

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

BRUNO ELIAS JOSÉ

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS ATRELADAS AO CRESCIMENTO DO MERCADO DE
SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**

OSASCO

2023

BRUNO ELIAS JOSÉ

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS ATRELADAS AO CRESCIMENTO DO MERCADO DE
SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Atuariais da Escola Paulista de Política, Economia e Negócios da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Prof. Dr. Joelson Oliveira Sampaio

OSASCO

2023

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 pela Biblioteca Unifesp Osasco, CRB-8: 3998,
e Departamento de Tecnologia da Informação Unifesp Osasco,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

J83p JOSE, Bruno Elias
As políticas públicas atreladas ao crescimento do mercado
de seguros e planos de saúde no Brasil / Bruno Elias Jose. -
2023.
34 f. :il.

Trabalho de conclusão de curso (Ciências Atuariais) -
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política,
Economia e Negócios, Osasco, 2023.
Orientador: Joelson Oliveira Sampaio.

1. Saúde pública. 2. SUS. 3. Saúde suplementar. 4.
Obtenção de lucro. 5. Seguros. I. Sampaio, Joelson Oliveira, II.
TCC - Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 368.01

AGRADECIMENTOS

Foi uma longa e árdua jornada que me sinto muito orgulhoso de concluir. Primeiramente agradeço aos docentes e a universidade em geral pelos ensinamentos, apoio e oportunidades. Agradeço também meu orientador pela atenção e prestatividade durante a elaboração deste trabalho.

Sou muito grato à minha família por todo o amor e apoio emocional que me passam.

E por fim, mas não menos importante, sou grato aos grandes amigos que fiz e as grandes experiências que me proporcionaram. Levarei todos comigo pelo resto da vida.

RESUMO

Nos dias atuais a saúde no Brasil é um dever do Estado e um direito de todos, porém esse direito só foi conquistado após muita luta por parte da sociedade para alcançar um sistema público de saúde universal e igualitário que foi definido apenas com a Constituição Federal de 1988, através do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, por motivos como falta de investimento para renovação e manutenção e até mesmo pelo tamanho da população, o sistema público de saúde brasileiro é visto por muitos como precário. Nesse viés, o sistema de saúde suplementar ganha força através da oferta de seguros e planos de saúde. Dessa forma, essa pesquisa buscou entender ambos os sistemas e identificar se a situação atual do SUS favorece o crescimento e maior obtenção de lucro do suplementar. Visto que o enfoque da pesquisa é a saúde, a reflexão acerca de tal se faz relevante tanto por se tratar de um direito de todos quanto por ser um princípio básico da dignidade da pessoa humana. Para tal, foram feitas pesquisas no formato bibliográfico, baseadas principalmente em livros e artigos científicos. Portanto, foi possível concluir que as políticas públicas de saúde e o SUS são fundamentais, porém ainda enfrentam grandes dificuldades. Este cenário faz com que os cidadãos com maior poder aquisitivo recorram a saúde suplementar, que mesmo com oscilação no número de usuários mantém receita e lucro em constante crescimento e, portanto, comprova a hipótese de que as operadoras desse sistema, por já saberem das dificuldades do sistema público e já estarem bem consolidadas no mercado, abusam na precificação e buscam uma obtenção de lucro de forma mais excessiva e exploratória.

Palavras-Chave: saúde pública; SUS; saúde suplementar; obtenção de lucro; seguros e planos de saúde.

ABSTRACT

Nowadays, health in Brazil is a duty of the State and a right for all, but this right was only conquered after much struggle on the part of society to achieve a universal and egalitarian public health system that was defined only with the Federal Constitution of 1988, through the Unified Health System (SUS). However, for reasons such as lack of investment in renovation and maintenance and even the size of the population, the Brazilian public health system is seen by many as precarious. In this bias, the supplementary health system gains strength through the provision of insurance and health plans. In this way, this research sought to understand both systems and identify whether the current situation of the SUS favors growth and greater profit from supplementary services. Since the focus of the research is health, the reflection about it becomes relevant both because it is a right of all and because it is a basic principle of the dignity of the human person. To this end, research was carried out in bibliographic format, based mainly on books and scientific articles. Therefore, it was possible to conclude that public health policies and the SUS are fundamental, but still face great difficulties. This scenario makes citizens with greater purchasing power resort to supplementary health, which even with oscillation in the number of users keeps revenue and profit in constant growth and, therefore, proves the hypothesis that the operators of this system, for already knowing the difficulties of the public system and already well established in the market, abuse pricing and seek to obtain profit in a more excessive and exploratory way.

Keywords: public health; SUS; supplementary health; making a profit; insurance and health plans.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CF/88 – Constituição Federal de 1988

SUS – Sistema Único de Saúde

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SUDS - Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

UBS – Unidade Básica de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PNI - Programa Nacional de Imunizações

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – EBITIDA (R\$ milhões) do 3º Trimestre de cada ano (2014-2020).....	21
Figura 2 – Lucro Líquido (R\$ milhões) do 3º Trimestre de cada ano (2014-2020).....	22
Figura 3 – Reajustes na precificação dos planos de saúde (%) 2000-2022.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de beneficiários na saúde suplementar e sua taxa de crescimento (2012-2022)..	18
Tabela 2 – Número de operadoras no mercado e sua taxa de decaimento.....	19
Tabela 3 – Relação entre o número de beneficiários e os tipos de planos.....	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	12
3. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	13
3.1 SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	13
3.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	13
3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	15
3.3.1 Conceito, funções e princípios	15
3.3.2 Situação atual	18
4. SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	19
4.1 REGULAÇÃO E MODALIDADES.....	19
4.2 SITUAÇÃO ATUAL DESSE MERCADO	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

Com a elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil tornou-se um dever do Estado e um direito de todos. O grande ponto de partida dessa universalização do acesso à saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse foi um passo de extrema importância para o setor de saúde brasileiro, que supria apenas as necessidades de uma pequena parcela da sociedade.

Com esse novo cenário, o sistema de saúde brasileiro dividiu-se em três frentes. O sistema público, que deve ser universal, gratuito e igualitário através do SUS. O suplementar, que contempla a atuação de seguros e planos de saúde. E o de pagamento direto, na qual o usuário remunera diretamente o prestador de serviço.

A saúde pública é desempenhada fundamentalmente pelo Sistema Único de Saúde que deve garantir a saúde nos termos de equidade, universalidade e igualdade. Entretanto, o setor público vem continuamente expondo suas iniquidades, que, submetidas a constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem sua atuação no mercado (SILVA, 2003).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em março de 2022 o número de beneficiários de planos de saúde superou a casa dos 49 milhões, crescimento de 2,6% em relação a março de 2021 e de 4,8% em relação a julho de 2020, onde o número de usuários atingia quase 47 milhões. Mesmo representando números altos de beneficiários, estes usuários representam cerca de 36% da população brasileira (IBGE, 2022), isso significa que cerca de 64% não tem acesso ao sistema suplementar e, portanto, necessita e depende da saúde pública e do SUS.

Nesse viés, uma reflexão acerca da real situação da saúde no Brasil se faz relevante para que se possa entender de que forma o direito dos cidadãos está sendo cumprido, se o SUS está preparado para atender as necessidades da população, e como isso impacta o sistema de saúde suplementar.

Portanto, este estudo tem como objetivo a análise do sistema público de saúde, buscando o entendimento da sua história, evolução, situação atual, eficácia, e a qualidade das políticas públicas e do SUS, afim de compreender se estes fatores estão atrelados ao

desenvolvimento e crescimento do mercado de saúde suplementar, e se as empresas desse setor exploram a obtenção de lucro baseando-se nessa correlação.

Para tal objetivo, a pesquisa irá se basear em dados abertos divulgados pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), DataSUS, além de estudos e artigos relacionados à saúde pública e ao mercado de seguros e planos de saúde, que sigam o conceito de que esses dois sistemas estão atrelados.

2. METODOLOGIA

Este estudo possui cunho exploratório na qual pesquisas quali-quantitativas, ou seja, combinando elementos da pesquisa quantitativa (análise quantitativa dos dados) com a qualitativa (análise mais subjetiva dos dados), irão direcionar a investigação.

“A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses” (Cervo, Bervian e Silva,2007). Para tal, serão pesquisas feitas de forma bibliográfica, isto é, baseadas em materiais e outras pesquisas, em geral livros e artigos científicos.

Dentro desses materiais bibliográficos serão utilizados dados disponibilizados que ajudem na compreensão da atual situação da saúde pública brasileira, ou seja, valores investidos, quantidade de usuários, entre outros. E dados disponibilizados acerca da saúde suplementar, a respeito de número de operadoras e beneficiários, evolução do mercado, precificação e lucro ao longo dos anos, para que possa ser traçada uma correlação entre esses dois sistemas. Além de dados da própria população que possam ser relevantes, principalmente ao traçar o pré, durante e pós pandemia para mensurar os impactos da Covid-19 nos setores.

3. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

3.1 SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Em seu princípio, a dignidade da pessoa humana visa garantir condições mínimas às pessoas, de forma que todos tenham a possibilidade de exercer seus direitos básicos, como o de acesso à saúde, afim de manter uma vida saudável. Quando essa natureza não é cumprida, ou seja, o Estado não foi capaz de prover essas condições mínimas para sobrevivência, significa que a premissa da dignidade da pessoa humana foi violada.

Nesse viés de promoção social mínima está a saúde, que é assegurada na Constituição de 1988. Isto significa que todas as pessoas possuem o direito de viver uma vida digna, com iguais condições de acesso à saúde de qualidade e qualidade de vida mínima para sobrevivência.

A saúde é referenciada na Constituição Federal de 1988, como um direito de todos e não um serviço. Esse conceito é reforçado principalmente no Art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988)

Portanto, no Brasil, o tema saúde é apresentado, como uma questão de suma importância para o Estado e, conseqüentemente para a população, uma vez que o acesso é um direito garantido a todos de forma igualitária.

3.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde em passados mais distantes, como na época do Império, eram quase inexistentes. O primeiro grande e significativo avanço na área ocorreu

em 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde. Esta foi a primeira vez em que houve um ministério dedicado exclusivamente à criação de políticas de saúde, seu foco foi principalmente no atendimento em zonas rurais, uma vez que nas zonas mais urbanas a saúde era privilégio de quem tinha carteira assinada.

Após significativos avanços, 11 anos depois a saúde sofreu com o corte de verbas causado pelo regime militar. Durante os anos de 1970 as verbas destinadas à saúde atingiram um nível baixíssimo, cerca de 1% do orçamento geral da União. Nesse período, doenças como dengue e malária se intensificaram e foram o estopim para o que ficou conhecido como movimento da reforma sanitária.

Este movimento, abriu espaço para a construção de um novo pensamento de derrubada do ideal do Estado que comercializava saúde e não se preocupava com as necessidades básicas da população. “O mais importante era manter a saúde do trabalhador, ou seja, da capacidade produtiva, de forma que o operário não faltasse o seu trabalho por motivos de saúde”. (MENDES,1999, pg.314).

Somente no fim da década, algumas das cidades que começaram a se desenvolver iniciaram a se organizar para receber e fornecer aos migrantes algum tipo de atendimento na área da saúde. Importantes políticas públicas começaram a ser desenvolvidas a partir dessa iniciativa, primeiro envolveram as Secretarias Municipais de Saúde, que posteriormente se estenderam aos estados e a ministérios, como os Ministérios da Previdência Social e da Saúde.

Durante esse período, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS. O Inamps era encarregado de prestar assistência médica a todos os trabalhadores que de alguma forma contribuía com a previdência social, a parte da população que não contribuía não tinha direito a estes serviços. O Instituto ainda existiu após a definitiva criação do SUS, foi extinto apenas em 1993 pela lei federal 8.689.

O final da ditadura militar no Brasil em 1986 gerou o engrandecimento de um movimento democratizante em várias áreas, inclusive na da saúde, buscando dar atendimento não só aos que podiam pagar. O primeiro grande ato desse movimento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde na qual modificações na forma de como a saúde era tratada foram sugeridas, havia um grande alinhamento entre os representantes de diferentes segmentos da sociedade que exigiam uma transformação no setor. Durante a conferência, um

documento foi redigido contendo as mudanças propostas e a descrição das inadequações do sistema de saúde que vigorava na época, enfatizando os vários pontos problemáticos.

O documento acima citado serviu de base e instrumento para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e, posteriormente, a elaboração da nova Constituição Federal, principalmente do artigo 196.

A realização dessa conferência e a formulação desse documento foram de suma importância:

“[...] previamente a VIII Conferência Nacional de Saúde e mais tarde a Constituição de 1988, a saúde não era um direito de todos, mas, sim a assistência médica era prometida àqueles que tinham carteira assinada e pagavam a previdência social. A assistência à saúde era médico-assistencial privatista, as pessoas que não pertenciam a este quadro eram consideradas carentes, teriam que esperar sobrar dinheiro no Ministério da Saúde, nos hospitais universitários, estaduais e municipais fizessem algum atendimento.” (NETO, In: MS, 1998).

A CF/88 foi o primeiro documento a desenvolver políticas públicas que colocassem o direito à saúde definitivamente no sistema jurídico brasileiro. Dessa forma, a saúde passou a ser um dever do Estado e direito do cidadão. A Constituição ainda assumiu os seguintes princípios para o sistema de saúde pública que deve ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil. Desta maneira, foi criado o SUS e seus princípios básicos.

3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.3.1 Conceito, funções e princípios

O SUS é um sistema federativo que possui a participação dos três níveis de governo, na qual cada um desses níveis se responsabiliza pelo que é de sua alçada. Isto é, está presente na União, nos Estados, no Distrito Federal e também nos municípios.

O Sistema Único de Saúde é financiado inteiramente pelo Estado, com dinheiro de impostos. Alguns países que são referência na saúde, como a Finlândia, possuem princípios parecidos, a distinção é que, em sua grande maioria, o número populacional desses países é menor que a população de apenas um estado brasileiro, como São Paulo.

As Diretrizes e princípios estabelecem os meios e normas para que o SUS atinja seus objetivos. Segundo a lei 8.080, de 1999, os objetivos do SUS são:

“I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Brasil, 1988: 66).

Tais princípios e diretrizes têm seu fundamento na CF/88 e na Lei 8.080, e se dividem em princípios básicos: universalização, equidade e integralidade; e princípios organizativos: descentralização, direção única, regionalização, hierarquização e participação popular.

No que se trata dos princípios básicos, a universalidade nada mais é do que o direito à saúde sendo um direito de todos cabendo ao Estado garantir esse direito, independentemente da raça, classe social, sexo ou outras características sociais ou pessoais do cidadão.

Já a equidade, busca não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Ou seja, não deve haver tratamento privilegiado causados por vínculos, sejam eles de parentescos, empregatícios ou até mesmo políticos, a prioridade deve ocorrer apenas por necessidades de saúde. Ainda no conceito de equidade, o SUS deve tratar todos de forma igual, porém ciente que possuem necessidades diferentes, ou seja, tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde.

Por último, a integralidade. Concepção de que a ação do sistema deva abranger as três perspectivas: promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, o SUS deve atuar visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, juntamente com o trabalho conjunto com outras políticas públicas e diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida da população.

Os princípios organizativos por sua vez, se iniciam com a descentralização, que tem como conceito difundir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município que irá decidir como fazer saúde e os meios para isso, principalmente financeiros. Segundo o Glossário do Ministério da Saúde do Projeto de Terminologia da Saúde, descentralização é “redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a união, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS”.

Muito atrelada à descentralização, o comando ou direção única define que o SUS é de compromisso constitucional das três alçadas de governo, sendo que nenhuma delas pode se isentar dessa obrigação. Partindo do Âmbito federal, quem atua na esfera são o ministro da saúde e o presidente da república; no estado, o secretário da saúde e o governador; e no município, o secretário municipal da saúde e o prefeito.

Já a regionalização, define que as ações do SUS devam garantir o direito à saúde da população de forma regionalizada, reduzindo as desigualdades territoriais e sociais por meio da identificação e reconhecimento das regiões de saúde.

A hierarquização realiza a divisão dos procedimentos da saúde em quatro níveis de atenção para assegurar formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade exigida por cada caso. O nível de atenção primário assiste o cidadão através de procedimentos que exigem menor complexidade tecnológica, ou seja, viabiliza o atendimento para problemas de saúde que ainda não se tornaram uma condição clínica, por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por exemplo. O nível de atenção secundário aumenta o nível de exigência, isto é, engloba pacientes que estão com este problema de saúde já em estágio inicial, através de exames com um nível de complicação maior, pediatria, entre outros. No terciário, profissionais e hospitais em áreas mais especializadas são exigidos, como reabilitações. E por fim, o quaternário dispõe de profissionais e hospitais especializados e peritos em determinada área específica, atuando com indivíduos que se encontram em situação de maior risco, composto por cardiologistas, neurologistas, entre outros.

3.3.2 Situação atual

Nos dias atuais o Brasil é o único país com mais de 210 milhões de habitantes que oferece um acesso à saúde amplo para toda a população, e é considerado modelo internacional quando se trata de saúde pública. O SUS oferece tanto processos mais simples como consultas, procedimento ambulatorial, quanto processo mais complexos e avançados como transplante de órgãos, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros, somando cerca de 3 bilhões de atendimentos por ano. Além de exercer um papel fundamental durante à pandemia do novo coronavírus, na qual o SUS coordenou a distribuição de vacinas.

Inseridos nas políticas do SUS, alguns programas e agências exercem papéis fundamentais no cotidiano atualmente. Pode-se citar algumas como o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) que garante a vigilância da qualidade da água e o acesso em quantidade suficiente; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que realiza a fiscalização sanitária de produtos tanto na produção quanto no consumo, além do controle de ambientes como aeroportos; e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que disponibiliza mais de 300 milhões de doses de vacinas gratuitas anualmente.

Entretanto, o sistema público de saúde enfrenta dificuldades advindas tanto da falta de recursos para um investimento eficaz, quanto para “determinar como os recursos destinados exclusivamente à saúde devem ser alocados para atender às diversas necessidades de saúde da população”. (FERRAZ E VIEIRA, 2009, pg. 238).

Segundo um estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), a área da saúde terá o menor orçamento federal dos últimos 10 anos em 2022. Na proposta orçamentária para 2023, a previsão de gastos para a Saúde é de R\$ 147,5 bilhões, valor próximo à média dos últimos anos. Porém, desconsiderando os gastos de combate à pandemia do Covid-19, o orçamento cai para R\$ 140,3 bilhões, o menor desde 2012. O valor diz respeito a cerca de 3,1% dos recursos totais do governo, menor percentual em uma década.

4. SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde suplementar é o sistema que envolve a operação de seguros ou planos de saúde. É chamada assim no Brasil porque aqui os planos de saúde fornecem às pessoas assistência à saúde de maneira suplementar. Ou seja, ao contratar um plano privado, o cidadão não perde o direito de atendimento pelo SUS, conforme estabelecido pela Lei 9.658/1998.

A saúde suplementar começou sua estruturação por volta dos anos 1930, por meio da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que representavam os trabalhadores urbanos que através do desconto salarial, geravam os recursos necessários para pagar as prestações de serviços de saúde, pensões e aposentadorias.

Já em 1966, os IAPs são então unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação foi um grande passo para a história da saúde suplementar, pois contribuiu com a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e grandes empresas de medicamentos.

Pouco tempo depois, na década de 70, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), da qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que favorece ainda mais a compra de serviços do setor privado, causando uma capitalização crescente deste setor. Esse período é marcado por crises políticas, sociais e econômicas e, ainda, pelo crescimento do movimento sanitário brasileiro, que culmina na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

Segundo estudo do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) junto ao Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), feito em 2019, um dos motivos que leva à aquisição de um plano de saúde por parte das pessoas é a percepção de que a saúde pública é precária, o que faz com que os indivíduos não queiram depender desse serviço.

4.1 REGULAÇÃO E MODALIDADES

Com caráter suplementar ao Sistema Único de Saúde, temos as operadoras que ofertam planos de assistência à saúde, que começaram a ser regulamentadas dez anos após a

criação do SUS com o surgimento da Lei 9656/98, e fiscalizado nos anos 2000 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a criação da Lei 9961/2000.

Segundo Pietrobon, Padro e Caetano (2008), a ANS é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela criação e implementação de normas, regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde e do fluxo de serviços entre prestadores de serviços, operadoras e beneficiários.

Tem por finalidade institucional "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde" (BRASIL, 2000). A regulação tinha como objetivos principais corrigir as distorções quanto às seleções de risco e preservar a competitividade do mercado (BAHIA; VIANA, 2002).

O sistema privado também segue determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), responsável pela regulação do mercado de insumos hospitalares e pelo Sistema Brasileiro de Defesa do Consumidor (SBDC), incumbido de garantir a competitividade no setor.

A ANS classifica as operadoras de saúde suplementar em oito modalidades: Administradora de Benefícios; Autogestão; Cooperativa Médica; Cooperativa Odontológica; Filantropia; Medicina de Grupo; Odontologia de Grupo; Seguradoras Especializadas em Saúde.

Uma administradora de benefícios é uma empresa que tem como objetivo a intermediação entre a operadora e o beneficiário, ou seja, trabalha toda a parte administrativa e financeira para o usuário. Portanto, é de sua responsabilidade a contratação, envio de cobranças, alteração de rede assistencial e todo e qualquer outro tipo de apoio e intermediação a serem feitos, uma vez que a operadora irá cuidar apenas do atendimento médico.

Na Autogestão, a própria empresa administra o plano de saúde, ou seja, não contrata outro plano, ela mesma presta assistência e faz a gestão de seus funcionários, associados e dependentes. São operadoras desse meio o Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Vale, entre outros.

Já a cooperativa médica se trata de um grupo de prestadores de serviço, em sua maioria médicos, que de forma voluntária formam uma sociedade sem fins lucrativos na qual buscam oferecer serviço especializado para hospitais e clínicas. A cooperativa odontológica comercializa planos exclusivamente odontológicos. Como exemplo de operadora nesse setor pode-se citar a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, também conhecida como Unimed.

Filantropia é a modalidade na qual entidades hospitalares sem fins lucrativos operam planos privados de assistência a saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social. No geral, são as Santas Casas e fundações ou sociedades beneficentes.

A Medicina de Grupo são empresas que operam planos privados de assistência a saúde que possuem uma rede própria a sua disposição, ou seja, hospitais, clínicas, laboratórios, e outros componentes que possam fazer parte dessa rede. Já a odontologia de grupo mantém o mesmo conceito, porém opera exclusivamente no setor odontológico. Um grande exemplo de operadora desse mercado é a Amil.

As seguradoras especializadas em saúde possuem como característica principal o reembolso, ou seja, o segurado recebe a remuneração quando utiliza os serviços. Diferentemente dos planos de saúde convencionais, o seguro saúde não possui rede própria, isto é, o segurado pode escolher onde deseja utilizar o serviço, seja ele em redes credenciadas da seguradora ou não. Este é um ramo com grandes nomes, como Bradesco Seguros e SulAmérica.

4.2 SITUAÇÃO ATUAL DESSE MERCADO

Segundo dados apresentados na tabela abaixo, nos últimos 10 anos o mercado de saúde suplementar sofreu oscilações no número de beneficiários. Porém, no panorama geral, houve um aumento desse número de beneficiários em um pouco mais de 2 milhões. Tal constatação demonstra que mesmo oscilando, esse mercado segue em uma crescente ainda que não de forma escalar e constante.

Tabela 1 – Número de beneficiários na saúde suplementar e sua taxa de crescimento (2012-2022)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica	Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior
2012	47.846.092	4,0
2013	49.491.826	3,4
2014	50.531.748	2,1
2015	49.279.085	-2,5
2016	47.685.266	-3,2
2017	47.139.708	-1,2
2018	47.119.826	0,0
2019	47.059.176	-0,1
2020	47.464.196	0,9
2021	48.920.028	3,0
2022	50.199.241	2,6

Fonte: ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>)

Dados atualizados até 09/2022

Nota-se que em 2012 número de beneficiários vinha em constante crescimento até sofrer uma queda constante que iniciou em 2015 e terminou apenas em 2020, retomando o aumento. Porém, mesmo com a instabilidade no número de beneficiários, o faturamento das operadoras atuantes no mercado não seguiu a tendência. Segundo o IPEA, as empresas de planos de saúde faturaram R\$ 123,8 bilhões em 2014, já em 2018 faturaram cerca de R\$ 192,1 bilhões. Isto é, a receita do setor sofreu um alto índice de crescimento mesmo após uma queda de cerca de 3,3 milhões beneficiários, conforme demonstrado acima.

Nesse mesmo recorte, o lucro líquido das operadoras passou de R\$ 3,825 bilhões em 2014 para R\$ 8,755 bilhões em 2018. Ou seja, assim como o faturamento, o lucro líquido do mercado de saúde suplementar sofreu grandes aumentos. Pode-se citar também a queda da taxa de sinistralidade (receita versus despesa), que passou de 85% para 83,2%.

Em um âmbito mais atual, segundo a ANS os planos e seguros de saúde atingiram a marca de R\$ 229,9 bilhões em receita no ano de 2020, registrando ainda um crescimento de cerca de R\$ 10 milhões para o ano de 2021, que atingiu os R\$ 239,9 bilhões em receita.

Porém, mesmo com o crescimento no número de usuários e nas receitas, a saúde suplementar sofreu com quedas no lucro e aumento significativo na taxa de sinistralidade que passou de 76,4% em 2020 para 85,62% em 2021. Este fator se deu muito por conta da pandemia causada pelo Covid-19, que causou aumento considerável no uso dos planos de saúde pelos beneficiários.

Segundo Ocké-Reis (2022), “O aumento dos custos vistos no ano passado, está diretamente ligado ao represamento do uso dos planos durante o período crítico da pandemia. Não é uma tendência, é uma fotografia daquele momento de retomada das atividades. No entanto, olhando o filme, o que se vê é um setor de alta lucratividade.”.

Quando se trata da quantidade de operadoras atuantes no mercado, é possível notar na tabela abaixo que este número vem decrescendo cada vez mais, o que demonstra que a saúde complementar está se tornando cada vez mais um mercado baseado na oligarquia, ou seja, está concentrado em um pequeno número de operadoras.

Tabela 2 – Número de operadoras no mercado e sua taxa de decaimento

Ano	Total de operadoras médico-hospitalares com beneficiários	Diminuição em relação ao ano anterior (%)
2012	962	4,8
2013	920	4,3
2014	874	5,0
2015	828	5,2
2016	790	4,5
2017	766	3,0
2018	749	2,2
2019	727	2,9
2020	711	2,2
2021	703	1,1
2022	694	1,2

Fonte: ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>)

Dados atualizados até 09/2022

Baseando-se em dados divulgados por grandes operadoras desse mercado, como a Porto Seguro que em agosto de 2022 divulgou um aumento de 46,2% nas receitas do trimestre, em razão da expansão de 51,0% nos prêmios do seguro Saúde em comparação com o segundo trimestre de 2021. Como a SulAmérica que também em agosto de 2022 registrou um crescimento de 8,3% nas receitas operacionais da seguradora no segmento da saúde. É possível reforçar o conceito de oligarquia, uma vez que enquanto operadoras renomadas e já estabelecidas no mercado registram crescimento, operadoras de pequeno porte atacam na regulação e contribuem para os dados de diminuição de operadoras no mercado, apontados na Tabela 2.

Os planos e seguros nesse mercado geralmente são oferecidos de forma que contemplam 2 principais tipos de adesão: planos individuais e planos coletivos. Segundo a ANS, em 2018 os planos coletivos representavam 80,8% do total de usuários de planos de assistência médica, dos quais 67,2% correspondiam à modalidade empresarial e 13,6% aos planos coletivos por adesão. Comparando com 2014, houve aumento de participação dos planos empresariais de 66,7% para 67,2%, já os planos coletivos por adesão se mantiveram estáveis em 13,6%. Quanto aos planos individuais e familiares, houve diminuição de sua participação no total do mercado de 19,7% para 19,2%. Dados esses que são demonstrados na tabela abaixo, que mostra a grande discrepância entre os planos individuais e coletivos em 2022.

Tabela 3 – Relação entre o número de beneficiários e os tipos de planos

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Assistência médica com ou sem odontologia)	Planos
Individual ou Familiar	8.994.751
Coletivo Empresarial	34.860.333
Coletivo por adesão	6.296.509
Coletivo não identificado	384
Não Informado	47.264
Total	50.199.241

Fonte: ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>)

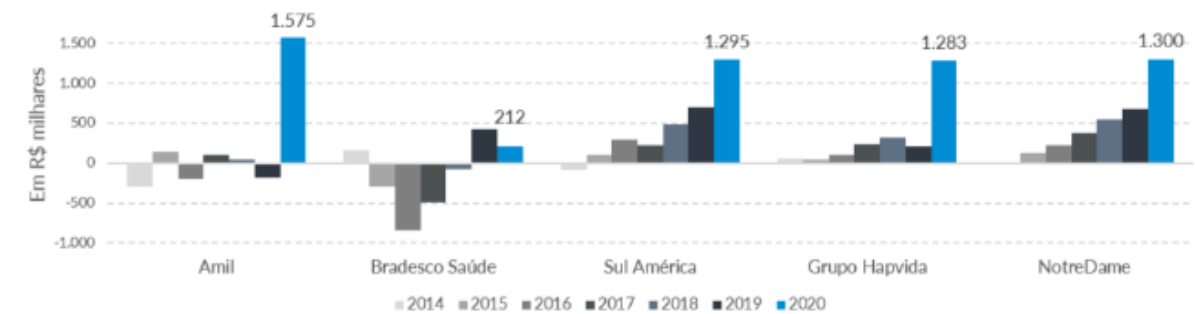
Dados atualizados até 09/2022

A alta crescente e o potencial desse mercado atraíram o investimento alto em tecnologia por parte das seguradoras que resultou na eclosão das *insurtechs* no Brasil. *Insurtechs* são startups com enfoque no mercado de seguros que, geralmente, operam na oferta de soluções de aprimoramento para a experiência dos beneficiários. No segmento da saúde, são conhecidas como *healthtechs*.

Com a desburocratização no segmento, muitas *insurtechs* trabalham lado a lado com seguradoras tradicionais, a fim de fornecer serviços mais simples e a custos menores. O resultado são modelos inovadores como planos de saúde sob demanda e *pay per use*, atendendo a seguros de vida, saúde e diversos tipos de bens materiais. Movimento muito parecido com o que os grandes bancos passaram, que hoje proporcionam aos clientes bancos 100% digitais.

Analisando os resultados operacionais de algumas grandes operadoras do segmento, com o auxílio dos gráficos abaixo (XVI Finance, 2021), fica evidente a situação que o mercado se encontra.

Figura 1 – EBITDA (R\$ milhões) do 3º Trimestre de cada ano (2014-2020)

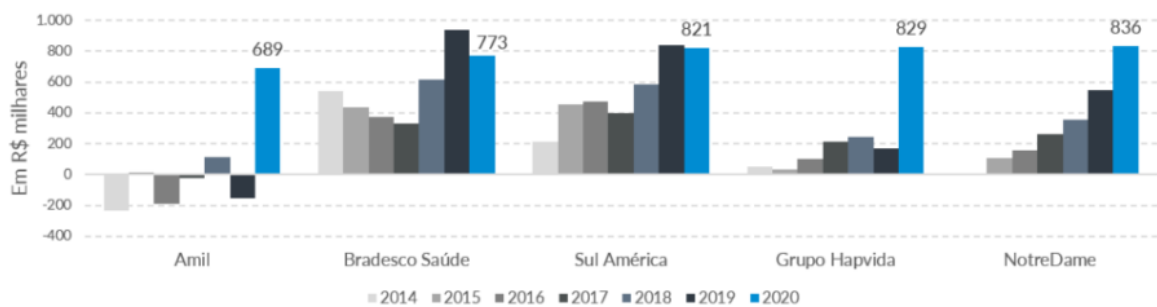


EBITDA (R\$ milhões) - valores até o 3T de cada ano							
Operadora	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amil	-288,5	145,5	-191,9	105,5	41,2	-187	1.575,3
Bradesco Saúde	169,4	-291,7	-844,4	-494,1	-74,7	428,9	212,3
Sul América	-81,4	106,7	291,5	230,2	482	698,4	1.295,2
Grupo Hapvida	61,3	49,7	105,4	233,7	321,1	215,4	1.283,0
GNDI	-3,2	124,6	229,2	384,4	550,2	680,8	1.300,0

Fontes: ANS e XVI Finance (<https://xvifinance.com.br/passado-presente-e-futuro-da-saude-suplementar-analise-financeira/>)

Primeiramente, analisando o EBITDA, nota-se que todas as operadoras utilizadas no estudo terminaram 2020 com o índice em alta. Amil e Bradesco sofreram variações, mas Sul América, Grupo Hapvida e NotreDame mantiveram crescimento quase que constante nesse período de 2014 a 2020. Utilizando a mesma base de operadoras durante o mesmo período de tempo, é possível analisar o lucro líquido através do seguinte gráfico:

Figura 2 – Lucro Líquido (R\$ milhões) do 3º Trimestre de cada ano (2014-2020)

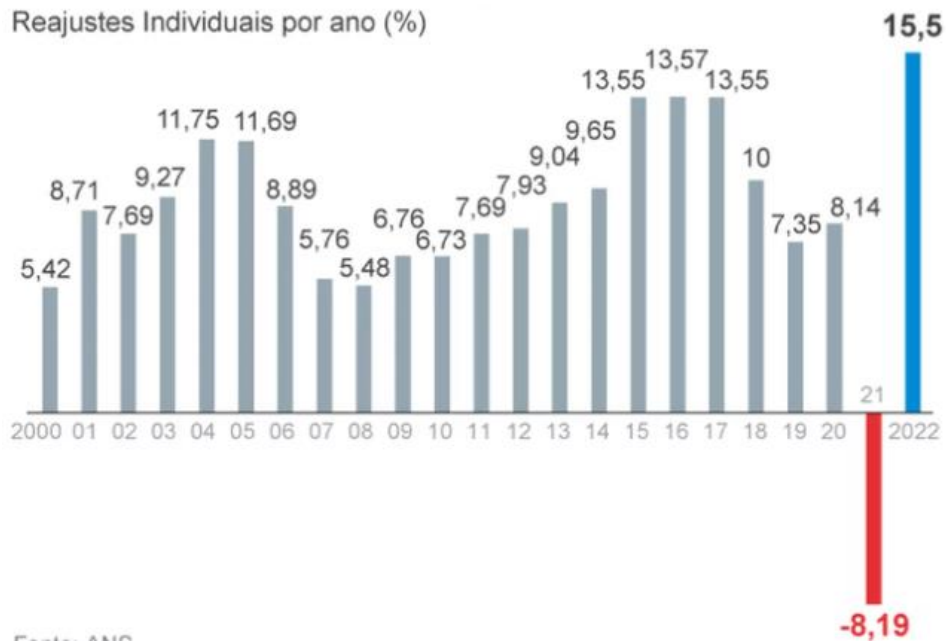


Resultado líquido (R\$ milhões) - valores até o 3T de cada ano							
Operadora	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amil	-234,5	16,6	-192,2	-24,6	113,0	-151,1	689,1
Bradesco Saúde	544,3	437,1	373,3	333,5	618,6	937,2	772,8
Sul América	211,5	452,9	472,2	399,4	583,1	837,4	821,2
Grupo Hapvida	52,8	34,9	103,5	209,7	246,1	170,6	829,0
GNDI	-0,7	105,2	158,3	262,0	358,0	548,0	835,6

Fontes: ANS e XVI Finance (<https://xvifinance.com.br/passado-presente-e-futuro-da-saude-suplementar-analise-financeira/>)

Com base nos lucros líquidos expostos acima, fica mais evidente o crescimento das grandes operadoras e, conseqüentemente, do mercado de saúde suplementar, uma vez que as 5 operadoras utilizadas no estudo tiveram um crescimento considerável em seus lucros líquidos. Se reduzirmos esse período para 2014-2019 para desconsiderar o efeito causado pela pandemia do Covid-19 no mercado, nota-se que a única que não aumentou consideravelmente sua lucratividade foi a Amil. Ou seja, o período pandêmico intensificou a obtenção de lucro, mas esse já era um índice que demonstrava grande ascensão na maioria das operadoras consolidadas no mercado.

Utilizando um novo gráfico fornecido pela ANS (2022), na qual os reajustes anuais na precificação dos planos de saúde são expostos ano a ano no período entre 2000 e 2022.

Figura 3 – Reajustes na precificação dos planos de saúde (%) 2000-2022

Fontes: ANS (2022)

Analisando o gráfico acima, nota-se que 21 dos 22 anos citados tiveram reajuste positivo, ou seja, aumento no preço dos produtos e serviços. Diversos fatores estão incluídos na precificação e, portanto, nos reajustes como a inflação. Porém, analisando um amplo espaço de tempo como esse, que retrata um período de 22 anos, é possível considerar que em alguns casos as operadoras exploraram a obtenção de lucro no setor.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde era extremamente elitizado em um passado não tão distante. Porém, através da organização da própria sociedade que lutou pela transformação do sistema, começou a se desenvolver e desencadeou no que hoje conhecemos como SUS, que garante a todos o acesso à saúde.

A OMS conceitua a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou outros agravos. Portanto, a Constituição Federal de 1988 adotou esse conceito da OMS, definindo que o direito à saúde envolve tanto o saneamento básico, como pré-natal e pós-natal, além de atendimento médico preventivo e de recuperação.

Considerando o caráter democrático da Constituição pautada pelo princípio da igualdade material, foi assegurado o direito à saúde a todos os indivíduos, indistintamente, o direito de ser são e de manter-se são, abrangendo o direito à habilitação e à reabilitação.

As ações e serviços de saúde prestados pelo Estado integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um serviço único de saúde (SUS), tendo sido deferida à iniciativa privada participar do SUS de forma complementar, por meio de convênio ou contrato, ou ainda de forma suplementar, prestar serviços e ações de saúde mediante a obtenção de lucro.

Não há dúvidas que a proposta do SUS realmente é muito boa para a sociedade, porém é um sistema que, para cumprir suas obrigações, precisa permanecer em constante crescimento. Os dados apresentados mostram que não há como manter os seus princípios se os investimentos estiverem estagnados, pior ainda se reduzidos.

Por outro lado, a saúde suplementar, apesar de ter sofrido com a pandemia, manteve altos índices de crescimento em alguns fatores, como receita. Com relação ao lucro, se espera que volte a crescer, conforme demonstrado, é um mercado grande, consolidado e em constante crescimento.

Portanto, pode sim ser atrelado a má qualidade das políticas públicas de saúde. Tendo em vista o exposto nesse trabalho, que demonstrou que o SUS é fundamental, com ideias extremamente boas, que ajudam milhares de brasileiros e estrangeiros, mas ainda sofre com algumas questões de administração, baixos índices de investimento e renovação do sistema.

Tais fatores acabam agravando a precariedade do sistema público em alguns setores e funções, o que leva ao cidadão, que possui mais condição financeira, a recorrer ao sistema de saúde suplementar que cada vez mais cresce e se desenvolve, atingindo grandes números de receita e lucro. Nesse viés, a hipótese de que essas operadoras por já saberem das dificuldades do sistema público e já estarem bem consolidadas no mercado, abusam na precificação e buscam uma obtenção de lucro mais excessiva, é válida e pode ser defendida.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Planos de saúde superam 49 milhões de beneficiários no país.** Disponível em: <[ALBUQUERQUE, Ceres et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 1421-1430, 2008.](https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/planos-de-saude-superam-49-milhoes-de-beneficiarios-no-pais#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20pessoas%20com,rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20mar%C3%A7o%20de%202021.>. Acesso em: 02 de agosto de 2022.</p></div><div data-bbox=)

AMB. **Após lucro de 50% na pandemia, planos de saúde coletivos sobem 16% - AMB.** Disponível em: <[ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar \(Brasil\). **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório/ Agência Nacional de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro: ANS, 2009.](https://amb.org.br/brasil-urgente/apos-lucro-de-50-na-pandemia-planos-de-saude-coletivos-sobem-16/>. Acesso em: 10 de agosto de 2022.</p></div><div data-bbox=)

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Dados Gerais.** Disponível em: <

BAHIA, L.; VIANA. A. **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BALDASSARE, Renato Madrid. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro.** 2014. Tese de Doutorado.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em <

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >.

BRASIL. **Lei 9661 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 03 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm >. Acesso em: 03 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei nº 9656 de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 03 de julho de 2022.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. de O. **A regulamentação do setor saúde suplementar no Brasil**: a reconstrução de uma história de disputas. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.9, p. 21672177, set. 2007.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados, São Paulo, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S01-03-40142013000200002 >. Acesso em 05 de maio de 2022.

CHAVES, Marily Diniz do Amaral. **A saúde suplementar à luz da Constituição**. Disponível em: <<https://www.sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/8051/1/Marily%20Diniz%20do%20Amaral%20Chaves.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2022.

CORRÊA MATTA, Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20-%20Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

FIOCRUZ. Vista do A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>>. Acesso em: 05 de setembro de 2022.

JUSBRASIL. Há Dignidade da Pessoa Humana no SUS? Disponível em: <<https://cracb01.jusbrasil.com.br/artigos/732565627/ha-dignidade-da-pessoa-humana-no-sus>>. Acesso em: 05 de setembro de 2022.

LILIAN. Qual a importância do SUS, o Sistema Único de Saúde? Disponível em: <<https://eepcfmusp.org.br/portal/online/sus/>>. Acesso em: 06 de maio de 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: Desafios do SUS. 2019. p. 869-869.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/menor-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Neste%20domingo%20\(19\)%2C%20o,outras%20emerg%C3%A2ncias%20em%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica.](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/menor-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Neste%20domingo%20(19)%2C%20o,outras%20emerg%C3%A2ncias%20em%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica.)>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca/biblioteca.asp. Acesso em: 20 de junho de 2022.

PIETROBON, Louise, DO PADRO, Martha Lenise, CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ed.18. Págs. 767-783, 2008.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, p. 767-783, 2008.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. **Saúde complementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?lang=pt>>. Acesso em: 08 de agosto de 2022.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, A. C. (org.). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 2849.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. A agência nacional de saúde complementar-ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, p. 471-488, 2012.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado-Contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde**. Saraiva Educação SA, 2017.

SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de. **O mercado de saúde complementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. 2015.

REDAÇÃO DISTRITO. **Insurtechs brasileiras: confira a evolução das startups de seguro no Brasil - Distrito**. Distrito. Disponível em: <<https://distrito.me/blog/panorama-insurtechs-brasil/>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.