



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

GUILHERME BETIM GALDINO

Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação à cooperativa e à medicina de grupo

Ribeirão Preto
2021



GUILHERME BETIM GALDINO

Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação à cooperativa e à medicina de grupo

Versão Original

Dissertação do Programa de Mestrado Profissional apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Fernandes Neves.

**Ribeirão Preto
2021**



Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pelo autor

Galdino, Guilherme Betim

Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação à cooperativa e à medicina de grupo.

83 p.: il.; 29,7 cm

Dissertação de Mestrado, apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Neves, Prof. Dr. Fábio Fernandes.

1. Autogestão; 2. Saúde Suplementar; 3. Plano de Saúde.



Nome: GALDINO, Guilherme Betim

Título: Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação à cooperativa e à medicina de grupo

Dissertação do Programa de Mestrado Profissional apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Janete Betim Galdino e Nivaldo Galdino pelo dom da vida e apoio dispensado desde o início.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fábio Fernandes Neves, por todo apoio e condução para realização deste trabalho.

A Maria Claudia Propheta Alves, sempre ágil, resolutiva e proativa.

Ao Prof. Dr. Antônio Pazin Filho, pela atenção no início do projeto e indicação do orientador.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Ao João Marcos Rossi Martins, por ter incentivado o desafio e pelo apoio profissional durante o mestrado.

Ao Erik Lassner e ao Marcelo Mucci pela ajuda nas reflexões sobre os desafios da Saúde Suplementar.

Ao Carlos Prebelli, Ângelo Tremonti e Carlos Eduardo Ribeiro, bem como suas respectivas equipes, pelo grande apoio nas tratativas da versão inicial do projeto.

A Gabriela Castilho, pela grande ajuda na revisão.

Ao Wesley de Souza Lino por todo o apoio administrativo e por toda a diligência e paciência.

A todos que de alguma forma colaboraram na elaboração e execução deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio institucional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)

RESUMO

GALDINO, G. B. **Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação à cooperativa e à medicina de grupo.** 2021. 83 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: diversas empresas criam suas próprias operadoras de assistência à saúde para atender as pessoas vinculadas, através de gestão conjunta com a área de Recursos Humanos. Essas empresas são denominadas autogestões. Devido à sua limitação de base de beneficiários, possíveis conflitos de interesses e perfil de ampliação da assistência para dependentes, o custo médio por beneficiário pode ser maior do que outros tipos de operadoras no mercado. **Objetivo:** avaliar a diferença entre o custo médio por beneficiário das operadoras classificadas como autogestões em relação a cooperativas médicas e medicinas de grupo. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional, analítico, comparativo, transversal, onde foram analisadas as bases de dados disponibilizadas pela ANS, acessíveis em seu website. Foram calculados os indicadores de custo por beneficiário em 2019 para operadoras caracterizadas como autogestão e comparados com os mesmos indicadores das medicinas de grupo e das cooperativas. Também foram analisados os fatores associados ao custo da operação nas três modalidades. **Resultados:** a mediana do custo médio por beneficiário das autogestões ficou em R\$544,97 (445,65; 629,00), em comparação com R\$326,93 (306,79; 350,50) de cooperativas e R\$220,41 das medicinas de grupo (208,68; 232,60), com $P < 0,001$. As variáveis idade média, percentual de planos com obstetrícia e razão de dependência apresentaram correlação positiva com o custo. **Conclusões:** as autogestões possuem um custo médio por beneficiário maior do que as outras modalidades analisadas, possivelmente devido à maior razão de dependência, maior quantidade proporcional de planos com obstetrícia e maior idade média dos beneficiários. **Palavras-chaves:** saúde suplementar. Sistemas pré-pagos de saúde. Seguro saúde.

ABSTRACT

GALDINO, G. B. **Cost analysis of health maintenance organization classified as self-management HMO in comparison with cooperatives and group medicines.** 2021. 83 p. Master's Dissertation – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: many companies create its own health maintenance organizations in order to assist related persons, though a jointly management with Human Resources department. These companies are called self-management HMO. Due to its beneficiary database limitations, possible conflict of interest, and profile to amplify the assistance for dependents, the average cost per beneficiary can be higher than other types of HMOs in the market.

Objective: evaluate the difference between the average cost per beneficiary of the self-management HMOs in comparison to group medicines and cooperatives. **Methodology:** this is an observational, analytic, comparative, transversal study, where ANS databases were analyzed, available in ANS website. The average cost per beneficiary index in 2019 was calculated to self-management HMO and compared with the same indicators of the group medicines and cooperatives. The associate factors of the operation's cost were also analyzed at the three categories. **Result:** the average cost per beneficiary median of self-management HMOs was R\$544.97 (445.65; 629.00), in comparison with R\$326.93 (306.79; 350.50) of cooperatives and R\$220.41 (208.68; 232.60) of group medicines, with $P < 0.001$. The variables average age, obstetric covered plans percentage and dependent ratio was positive correlated with the average cost per beneficiary. **Conclusion:** the self-management HMOs has an average cost per beneficiary higher than the other categories of HMOs analyzed, possibly due to the higher dependent ratio, higher proportional quantity of obstetric covered plans and higher average age. **Keywords:** supplemental health. Health maintenance organizations. Health insurance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Seleção das operadoras conforme critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.	36
Tabela 2 – <i>Outliers</i> no indicador custo médio por beneficiário após seleção das operadoras nos critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.	37
Tabela 3 – <i>Outlier</i> no indicador de razão de dependência após seleção das operadoras nos critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.	38
Tabela 4 – Estimativa de idade média por faixa etária disponível pela ANS para transformação de variável categórica em variável contínua.	41
Tabela 5 – Resumo dos resultados estatísticos elaborados pelo autor, Brasil, 2019.	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução do número de operadoras com beneficiários ativos, Brasil, de 2014 a 2019.....	24
Figura 2 – Evolução do número total de beneficiários do mercado de saúde suplementar no Brasil, de 2014 a 2019.	25
Figura 3 – Número de autogestões com beneficiários ativos, Brasil, 2014 a 2019.	26
Figura 4 – Teste de distribuição normal para o custo médio por beneficiário em 2019.	51
Figura 5 – Intervalo de confiança da mediana da variável de custo médio por beneficiário nas modalidades autogestão, cooperativa médica e medicina de grupo, em 2019.	52
Figura 6 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de mulheres, por categoria de operadora, em 2019.	53
Figura 7 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de mulheres, com regressão linear, em 2019.	53
Figura 8 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à razão de dependência, por categoria de operadora, em 2019.....	54
Figura 9 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à razão de dependência, com regressão linear, em 2019.	55
Figura 10 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à idade média, por categoria de operadora, em 2019.	56
Figura 11 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à idade média, com regressão linear, em 2019.	56
Figura 12 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos individuais, por categoria de operadora, em 2019.	57
Figura 13 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos individuais, com regressão linear, em 2019.	58
Figura 14 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos ambulatoriais, por categoria de operadora, em 2019.	59
Figura 15 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos ambulatoriais, com regressão linear, em 2019.	59
Figura 16 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos com obstetrícia, por categoria de operadora, em 2019.....	60
Figura 17 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos com obstetrícia, com regressão linear, em 2019.	61
Figura 18 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de coparticipação no custo total, por categoria de operadora, em 2019.....	62
Figura 19 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de coparticipação no custo total, com regressão linear, em 2019.	62

LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 1 – Idade média	42
Equação 2 – Razão de dependência.....	42
Equação 3 – Percentual de mulheres	42
Equação 4 – Percentual de planos individuais.....	42
Equação 5 – Percentual de planos ambulatoriais.....	43
Equação 6 – Percentual de planos odontológicos	43
Equação 7 – Percentual de planos com obstetrícia	43
Equação 8 – Custo médio por beneficiário por mês.....	44
Equação 9 – Percentual de coparticipação no custo total.....	45

LISTA DE SIGLAS

- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- HMO** – Health Maintenance Organization (Operadora de Saúde)
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas

INTRODUÇÃO.....	21
JUSTIFICATIVA.....	29
OBJETIVOS.....	32
PRIMÁRIO.....	32
SECUNDÁRIO	32
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	35
OBJETO DE ESTUDO	35
A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	35
DESENHO DO ESTUDO	35
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
CRITÉRIOS DE DESCONTINUIDADE	37
BASE FINAL DO ESTUDO.....	38
PREPARAÇÃO DA BASE DE DADOS	38
DADOS QUALITATIVOS DAS CARTEIRAS DE BENEFICIÁRIOS	39
DADOS QUANTITATIVOS FINANCEIROS DAS OPERADORAS DE SAÚDE.....	40
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	41
CRUZAMENTOS DAS BASES DE ANÁLISE.....	45
VARIÁVEL DEPENDENTE	46
CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS	46
ANÁLISES ESTATÍSTICAS	46
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
REFERENCIAL TEÓRICO	47
RESULTADOS.....	51
COMPARAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO.....	51
FATORES QUE INFLUENCIAM O CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO.....	52
CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE MULHERES	53
CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM A RAZÃO DE DEPENDÊNCIA	54
CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM A IDADE MÉDIA.....	55

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS INDIVIDUAIS

57

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS AMBULATORIAIS	58
CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS COM OBSTETRÍCIA	60
CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO NO CUSTO TOTAL	61
RESUMO DOS RESULTADOS.....	63
DISCUSSÃO	67
CONCLUSÕES.....	77
SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	77
LIMITAÇÕES E DIFICULDADES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos poucos países que oferecem um serviço de saúde público gratuito e universal. O modelo surgiu em 1988, junto com a Constituição Federal, com o lema “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Em uma época de privatizações progressivas no sistema de saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece assistência à saúde de qualidade, atuando em todas as complexidades e em todas as regiões, incluindo aquelas em que as empresas privadas não demonstram interesse econômico de atuação (PAIM et al., 2011).

No entanto, o atendimento público é recorrentemente criticado pela população, que ainda tem a percepção de estruturas precárias e demora no atendimento (DATAFOLHA, 2015). O setor ainda sofre com a baixa alocação de recursos. Em relação ao orçamento dedicado em 2014, segundo o estudo realizado pela SIMERS com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil investiu 6,7% do orçamento em saúde, contra uma faixa de 14,9% a 27,9% dos outros cinco países analisados com saúde pública universal nesse mesmo ano (Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia). No setor privado, ainda em 2014, 52,5% dos gastos com saúde no Brasil foram pagos pelos pacientes, em comparação ao máximo de 32,9% da Austrália. A comparação não considera a proporção de pessoas atendidas pelos sistemas público e privado (saúde suplementar) em cada país (SIMERS, 2016).

A alocação de recursos e a proporção de investimento público/privado ajudam a criar a impressão de diferenças entre as duas esferas, desde o uso de tecnologias nos atendimentos ambulatoriais a investimentos em construções, campanhas de medicina preventiva, entre outros.

Não há como precisar a data de surgimento da saúde suplementar, porém, o conceito de plano de saúde é recente, sendo regulamentado apenas pela Lei nº 9.656, de 1998 (ANS, 2020a). Na saúde suplementar, aqueles que podem pagar por um serviço de saúde optam por utilizar uma estrutura particular de atendimento que proporcione maior rapidez e qualidade percebida. Nesse sentido, os planos de saúde, em sua grande maioria, operam no modelo de parcelas fixas de contribuições mensais e direito à utilização livre, com coberturas de acordo com cada plano contratado. Este modelo permite que mais pessoas possam pagar pela saúde privada, diluindo o risco de eventos de alto custo, como internações, cirurgias e outros eventos de alto custo, através de um contrato similar aos seguros de automóveis, onde os

segurados pagam um valor fixo por mês (“prêmio” ou “mensalidade”) que cobre a maioria das eventuais despesas, como acidentes e reparos, sendo a seguradora a responsável por pagar a indenização integral dos sinistros. Além disso, devido à robustez de uma carteira de beneficiários, o poder de negociação de uma operadora pode ser maior do que a de um indivíduo, o que torna menores os custos de assistência à saúde ao beneficiário (ANS, 2020b).

Em 2000, surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, constituída com o objetivo de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando tanto as características dos planos como seu relacionamento com a cadeia de saúde como um todo, desde prestadores até consumidores. Além disso, a ANS fomenta a transparência nas informações, divulgando dados diversos das operadoras em seu portal, de livre acesso à população. O órgão atua na proteção do consumidor, garantindo que as operadoras cumpram os contratos, façam reservas financeiras para cumprir com suas obrigações em casos de insolvência, além de controlar os reajustes repassados aos beneficiários (ANS, 2020c).

Visto que o plano de saúde funciona de maneira similar a um seguro, o beneficiário fica protegido contra despesas de assistência não programadas. No entanto, pela complexidade existente na operação das operadoras de planos de saúde, além do risco financeiro de gerir e assegurar toda uma carteira de beneficiários (epidemias e outros eventos podem gerar uma alta utilização do plano, por exemplo), as empresas repassam os seus custos aos beneficiários na forma das mensalidades (VALOR ECONÔMICO, 2020). Existem diversas iniciativas privadas que reduzem o custo ao beneficiário final, o que permite que as pessoas participem da saúde privada de forma crescente: planos ambulatoriais (sem direito a internações), planos sem obstetrícia, comercialização de consultas ambulatoriais a preços menores do que na rede particular, planos que priorizam atendimentos em redes próprias das operadoras, medicina preventiva e preditiva (ainda em evolução) (VINICIUS PEREIRA, 2020). Além disso, as operadoras continuam inovando em processos, gestão, sistemas e, principalmente, na redução de desperdícios, para que o custo repassado ao cliente seja cada vez menor, balanceando os altos reajustes da inflação hospitalar, aumento de obrigatoriedade de coberturas de procedimentos impostas pela ANS, aumento da judicialização da saúde e aumento das fraudes. Em conjunto com os hospitais e outros agentes da saúde suplementar, as operadoras negociam pacotes e sistemas de remuneração que reduzem desperdício (pagamento por performance e não por produtividade, por exemplo), aumentam a transparência das informações, a conexão de dados e informações dos beneficiários, e

garantem o volume de atendimentos para manutenção da rentabilidade desses agentes (ABRAMGE, 2015).

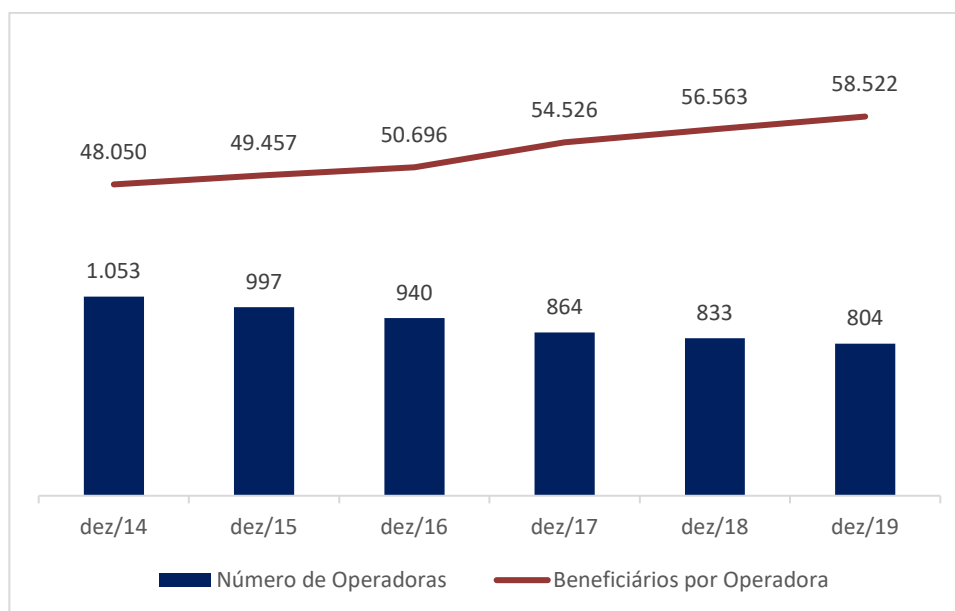
O mercado de saúde, hoje regulamentado pela ANS, é dividido formalmente por categorias de operadoras (ANS, 2020d): (i) administradora de benefícios, (ii) cooperativas médicas, (iii) cooperativas odontológicas, (iv) autogestões, (v) medicinas de grupo, (vi) odontologias de grupo e (vii) filantropias (ANS, 2009). Quando uma pessoa jurídica opta pelo registro na ANS para se enquadrar como uma operadora de saúde, ela deve declarar, obrigatoriamente, qual a classificação que deseja para a futura operadora. Esta escolha é importante não só para classificação gerencial, mas para que regras específicas sejam aplicadas em diversas esferas, principalmente em relação a obrigações fiscais, comercialização de produtos, região de atuação, concorrência, entre outras.

Em linhas gerais, as administradoras de benefícios são pessoas jurídicas de direito privado que existem para intermediar as negociações, discussões e movimentações operacionais, fazendo a ponte entre contratante e contratado. As cooperativas médicas e odontológicas são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, constituídas na forma legal de cooperativas, onde os cooperados (pessoas físicas que fazem parte da constituição legal da pessoa jurídica) são os próprios prestadores de serviços de saúde. As autogestões são pessoas jurídicas de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente para beneficiários que sejam vinculados à própria pessoa jurídica, como por exemplo, sócios, administradores e ex-administradores, empregados e ex-empregados, aposentados vinculados anteriormente à entidade autogestão e grupo familiar e pensionistas vinculados aos beneficiários desta modalidade. As filantropias são entidades sem fins lucrativos, beneficentes, devidamente certificadas junto aos Ministérios competentes, que surgiram como provedoras de planos privados de assistência à saúde com o objetivo principal de viabilizar suas operações beneficentes nos municípios brasileiros. As medicinas e odontologias de grupo são todas as pessoas jurídicas de direito privado que não se enquadram nas definições expostas anteriormente, em sua maioria com foco em oferecer serviços de saúde de forma verticalizada (isto é, operando hospitais, laboratórios e clínicas próprias, com o objetivo de prestar serviços exclusivos aos próprios beneficiários e controlar os custos de assistência à saúde de sua carteira) (ANS, 2009).

Um dos principais motivos que permitem que as operadoras de saúde sejam rentáveis é a sua capacidade de diluição do risco de eventos de alto custo de seus beneficiários. Nos

últimos anos, a tendência de concentração do setor tem se mostrado cada vez mais intensa (ANAHP, 2019), conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Evolução do número de operadoras com beneficiários ativos, Brasil, de 2014 a 2019.



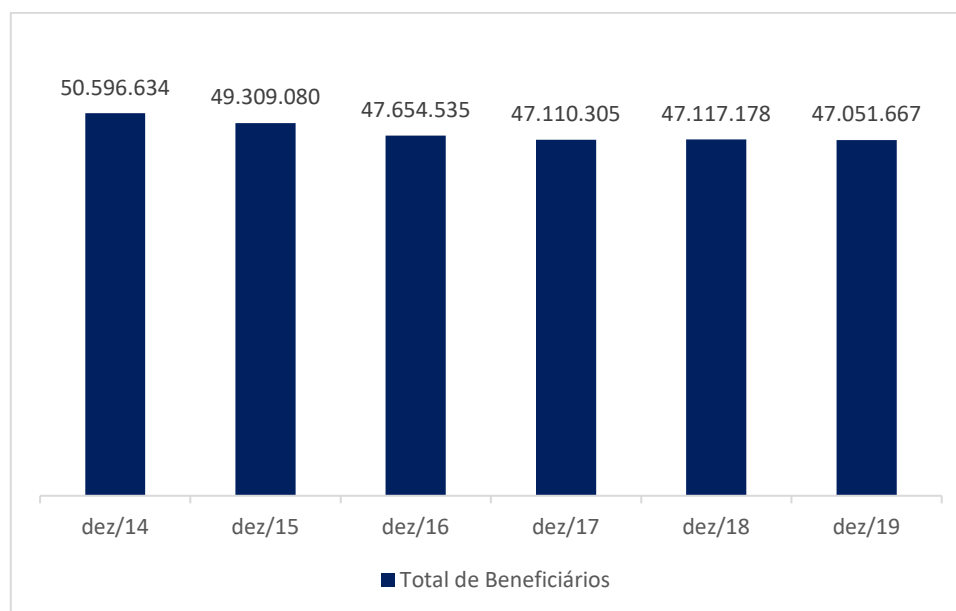
Fonte: ANS, dados extraídos em maio de 2020, elaborado pelo autor.

A Figura 1 ilustra a diminuição do número de operadoras do mercado ao longo dos anos e o aumento relativo do indicador criado pela razão de total de beneficiários por número de operadoras. O número de operadoras caiu cerca de 24% de dezembro de 2014 a dezembro de 2019. O movimento tem sido puxado principalmente pelas medicinas de grupo com estruturas verticalizadas, que permitem a maior concentração da prestação de serviços em suas unidades próprias, diluindo custos fixos e garantindo volume de serviços para suas unidades, fidelizando médicos e conseguindo melhores negociações com prestadores e fornecedores. Além disso, diversas operadoras de saúde de pequeno porte (com até cinquenta mil beneficiários, por exemplo), tiveram a determinação da ANS para alienação compulsória de sua carteira de beneficiários, cenário onde a operadora é obrigada a vender os direitos de seus contratos para outra operadora que tenha, comprovadamente, capacidade de absorver os novos beneficiários.

Apesar da queda do número de operadoras, vale ressaltar que o número total de beneficiários ao longo dos anos também caiu, conforme ilustra a Figura 2, com uma queda de 7% do número total de beneficiários de dezembro de 2014 a dezembro de 2019, o que indica

que além do mercado ter passado por momentos de consolidação, também sofre retração de clientes.

Figura 2 – Evolução do número total de beneficiários do mercado de saúde suplementar no Brasil, de 2014 a 2019.



Fonte: ANS, dados extraídos em maio de 2020, elaborado pelo autor.

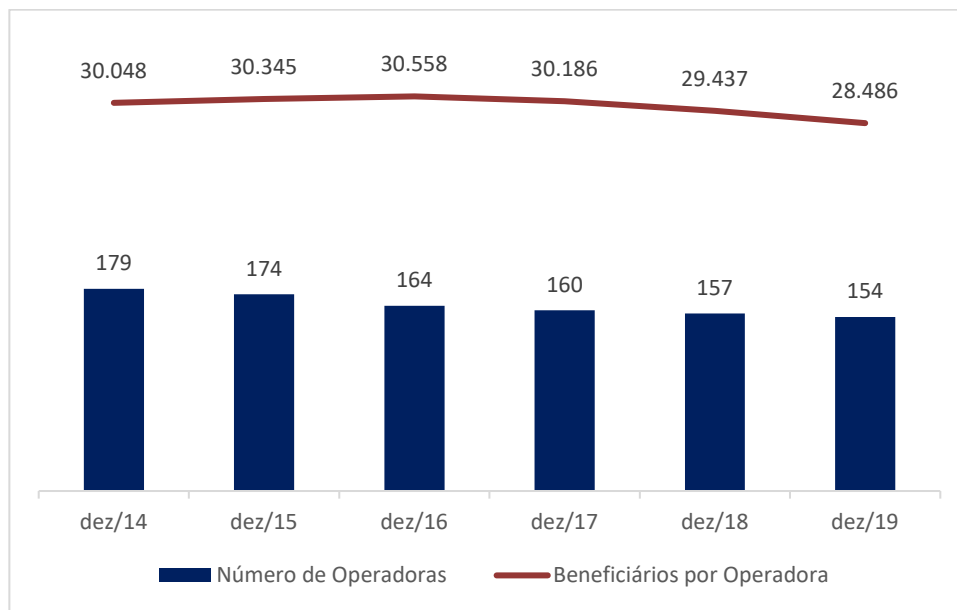
No contexto da saúde suplementar, as autogestões são operadoras com quantidades limitadas de beneficiários atendidos, o que faz com que suas operações possuam mais risco de sinistro do que as operadoras de saúde de mercado (OLIVEIRA, 2020). Quando uma empresa decide por arcar com a gestão de seu próprio plano de saúde, ela está assumindo integralmente o próprio risco: caso algum funcionário precise de atendimento com altíssimo custo, este evento deverá ser custeado exclusivamente pela empresa, o que pode comprometer o orçamento (MALTA; JORGE, 2008). Caso esta mesma empresa tivesse contratado uma operadora de saúde terceira, incorreria apenas com os custos mensais programados, ficando o risco a cargo da empresa contratada. A última, por sua vez, estaria coberta pela sua maior carteira de beneficiários e, conseqüentemente, maior capacidade de pagamento com base nos recebimentos mensais de todas as demais empresas clientes.

Como as autogestões existem para atender seus próprios beneficiários, o único movimento de consolidação possível seria com transações de suas próprias empresas nas suas atividades primárias, sem motivações exclusivas de assistência à saúde. Para efeitos de análise concorrencial e concentração das operadoras de saúde, por exemplo, as autogestões não são

consideradas operadoras competidoras pelo CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, órgão antitruste do Brasil) (CADE, 2020).

Mesmo assim, o número de operadoras de planos privados de assistência à saúde da modalidade de autogestão vem caindo ao longo dos anos (14% de dezembro de 2014 a dezembro de 2019), como demonstrado na Figura 3:

Figura 3 – Número de autogestões com beneficiários ativos, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: ANS, dados extraídos em maio de 2020, elaborado pelo autor.

No caso das autogestões, o indicador relativo do número total de beneficiários por operadora também cai (5% no período), indicando uma queda relacionada, possivelmente, apenas com a retração do mercado.

Considerando todo o risco envolvido (carteira limitada de beneficiários), a prestação de serviços para seus próprios funcionários (possíveis conflitos de interesse e exceções às regras que geralmente são impostas a contratantes de planos de saúde), a possível maior extensão do benefício do plano a dependentes dos beneficiários (a um custo menor ou com ausência de custo adicional ao titular) e a falta de possibilidade de escolha de carteira de beneficiários (e respectivamente dos valores a serem cobrados, mesmo que gerencialmente, dos beneficiários), é razoável esperar que o custo médio ponderado das autogestões seja maior do que o custo de outras modalidades (MALTA; JORGE, 2008; OLIVEIRA, 2020).

JUSTIFICATIVA

JUSTIFICATIVA

Um estudo que avaliasse os custos das autogestões, em comparação a outras modalidades, poderia contribuir para a compreensão da queda do número de operadoras enquadradas como autogestão nos últimos anos e contribuir para as discussões acerca da terceirização de planos de saúde, com base na avaliação indireta de eficiências e riscos. Poderia, ainda, contribuir para a melhor compreensão do mercado de saúde suplementar, principalmente em relação às modalidades das operadoras.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

PRIMÁRIO

Avaliar a diferença entre o custo médio por beneficiário das operadoras classificadas como autogestões em relação a cooperativas médicas e medicinas de grupo.

SECUNDÁRIO

Identificar as variáveis associadas às diferenças do custo médio por beneficiário.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

CASUÍSTICA E MÉTODOS

OBJETO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo na base total de beneficiários (cerca de 47 milhões em dezembro de 2019), sem quaisquer restrições geográficas. O único filtro utilizado inicialmente na base completa refere-se ao objeto da análise deste projeto, ou seja, as modalidades das operadoras de assistência à saúde (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020).

A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde suplementar, em dezembro de 2019, contava com 626 operadoras ativas, classificadas como Medicinas de Grupo, Cooperativas ou Autogestões, considerando as operadoras com mais de um beneficiário e que registraram algum custo (assistencial, administrativo ou comercial) ao longo de 2019. Essas operadoras representavam, em beneficiários atendidos, um total de pouco mais de 38 milhões de beneficiários (aproximadamente 81% do total de 47 milhões) (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020).

Um beneficiário, para a ANS, representa um vínculo ativo com direitos de atendimentos intermediados pela operadora de saúde (ANS, 2012).

A nível nacional, se compararmos os 47 milhões de beneficiários com os 210 milhões de habitantes, teremos uma taxa de cobertura de cerca de 22% da população por planos de saúde privados. Nos grandes centros urbanos, esse percentual de cobertura chega a atingir 50% (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020).

DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional, analítico, comparativo e transversal.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas todas as operadoras de saúde das modalidades de Autogestão, Medicina de Grupo e Cooperativa, que possuíam média de beneficiários ativos maior que zero, considerando os 12 meses de 2019 e que registraram algum tipo de custo, seja assistencial, administrativo ou comercial, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019. Para a quantidade de beneficiários, foram desconsiderados os beneficiários registrados como cobertura exclusivamente odontológica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as operadoras de saúde que apresentaram percentual de planos com cobertura exclusivamente odontológica na carteira de beneficiários acima de 10%, considerando a divisão do total de beneficiários de planos individuais sobre a base total de beneficiários de cada operadora. Este percentual ajuda a comparar operadoras com o mesmo perfil de custo total, excluindo as operadoras que também comercializam planos odontológicos como atividades principais e que, conseqüentemente, possuem composição de custo diferente da parte médica, que é o foco das autogestões. Em dezembro de 2019, existiam apenas 650 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos registrados em operadoras de Autogestão. Em comparação com o total, este valor representa aproximadamente 0,01% da base de beneficiários, o que justifica a análise para operadoras focadas na comercialização de planos com assistência médica. Foram excluídas 39 operadoras com este critério.

A Tabela 1 representa a quantidade de operadoras selecionadas (elegíveis) para o estudo:

Tabela 1 – Seleção das operadoras conforme critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.

Critério de Exclusão de Operadoras	Modalidade da Operadora (número de operadoras)			
	Autogestão	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica	Total
Total de Operadoras	120	230	276	626
Percentual de planos odontológicos acima de 10%	10	27	2	39
Operadoras Elegíveis	110	203	274	587

Fonte: elaborado pelo autor utilizando dados da ANS, consultados em maio de 2020.

CRITÉRIOS DE DESCONTINUIDADE

Considerando o avanço da análise dos dados das 587 operadoras elegíveis, conforme demonstrado na Tabela 1, foram identificadas operadoras que fogem de um padrão razoável de indicadores (*outliers*) e que foram excluídas da base: nove operadoras apresentaram o indicador de custo/beneficiário acima de R\$10.000,00 por mês, com baixa quantidade de beneficiários vinculados na média janeiro a dezembro de 2019, conforme mostra a Tabela 2:

Tabela 2 – *Outliers* no indicador custo médio por beneficiário após seleção das operadoras nos critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.

Identificação da Operadora		Dados da Operadora em 2019	
Código ANS	Modalidade da Operadora	Média de Beneficiários em 2019	Custo Médio Por Beneficiário (R\$/mês)
338915	Autogestão	3	1.651.550
312363	Cooperativa Médica	5	777.520
332291	Medicina de Grupo	1	457.507
419273	Autogestão	1	261.821
316741	Cooperativa Médica	1	247.256
334511	Cooperativa Médica	15	52.356
357138	Cooperativa Médica	279	31.077
421723	Medicina de Grupo	3	12.752
421715	Medicina de Grupo	3	11.215

Fonte: elaborado pelo autor utilizando dados da ANS, consultados em maio de 2020.

Nota: dados numéricos arredondados.

Além das nove operadoras analisadas, também foi identificada uma operadora cujo índice de razão de dependência (a razão de beneficiários dependentes sobre beneficiários titulares) foi de mais de 15 vezes, o que indicaria que cada titular possuiria mais de 15 dependentes (provavelmente um erro cadastral):

Tabela 3 – *Outlier* no indicador de razão de dependência após seleção das operadoras nos critérios de inclusão e exclusão, Brasil, 2019.

Identificação da Operadora		Dados da Operadora em 2019		
Código ANS	Modalidade da Operadora	Média de Beneficiários em 2019	Custo Médio Por Beneficiário (R\$/mês)	Razão de Dependência
316849	Autogestão	2.817	2.405	15,36

Fonte: elaborado pelo autor utilizando dados da ANS, consultados em maio de 2020.

Nota: dados numéricos arredondados.

BASE FINAL DO ESTUDO

A base final do estudo é composta de 577 operadoras de saúde suplementar, sendo 107 autogestões, 270 cooperativas médicas e 200 medicinas de grupo.

PREPARAÇÃO DA BASE DE DADOS

Todos os dados necessários para a análise são disponibilizados pela ANS, através da coleta destas informações junto às operadoras. Tanto a parte financeira quanto a parte da qualidade dos beneficiários está disponível em seu website e também no Portal Brasileiro de Dados Abertos (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020).

Para as análises das qualidades de cada carteira, foram utilizadas as bases disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2020), que apresenta as bases completas com todos os campos disponíveis. No site da ANS, a consulta é parcial e por demanda.

Para as análises das informações financeiras, as bases disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos e no website da ANS possuem a mesma granularidade.

Depois de baixadas todas as bases de dados (por estado, conforme granularidade disponível) em formato de planilhas, foi utilizado o software Excel, parte do conjunto de produtos do Microsoft Office Professional Plus 2016, para leitura e organização dos dados. Além disso, para as bases contábeis, foi utilizado outro software deste mesmo pacote, o Access. Após tratadas e compiladas, as bases foram geradas e importadas no software Tableau Desktop.

DADOS QUALITATIVOS DAS CARTEIRAS DE BENEFICIÁRIOS

Na base de dados referentes às características dos beneficiários, existem 18 campos (ou variáveis) que compõem o conjunto de dados:

1. **tipo_vinculo**: variável que classifica o beneficiário como “titular” ou como “dependente”. A variável é importante para calcular a “razão de dependência”, ou seja, quantos beneficiários existem para cada beneficiário titular ou para cada colaborador da empresa
2. **cobertura_assistencial_plano**: variável que classifica o plano como médico ou odontológico. Esta variável é importante para o critério de exclusão.
3. **abrangencia_plano**: variável que informa a abrangência geográfica do plano contratado (por exemplo: nacional, grupo de municípios, estadual). Variável não foi considerada para este trabalho pois as operadoras podem registrar os produtos de acordo com a estratégia comercial de cada uma.
4. **segmentacao_plano**: variável que classifica o plano com base na sua cobertura assistencial: hospitalar, ambulatorial, com ou sem obstetrícia, entre outros.
5. **contratacao_plano**: variável que classifica o beneficiário de acordo com o tipo de vínculo: individual (particular), coletivo ou coletivo por adesão (através de empresas).
6. **vigencia_plano**: esta variável informa se o plano de saúde é anterior ou posterior à lei de 1998, que passou a regulamentar os planos de saúde – planos anteriores à lei não são mais comercializados e, portanto, a quantidade de planos com essa característica é tende a ser menor a cada ano. Esta variável não foi utilizada neste trabalho.
7. **cd_plano**: código cadastral do plano do beneficiário na ANS. Variável não interfere as análises deste trabalho.
8. **faixa_etaria_reajuste**: faixas de idades tomadas como base para aplicação de reajuste. Esta variável é importante para definição da idade média de cada tipo de carteira e para entender os impactos desta idade no custo médio.

9. **faixa_etaria**: outra opção de faixa etária, com poucas diferenças de classificação e pouco utilizada pelo mercado. Esta variável não foi utilizada neste trabalho.
10. **sexo**: variável que classifica os beneficiários por sexo, útil para identificar se é significativa em eventuais diferenças de custo médio e foi utilizada para tentar encontrar correlações nos resultados do trabalho.
11. **nm_municipio**: nome da cidade de residência do beneficiário. Desconsiderada por se tratar de um estudo na base total (nacional).
12. **cd_municipio**: código IBGE da cidade de residência do beneficiário. Desconsiderada por se tratar de um estudo na base total (nacional).
13. **sg_uf**: sigla da Unidade Federal (Estado) da residência do beneficiário. Desconsiderada por se tratar de um estudo na base total (nacional).
14. **modalidade_operadora**: principal variável do trabalho, é ela quem define quais as classificações das operadoras – critério de inclusão onde foram analisadas apenas medicinas de grupo, cooperativas e autogestões e critério de análise comparativa ao longo do trabalho.
15. **cnpj**: código da operadora no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica. Não foi utilizada pois não houve diferenciação entre as operadoras.
16. **razao_social**: nome formal da operadora. Não foi utilizada pois não houve diferenciação entre as operadoras.
17. **id_tempo_competencia**: a variável refere-se ao período de análise. Foram filtrados todos os meses de 2019.
18. **cd_operadora**: código da operadora em seu registro na ANS. Esta variável foi utilizada como chave única para cada operadora, para possibilitar a análise estatística nos softwares utilizados.

DADOS QUANTITATIVOS FINANCEIROS DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Para cada operadora, em cada trimestre, a ANS disponibiliza o arquivo com as informações contábeis completas das operadoras. São mais de 6.400 contas contábeis diferentes, que são utilizadas pelas operadoras em seu dia-a-dia para classificação das movimentações e envio à ANS.

Essa base possibilita a análise de diversos fatores, como receitas (com granularidade de informações de receitas de planos individuais e coletivos, planos de saúde e prestações de

serviços hospitalares ou não operacionais, entre outras), custos (relacionados à assistência médico-hospitalar e outros custos não relacionados a planos de saúde próprios, como prestação de serviços para terceiros em hospitais próprios), provisões técnicas, judiciais e contábeis, além de despesas administrativas, financeiras, distribuição de lucros, entre outros itens. O foco deste trabalho é a análise de custos, pois eles tendem a ser a mais independentes de fatores manipuláveis pelas operadoras. As receitas, por exemplo, são provenientes de negociações das operadoras com seus beneficiários, podendo ser relevantemente diferentes para cada operadora, até mesmo dentro de uma mesma modalidade. As despesas financeiras dependem da estratégia de capital de cada operadora, podendo causar distorção nas análises.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Com base nas variáveis da base, foram gerados os indicadores representados nas equações abaixo, sempre considerando a quantidade de beneficiários e soma dos custos entre janeiro e dezembro de 2019.

Idade média: as idades dos beneficiários são estimadas com base na faixa etária. A transformação de variável categoria em variável contínua é necessária, pois não há granularidade suficiente na base, conforme critérios abaixo:

Tabela 4 – Estimativa de idade média por faixa etária disponível pela ANS para transformação de variável categórica em variável contínua.

Faixa etária padrão ANS	Idade estimada (sugerida pelo autor)
00 a 18 anos	9
19 a 23 anos	21
24 a 28 anos	26
29 a 33 anos	31
34 a 38 anos	36
39 a 43 anos	41
44 a 48 anos	46
49 a 53 anos	51
54 a 58 anos	56
59 ou mais	70

Equação 1 – Idade média

$$idade_media = \frac{\textit{soma das idades dos beneficiários}}{\textit{soma do total de beneficiários}}$$

Razão de dependência: como os benefícios são estendidos aos dependentes com condições facilitadas, um maior número de dependentes poderia indicar uma menor lucratividade da operadora. Além disso, as autogestões podem permitir a inclusão de agregados como dependentes, o que outras operadoras de saúde não possuem interesse devido ao risco e à falta de vínculo com o titular.

Equação 2 – Razão de dependência

$$razao_dep = \frac{\textit{quantidade total de beneficiários}}{\textit{quantidade total de beneficiários titulares}}$$

Percentual de mulheres: a variável pode ajudar a explicar a distribuição dos custos de acordo com a quantidade de pessoas do sexo feminino na carteira.

Equação 3 – Percentual de mulheres

$$perc_mulheres = \frac{\textit{quantidade total de mulheres beneficiárias}}{\textit{quantidade total de beneficiários}}$$

Percentual de planos individuais: o indicador reflete a participação de planos individuais na carteira total. Foram considerados beneficiários individuais aqueles que possuíam, em dezembro de 2019, o plano classificado como “Individual ou Familiar” no campo “contratacao_plano”.

Equação 4 – Percentual de planos individuais

$$perc_pi = \frac{\textit{quantidade de beneficiários individuais}}{\textit{quantidade total de beneficiários}}$$

Percentual de planos ambulatoriais: o indicador mensura a participação de planos ambulatoriais na carteira total. Foram consideradas as quantidades referentes às seguintes

classificações do campo “segmentacao_plano”: (i) “Ambulatorial”, (ii) “AMBULATORIAL” e (iii) “AMBULATORIAL + ODONTOLÓGICO”, conforme posição de beneficiários de dezembro de 2019. Os itens (i) e (ii), embora possuam o mesmo significado, aparecem na base, provavelmente como erro cadastral.

Equação 5 – Percentual de planos ambulatoriais

$$perc_amb = \frac{\textit{quantidade de beneficiários de planos ambulatoriais}}{\textit{quantidade total de beneficiários}}$$

Percentual de planos odontológicos: o indicador foi utilizado como fator de exclusão de operadoras. Foram desconsideradas as quantidades de beneficiários classificados como “Odontológico” no campo “cobertura_assistencial_plano”, que representam os beneficiários de cobertura exclusivamente odontológica, conforme posição de beneficiários de dezembro de 2019. As operadoras de saúde registradas com cobertura somente odontológica já foram excluídas da base pelo critério de inclusão das modalidades de operadoras.

Equação 6 – Percentual de planos odontológicos

$$perc_odonto = \frac{\textit{quantidade de beneficiários de planos odontológicos}}{\textit{quantidade total de beneficiários}}$$

Percentual de planos com obstetrícia: o indicador reflete o percentual de planos com cobertura para procedimentos obstétricos. A variável será utilizada como fator de explicação de possíveis efeitos na base de dados. Foram consideradas as quantidades de beneficiários em dezembro de 2019 referentes às seguintes classificações do campo “segmentacao_plano”: (i) “AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA”, (ii) “Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia”, (iii) “AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO”, (iv) “HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA”, (v) “HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO”, (vi) “REFERÊNCIA” e (vii) “Referência”.

Equação 7 – Percentual de planos com obstetrícia

$$perc_obst = \frac{\textit{quantidade de beneficiários de planos com obstetrícia}}{\textit{quantidade total de beneficiários}}$$

Custo médio por beneficiário: para evitar efeitos difíceis de serem mensurados, como tamanho de estrutura administrativa (ganhos de escala) para cada operadora e alocação arbitrária de custos de unidades hospitalares entre custo ou despesa, o custo médio por beneficiário por mês considerado é a soma de todos estes custos e despesas divididos pela soma da quantidade de beneficiários de janeiro a dezembro de 2019:

Equação 8 – Custo médio por beneficiário por mês

$$\text{custo_beneficiário_global} = \frac{\text{custo_assist_total} + \text{demais_custos} + \text{desp_administrativas} + \text{desp_comerciais}}{\text{(soma da quantidade de beneficiários de todos os meses)}}$$

Onde:

custo_assist_total: custos com planos de saúde, considerando a soma dos quatro trimestres da conta contábil 41 – “EVENTOS INDENIZÁVEIS LÍQUIDOS / SINISTROS RETIDOS”

demais_custos: custos de prestação de serviços hospitalares e outros, considerando a soma dos quatro trimestres da conta contábil 44 – “OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS”

desp_administrativas: todas as despesas classificadas como administrativas (embora possam existir despesas de unidades assistenciais não classificadas corretamente pela contabilidade de cada operadora), considerando a soma dos quatro trimestres da conta contábil 46 – “DESPESAS ADMINISTRATIVAS”

desp_comerciais: todas as despesas classificadas como comerciais, considerando a soma dos quatro trimestres da conta contábil 43 – “DESPESAS DE COMERCIALIZAÇÃO”

soma da quantidade de beneficiários de todos os meses: soma da quantidade de beneficiários de janeiro a dezembro de 2019, de modo a transformar o indicador em mensal, absorvendo os efeitos da possível sazonalidade dos custos.

A variável “custo_beneficiario_global” é a principal variável deste estudo e será explorada na sessão de resultados.

Percentual de receitas com coparticipação: a coparticipação é um prêmio adicional pago pelo beneficiário a cada serviço utilizado no plano de saúde, como por exemplo, consultas em consultórios, consultas em pronto atendimentos, exames e até mesmo internações. No plano

de contas contábeis padrão da ANS, a “recuperação por coparticipação” está distribuída em diversas contas, tanto na receita quanto em custos e despesas. Há dois possíveis entendimentos gerenciais em relação ao conceito de coparticipação: (i) o valor é adicional e considerado como receita pela operadora ou (ii) o valor é considerado pela operadora como uma conta que deduz custos e despesas, substituindo o valor integral dos custos e despesas gerados pelo beneficiário na utilização do serviço. Neste trabalho, a coparticipação será considerada como uma proporção do custo global (o mesmo que foi utilizado para calcular o custo médio por beneficiário), independentemente de ela estar reconhecida como um custo, uma despesa ou como uma receita em cada operadora. Portanto, o indicador de percentual de planos com coparticipação será calculado pela fórmula:

Equação 9 – Percentual de coparticipação no custo total

$$\text{perc_copart} = \frac{\text{recuperação por coparticipação}}{\text{custo_assist_total} + \text{demais_custos} + \text{desp_administrativas} + \text{desp_comerciais}}$$

Onde:

recuperação por coparticipação: considera todas as contas de receitas, custos e despesas na ANS com parte da descrição da conta contábil contendo o termo “recuperação por co-participação”. Foram selecionadas um total de 261 contas contábeis, já desconsiderando as contas que apresentaram valores iguais a zero na soma de janeiro a dezembro de 2019. Os códigos das contas iniciadas com “3”, ou seja, que foram contabilizadas como receitas, foram consideradas invertendo o sinal, para que a divisão pelo custo global seja um valor positivo em caso de recuperação por coparticipação positiva.

CRUZAMENTOS DAS BASES DE ANÁLISE

Após a composição destas duas bases (financeira e de qualidade dos beneficiários), as informações foram cruzadas no Excel para obtenção de uma base única a ser processada pela ferramenta estatística Minitab, utilizando como chave o código da operadora.

VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente observada foi o custo médio por beneficiário de cada modalidade.

CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS

Não foram selecionadas amostras devido à grande quantidade de informações disponíveis e à mesma intensidade de trabalho analítico necessária, independentemente da quantidade de operadoras envolvidas, uma vez que a base já existia e estava disponível para ser tratada. Os únicos cortes realizados satisfazem os critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade, sem prejudicar o tamanho significativo da população.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e as variáveis quantitativas em média e desvio-padrão, como medidas de tendência central. Nos casos em que se observou distribuição com padrão não normal ou ocorrência de valores destoantes que possam influenciar as medidas de tendência central, utilizou-se a mediana e o intervalo interquartil.

Foram utilizados os seguintes testes para avaliação das amostras, considerando uma distribuição não paramétrica e considerando que a variável de desfecho é contínua, com exposição categórica: Teste de Kruskal-Wallis e Teste de Mood para a Mediana. Para a avaliação da correlação entre as variáveis disponíveis, foi utilizado o teste de Rô de Spearman devido à complexidade da base e distribuição não paramétrica.

Para todos os testes utilizados, foi considerada significância estatística um valor de $P < 0,05$. As análises estatísticas descritivas e inferenciais foram executadas com o software Minitab, LLC, versão 18.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, devido ao não envolvimento de indivíduos e nem de informações confidenciais de pessoas físicas ou jurídicas. Todos os dados analisados possuem fontes abertas e acessíveis na internet.

REFERENCIAL TEÓRICO

As buscas por trabalhos relacionados ao tema foram feitas nas plataformas eletrônicas BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Google Acadêmico, com a utilização dos unitermos padronizados pela plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH)¹: saúde suplementar, sistemas pré-pagos de saúde, seguro saúde.

Também foram utilizados outros unitermos para ampliação da captura de artigos nas plataformas: autogestão, plano de saúde, operadora de saúde, idade média, razão de dependência, coparticipação, ambulatorial, cobertura assistencial e plano individual.

Foram selecionados os artigos que abordassem o assunto de autogestões na saúde suplementar e artigos que mencionam, de alguma forma, as variáveis de análise que pudessem explicar efeitos no custo médio por beneficiário das operadoras. Demais artigos foram sendo prospectados das referências contidas nos trabalhos analisados.

¹ Acessível em <https://decs.bvsalud.org/>

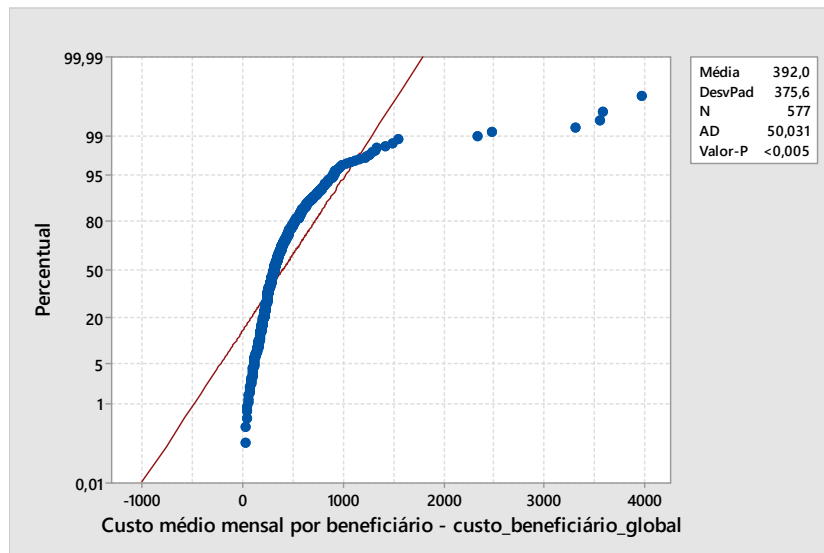
RESULTADOS

RESULTADOS

COMPARAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO

O primeiro teste realizado na base de 577 operadoras foi a verificação da distribuição estatística da variável “custo_beneficiario_global” (custo médio por beneficiário). O resultado do Teste de Anderson Darling é exposto na Figura 3:

Figura 4 – Gráfico de probabilidade do teste de distribuição normal de Anderson Darling para o custo médio por beneficiário em 2019.



Fonte: elaboração do autor

A hipótese nula do teste afirma que a distribuição desta variável na base segue uma distribuição Normal. Ao observar o gráfico e verificar o valor de $P < 0,005$, rejeita-se a hipótese nula.

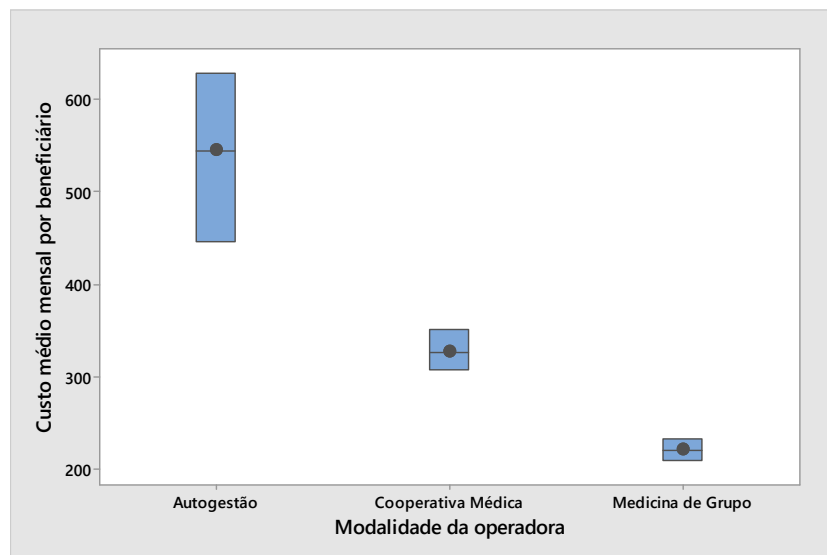
Com essa conclusão e com a observação de que a variável de desfecho é contínua, mas a variável de exposição é categórica, os testes utilizados para a verificação do custo médio por beneficiário foram o Teste de Kruskal-Wallis e o Teste de Mood para a Mediana, ambos não-paramétricos.

Para a análise do custo médio por beneficiário em comparação com as três modalidades, o resultado do teste de Kruskal-Wallis foi a rejeição da hipótese nula, ou seja,

nem todas as médias são iguais. A mediana das autogestões é de R\$544,97, quando a mediana das cooperativas médicas e das medicinas de grupo são R\$326,93 e R\$220,41, respectivamente. O valor de P é menor do que 0,001.

Combinando este teste com o resultado do Teste de Mood para a Mediana, temos que o Intervalo de Confiança (IC) de 95% é dado por Autogestão (445,65; 629,00), Cooperativa Médica (306,79; 350,50) e Medicina de Grupo (208,68; 232,60). Este resultado é ilustrado na Figura 4 abaixo:

Figura 5 – Intervalo de confiança da mediana da variável de custo médio por beneficiário nas modalidades autogestão, cooperativa médica e medicina de grupo, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

O resultado do segundo teste confirma o resultado do primeiro, e ainda explicita qual variável possui um intervalo de confiança, a 95%, que não conflita com os intervalos das demais modalidades. Portanto, é possível afirmar que as autogestões possuem um custo médio por beneficiário maior que as cooperativas e medicinas de grupo no período analisado, com um valor de P significativo (menor que 0,001), e que as cooperativas possuem um custo médio por beneficiário maior do que as medicinas de grupo.

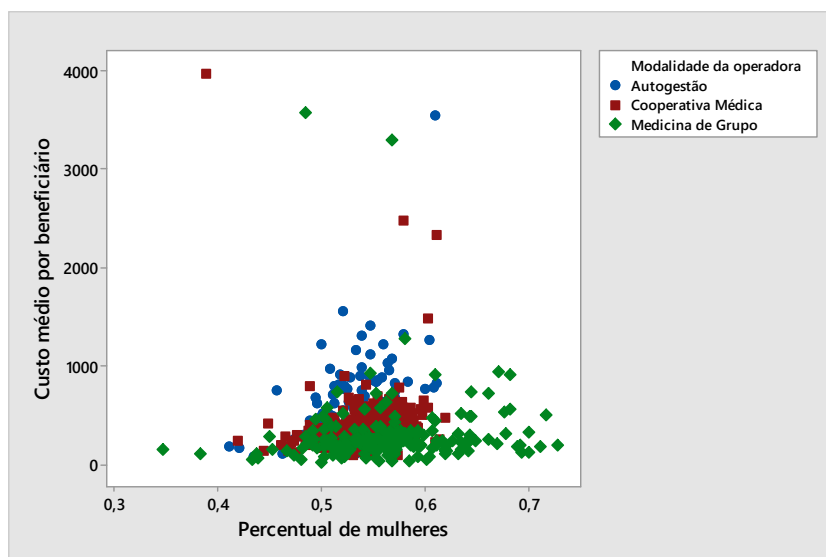
FATORES QUE INFLUENCIAM O CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO

Serão analisadas as variáveis extraídas e calculadas na base de dados para possibilitar a discussão sobre alguns aspectos que podem influenciar o custo médio por beneficiário.

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE MULHERES

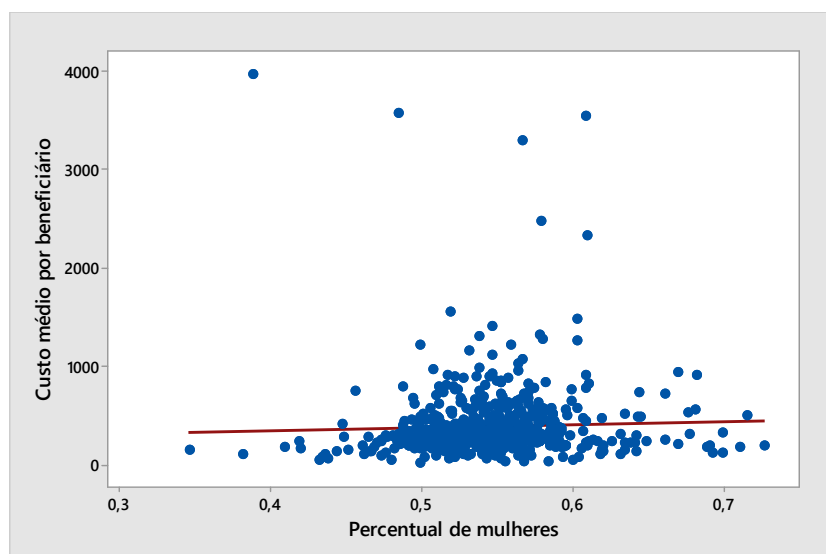
A correlação do custo médio por beneficiário com o percentual de mulheres foi de 0,110, com o teste de Rô de Spearman, com valor de $P = 0,008$. Portanto, é possível inferir que há correlação significativa entre estes dois indicadores, embora o coeficiente seja baixo, conforme se pode observar nas Figuras 5 e 6:

Figura 6 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de mulheres, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 7 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de mulheres, com regressão linear, em 2019.



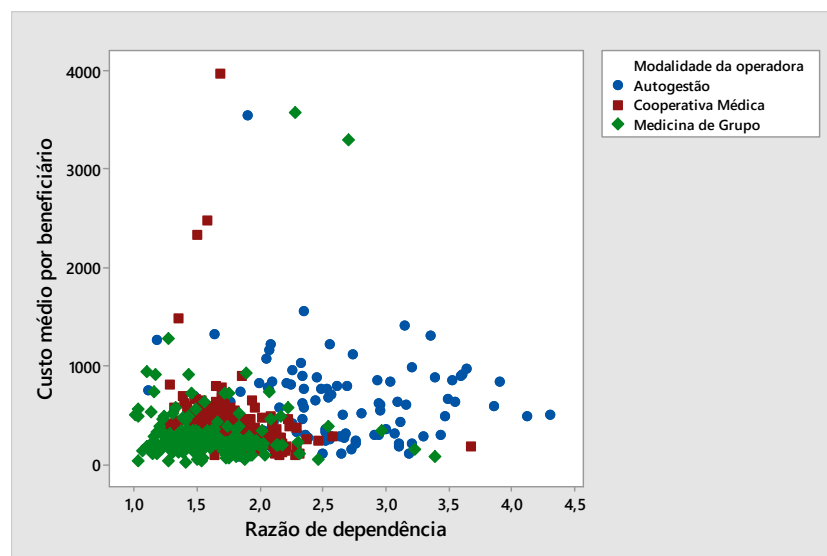
Fonte: elaborado pelo autor.

No Teste de Kruskal-Wallis, observa-se o resultado de que nem todas as médias são iguais, com um $P < 0,001$, sendo a mediana para autogestões de 53,06%, 53,92% para cooperativas médicas e 56,19% para medicinas de grupo. No Teste de Mood para a Mediana, o valor de se mantém $P < 0,001$. Os intervalos de confiança se cruzam para cooperativas (53,56%; 54,44%) e autogestões (52,35%; 53,80%), sendo as medicinas de grupo (55,18%; 56,74%) isoladas pelo intervalo de confiança superior ao intervalo das medianas das outras modalidades.

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM A RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

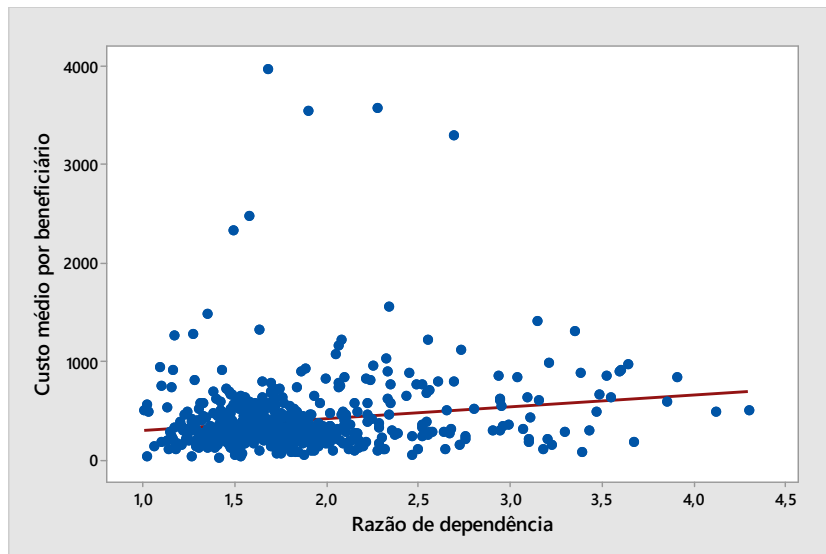
A correlação do custo médio por beneficiário com a razão de dependência foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em 0,107, com valor de $P = 0,010$. Portanto, é possível inferir que há correlação significativa entre estes dois indicadores, mesmo que baixa. As figuras 7 e 8 ilustram a dispersão dos valores:

Figura 8 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à razão de dependência, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 9 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à razão de dependência, com regressão linear, em 2019.



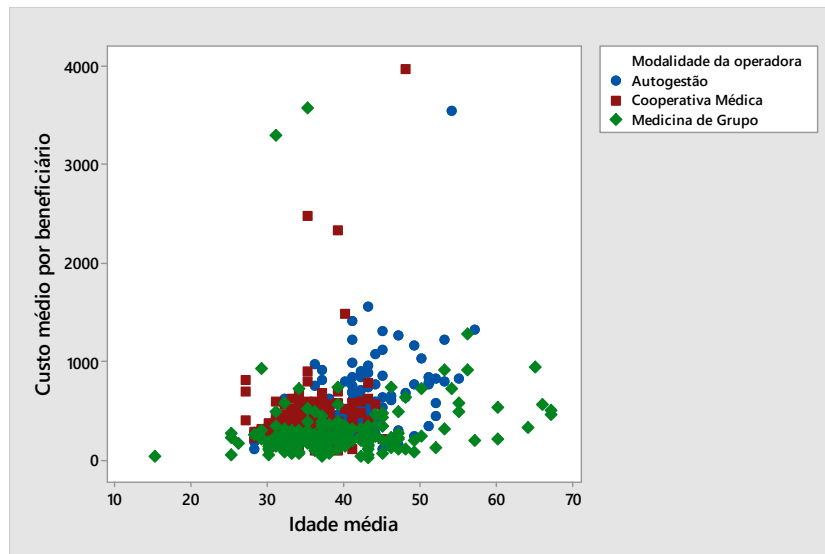
Fonte: elaborado pelo autor

No Teste de Kruskal-Wallis, temos o resultado de que nem todas as médias são iguais, com um $P < 0,001$, sendo a mediana para autogestões de 2,51, 1,71 para cooperativas médicas e 1,51 para medicinas de grupo. O Teste de Mood para a Mediana confirma o resultado, com o valor de $P < 0,001$, sendo o IC de 95% da mediana das autogestões (2,33; 2,63) superior ao de cooperativas médicas (1,68; 1,74) e medicinas de grupo (1,48; 1,57).

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM A IDADE MÉDIA

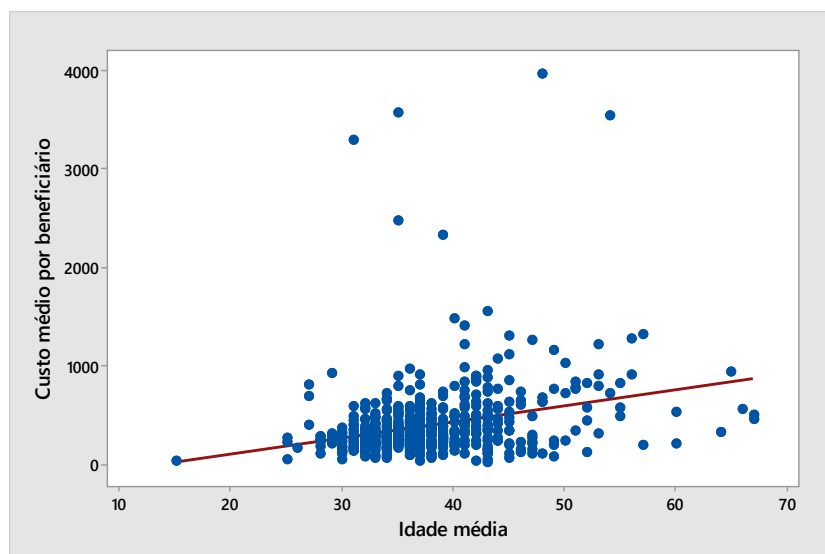
A correlação do custo médio por beneficiário com a idade média foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em 0,306, com valor de $P < 0,001$. Portanto, é possível inferir que há correlação significativa entre estes dois indicadores, conforme explicitado nas figuras 9 e 10:

Figura 10 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à idade média, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 11 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação à idade média, com regressão linear, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

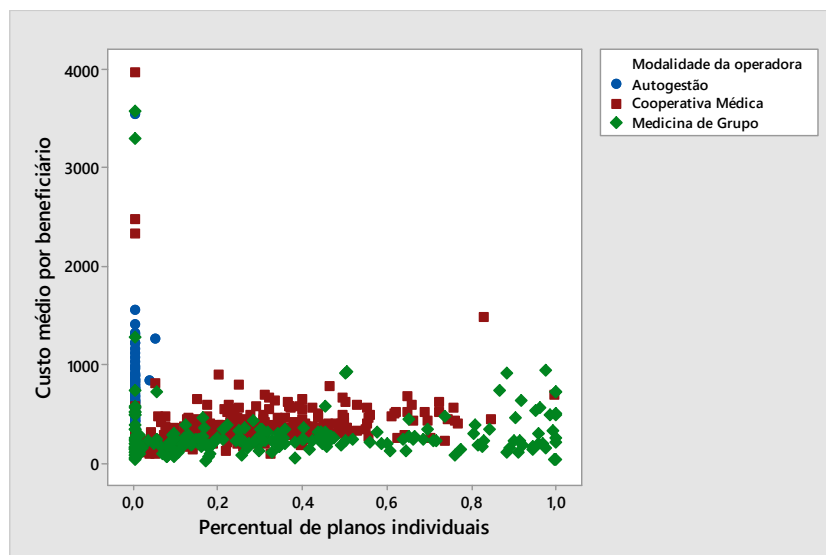
No Teste de Kruskal-Wallis, temos o resultado de que nem todas as médias das modalidades são iguais, com um $P < 0,001$, sendo a mediana para autogestões de 42 anos, 35 anos para cooperativas médicas e 37 anos para medicinas de grupo. O Teste de Mood para a Mediana confirma o resultado, com o valor de $P < 0,001$, sendo o IC de 95% da mediana das

autogestões (41; 43) superior ao das demais modalidades: cooperativas médicas (35; 36) e medicinas de grupo (36; 38).

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS INDIVIDUAIS

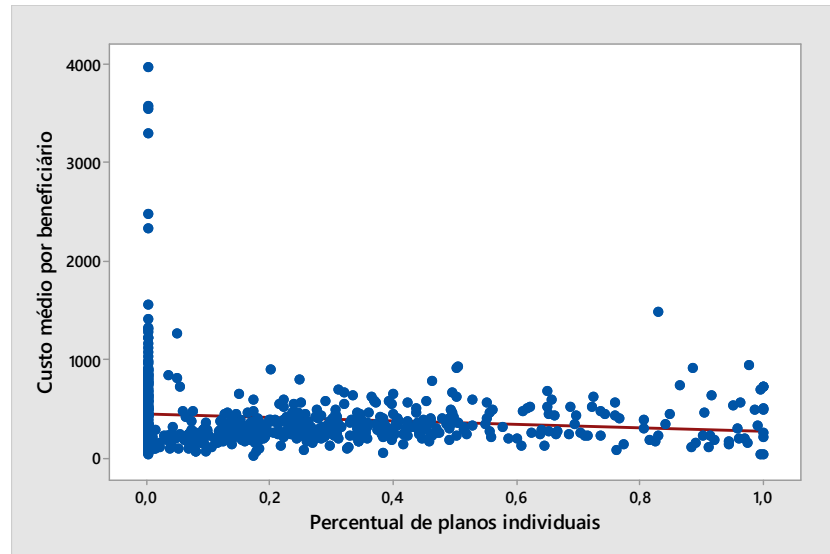
A correlação do custo médio por beneficiário com o percentual de planos individuais foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em $-0,063$, com valor de $P = 0,131$. Portanto, não é possível inferir que há correlação significativa entre estes dois indicadores, conforme se observa nas figuras 11 e 12:

Figura 12 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos individuais, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 13 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos individuais, com regressão linear, em 2019.



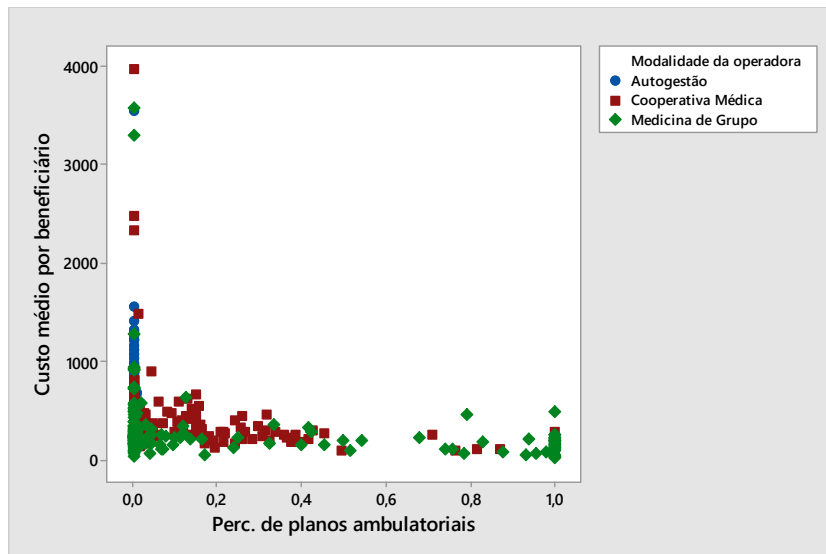
Fonte: elaborado pelo autor

No Teste de Kruskal-Wallis, temos o resultado de que nem todas as médias são iguais, com um $P < 0,001$, sendo a mediana para autogestões de 0,00%, 25,55% para cooperativas e 28,33% para medicinas de grupo. O Teste de Mood para a Mediana confirma o resultado, com o valor de $P < 0,001$, com o IC de 95% da mediana das autogestões (0,00%; 0,00%) sendo inferior ao das cooperativas médicas (23,40%; 28,91%) e medicinas de grupo (21,64%; 34,10%).

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS AMBULATORIAIS

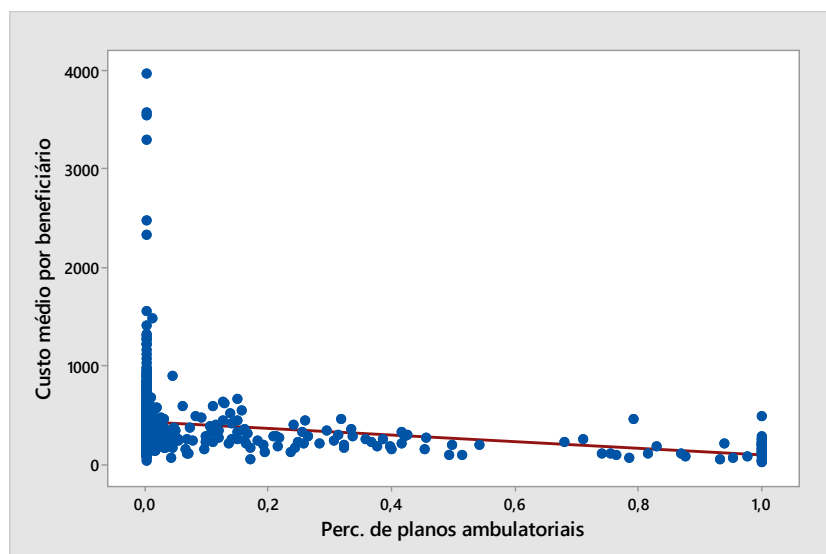
A correlação do custo médio por beneficiário com o percentual de planos ambulatoriais foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em -0,379, com valor de $P < 0,001$. Portanto, é possível inferir que há correlação negativa entre estes dois indicadores, possível de ser observada nas figuras 13 e 14.

Figura 14 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos ambulatoriais, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 15 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos ambulatoriais, com regressão linear, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

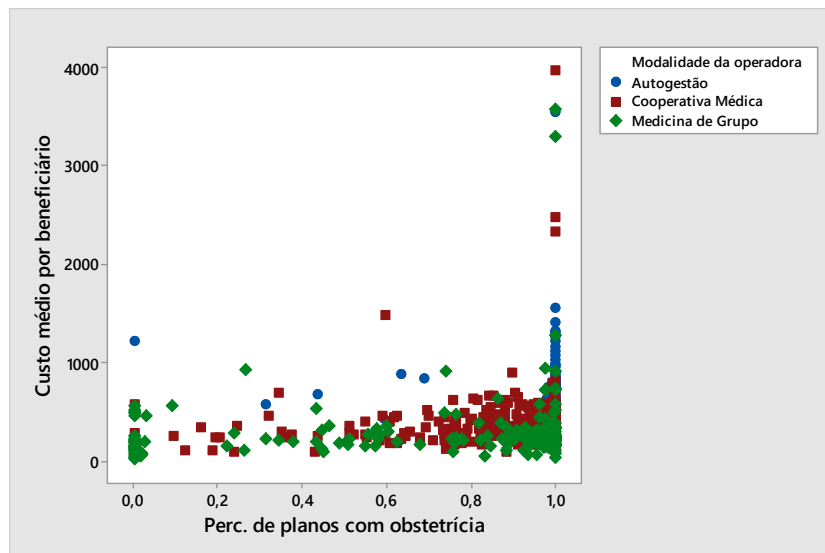
No teste de Kruskal-Wallis, temos que nem todas as médias são iguais. As medianas encontradas são 0,00%, 0,14% e 0,10%, para autogestões, cooperativas médicas e medicinas de grupo, respectivamente, e um valor de $P < 0,001$. No teste de Mood para a Mediana, os resultados indicam que nem todas as medianas são iguais, com intervalos de confiança bem próximos, mas ainda diferentes. O menor intervalo é o das autogestões (0,00%; 0,00%),

seguidas pelas medicinas de grupo (0,01%; 0,31%) e pelas cooperativas médicas (0,03%; 0,46%), sendo os dois últimos apresentando intersecção entre eles.

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE PLANOS COM OBSTETRÍCIA

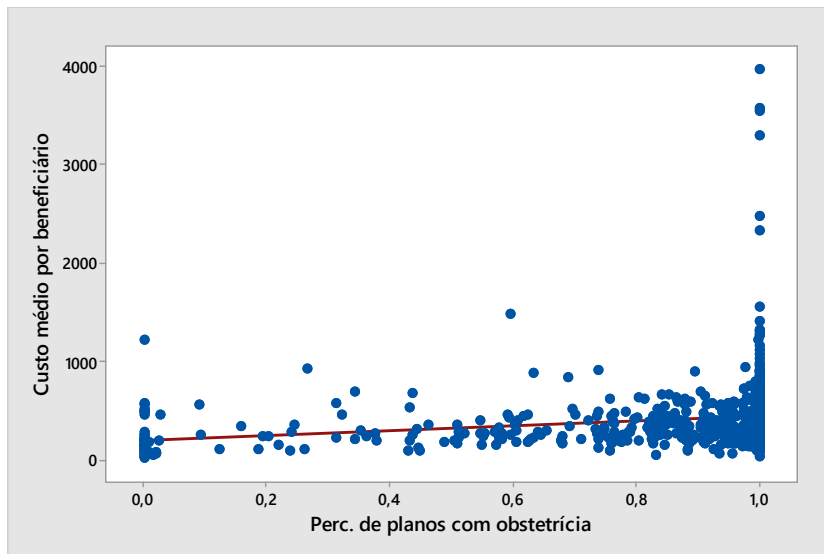
A correlação do custo médio por beneficiário com o percentual de planos com obstetrícia foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em 0,294, com valor de $P < 0,001$. Portanto, é possível inferir que há correlação entre estes dois indicadores, conforme se observa nas figuras 15 e 16.

Figura 16 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos com obstetrícia, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 17 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de planos com obstetrícia, com regressão linear, em 2019.



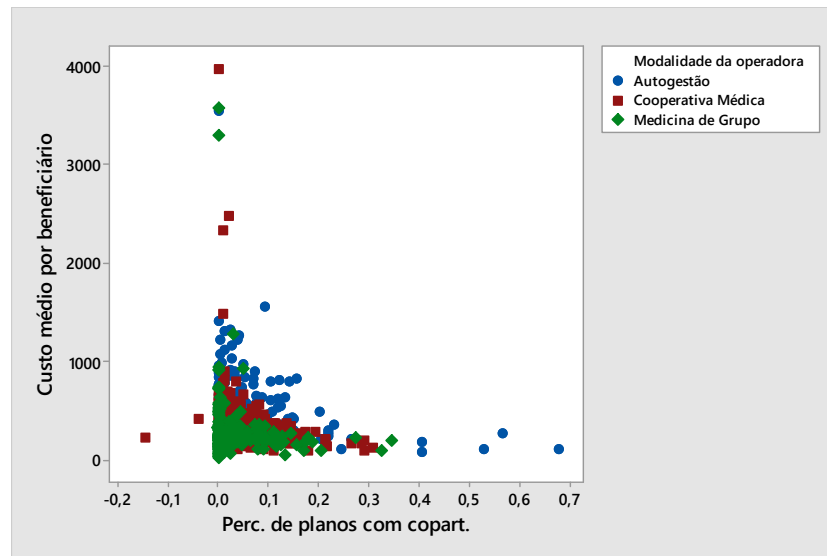
Fonte: elaborado pelo autor

No teste de Kruskal-Wallis, temos que nem todas as médias são iguais. As medianas encontradas são 100%, 93,04% e 92,69%, para autogestões, cooperativas médicas e medicinas de grupo, respectivamente, e um valor de $P < 0,001$. No teste de Mood para a Mediana, os resultados indicam que nem todas as medianas são iguais, com intervalos de confiança bem próximos, mas ainda diferentes. O maior intervalo é o das autogestões (100%; 100%), seguidas pelas medicinas de grupo (87,72%; 96,31%) e pelas cooperativas médicas (90,91%; 94,53%), sendo os dois últimos apresentando intersecção entre eles.

CORRELAÇÃO DO CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO COM O PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO NO CUSTO TOTAL

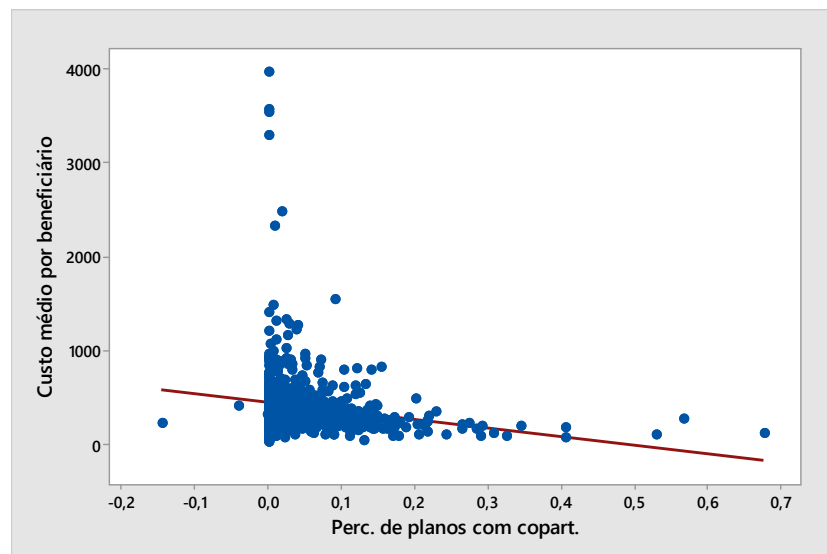
A correlação do custo médio por beneficiário com o percentual de coparticipação no custo total foi analisada com o teste de Rô de Spearman, que resultou em -0,125, com valor de $P = 0,003$. Portanto, é possível inferir que há correlação negativa entre estes dois indicadores, conforme é possível observar nas figuras 17 e 18.

Figura 18 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de coparticipação no custo total, por categoria de operadora, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 19 – Gráfico de dispersão do custo médio por beneficiário em relação ao percentual de coparticipação no custo total, com regressão linear, em 2019.



Fonte: elaborado pelo autor

No teste de Kruskal-Wallis, temos que nem todas as médias são iguais. As medianas encontradas são 5,13%, 4,58% e 0,00%, para autogestões, cooperativas médicas e medicinas de grupo, respectivamente, e um valor de $P < 0,001$. No teste de Mood para a Mediana, os resultados indicam que nem todas as medianas são iguais. O maior intervalo é o das autogestões (3,08%; 7,37%), seguidas pelas cooperativas médicas (3,70%; 5,60%) e pelas

medicinas de grupo (0,00%; 0,27%). A mediana que difere das demais, portanto, pelo intervalo de confiança, é a das medicinas de grupo, sendo as cooperativas médicas e as autogestões com intervalos de confiança com partes coincidentes.

RESUMO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados estão resumidos na Tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Resumo dos resultados estatísticos elaborados pelo autor, Brasil, 2019.

Indicador	Modalidade da Operadora			p-valor
	Autogestão	Cooperativa Médica	Medicina de Grupo	
Mediana do Custo Médio Por Beneficiário (em R\$/mês)	544,97	326,93	220,41	<0,001
Mediana do Percentual de Mulheres	53,06%	53,92%	56,19%	<0,001
Mediana da Razão de Dependência	2,51	1,71	1,51	<0,001
Mediana da Idade Média (em anos de idade)	42	35	37	<0,001
Mediana do Percentual de Planos Individuais	0,00%	25,55%	28,33%	<0,001
Mediana do Percentual de Planos Ambulatoriais	0,00%	0,14%	0,10%	<0,001
Mediana do Percentual de Planos com Obstetrícia	100,00%	93,04%	92,69%	<0,001
Mediana do Percentual de Coparticipação no Custo Total	5,13%	4,58%	0,00%	<0,001

Fonte: elaboração do autor.

Nota: dados numéricos arredondados.

Nota: o p-valor refere-se ao resultado do teste de Kruskal-Wallis para a hipótese nula de que todas as médias das categorias das operadoras são iguais.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

O esforço para o controle de custos e despesas em operadoras de saúde deve ser crescente, principalmente quando considerada a alta e recente consolidação do mercado. Outros fatores também pressionam as operadoras a reduzirem os custos, como judicialização da saúde, inclusão de novos procedimentos no rol obrigatório da ANS e a inclusão de novas tecnologias a procedimentos já existentes que encarecem o tratamento (ABRAMGE, 2015).

Uma operadora de saúde privada trabalha, principalmente, para oferecer segurança e previsibilidade no orçamento das pessoas e empresas, diluindo os riscos individuais de cada cliente devido à ampla base de beneficiários, com foco na própria rentabilidade. Uma autogestão também compartilha deste objetivo, principalmente em relação à redução das suas despesas com assistência médica terceirizada. No entanto, como o vínculo com o beneficiário é direto e os serviços são exclusivos, as autogestões também anseiam por suprirem outras necessidades de seus beneficiários e que também podem reduzir absenteísmo, como conforto, qualidade, segurança para a família, continuidade da assistência após a aposentadoria, entre outros (MALTA; JORGE, 2008). Embora as autogestões não visem lucro, é necessário que elas apresentem custos mais atrativos quando comparados à terceirização, o que pode levá-las a praticarem ações e medidas similares às demais operadoras (MISOCZKY, 2006).

Considerando os resultados obtidos, é possível observar que as autogestões possuem um custo médio por beneficiário consideravelmente maior quando comparado com medicinas de grupo e cooperativas, com a mediana cerca de 67% acima das cooperativas médicas e 147% acima das medicinas de grupo. As razões pelas quais este custo é maior são complexas e interligadas, em um misto de dados e regras particulares de cada operadora. Ainda assim, o setor é bem regulado pela ANS e possui considerável quantidade de informação (e auditoria desta informação), principalmente quando comparado com outros setores menos regulados. Isso permite que as bases sejam analisadas e que estudos sejam desenvolvidos para o melhor entendimento da sociedade na esfera da saúde (privada e, conseqüentemente, pública).

Com as variáveis disponíveis, este trabalho buscou identificar quais são os fatores que estão ligados diretamente ao custo médio por beneficiário e que poderiam explicar o alto custo das autogestões, quando comparadas às medicinas e grupo e cooperativas.

Um dos fatores analisados foi a razão de dependência. Quando um titular opta por adicionar um dependente ou agregado no plano de saúde, espera-se que a utilização deste dependente aconteça no curto prazo, que pode ser justificada por alguns fatores, como por exemplo: (i) demanda reprimida do dependente devido à ausência de plano de saúde anterior,

(ii) procedimentos obstétricos ou tratamento de recém-nascidos e crianças, (iii) utilização elevada pela necessidade dos idosos. Embora o tratamento da família do colaborador possa ajudar trazer benefícios à empresa, como contribuir para reduzir o absenteísmo e gerar uma economia em termos de despesas indiretas (não verificado neste trabalho, ficando como sugestão para próximos estudos), a utilização pelos dependentes gera custos adicionais para a empresa, que muitas vezes não conta com remuneração adequada para cobertura destes procedimentos, seja pelo custeio do plano de saúde autogerido ou pelo benefício de extensão da cobertura para dependentes com condições facilitadas em termos de regras e valores (MALTA; JORGE, 2008). Este trabalho está limitado à análise de custos destes dependentes (através do custo médio por beneficiário da operadora).

Nos resultados foi possível observar que a razão de dependência possui correlação com o custo médio por beneficiário (apesar de apresentar um coeficiente de correlação baixo) e que as autogestões possuem uma razão significativamente maior (2,51 em comparação com 1,71 de cooperativas médicas e 1,51 de medicinas de grupo).

Os resultados mostram que as autogestões possuem razão de dependência superior às demais modalidades em no mínimo 0,8 dependentes para cada titular (colaborador direto) da carteira. Portanto, é possível considerar que a razão de dependência influencia a superioridade do custo médio por beneficiário nas carteiras de autogestões.

A idade média é uma das variáveis mais importantes da análise. Pessoas mais velhas tendem a utilizar mais o plano de saúde e, conseqüentemente, gerarem mais custos para a operadora. Este resultado já era observado em 2003, conforme estudo descritivo realizado por Alberto Hideki Kanamura e Ana Luiza D'Ávila Viana, onde foram analisadas as características de beneficiários que apresentaram gastos elevados segundo a distribuição etária, por sexo, natureza dos gastos e doenças relacionadas. O trabalho analisou uma operadora atuante no Estado de São Paulo, com 64.219 beneficiários no ano de 2003, resultando que grande parte dos custos elevados da operadora eram gerados por idosos. A idade foi considerada um importante fator associada aos gastos elevados, tendo estreita relação com as doenças crônico-degenerativas (KANAMURA; VIANA, 2007).

Mais recentemente, o artigo “Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão” reforça a relação entre idade média da população beneficiária e aumento das despesas de uma operadora de saúde, especificamente de autogestão, no período de 1997 a 2016. Além disso, foi possível observar que os idosos, em 2016, apesar de apresentarem somente 25,7% dos beneficiários, foram responsáveis por 68,8% dos custos totais da operadora (OLIVEIRA, 2020).

De fato, os resultados do presente trabalho também mostram que a idade média está intimamente ligada com o custo médio por beneficiário. Além disso, a idade média das autogestões é significativamente maior (cinco anos acima das medicinas de grupo, na mediana, e sete anos acima das cooperativas médicas), o que sugere que o custo possa ser parcialmente explicado com este resultado.

Como as autogestões tendem a oferecer a extensão do contrato de cobertura para agregados dos colaboradores, é comum que muitos deles optem por colocar pessoas mais velhas como beneficiárias, como pais e avós. Além disso, a facilidade de extensão da cobertura para um funcionário aposentado é maior. Com isso, mais pessoas com idades avançadas acabam compondo a carteira das operadoras de autogestão, fazendo com que o custo médio por beneficiário seja maior do que quando comparado às outras modalidades de operadoras (OLIVEIRA, 2020). Além disso, por se tratarem de carteiras fechadas (exclusiva para as empresas contratantes), o índice de envelhecimento da carteira (relação entre o número de pessoas com mais de 59 anos de idade e o número de pessoas com menos de 16 anos de idade) é significativamente maior (162,6% em 2020, contra uma média de mercado de 72,5%), conforme apontado pelo estudo do IESS, “Panorama dos idosos em 20 anos da Saúde Suplementar (2001 a 2020)”, que avaliou o crescimento por segmento das carteiras de beneficiários, com foco nos idosos (IESS, 2021).

Também foi analisado o indicador de percentual de mulheres: este indicador deveria influenciar o custo médio por beneficiário, principalmente pela cultura de maior utilização da assistência médico-hospitalar por parte das mulheres (ANS, 2018). Em 2006, Romeu Gomes, Elaine Ferreira do Nascimento e Fábio Carvalho de Araújo já alertavam para os aspectos culturais sobre este assunto, mostrando que os principais motivos pelos quais as mulheres se cuidavam mais, na visão dos 28 homens entrevistados, estavam relacionados ao que conhecemos hoje como machismo, como por exemplo, a visão de que o homem é mais forte do que a mulher e a visão de que cuidar da saúde pode ser algo relacionado à fragilidade do sexo (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Este resultado vai de encontro com o estudo realizado pela operadora de saúde Sul América, que publicou em 2013 o seu estudo com base na própria carteira de beneficiários. Os 25.039 homens entrevistados apresentaram os piores índices de cuidados com a saúde em oito das 12 variáveis analisadas (IMC, pressão arterial, glicemia, tabagismo, consumo de álcool, diabetes mellitus, hipertensão e Escore de Risco de Framingham), enquanto as 16.327 mulheres entrevistadas manifestaram piores níveis em apenas dois quesitos (sedentarismo e estresse). O risco de infarto ou AVC e o

colesterol total ficaram em níveis praticamente iguais entre os dois sexos (SULAMÉRICA, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde 2013, em esforço conjunto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ministério da Saúde, também mostrou que as mulheres consultam mais médicos: 78,0% das mulheres declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, em comparação com o indicador de 63,9% dos homens. Com as evidências de que as mulheres procuram mais especialistas e se preocupam mais com a própria saúde, além da possível incidência de custos com obstetrícia (exclusivamente incorrido por mulheres), é razoável esperar que exista uma correlação positiva entre a quantidade de mulheres em uma carteira de beneficiários de uma operadora de saúde e o custo médio por beneficiário desta carteira.

A estatística aplicada aos dados deste presente trabalho mostrou que, de fato, o percentual de mulheres está positivamente ligado ao custo médio por beneficiário. No entanto, como os intervalos de confiança das cooperativas médicas e das autogestões se cruzam, não é possível afirmar que este é um fator relevante para explicar o menor custo médio por beneficiário das autogestões, além do coeficiente de correlação entre custo e percentual de mulheres ser baixo. Portanto, não se explica o custo médio por beneficiário mais elevado das autogestões através do percentual de mulheres, uma vez que este percentual não é maior do que as outras duas modalidades de forma significativa. Mesmo que o percentual de mulheres fosse superior nas autogestões, não haveria como afirmar, com os dados disponíveis, que as políticas adotadas por essas empresas causassem uma maior presença de mulheres como beneficiárias do plano de saúde.

Ainda no tema de quantidades de mulheres clientes, além da opção por planos somente ambulatoriais, os tipos de planos hospitalares oferecidos pelas operadoras também podem ou não conter a cobertura para procedimentos obstétricos.

Com os resultados obtidos, é possível afirmar que o percentual de planos com obstetrícia interfere no custo médio por beneficiário e que as autogestões possuem mais planos com obstetrícia do que as cooperativas médicas e medicinas de grupo, com medianas em 100%, 93,04% e 92,69%, respectivamente. Isso mostra que, embora o percentual de mulheres não seja diferente das demais modalidades, o percentual de planos com cobertura de obstetrícia é diferente, contribuindo para que o custo das autogestões seja maior devido à correlação positiva com o custo médio por beneficiário. Os custos médios são maiores, possivelmente, devido à ampliação da cobertura, dando o direito ao beneficiário de utilizar o plano para outros procedimentos, principalmente os obstétricos, que possuem alto custo

(PRISCILA YAZBEK, 2014). Embora o resultado seja intuitivo, a beneficiária que possui um plano de saúde com cobertura para procedimentos de obstetrícia poderia optar por realizar os procedimentos com médicos particulares ou, simplesmente, não utilizar estes serviços.

A contratação de planos de saúde individuais ou familiares vem sido debatida por especialistas nos últimos anos, principalmente em relação às restrições impostas pela ANS ao reajuste deste tipo de contrato, conforme evidenciado por Gilka Lopes Moreira Antonio em seu trabalho, que visou estudar os motivos da redução de oferta de planos de saúde privados de assistência médica individuais/familiares nos últimos anos. Antonio conclui que a redução pode estar associada às cláusulas mais rígidas dos contratos individuais ou familiares, quando comparado aos planos coletivos e empresariais, além da alta concentração no mercado de planos individuais e da carência de oferta deste tipo de produto pelas operadoras, principalmente os produtos com abrangência nacional (ANTONIO, 2018).

Em 2011, o Instituto Brasileiro de Defesa ao Consumidor (IDEC) publicou em seu site um comparativo entre planos coletivos e individuais, a fim de nortear os consumidores e alertá-los dos riscos de cada tipo de contratação. Os planos coletivos podem ser rescindidos pelas operadoras, opção que é vedada ao plano individual. Isso acaba interferindo o custo do produto para o beneficiário, uma vez que a operadora já apresenta o plano de saúde com um valor elevado, pois não poderá recuperar este valor nos reajustes anuais ou decidir por rescindir o contrato com o cliente (IDEC, 2011).

Com uma maior dificuldade de contratação pelos usuários de planos individuais, espera-se que o percentual de planos individuais de uma carteira faça com que o custo médio por beneficiário da operadora seja alterado, com correlação positiva, devido à maior propensão de utilização do plano de saúde quando contratado. No entanto, não houve correlação estatística suficiente para mostrar a influência de planos individuais em uma operadora de saúde, com os dados utilizados neste trabalho, embora a mediana das autogestões seja zero, em comparação com mais de 25% das demais modalidades de operadoras. Não houve resultados suficientes para correlacionar o maior custo das autogestões pela ausência de planos individuais.

Planos ambulatoriais, por sua vez, deveriam apresentar um custo médio por beneficiário inferior quanto maior o percentual relativo à carteira, uma vez que as coberturas assistenciais são reduzidas quando comparadas com as demais segmentações e, portanto, o custo por beneficiário deveria ser menor (ANS, 2020e). No plano ambulatorial, está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, mas os

atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas. Todas as segmentações assistências do plano seguem uma lista detalhada de procedimentos cobertos, o chamado “Rol de procedimentos” (ANS, 2020e).

Devido à sua cobertura e, conseqüentemente, seu menor custo para a operadora, os planos de segmentação ambulatorial possuem preço mais atrativo para os beneficiários. Um plano mais acessível pode atrair mais consumidores para as operadoras de saúde, que já possuem estabelecidas suas estruturas físicas ou contratuais com terceiros, podendo utilizar parte da estrutura para atendimento deste tipo de plano. Além disso, os planos ambulatoriais são uma alternativa mais segura devido à regulação formal do produto, o que não acontece, por exemplo, com os cartões de desconto que surgiram no mercado nos últimos anos, que cobram mensalidades pequenas e prometem atendimento com custo por evento reduzido (O GLOBO, 2019).

A estatística confirma a hipótese do menor custo por beneficiário do plano ambulatorial, com forte correlação negativa entre percentual de planos ambulatoriais e custo médio por beneficiário. No entanto, são as cooperativas médicas que apresentaram maior percentual de planos ambulatoriais na carteira (mediana de 0,14%, contra 0,00% das autogestões). Este resultado deveria induzir à conclusão de que as cooperativas médicas possuem menor custo médio por beneficiário, o que já foi comprovado que não é verdade. Como os planos ambulatoriais possuem baixa penetração na quantidade total de beneficiários, a mediana fica muito próxima de zero e o resultado é inconclusivo. Não é possível afirmar que este indicador é relevante para a composição do custo médio por beneficiário.

O último indicador analisado foi o percentual de coparticipação no custo total. Quando os usuários utilizam algum serviço oferecido pelo plano de saúde, cobra-se um valor simbólico (fixo ou relativo ao valor do procedimento), fazendo com que o custo final para a operadora seja menor. Este mecanismo foi permitido pela ANS para moderar a utilização exagerada dos beneficiários sem necessidade e sem acompanhamento adequado. A coparticipação também é conhecida no mercado como “fator moderador” (CONSU, 1998). Portanto, para duas operadoras com acordos similares com a rede prestadora de serviços, quanto maior o fator moderador de uma operadora, menor deveria ser o seu custo médio por beneficiário, pois o próprio beneficiário contribuiria com parte deste custo e seria incentivado a utilizar os procedimentos apenas quando necessário.

Esta hipótese foi confirmada por um estudo realizado com 67.545 indivíduos de uma operadora de saúde de autogestão de grande porte (com 679 mil beneficiários no total) em 2006, tendo como critério os beneficiários que não apresentaram sinistro em 2005 como forma de homogeneizar a condição de saúde da amostra. A pesquisadora Arianny Mary Moura Chaves mostrou que as demandas por serviços médicos, notadamente consultas médicas e exames, são sensíveis à coparticipação, com reduções de 0,444 consulta por usuário e por ano e redução de 4,522 exames por beneficiário por ano (CHAVES, 2009). De forma similar, mais recentemente, Wesley de Freitas Barbosa também encontrou evidência de que a coparticipação diminui a utilização dos beneficiários: os dados compreendem uma base longitudinal de 82.557 pessoas em Fortaleza/CE, que foram acompanhadas no período de 2006 a 2009, beneficiários de uma operadora de saúde atuante em território nacional. O número de consultas médicas apresentou redução de 7,15% no número de consultas por indivíduo e por ano para beneficiários que possuíam plano de saúde com taxa de coparticipação de 20% do valor do procedimento (BARBOSA, 2016).

As conclusões também são aplicáveis neste trabalho, com forte correlação negativa entre custo médio por beneficiário e percentual de coparticipação em relação ao custo total. Além disso, as autogestões possuem uma mediana maior (5,13%) quando comparado com cooperativas médicas (4,58%) e medicinas de grupos (0,00%), mas este resultado não se mantém nos intervalos de confiança. Ao intervalo em 95% de confiança, as autogestões e as cooperativas médicas possuem intervalos com partes que possuem interseção. Portanto, na amostra contida neste trabalho, não é possível correlacionar o maior custo médio das autogestões com o maior percentual de recuperação por coparticipação com relação ao custo total.

Neste trabalho, buscou-se entender os efeitos do custo médio por beneficiário através das informações disponíveis. Há, portanto, a limitação da base de dados, bem como a limitação sobre a qualidade da informação enviada para a ANS por cada operadora. Por mais que a ANS possua mecanismos de checagem e auditoria, ainda é dependente da correta alocação dos valores financeiros nas contas contábeis, por exemplo, e pela qualidade da coleta da informação cadastral no ato da inclusão do beneficiário. Estes exemplos expõem algumas fragilidades do estudo que, no entendimento dos pesquisadores, atualmente não são significativas o suficiente para invalidarem quaisquer conclusões.

A ANS disponibiliza em seu website uma estatística que ajuda a ilustrar a limitação das informações, com o percentual de operadoras que enviaram o SIP (Sistema de Informações de Produtos) em cada período, arquivo em que constam os fornecidos pelas

operadoras para alimentação das bases utilizadas neste trabalho. No último trimestre de 2019, 92,92% das operadoras ativas na ANS enviaram o SIP, o que contempla informações de 97,36% dos beneficiários. Nos demais trimestres do ano, a média ficou acima de 94% para a quantidade de operadoras e acima de 99% para a quantidade de beneficiários. O indicador é bem próximo da totalidade e oferece segurança, ao menos, no recebimento das informações requeridas pelo órgão regulador.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

O custo médio por beneficiário das operadoras classificadas como autogestão foi estatisticamente maior em 2019, quando comparado com operadoras das modalidades de cooperativas e medicinas de grupo.

As variáveis correlacionadas com o custo médio por beneficiário e que podem ajudar no entendimento da diferença são: (i) razão de dependência, (ii) idade média e (iii) percentual de planos com obstetrícia. O percentual de mulheres, de planos individuais, e de planos ambulatoriais na carteira, além do percentual de coparticipação no custo total, não são correlacionados com a variável dependente e não contribuem de forma conclusiva no resultado obtido.

SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Futuros trabalhos podem contribuir para a identificação dos benefícios da existência de operadoras autogeridas, principalmente na mensuração de um possível impacto financeiro decorrente de alterações no absenteísmo, além da mensuração da percepção de qualidade dos beneficiários em comparação à outras modalidades. Estes estudos ajudariam a compreender se o maior custo médio por beneficiário encontrado nas autogestões são, de alguma forma, compensáveis em outros fatores qualitativos ou quantitativos, e se a perspectiva de sustentabilidade das operadoras de autogestão é sustentável no médio e no longo prazo.

LIMITAÇÕES E DIFICULDADES

O estudo é limitado pela quantidade de informações das bases disponíveis, sendo as conclusões inferidas a partir de outros trabalhos e de experiências profissionais dos pesquisadores. Além disso, a quantidade de trabalhos disponíveis sobre saúde suplementar é inferior quando comparada a outros temas e escassa quando o assunto é autogestão de planos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

ABRAMGE. Eficiência com custos menores. Operadoras conseguem reduzir despesas e repassar a redução para os consumidores. – Blog Abramge, 1 set. 2015. Disponível em: <<https://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/eficiencia-com-custos-menores-operadoras-conseguem-reduzir-despesas-e-repassar-a-reducao-para-os-consumidores/>>. Acesso em: 28 ago. 2020

ANAHP. Setor de saúde bate recorde em fusões e aquisições neste ano Anahp - Associação Nacional de Hospitais Privados, 20 dez. 2019. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/setor-de-saude-bate-recorde-em-fusoes-e-aquisicoes-neste-ano/>>. Acesso em: 20 out. 2020

ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009.

Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 295, DE 9 DE MAIO DE 2012. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjEwMA==>>. Acesso em: 20 out. 2020.

ANS. Mulheres são maioria entre beneficiários de planos de saúde - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4356-mulheres-sao-maioria-entre-beneficiarios-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2020.

ANS. Quem Somos - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:

<<http://ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 20 out. 2020a.

ANS. Planos Coletivos - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/14-planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/467-planos-coletivos>>. Acesso em: 20 out. 2020b.

ANS. Histórico - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 28 ago. 2020c.

ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006.

Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>>. Acesso em: 28 ago. 2020d.

ANS. Segmentação Assistencial - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial>>. Acesso em: 4 nov. 2020e.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

ANTONIO, G. L. M. Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha? **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 7, n. 1, p. 163–182, 2 abr. 2018.

BARBOSA, W. DE F. Efeito de coparticipação no número de consultas médicas eletivas em modelos dinâmicos de contagem. 2016.

CADE. **SEI/CADE - 0578289 - Parecer**. Disponível em:

<https://sei.cade.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?DZ2uWeaYicbuRZEFhBt-n3BfPLlu9u7akQAh8mpB9yOxZEQEdKy1SBICFdG5audNnl9JzA_dj9WvHv8YPjKiNnyDrCBiXhpfTmznHyMaqYVWCBkPB1bb07MiZT4Nizps%20PARECER%20N%C2%BA%203/2019/CGAA2/SGA1/SG>. Acesso em: 8 fev. 2019.

CHAVES, A. M. M. Risco Moral no Mercado de Saúde Suplementar e Efeitos da Coparticipação na Demanda por Consultas e Exames. 2009.

CONSU. **Resolução CONSU n.º 08**. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MzA3>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

DATAFOLHA. **Pesquisa diz que 54% dos brasileiros reprovam o SUS**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/pesquisa-diz-que-54-dos-brasileiros-reprovam-sus-17756947>>. Acesso em: 20 out. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565–574, mar. 2007.

IDEC. **Individual ou coletivo? Descubra qual plano de saúde é mais vantajoso para você**. Disponível em: <<https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/individual-ou-coletivo-descubra-qual-plano-de-saude-e-mais-vantajoso-para-voce>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

IESS. PANORAMA DOS IDOSOS EM 20 ANOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. p. 26, 2021.

KANAMURA, A. H.; VIANA, A. L. D. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 814–820, out. 2007.

MALTA, D. C.; JORGE, A. DE O. [Care models in the supplementary care system: the case of a self-management operator in Brazil]. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535–1542, out. 2008.

MISOCZKY, M. C. Qual é a lógica que orienta a administração dos planos de autogestão em saúde? p. 50, maio 2006.

O GLOBO. **Alternativa aos planos de saúde, cartões de desconto viram dor de cabeça**.

Disponível em: <<https://idec.org.br/idec-na-imprensa/alternativa-aos-planos-de-saude-cartoes-de-desconto-viram-dor-de-cabeca>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

OLIVEIRA, J. A. D. DE. **Longevidade e custo da assistência: O desafio de um plano de saúde de autogestão.** Disponível em:

<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/longevidade-e-custo-da-assistencia-o-desafio-de-um-plano-de-saude-de-autogestao/17111?id=17111>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 21 maio 2011.

PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS. **Informações consolidadas de Beneficiários - Portal Brasileiro de Dados Abertos.** Disponível em:

<<https://dados.gov.br/dataset/informacoes-consolidadas-de-beneficiarios>>. Acesso em: 20 out. 2020.

PRISCILA YAZBEK. **Prepare-se para gastar (e muito) com o parto do seu bebê.**

Disponível em: <<https://exame.com/seu-dinheiro/prepare-se-para-gastar-e-muito-com-o-parto-do-seu-bebe/>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SIMERS. **Conheça o “SUS” de outros cinco países.** Disponível em:

<<http://www.simers.org.br/noticia/conheca-o-sus-de-outros-cinco-paises>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SULAMÉRICA. **IV Estudo Saúde Ativa – Ramos de Atividade Econômica.** Disponível em:

<<https://portal.sulamericaseguros.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A61648D53CF5E980153D27C0E465E57&inline=1>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

VALOR ECONÔMICO. **Plano de saúde, cada vez mais caro.** Disponível em:

<<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2018/06/29/plano-de-saude-cada-vez-mais-caroghtml>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

VINICIUS PEREIRA. **Quer plano de saúde mais barato? Veja se vale contratar serviços parciais.** Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/05/10/trocar-planos-de-saude-completo-ambulatorial-hospitalar-referencia-seguro.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2020.