as operadoras atraírem pessoas com maior chance de usar os planos de saúde, em decorrência de doenças preexistentes. Já nos planos de saúde coletivos, geralmente, são compostos por um grupo de pessoas vinculadas ao mercado de trabalho, os quais tendem a gozar de melhor estado de saúde. **Objetivo:** Analisar a evolução no número de beneficiários de planos e seguros de saúde (médicos) por tipo de contratação (individual e coletivo) e modalidade de gestão (autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde) no período de 2011 a 2022 no Brasil. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo, com dados de série temporal, por meio de dados secundários provenientes do sistema de informação TabNet ANS. Os dados referem-se ao número de beneficiários de planos e seguros médicos estratificados por tipo de contratação e modalidade de gestão. **Resultados:** Verificou-se um aumento de beneficiários dos planos coletivos e redução de planos individuais. Quando analisado por unidades federativas, o padrão nacional se manteve em praticamente todas as unidades federativas, com exceção do Piauí, Sergipe e Goiás. Assim, os resultados sugerem que as operadoras de planos e seguros de saúde têm se protegido da seleção adversa, ao reduzir a proporção de planos individuais ao longo de 2011 a 2022. **Conclusão:** Importante destacar que os planos coletivos empresariais preenchem cerca de 70% do total de planos, onde os beneficiários desse tipo de contratação tendem a perder esse benefício ao se aposentar (por volta dos 65 anos), ou seja, no momento em que mais necessitam do plano de saúde. Outro ponto a ser destacado é a regulamentação do reajuste das mensalidades, onde atualmente somente os planos de saúde individuais são regulados pela ANS. Durante o trabalho foi observado que o crescimento econômico está fortemente ligado ao aumento do número de beneficiários, onde esse padrão pode ser injusto, visto que em termos de crise econômica, há uma chance maior do indivíduo perder o benefício.

Palavras-chave: Brasil; Planos e seguros de saúde; Assimetria de Informação; Seleção adversa.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, approximately 25% of the Brazilian population has private health insurance or plans. In this market, issues of information asymmetry, such as adverse selection, tend to occur. To prevent an increase in medical demand resulting from adverse selection, some strategies are devised by health insurance providers. One such method is to offer group health plans instead of individual ones, as there would be a more heterogeneous group of individuals in group plans. In other words, it would reduce the tendency of providers to attract individuals with a higher likelihood of using health plans due to pre-existing conditions. Group health plans typically consist of a group of individuals affiliated with the labor market, who tend to be in better health.

Objective: To analyze the evolution in the number of beneficiaries of health insurance plans (medical) by type of contract (individual and group) and management modality (self-management, medical cooperative, philanthropy, group medicine, and health insurance specialized) in Brazil from 2011 to 2022. **Method:** A descriptive study was conducted using time series data from secondary sources provided by the TabNet ANS information system. The data refer to the number of beneficiaries of medical insurance plans stratified by type of contract and management modality. **Results:** There was an increase in beneficiaries of group plans and a reduction in individual plans. When analyzed by federal units, the national pattern remained in almost all federal units, except for Piauí, Sergipe, and Goiás. Thus, the results suggest that health insurance providers have protected themselves from adverse selection by reducing the proportion of individual plans from 2011 to 2022.

Conclusion: It is important to highlight that employer-sponsored group plans constitute about 70% of the total plans, where beneficiaries of this type of contract tend to lose this benefit upon retirement (around the age of 65), precisely when they would need the health plan the most. Another point to note is the regulation of premium adjustments, where currently only individual health plans are regulated by ANS. During the study, it was observed that economic growth is strongly linked to an increase in the number of beneficiaries, which may be unfair, as during economic crises, there is a higher chance of individuals losing this benefit.

Keywords: Brazil; Health insurance plans; Information asymmetry; Adverse selection.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: População do Brasil de 1872 até 2022.....	16
Figura 2: Tipos de assimetria de informação em relação à contratualização de um plano de saúde	18
Figura 3: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Centro-Oeste, 2011-2022.....	25
Figura 4: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Nordeste, 2011-2022.	26
Figura 5: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Sudeste, 2011-2022	27
Figura 6: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Sul, 2011-2022.	28
Figura 7: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Norte, 2011-2022	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação do tipo de seguro e plano de saúde (individual e coletivo) por ano, Brasil, 2011 a 2022.....	22
Tabela 2: Participação do tipo de seguro e plano de saúde (individual e coletivo) por modalidade de gestão das Operadoras de Planos de Saúde, Brasil, 2011 e 2022.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4. MÉTODO.....	19
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSSÃO	31
7. CONCLUSÃO.....	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

A expansão do capitalismo industrial no período pós-Segunda Guerra Mundial teve impacto importante na economia do Brasil, com a instalação de grandes empresas transnacionais na região Sudeste do país, em torno de centros urbanos, como São Paulo (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

A partir da década de 1950, a rede de prestadores de assistência à saúde foi pressionada para a expansão por meio do desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e farmacêuticas. O sistema de saúde também passou por grandes transformações, criando um novo perfil de demandas no consumo de bens e produtos de saúde (BRAGA; PAULA, 1981).

Na década de 1960, boa parte dos trabalhadores já possuíam plano de saúde, além de outras assistências médicas: rede INPS (Instituto Nacional de Previdência Social); serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Todas essas opções ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa, isso fez com que essa década fosse um marco na história da saúde suplementar (PIETROBON; PRADO, CAETANO, 2008).

A saúde suplementar é o conjunto de ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que não têm vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). A atividade está regulamentada pela Lei nº 9.656/1998. Por meio da Lei 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento. (BRASIL, 2021).

Importante destacar que quando estamos falando da saúde suplementar no Brasil, estamos falando de cerca de um pouco mais de 50 milhões de vínculos com planos de saúde assistência médica entre as 692 operadoras em atividade até o ano de 2022 (ANS, 2023). Onde, no mesmo ano, a população chegou a 203,1 milhões segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023)

Há, basicamente, dois tipos de contratação para planos de saúde, sendo eles: coletivos ou individuais. Para Trettel, Kozan e Scheffer (2018, p.169), os planos coletivos são aqueles contratados com a intermediação de uma pessoa jurídica, empresa empregadora, associação ou sindicato relacionado a categorias profissionais. Além do mais, os planos coletivos são divididos em duas subcategorias: coletivo empresarial e coletivo por adesão, onde a cobertura assistencial é oferecida à população delimitada vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (coletivo por empresarial); ou por caráter profissional, classista ou setorial (coletivo por adesão) (SANTOS, TURRA, NORONHA, 2019). Já os planos individuais são definidos pelas condições do pagamento do contrato de cobertura, os quais

são efetuados pelo titular, por outro morador do domicílio ou por pessoa não moradora do domicílio diretamente ao plano (BAHIA, 2006).

É importante destacar que no mercado de planos e seguros de saúde existe um problema econômico chamando de assimetria de informação. Este fenômeno ocorre quando um agente ou grupo possui diversas informações não conhecidas por outros indivíduos que participam de uma transação econômica. No caso de uma contratação de um plano ou seguro de saúde, a literatura tende a apontar o indivíduo (ou paciente) como o detentor de mais informação, especificamente conhecimento sobre o seu estado de saúde e não o revela à operadora (ARROW, 1985).

Assim, considerando apenas a assimetria de informação decorrente da decisão de adquirir um plano ou seguro de saúde, pode ocorrer o problema da seleção adversa e o risco moral (PAULY, 1968). Segundo Godoy et al. (2004), a seleção adversa acontece quando o contratante do plano ou seguro de saúde sabe muito mais a respeito de seu próprio estado geral de saúde do que qualquer operadora. Já o risco moral é mudança de comportamento, de modo que podem mudar os hábitos referentes a saúde, alterando as probabilidades de ocorrência de doenças ou utilização de serviços de saúde (GODOY, SILVA, NETO, 2004).

Para evitar um aumento à demanda médica decorrente da seleção adversa, algumas estratégias são criadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde. Um destes métodos é ofertar planos de saúde coletivos em vez de individuais, visto que haveria um conjunto mais heterogêneo de indivíduos nos planos coletivos. Em outros termos, reduziria a tendência de as operadoras atraírem pessoas com maior chance de usar os planos de saúde, em decorrência de doenças preexistentes. Já nos planos de saúde coletivos, geralmente, são compostos por um grupo de pessoas vinculadas ao mercado de trabalho, os quais tendem a gozar de melhor estado de saúde.

Esse trabalho tem como objetivo analisar se a distribuição dos planos de saúde por tipo de contratação (individual e coletivo), no intuito de verificar se a proporção dos planos coletivos tem aumentado ao longo do período analisado (2011-2022). Como objetivo secundário, buscou-se identificar se a modalidade de gestão das operadoras de planos e seguros de saúde está mais associada com os tipos de contratação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a evolução no número de beneficiários de planos de saúde privados portipo de contratação (individual e coletivo) e modalidade de gestão no período de 2011 a 2022 no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar se as modalidades de planos e seguros de saúde diferem em relação aos tipos de planos (individual e coletivos);
- Verificar se há diferenças entre o Brasil e as unidades federativas em relação à distribuição dos planos coletivos e individuais no período de 2011 a 2022.

3. Referencial teórico

3.1 Os planos de saúde no Brasil

Os planos de saúde são serviços privados que proporcionam cobertura assistencial em saúde mediante o pagamento de mensalidades. Eles desempenham um papel expressivo no acesso à assistência médica, fornecendo uma alternativa ao sistema público, correspondendo a aproximadamente 25% da população brasileira (IBGE, 2023).

Segundo Ocké-Reis et al. (2006), após a década de 1960, grande parte dos trabalhadores passou a ter uma cobertura de um plano de saúde, seja mediante a planos individuais ou coletivos, o que acabou transformando a assistência à saúde em um bem de consumo (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI, SILVEIRA, 2006).

Com a implementação do sistema de saúde com acesso universal (Sistema Único de Saúde), por meio da Constituição de 1988, esperava-se uma reversão, ou diminuição dos planos assistências à saúde. Porém, o SUS não foi capaz de suprir as necessidades da população. A escassez de oferta e baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público foram os principais motivos (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI, SILVEIRA, 2006).

Diante do crescimento do setor da saúde suplementar, foi necessário criar um órgão regulador desse mercado privado. As condições para que isto ocorresse apareceram após a Reforma Administrativa de 1995, chamada de Reforma Gerencial, quando foram criadas várias agências reguladoras, entre elas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (PECI, 2007).

A ANS desempenha um papel fundamental na regulação do setor de planos de saúde no Brasil. Criada em 2000 pela Lei 9.961/2000, a ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde, garantindo o acesso, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços prestados. A atuação da ANS envolve diversas medidas e políticas que impactam diretamente a contratação de planos de saúde. Como normatização e regulação, registro e autorização de operadoras, cobertura obrigatória e rol de procedimento, controle de reajustes, monitoramento do mercado, programas e incentivos.

De acordo com a Lei nº 9.656/1998, cabe à ANS:

1. Emitir normas e regulamentos que estabelecem padrões para a oferta e funcionamento dos planos de saúde. Isso inclui definições sobre coberturas obrigatórias, prazos máximos de atendimento, critérios para reajustes e outros aspectos que influenciam a contratação.

2. Ser responsável por conceder autorização para operação das empresas que atuam no setor. Isso inclui análise da capacidade financeira e estrutural das operadoras, garantindo que ofereçam serviços de qualidade e estejam aptas a atuar no mercado.

3. Estabelecer o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que define os procedimentos, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos beneficiários. Mudanças nesse rol podem impactar diretamente a contratação de planos, uma vez que os consumidores buscam coberturas que atendam às suas necessidades.

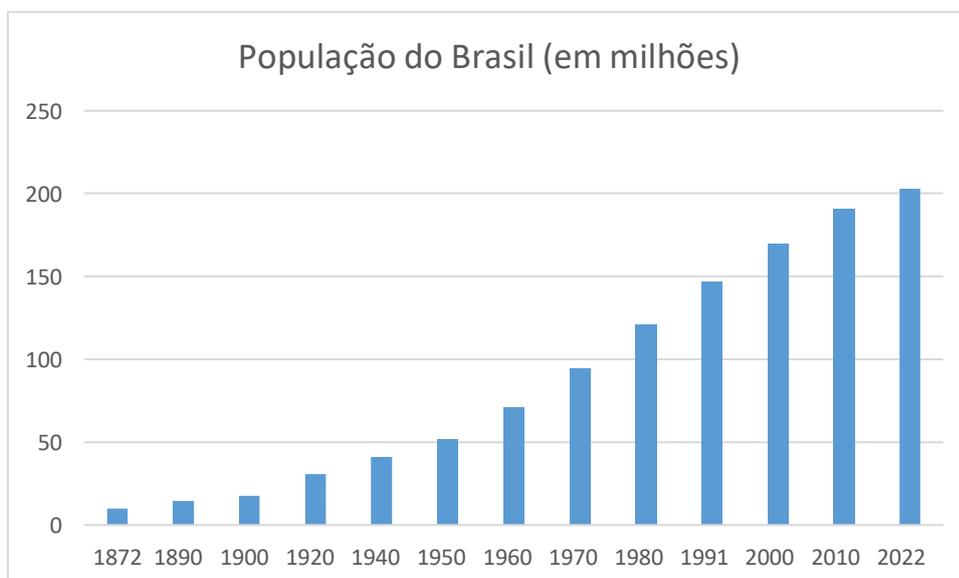
4. Intervir nos reajustes das mensalidades dos planos de saúde, estabelecendo critérios e limites. Isso visa proteger os consumidores contra aumentos abusivos e garantir a sustentabilidade financeira das operadoras.

5. Atuar na mediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, buscando solucionar questões relacionadas a negativas de cobertura, prazos de atendimento e outros aspectos que impactam diretamente a satisfação do consumidor.

6. Realizar o monitoramento constante do mercado de planos de saúde, avaliando a qualidade dos serviços, a solidez financeira das operadoras e outros indicadores que podem influenciar na escolha e contratação dos planos.

Com o crescimento populacional, há uma expansão natural do mercado potencial para planos de saúde. O aumento da população pode levar um aumento absoluto no número de pessoas que podem considerar a contratação de um plano de saúde. A Figura 1 mostra que a população brasileira aumentou ao longo do tempo, passando de 70,9 milhões em 1960 (quando os planos de saúde começaram a se popularizar no Brasil) para mais de 203 milhões em 2022 (IBGE, 2023).

Figura 1: População do Brasil de 1872 até 2022



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Além do crescimento populacional, fatores econômicos, como emprego e renda, também desempenham um papel significativo na capacidade das pessoas de contratar planos de saúde. Um crescimento econômico saudável pode ampliar ainda mais a capacidade de pagamento e a demanda por planos de saúde (MARQUES, FERREIRA, HUTZ, 2022). Autores também salientam a relação entre crise econômica e retração do número de beneficiários de planos e seguras de saúde, tanto no Brasil como em outros países (MARQUES, FERREIRA, HUTZ, 2022).

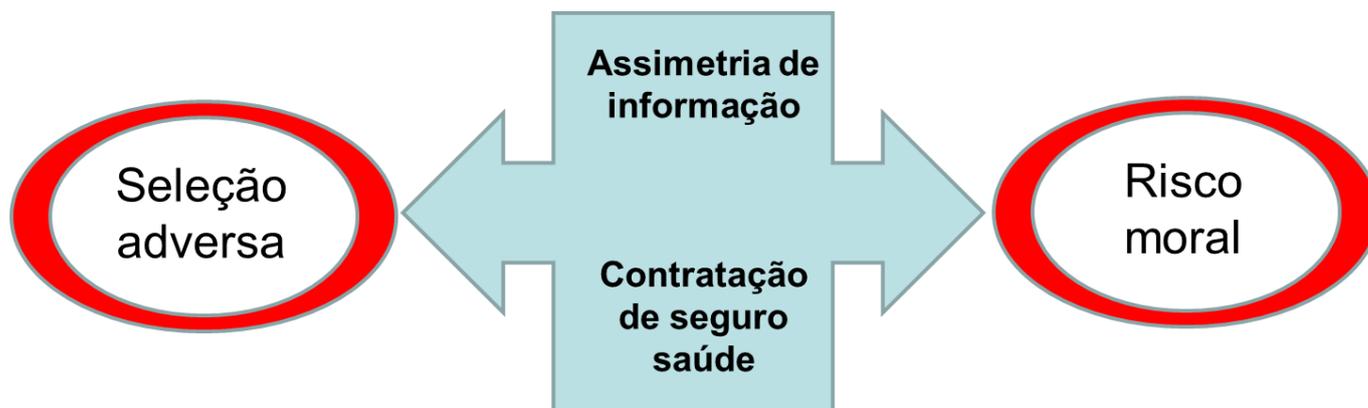
Cabe ressaltar ainda que o afluxo de capital estrangeiro também afetou positivamente o mercado de planos e seguros de saúde privados. Segundo Kamia e Vargas (2023), esse movimento ficou mais evidente após 2010 quando houve um aumento substancial do investimento estrangeiro direto no mercado de serviços de assistência à saúde brasileiro, particularmente nos segmentos de seguros, resseguro, previdência complementar e planos de saúde (KAMIA, VARGAS, 2023).

3.2 Assimetria de informação

A teoria da informação assimétrica tem sido um dos principais problemas enfrentados pelo mercado de seguros de saúde desde a década de 1960. A seleção adversa e o risco moral são problemas econômicos, os quais devem ser contornados para garantir o bom funcionamento do mercado de planos e seguros de saúde. Segundo Andrade et al. (2004), a seleção adversa é um problema de informação assimétrica que acontece antes da aquisição do seguro de saúde. A seleção adversa ocorre porque a seguradora tem dificuldades em verificar qual o grau de risco do indivíduo que deseja contratar o seguro. Ainda segundo os autores, o risco moral, que ocorre após a aquisição do seguro de saúde, se caracteriza pela sobreutilização dos serviços disponibilizados (procedimentos desnecessários do ponto de vista clínico), pois o indivíduo está totalmente protegido de qualquer despesa. Arnott et al. (1991) afirmam que “quanto mais abrangente for a cobertura do seguro, menor será a precaução tomada pelo indivíduo, quanto a saúde.

A Figura 2 um mostra a relação entre os tipos de assimetria de informação (seleção adversa e risco moral) com a contratação de um plano de saúde. A seleção adversa ocorre antes da contratação do plano, pois retrata a situação em que os indivíduos que procuram uma operadora para contratar um plano de saúde sabem mais sobre o seu estado de saúde que a operadora. Assim, os indivíduos podem usar essa informação a seu favor, omitindo informações a empresa que está vendendo o plano de saúde. Como a mensalidade de um plano de saúde é calculado por um valor médio, as pessoas que vão procurar o plano sabem, em princípio, se vão utilizar mais ou menos que o valor médio proposto pelas operadoras. Dessa forma, as pessoas com mais propensão a utilizar os planos de saúde tenderam a procurar mais as operadoras (GOGOY, SILVA e NETO, 2006).

Figura 2: Tipos de assimetria de informação em relação à contratualização de um plano de saúde



Fonte: Elaboração própria

Há algumas formas de contornar o problema da seleção adversa, como:

- i) a discriminação de preços por faixa etária, que consiste em cobrar uma mensalidade maior com o avanço da idade. Atualmente, a ANS permite a discriminação de até 10 faixas etárias (ANS, 2023);
- ii) períodos de carência, referindo ao período de 24 horas para urgência e emergência; 300 dias para parto e 180 dias para demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias);
- iii) oferta de planos de saúde coletivos em vez de individuais.

Uma justificativa para as operadoras preferirem a oferta de planos e seguros de saúde coletivos refere-se ao fato de o problema de seleção adversa ser pouco aplicável nestes casos. Segundo Alves (2007), a “seleção adversa faz sentido quando os consumidores são os próprios tomadores de decisão em relação à aquisição do contrato do plano de saúde”, acrescentando que os “planos coletivos são derivados de outro processo de escolha onde são as empresas empregadoras que decidem a aquisição e a amplitude dos contratos para seus funcionários” (ALVES, 2007). Assim, nos planos coletivos não haveria a tendência de os indivíduos com maior risco de utilizar os serviços de saúde buscar as operadoras de planos de saúde, dado que essa decisão não cabe a elas.

A implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no setor privado desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças, gerenciamento de condições crônicas e coordenação dos cuidados. Para os planos de saúde, investir em atenção primária pode resultar em diversos benefícios, tanto para as operadoras quanto para os beneficiários, onde o principal é a redução de custos a longo prazo, desse modo, podendo detectar precocemente doenças, evitando complicações mais graves que possam exigir tratamentos mais caros (MARQUES, ALMEIDA, GOMES, SILVA, REZENDE, 2023)

4. MÉTODO

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, com dados de série temporal, por meio de dados secundários provenientes do sistema de informação TabNet ANS. O período de análise contemplou os anos de 2011 a 2022, com periodicidade anual. Os dados referem-se ao número de beneficiários de planos e seguros de saúde privados estratificados por: i) tipo de contratualização (individual e coletivo); e modalidade de gestão (autogestão; cooperativa médica; filantropia; medicina de grupo e seguradora especializada em saúde).

Os planos individuais e familiares são definidos como plano de saúde contratados diretamente com a operadora que vende planos, ou por intermédio de um corretor autorizado por ela. Os planos coletivos são subdivididos em empresarial e por adesão. Os empresariais são definidos como que prestam assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário; já os por adesão são definidos como coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

De acordo com a ANS, há cinco modalidade de gestão das operadoras de planos e seguros de saúde, incluindo: I) autogestão; II) cooperativa médica; III) filantropia; IV) seguradora especializada em saúde; e V) medicina de grupo. Autogestão é entendida como as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde. Cooperativa médica é entendida como pessoas jurídicas constituídas na forma Lei nº 5.764/71 e que operam planos privados de assistência á saúde. Filantropia é entendida como pessoas jurídicas que não possuem fins lucrativos e são reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública, bem como possuem certificado de entidade beneficente de assistência social fornecido pelo Ministério da Saúde (anteriormente fornecido pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS). Seguradora especializada é entendida como sociedades seguradoras que operam seguro saúde e possuem objeto social exclusivo para a atuação no setor de saúde suplementar, nos termos da Lei nº 10.185, de 2001. Medicina de grupo é entendida como todas as operadoras de planos médicos ou odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriormente citadas.

Variáveis do estudo e fontes de dados

A variável de interesse é o número de beneficiários de planos e seguros de saúde por tipo de contratação, pois ela pode sinalizar maior ou menor grau de problema relacionado à assimetria de informação por seleção adversa. Os planos individuais tendem a ter mais problemas de seleção adversa do que os coletivos, visto que os indivíduos detêm mais informação sobre seu estado de saúde do que as operadoras de planos e seguros de saúde. Assim, os indivíduos com maior chance de utilizar os serviços de saúde tenderiam a buscar mais pelos planos individuais, aumentando o custo esperado das operadoras de planos e seguros de saúde.

Assim, a ideia do estudo é mapear onde há maior proporção dos planos de saúde individuais e familiares por recorte geográfico (Brasil e unidades federativas) e por modalidade de contratação (autogestão; cooperativa médica; filantropia; medicina de grupo; e seguradora especializada em saúde).

Os dados foram obtidos do TabNet ANS, o qual disponibiliza dados consolidados para quatro meses específicos (março, junho, setembro e dezembro) de cada ano. Optamos por utilizar os dados referentes ao último mês de cada ano (dezembro), contemplando o período de 2011 a 2022.

Análise estatística

Foram calculadas a frequência absoluta (quantidade de beneficiários) e relativa (proporção de beneficiários por tipo de plano ou modalidade de gestão). Os dados foram calculados para representar o Brasil e estratificado pelas unidades federativas. A apresentação dos dados foi por meio de tabelas e figuras. Foi utilizado o programa Excel da *Microsoft*.

5. Resultados

A Tabela 1 mostra que houve um aumento do número de beneficiários de planos e seguros de saúde entre 2011 e 2014, passando de 46,02 milhões para 50,53 milhões de beneficiários, respectivamente. Essa tendência de crescimento foi revertida em 2015, apresentando redução contínua da quantidade de beneficiários até 2019, chegando a 47,07 milhões de beneficiários. Com a pandemia de Covid-19, há outra reversão, agora na direção de crescimento, chegando a 50,25 milhões de beneficiários em 2022. Vale ressaltar que, mesmo com o crescimento verificado entre 2020 e 2022, ainda não foi atingido o número de beneficiários registrados em 2014 (50,53 milhões em 2014 *versus* 50,25 milhões em 2022).

A Tabela 1 também nos revela que os planos coletivos são majoritários no contexto do mercado privado de saúde, representando aproximadamente 80% de todos os planos de assistência médica no Brasil no período de 2011-2022. Ao considerar as categorias dos planos coletivos, os empresariais além de ter uma participação maior (ao redor de 60% do total), também apresentam tendência de aumento ao longo do mesmo período. Além disso, verificou-se também uma tendência de redução do percentual de planos individuais ao longo do período analisado, passando de 20,77% em 2011 para 17,82% em 2022.

Tabela 1 - Participação do tipo de seguro e plano de saúde (individual e coletivo) por ano, Brasil, 2011 a 2022.

Competência	Individual ou Familiar	%	Coletivo Empresarial	%	Coletivo por adesão	%	Coletivo não identificado	%	Não Informado	%	Total
2011	9560381	20,77%	28877931	62,74%	6628098	14,40%	15414	0,03%	943990	2,05%	46025814
2012	9720081	20,32%	31028436	64,85%	6568715	13,73%	9139	0,02%	519721	1,09%	47846092
2013	9868948	19,94%	32623021	65,92%	6605950	13,35%	4614	0,01%	389293	0,79%	49491826
2014	9916135	19,62%	33620708	66,53%	6696606	13,25%	1758	0,00%	296541	0,59%	50531748
2015	9735173	19,76%	32791644	66,54%	6535645	13,26%	766	0,00%	215857	0,44%	49279085
2016	9455509	19,83%	31699506	66,48%	6351096	13,32%	642	0,00%	178513	0,37%	47685266
2017	9226965	19,57%	31548649	66,92%	6230459	13,22%	570	0,00%	138266	0,29%	47144909
2018	9130252	19,37%	31746743	67,35%	6169232	13,09%	447	0,00%	91386	0,19%	47138060
2019	9038442	19,20%	31760289	67,47%	6194040	13,16%	393	0,00%	79478	0,17%	47072642
2020	9039020	19,04%	32091607	67,59%	6289714	13,25%	366	0,00%	56944	0,12%	47477651
2021	8891002	18,18%	33650853	68,80%	6319888	12,92%	358	0,00%	49624	0,10%	48911725
2022	8955999	17,82%	34977781	69,61%	6272309	12,48%	352	0,00%	44936	0,09%	50251377

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS.

A Tabela 2 mostra que os planos coletivos são mais frequentes do que os individuais, independentemente da modalidade dos planos de saúde e dos anos sob investigação. Além disso, verificou-se uma redução da proporção dos planos individuais entre 2011 e 2022, a exceção da modalidade Filantropia (35,47% em 2011 *versus* 37,22% em 2022). Outro ponto que vale ressaltar é a baixa participação dos planos individuais nas modalidades Autogestão e Seguradora Especializada em Saúde, representando 0% e 3,5% em 2022, respectivamente. Por outro lado, a modalidade que mais se destacou na participação dos planos individuais foi a Filantropia, com 37,22% do total de planos e seguros de saúde em 2022 nesta modalidade.

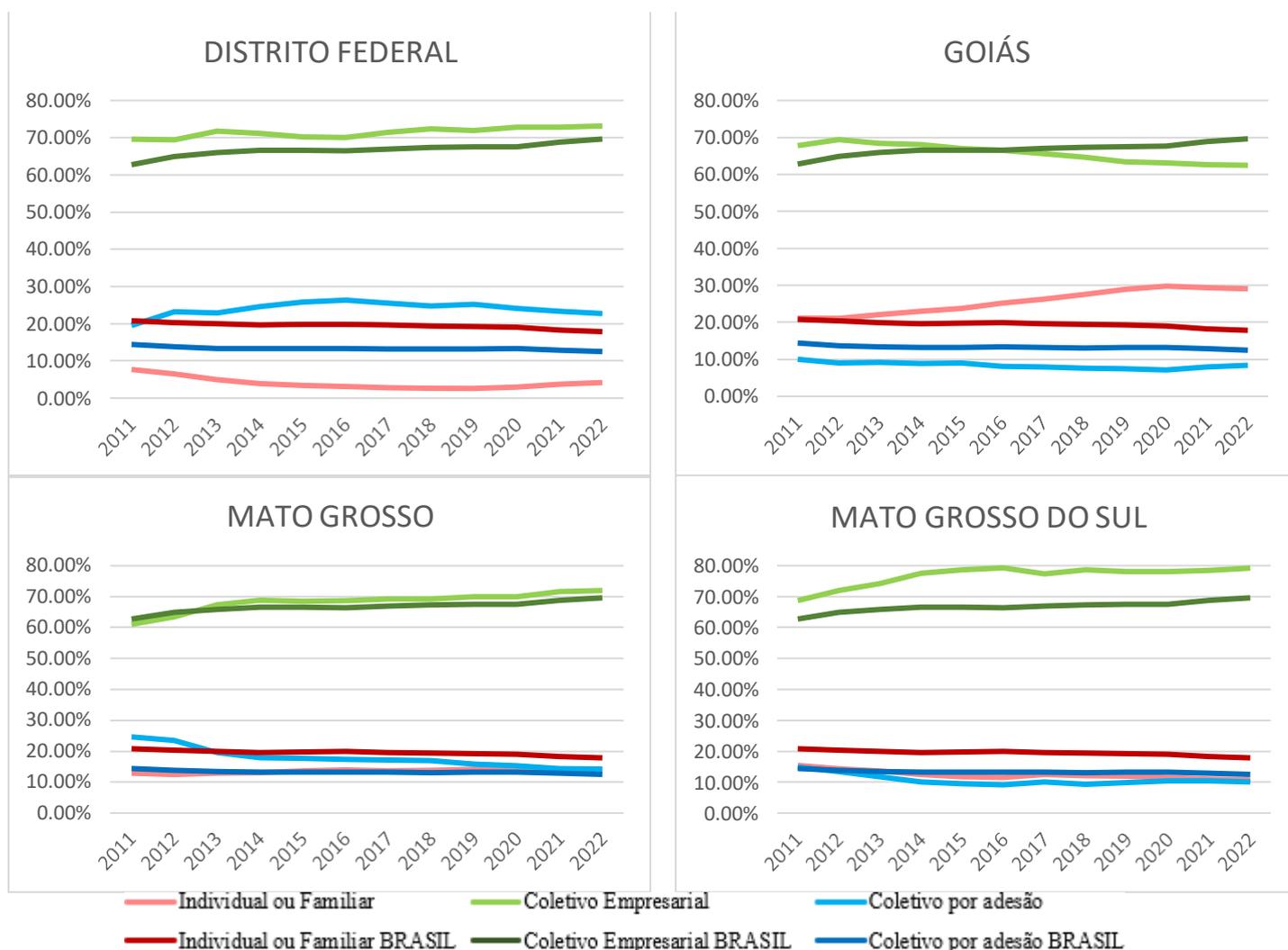
Tabela 2: Participação do tipo de seguro e plano de saúde (individual e coletivo) por modalidade de gestão das Operadoras de Planos de Saúde, Brasil, 2011 e 2022.

2011					
Modalidade	Individual	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Coletivo não identificado	Não Informado
Autogestão	0,15%	69,89%	25,65%	0,00%	4,31%
Cooperativa Médica	24,68%	57,79%	16,55%	0,01%	0,97%
Filantropia	35,47%	44,95%	14,78%	0,02%	4,78%
Medicina de Grupo	26,25%	59,53%	11,18%	0,08%	2,96%
Seguradora Especializada em Saúde	8,02%	84,38%	7,50%	0,00%	0,10%
2022					
Modalidade	Individual	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Coletivo não identificado	Não Informado
Autogestão	0,00%	79,25%	20,25%	0,00%	0,49%
Cooperativa Médica	21,99%	62,04%	15,92%	0,00%	0,04%
Filantropia	37,22%	54,88%	7,65%	0,00%	0,25%
Medicina de Grupo	21,39%	68,31%	10,22%	0,00%	0,07%
Seguradora Especializada em Saúde	3,50%	90,62%	5,88%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS.

Também foram feitas análises regionais, no intuito de verificar as semelhanças e diferenças entre as unidades federativas de cada região e o Brasil. Houve diferenças mínimas entre as unidades federativas da região Centro-Oeste em relação ao Brasil. No geral, a participação dos tipos de contrato dos planos e seguros de saúde das unidades federativas do Centro-Oeste seguem o padrão do Brasil. No Distrito Federal, destaca-se a quantidade de planos da modalidade coletivo empresarial, ultrapassando até mesmo a média brasileira, enquanto a modalidade individual ou familiar chegou a uma diferença de 16,58 em pontos percentuais em 2019. Já em Goiás, o que chama atenção é o aumento dos planos individuais ou familiar em relação as médias do Brasil depois do ano de 2013, onde teve um aumento considerável. Em contrapartida, os planos coletivos obtiveram uma queda, onde especificamente o coletivo empresarial nos anos 2015 e 2016 foi ultrapassado pela média do Brasil. Da região Centro-Oeste, o Mato Grosso é um dos estados com a menor discrepância de médias dos planos individuais e coletivos em relação ao Brasil, assim como o Mato Grosso do Sul, onde o que mais destaca-se é a modalidade coletivo empresarial, principalmente em 2016 onde quase atingiu 80% (Figura 3).

Figura 3: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Centro-Oeste, 2011-2022

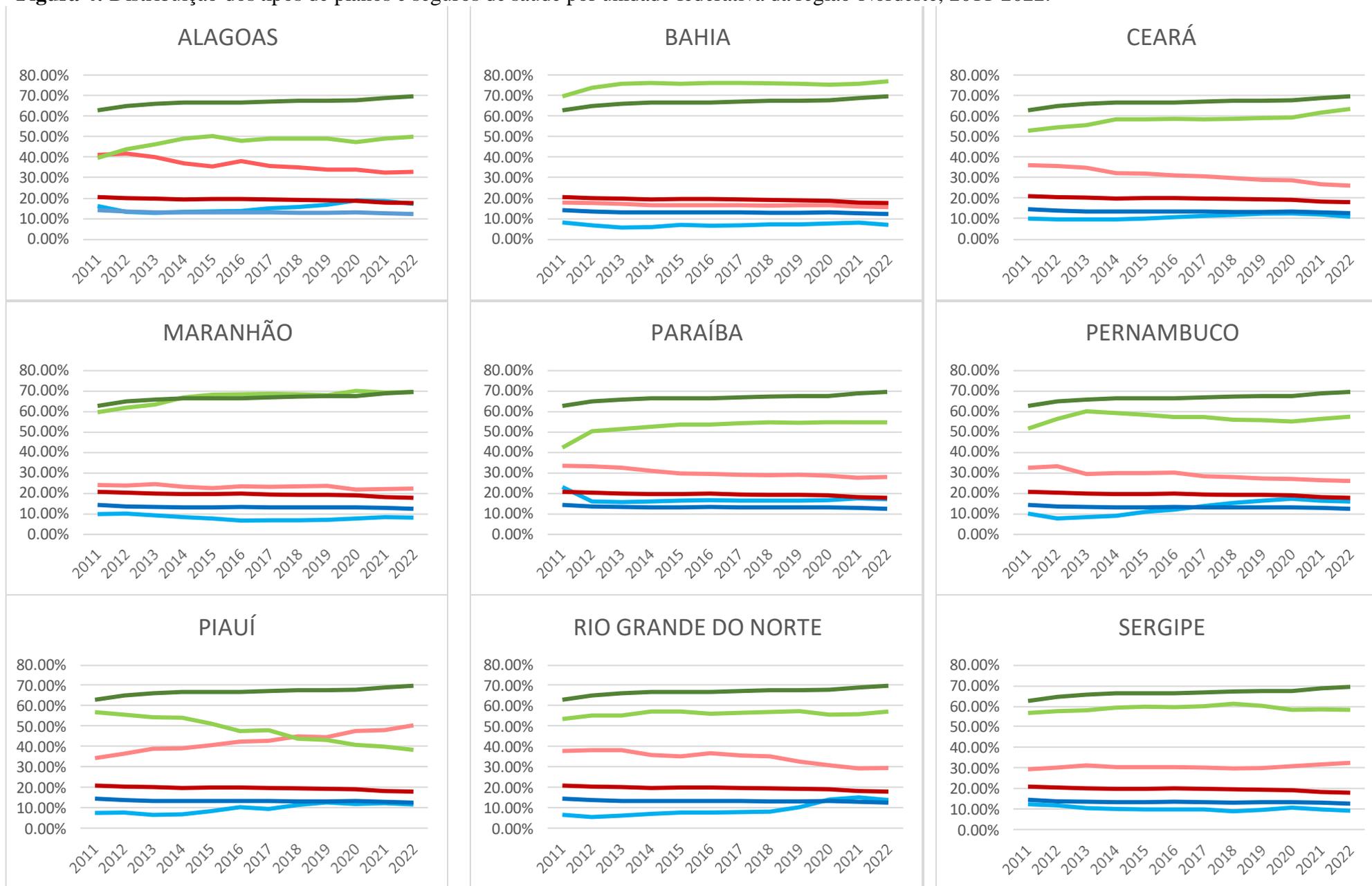


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS.

Em relação à região Nordeste, com exceção do Piauí e Sergipe, todos os estados da região obtiveram uma queda nos dados individuais de 2011 a 2022. Já o coletivo empresarial apresentou um aumento no período, assim como a média do Brasil. O Piauí foi o estado com a maior discrepância de dados perante os outros estados da sua região, bem como da média brasileira (Figura 4).

De modo geral, a proporção dos planos e seguros individuais foi superior à média do Brasil em todos os estados do Nordeste, a exceção da Bahia. Destaca-se o estado do Piauí, que além de apresentar uma proporção substancialmente maior do que a média do Brasil, também apresentou uma tendência de crescimento desse tipo de plano no período analisado, passando de 34,18% em 2011 para 50,23% em 2022. Já o estado do Maranhão, é o mais próximo do perfil nacional (Figura 4).

Figura 4: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Nordeste, 2011-2022.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do

Individual ou Familiar

Coletivo Empresarial

Coletivo por adesão

Tabnet ANS

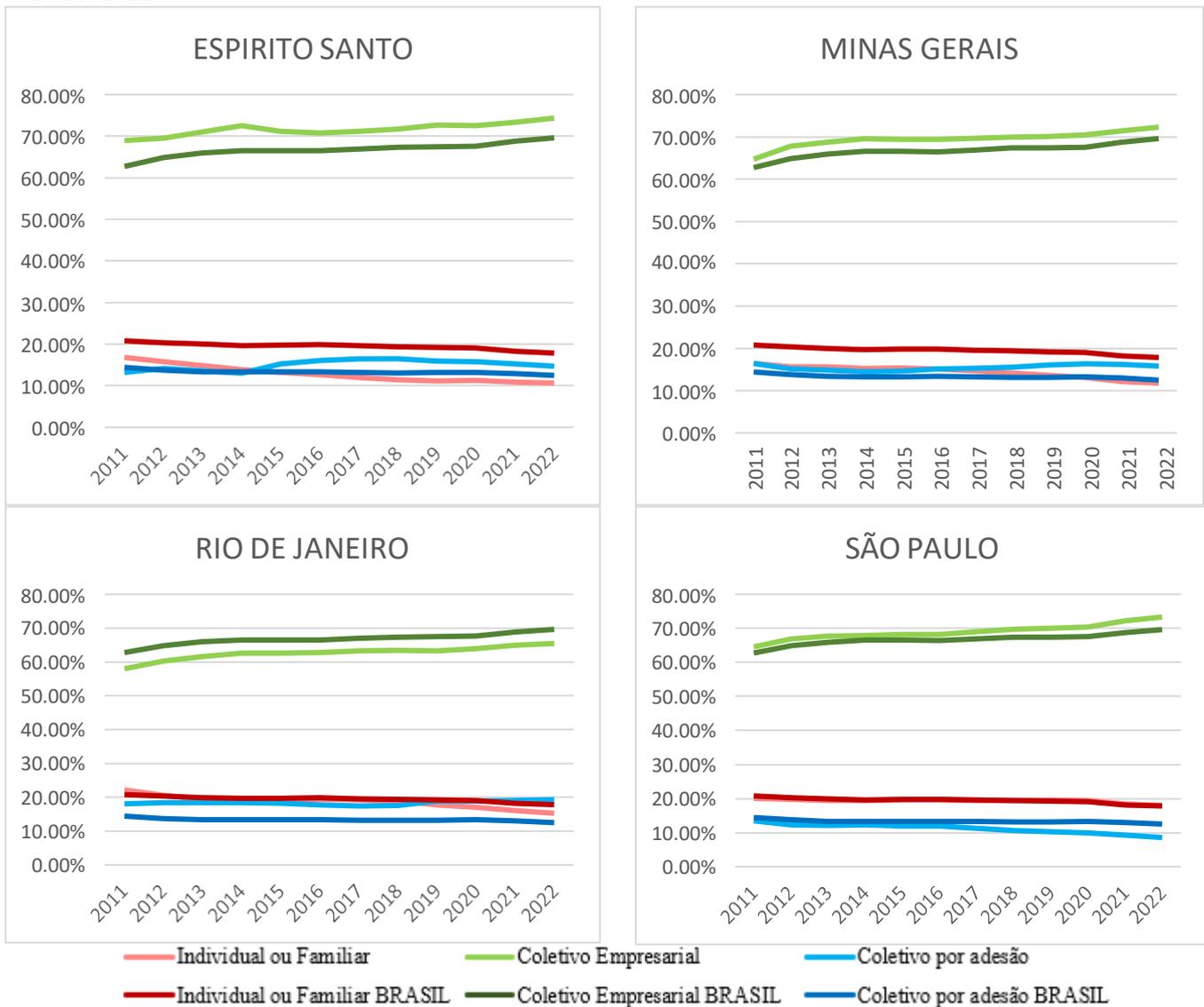
Individual ou Familiar BRASIL

Coletivo Empresarial BRASIL

Coletivo por adesão BRASIL

O Sudeste é a região com a maior semelhança quando comparado com os números gerais do Brasil. Todos os quatro estados dessa região têm uma diferença muito pequena comparando entre si e com o Brasil. O Rio de Janeiro foi o único com a modalidade de planos coletivos empresariais abaixo da média do Brasil, e quase todos os percentuais do estado de São Paulo ficaram sobrepostos em relação as médias do Brasil (Figura 5).

Figura 5: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Sudeste, 2011-2022.

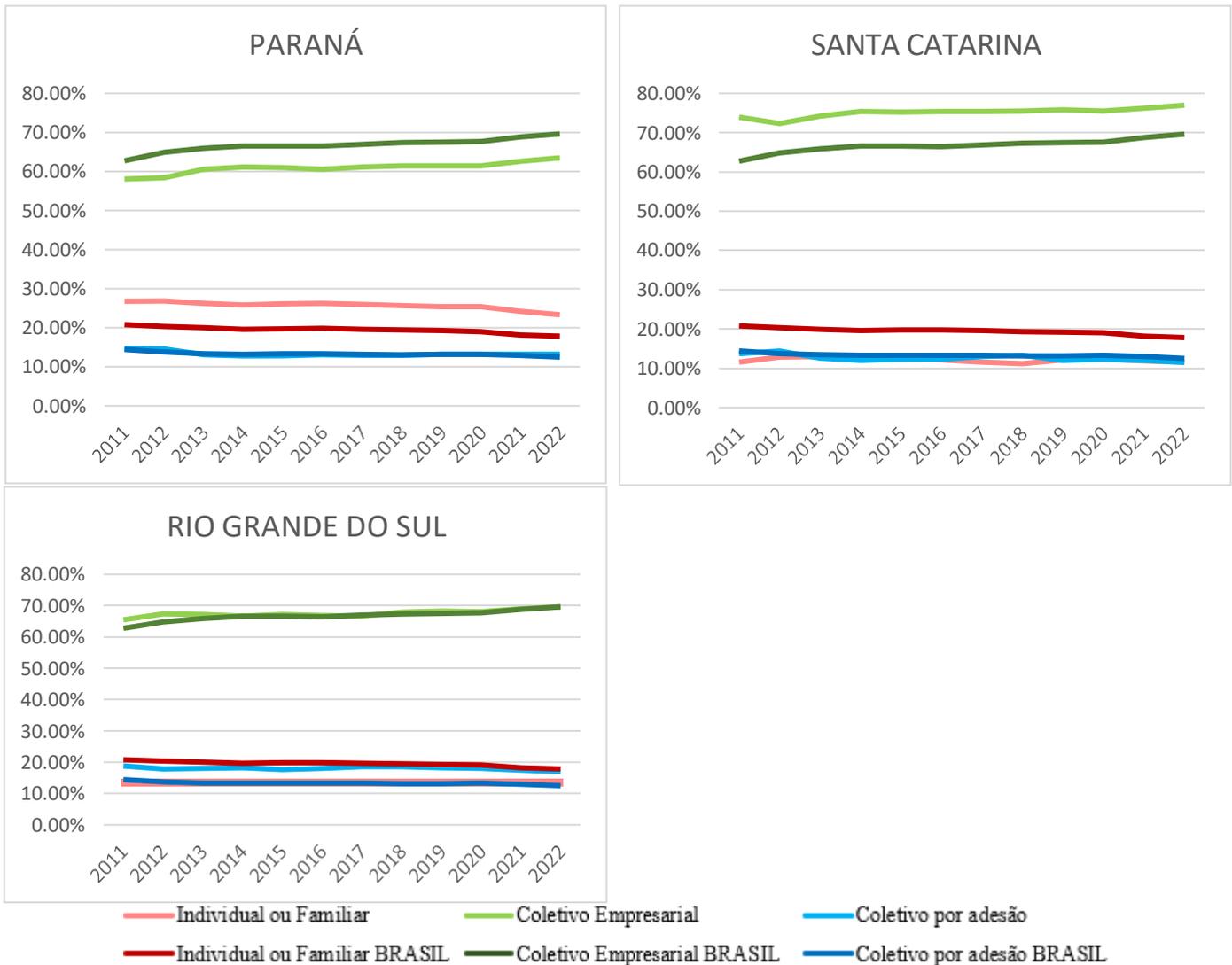


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS.

A Região Sul tem características assemelham aos dados do Brasil: redução dos planos individuais (à exceção do Rio Grande do Sul), crescimento dos planos coletivos empresariais e pouca mudança no coletivo por adesão. No Paraná, o individual ou familiar ficou acima da média do Brasil. Já Santa Catarina e Rio Grande do Sul, ficaram abaixo da média do Brasil e com pouca variação no período investigado. O tipo coletivo empresarial cresceu em todos os três estados da Região Sul, entretanto, o Paraná foi o único abaixo

da média nacional, e o coletivo por adesão ficou sobreposta em relação ao Brasil no Paraná e em Santa Catarina (Figura 6).

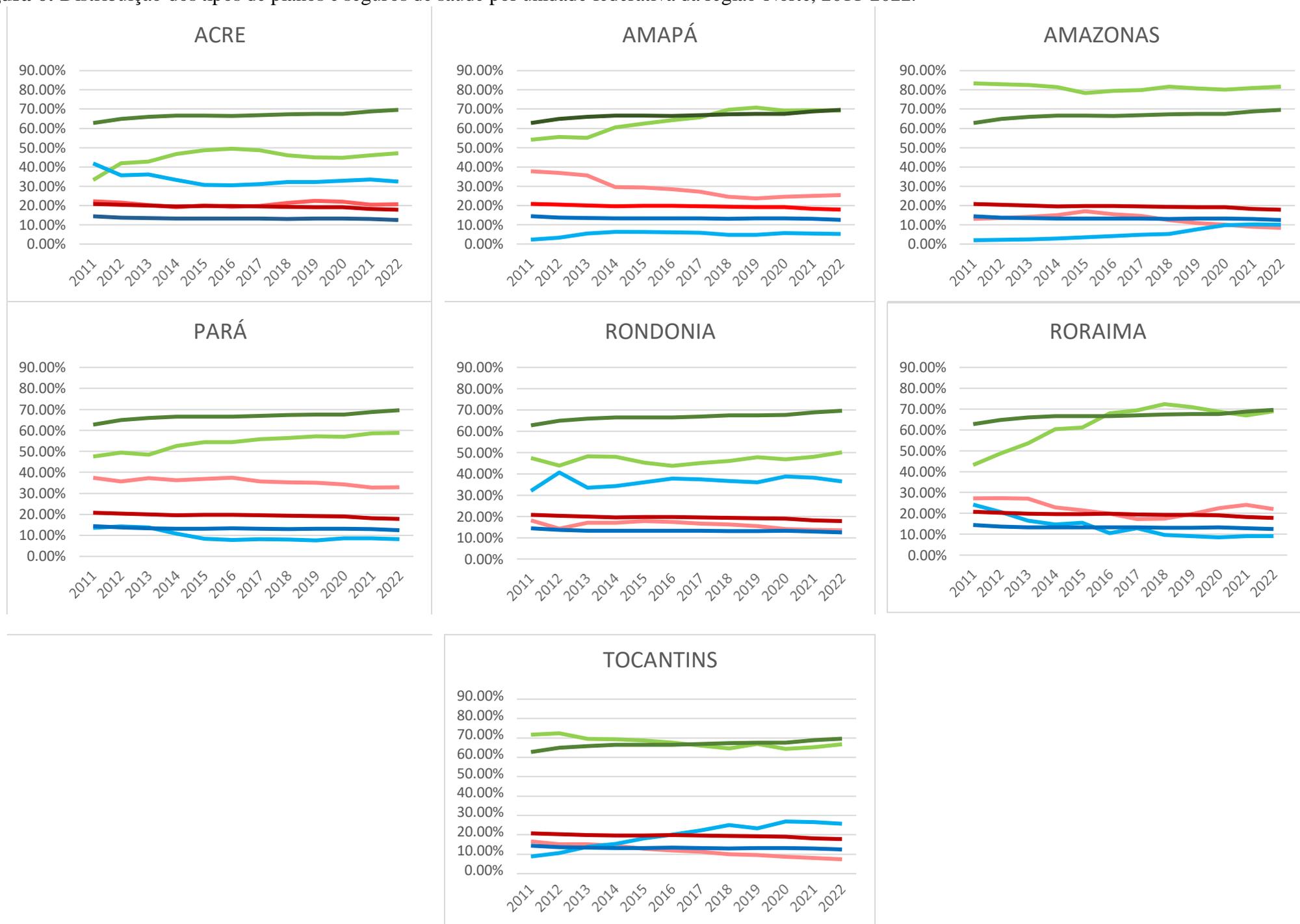
Figura 7: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Sul, 2011-2022.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS.

A Região Norte, assim como as outras regiões, apresentou uma redução dos planos individuais ou familiares em todos os estados. Em contrapartida, o coletivo empresarial cresceu ao longo do período investigado, com exceção do Amazonas e Tocantins. Apesar de ter uma presença considerável de coletivo por adesão nos estados da Região Norte, como 41% em 2011 no Acre, esse tipo de contratação não seguiu uma regra, apresentando grande variação. O coletivo empresarial ficou abaixo da média do Brasil em 5 dos 7 estados da região (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia e Tocantins) (Figura 7).

Figura 6: Distribuição dos tipos de planos e seguros de saúde por unidade federativa da região Norte, 2011-2022.



— Individual ou Familiar — Coletivo Empresarial — Coletivo por adesão
— Individual ou Familiar BRASIL — Coletivo Empresarial BRASIL — Coletivo por adesão BRASIL

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Tabnet ANS

6. DISCUSSÃO

Este estudo verificou que houve três períodos distintos em relação ao número de beneficiários de planos e seguros de assistência médica no Brasil. O primeiro período foi de crescimento, quando o número de beneficiários passou de 46,02 milhões em 2011 para 50,53 milhões em 2014. O segundo período foi de reversão dessa tendência de crescimento, caracterizado por reduções contínuas de 2015 (49,27 milhões) a 2019 (47,07 milhões). Já o terceiro período é representado pelo aumento no número de beneficiários de planos de saúde, chegando a 50,25 milhões em 2022. Cabe ressaltar que a quantidade de beneficiários em 2022 ainda não atingiu o quantitativo de 2014, embora esteja próximo.

A redução do número de beneficiários de planos de saúde está relacionada com a crise econômica vivenciada pelo Brasil nesse período de 2015 a 2018. Esse fato é corroborado por outros autores, como Alves (2007) e Costa e Bahia (2022), que evidenciaram a relação entre crise econômica e redução da participação da saúde suplementar no mercado da saúde privada. Isto se explica dado que em situações de crise econômica há redução da atividade econômica, aumento do desemprego e falência de empresas; assim, reduzindo a renda da população (para planos individuais) e das empresas (para planos coletivos).

O segundo achado deste estudo refere-se à maior participação dos planos coletivos ao longo do período analisado (2011-2022) no Brasil, passaram de 35,5 milhões (77,14%) em 2011 para 41,25 milhões (82,09%) em 2022. Entre os planos coletivos, prevalecem os empresariais, representando aproximadamente 70% do mercado da saúde suplementar em 2022. Esse padrão identificado está de acordo com o esperado pela teoria econômica, mas especificamente do problema de seleção adversa. Ou seja, as operadoras de planos e seguros de saúde estão cada vez mais intensificando sua oferta de planos coletivos para a população. Albuquerque et al. (2008) já havia sinalizado a tendência do mercado em priorizar a oferta de planos coletivos, ao analisar os dados de 2000 a 2006. Ainda em relação aos autores, em 2000 havia 10,86 milhões de beneficiários com planos coletivos, aumentando para 25,73 milhões em 2006 (ALBUQUERQUE, 2008).

O terceiro achado diz respeito à relação entre modalidade de gestão e o tipo de contratação de planos e seguros de saúde. Algumas modalidades atuam quase que exclusivamente com planos coletivos, com o caso da Autogestão (>99%), Seguradora Especializada em Saúde (>95%) em 2022. No lado oposto, as modalidades com maior participação dos planos individuais foram Filantropia (37,22%), Cooperativa Médica (21,99%) e Medicina de Grupo (21,39%) em 2022. No estudo de Albuquerque et al. (2008), já se percebia que a modalidade de autogestão era essencialmente planos coletivos, diferentemente das Seguradoras Especializadas em Saúde, que tinham um percentual maior de planos individuais (ALBUQUERQUE et al, 2008). Por se tratar de uma modalidade que oferece seguros e planos de saúde à um grupo fechado de pessoas exclusivamente da mesma empresa, a autogestão é majoritariamente pertencente ao tipo coletivo.

Quarto achado deste estudo contempla o recorte regional, sugerindo que há diferenças entre as grandes

regiões brasileiras. A região Sudeste tende a refletir o cenário nacional, apresentando percentuais de planos coletivos e individuais muito próximos da média do Brasil, principalmente o estado de São Paulo. Já a região Nordeste é a que mais se distancia do perfil nacional, particularmente pela em relação à proporção de planos individuais acima da média nacional. Um exemplo típico dessa situação é o estado do Piauí, com 50,23% dos beneficiários com planos individuais. Esse padrão sugere que haveria mais problema de seleção adversa na região Nordeste, e mais especificamente no estado do Piauí. Não foram encontrados estudos sobre os tipos de planos de saúde por unidade federativo, não permitindo comparação com a literatura.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu para verificarmos que o mercado privado de planos e seguros de saúde tem se modificado ao longo do período analisado, aumentando a participação dos planos coletivos em detrimento dos individuais no Brasil. Quando analisado por unidade federativa, esse padrão nacional se manteve em praticamente todas as unidades, com exceção dos estados do Piauí, Sergipe e Goiás. Assim, os resultados nos levam a sugerir que as operadoras de planos e seguros de saúde têm se protegido da seleção adversa, ao reduzir a proporção de planos individuais ao longo de 2011 a 2022. Ou seja, em convergência com a teoria econômica sobre assimetria de informação.

No entanto, quando esses dados são analisados sob o enfoque dos indivíduos (beneficiários dos planos de saúde), vários questionamentos podem ser levantados. Primeiro, a maioria dos planos coletivos é empresarial (em média, 70% do total de planos), o que significa dizer que os beneficiários tendem a perder esse benefício ao se aposentar, por volta dos 65 anos. Nessa idade, geralmente, as pessoas já são acometidas por alguma doença crônica, de demandará cuidados contínuos e mais complexos. Ou seja, quando a pessoa mais necessitaria do plano de saúde, é exatamente o período que ela o perde. Assim, pode aumentar as desigualdades de acesso à saúde e pressão por cuidado no SUS. Segundo, os planos coletivos não são regulados pela ANS em termos de reajuste da mensalidade, diferentemente dos planos individuais em que todos os anos a ANS determina o reajuste máximo permitido. Terceiro, os planos de saúde estão fortemente relacionados com a atividade econômica do país, havendo aumento do número de beneficiários quando há crescimento econômico, e vice-versa. Esse padrão pode ser bastante injusto, visto que além de perder o emprego em crise econômica também se perde o plano de saúde. Já o SUS atua de forma completamente diferente, visto que esse sistema está disponível para a população mesmo em momentos de alta crise econômica, como foi visto no período da pandemia de Covid-19. Quando mais se precisou do SUS, houve a resposta dos serviços de saúde, mesmo com o subfinanciamento da saúde pública.

Assim, deve-se ponderar os ganhos de eficiência das operadoras de planos e seguros de saúde com os questionamentos levantados aqui na perspectiva dos beneficiários desses planos, particularmente aqueles vinculados à planos coletivos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 607-623, 2014.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES: HUCITEC; 1981.
- PIETROBON, L.; PRADO, M.L.; CAETANO, J.C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ (CE). Saúde Suplementar. *In: Saúde Suplementar: Saúde Complementar ou Suplementar?*. CEARÁ, 2020. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/caosaude/saude-suplementar/>. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>. Acesso em 15 dez 2023
- PAULY, M. V. The economics of moral hazard. *American Economic Review*, June, 531-36. ROTHSCHILD, M. e STIGLITZ, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 60: 629-650.
- ARROW, K. (1963). Uncertainty and Welfare Economic of Medical Care. **American Economic Review**, 53: 941-973.
- ARNOTT, R (3 STIGLITZ, J. Equilibrium in Competitive Insurance Markets with Moral Hazard. **NBER Working Paper** n"3588, jan, 1991.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, p. 157-185, 2006.
- Ministério da Saúde. **Tabela de Beneficiários de Planos de Saúde, Taxas de Crescimento e Cobertura**. Operadoras com Beneficiários. BRASIL, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 3 fev. 2023.
- TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- BAHIA, Ligia et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 951-965, 2006.
- SANTOS, Samara Lauer; TURRA, Cássio M.; NORONHA, Kenya. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar

brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, 2019.

Agência IBGE Notícias. **De 2010 a 2022, a população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões.** Censo 2022. BRASIL, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs%20chegou,foi%20de%200%2C52%25>. Acesso em 07 fev. 2023.

ANDRADE, Luciana Pinto de; PÔRTO JÚNIOR, Sabino da Silva. O problema do risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Análise econômica. Porto Alegre. Vol. 22, n. 41 (mar. 2004), p. 241-266**, 2004.

PECI, A.. Reforma regulatória brasileira dos anos 90 à luz do modelo de Kleber Nascimento. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n. 1, p. 11–30, jan. 2007.

MARQUES, R. M. OS PLANOS DE SAÚDE NA RECENTE CRISE ECONÔMICA BRASILEIRA. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 59, 2022. DOI: 10.38116/ppp59art8. Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/1282](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/1282). Acesso em: 15 dez. 2023.

ALVES, Sandro Leal. ENTRE A PROTEÇÃO E A EFICIÊNCIA: EVIDÊNCIAS DE SELEÇÃO ADVERSA NO MERCADO BRASILEIRO DE SAÚDE SUPLEMENTAR APÓS A REGULAMENTAÇÃO. **II Prêmio SEAE**. Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, G. S. et al.. Primary care in supplementary health: assessment of costs in the care of older adult patients with heart diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 3, p. e20220486, 2023.

Kamia, Felipe Duvaresch e Vargas, Marco Antonio. Capital estrangeiro e mudança estrutural no mercado privado de serviços de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 39, n. 9 [Acessado 12 Janeiro 2024] , e00171222. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT171222>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT171222>.