

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS**

Eric Kenji Yokoyama

Estratégias para redução da alta sinistralidade no mercado de saúde
suplementar no Brasil

Osasco

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS.

Eric Kenji Yokoyama

Estratégias para redução da alta sinistralidade no mercado de saúde
suplementar no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentando à Universidade Federal de
São Paulo como requisito para aprovação
no curso de Bacharelado em Ciências
Atuariais.

Orientador: Celso Takashi Yokomiso

Osasco

2022

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)

Y54e YOKOYAMA, Eric Kenji
Estratégias para redução da alta sinistralidade no mercado de saúde
suplementar no Brasil / Eric Kenji Yokoyama. - 2022.
30 f. :il.

Trabalho de conclusão de curso (Ciências Atuariais) –
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política,
Economia e Negócios, Osasco, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Celso Takashi Yokomiso.

1. Plano de saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Sinistralidade.
4. Informação assimétrica. 5. Risco moral. I. Yokomiso, Prof. Dr. Celso
Takashi, II. TCC - Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 368.01

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo compreender alguns dos principais motivos para um grande problema enfrentado pelas operadoras de planos de saúde nos últimos anos: a alta sinistralidade. Para tanto, foi utilizada metodologia qualitativa, pesquisa e análise bibliográfica, levando em consideração a atual situação do mercado de saúde suplementar no Brasil. O trabalho foca na possibilidade de presença de assimetria de informações e suas consequências, que são o risco moral e a seleção adversa, no mercado em questão. Também são apresentadas estratégias e soluções para a redução da sinistralidade e promoção da saúde, como campanhas socioeducativas e políticas sociais.

Palavras-chave: Plano de Saúde; Saúde Suplementar; Sinistralidade; Informação Assimétrica; Risco Moral; Seleção Adversa.

ABSTRACT

This work aims to understand some of the main reasons for a major problema faced by health plan operatons in recente years: the high loss ratio. Therefore, qualitative methodology, research and bibliographical analysis are used, taking into account the currente situation of the supplementary health market in Brazil. The work focuses on the possibility of infomation asymmetry and its consequences, which are moral hazard and adverse selection, in the market in question. Strategies and solutions for reducing accidentes and promoting health are also presented, such as socio-educational campaigns and social policies.

Key-words: Health Plan; Private Health Insurance and Plans; Loss Ratio; Asymmetry of Information; Moral Hazard; Adverse Selection.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
1.1. Delimitação	7
1.2. Objetivos	7
1.3. Justificativa.....	8
1.4. Metodologia	8
2. A ANS e os planos de saúde.....	9
2.1. Contexto atual.....	9
2.1.1. Tipos de contratação	10
2.1.2. Quantidade de beneficiários	11
3. Assimetria de Informação	15
3.1. Risco Moral.....	16
3.2. Seleção Adversa.....	17
4. Estratégias para redução da sinistralidade.....	18
4.1. Incentivo às boas práticas.....	19
4.2. Utilização da tecnologia	21
4.3. Utilização do método de coparticipação.....	23
5. Conclusão e Considerações Finais	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. Introdução

Optar por fazer um plano de saúde é uma escolha que deve ser feita sempre de forma consciente, pensando nos prós e contras dos termos apresentados em contrato e na necessidade de cada beneficiário. Cada indivíduo tem suas características e peculiaridades em relação à saúde, e há planos de assistência médica e odontológica para todos os tipos de pessoa – planos individuais, familiares e empresariais; para crianças, jovens, adultos e idosos; para pessoas com poucas ou muitas necessidades especiais ou complicações de saúde.

O que é visto na saúde suplementar do Brasil é a ocorrência da alta sinistralidade dos planos de saúde, onde o preço dos planos para os beneficiários e o custo dos sinistros para as operadoras têm subido, ao passo que os resultados não necessariamente acompanham esse aumento. Há alguns motivos para tal acontecimento, como a presença de risco moral e seleção adversa decorrentes de assimetria de informações, assim como há inúmeras formas e estratégias para tentar minimizar o problema. Este trabalho trata justamente sobre as adversidades e soluções supracitados, enfatizando as políticas sociais e campanhas educativas que podem ter efeito na promoção da saúde.

1.1. Delimitação

Esse estudo se concentra na alta da sinistralidade nos planos de saúde, trazendo análise da seleção adversa e do risco moral existentes no segmento, além de possíveis estratégias para reduzir o risco e o problema.

1.2. Objetivos

- Verificar os possíveis motivos do alto custo dos sinistros na saúde suplementar no Brasil;
- Verificar como e quais políticas sociais e campanhas socioeducativas podem ter efeito na promoção da saúde;
- Verificar estratégias para redução dessa sinistralidade.

1.3. Justificativa

A saúde é um elemento importante no desenvolvimento socioeconômico de qualquer país, inclusive no Brasil. O mercado de saúde complementar no país apresenta um problema, que é a alta sinistralidade, e é importante entender os motivos desse acontecimento e procurar meios para resolver a adversidade. Políticas de conscientização da população é uma possível solução e costuma ser eficaz em vários âmbitos sociais.

1.4. Metodologia

Para a realização deste trabalho, utiliza-se métodos e técnicas de pesquisa qualitativa, uma vez que serão feitas pesquisas bibliográficas e coletas de dados a partir de artigos para contextualizar o mercado de saúde suplementar no Brasil, além de definições de conceitos relativos ao tema. Gil (2008, p. 50) diz que:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Também será utilizada o método de pesquisa documental, onde Gil (2008, p.147) afirma:

Essas fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas.

Além das técnicas acima citadas, ressalta-se tratar de pesquisa descritiva, que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008). Utilizaremos dados advindos de órgãos da saúde, como a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e a IEES (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). Ao analisar a situação do segmento nos dias atuais e historicamente, leva-se em consideração características como a faixa etária dos indivíduos e a região do Brasil onde habitam.

2. A ANS e os planos de saúde

A saúde é um dos elementos essenciais para o bem-estar da população e para o desenvolvimento socioeconômico de um país. No Brasil, os cidadãos passaram a ter assegurado o direito universal e igualitário de acesso aos bens e serviços de saúde somente a partir de 1988, com a criação da nova Constituição Federal. Dois anos depois, em 1990, através da Lei nº 8080/1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, o SUS.

Já a Saúde Suplementar, que representa um importante pilar no Sistema Nacional de Saúde, surgiu em meados da década de 1960, a partir do crescimento econômico do país. Nesse momento, com o avanço do trabalho formal, as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos seus funcionários. E eram essas pessoas que possuíam acesso à saúde pública: o sistema de saúde atendia somente quem contribuía com a Previdência Social e possuía emprego formal. Até 1988, as demais pessoas que precisassem de auxílio médico deveriam recorrer ao sistema privado.

A atividade passou praticamente quatro décadas funcionando sem regulamentação e fiscalização. A Lei nº 9656/1998 regulamenta os planos e as operadoras de saúde. A partir dessa lei, normas, diretrizes e requisitos foram implementadas para o bom funcionamento da atividade. Pouco tempo depois, em janeiro de 2000, com a Lei nº 9961/2000, surgiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, como instância reguladora do setor, como é apontado no próprio site da Agência.

Assim, com a criação e regulamentação dos sistemas de saúde público e suplementar, os indivíduos que possuem plano de saúde privado têm acesso duplo a esses serviços. Em outras palavras, os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar, de modo que o cidadão não perde o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano privado.

2.1. Contexto atual

Atualmente, cerca de 48,5 milhões de brasileiros são beneficiários de algum plano de saúde, seja ele apenas plano de assistência médica, apenas plano odontológico ou ambos. Esse montante corresponde a aproximadamente 22,7% da população total do país. A tabela 1 mostra a quantidade de beneficiários ano a ano no Brasil e o percentual que representa na população total do país.

Tabela 1 – Comparativo entre a quantidade de beneficiários de planos de saúde e a população total do Brasil de 2000 a 2021

Ano	Quantidade de beneficiários	População do Brasil	% de brasileiros que possuem plano de saúde
2000	30.966.522	173.561.260	17,8%
2001	31.420.006	176.003.081	17,9%
2002	31.513.309	178.376.409	17,7%
2003	32.074.667	180.682.719	17,8%
2004	33.840.716	182.913.865	18,5%
2005	35.441.349	185.075.508	19,1%
2006	37.248.388	187.155.615	19,9%
2007	39.316.313	189.156.967	20,8%
2008	41.468.019	191.085.595	21,7%
2009	42.561.398	192.966.061	22,1%
2010	44.937.350	194.807.580	23,1%
2011	46.025.814	196.621.490	23,4%
2012	47.846.092	198.405.760	24,1%
2013	49.491.826	200.168.784	24,7%
2014	50.531.748	201.906.925	25,0%
2015	49.279.085	203.624.771	24,2%
2016	47.685.266	205.322.029	23,2%
2017	47.151.196	207.005.307	22,8%
2018	47.138.595	208.658.294	22,6%
2019	47.072.503	210.265.913	22,4%
2020	47.537.403	211.808.589	22,4%
2021	48.546.563	213.736.047	22,7%

Tabela elaborada pelo autor. Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – 2021

2.1.1. Tipos de contratação

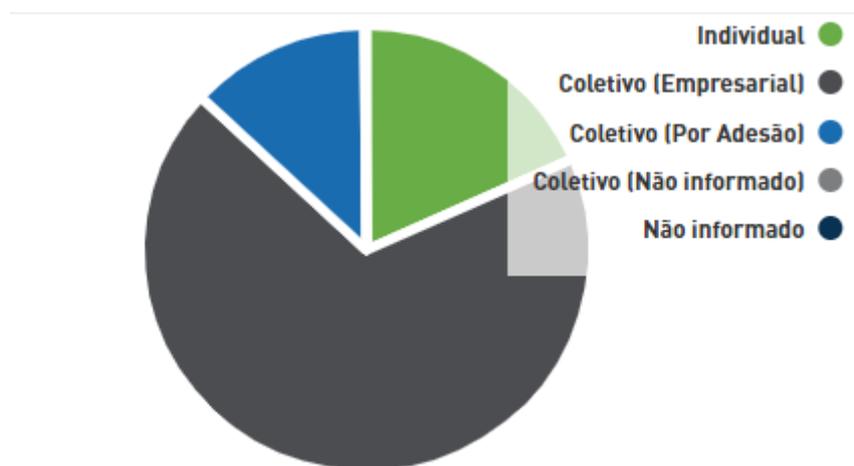
Segundo a própria ANS, em seu site, no Brasil, é possível contratar um plano de saúde de duas formas: individual ou coletiva (que, por sua vez, tem duas subdivisões, coletivo por adesão e coletivo empresarial).

O plano individual (ou familiar) é aquele em que o indivíduo procura a operadora para adquirir um plano, sem necessariamente ter vínculo com alguma empresa ou instituição, e entre as principais características estão: a rescisão de contrato apenas em caso de fraude e/ou de falta de pagamento; e a cobrança feita pela operadora diretamente ao consumidor. Nos últimos 5 anos, esse tipo de contratação vem diminuindo.

Já o plano coletivo vai no caminho contrário e está aumentando (ainda que pouco). É dividido em dois tipos: tanto no plano coletivo por adesão quanto no coletivo empresarial, a associação profissional ou o sindicato é que são responsáveis por contratar o plano para os indivíduos. Para ambas a rescisão é prevista em contrato e é somente válida para o contrato como um todo, e a cobrança é feita pela pessoa jurídica contratante ou pela administradora de benefícios diretamente ao consumidor. O que difere as duas formas é a adesão: o coletivo por adesão exige vínculo com associação profissional ou sindicato, enquanto o coletivo empresarial exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

O plano coletivo empresarial é, historicamente, o que tem maior representatividade, seguido de longe pelo plano individual e o coletivo por adesão. Em 2021, cada tipo representava, respectivamente, 69%, 18% e 13%, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 – Divisão da quantidade de beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação em 2021



Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - 2021

2.1.2. Quantidade de beneficiários

Observando o histórico desde 2000 na tabela 1, tanto a quantidade de beneficiários quanto o percentual em relação à população total foram crescendo de forma gradativa até 2014 – ano em que se iniciou forte crise econômica do país. De 2014 até meados de 2018, devido à recessão, muitos brasileiros não tinham mais condições financeiras de continuar pagando por um plano de saúde e deixaram de ser beneficiários ou até mesmo perderam

seus empregos e, juntamente, o plano de saúde a que tinha direito previsto no contrato de trabalho. Já nos últimos anos, o número de indivíduos com plano de saúde vem subindo aos poucos e o percentual vem sendo mantido - ou seja, à medida que a população brasileira vem crescendo, o número de beneficiários de planos de seguro acompanha essa mesma proporção.

Ao se observar esses números abertos por aspectos socioeconômicos específicos, como idade ou região do país, vemos mudanças de comportamento. Analisando por região (tabela 2), percebe-se que a região Sudeste, reconhecida como a região mais populosa e rica do país, dita o comportamento que é visto no total, uma vez que mais de 60% dos beneficiários se concentram na região. As demais regiões seguem a tendência do Sudeste, mas com um impacto no total consideravelmente menor.

Tabela 2 – Quantidade de beneficiários de planos de saúde por região do Brasil de 2000 a 2021

Ano	Região do Brasil							Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Exterior	Não Identificado	
2000	633.445	3.466.974	21.928.451	3.507.724	1.414.059	14	15.855	30.966.522
2001	644.717	3.386.521	22.237.716	3.671.031	1.462.723	19	17.279	31.420.006
2002	735.338	3.568.139	21.884.172	3.801.268	1.506.063	21	18.308	31.513.309
2003	833.513	3.774.557	21.772.625	4.067.272	1.608.241	23	18.436	32.074.667
2004	934.513	3.950.703	22.795.095	4.454.365	1.686.765	22	19.253	33.840.716
2005	963.086	4.118.332	23.978.610	4.624.742	1.736.580	34	19.965	35.441.349
2006	1.097.553	4.352.405	24.956.070	5.044.877	1.775.949	64	21.470	37.248.388
2007	1.255.445	4.687.581	26.062.829	5.437.450	1.869.164	67	3.777	39.316.313
2008	1.362.165	5.071.660	27.311.805	5.764.154	1.945.918	44	12.273	41.468.019
2009	1.411.208	5.333.410	27.643.869	6.094.961	2.069.848	13	8.089	42.561.398
2010	1.569.418	5.722.769	28.882.859	6.519.010	2.227.886	1	15.407	44.937.350
2011	1.664.843	6.016.028	29.365.159	6.591.857	2.375.544	-	12.383	46.025.814
2012	1.773.913	6.366.846	30.354.018	6.639.852	2.666.496	-	44.967	47.846.092
2013	1.849.088	6.583.530	31.252.621	6.921.116	2.867.074	-	18.397	49.491.826
2014	1.910.652	6.870.917	31.459.753	7.101.818	3.166.010	-	22.598	50.531.748
2015	1.817.291	6.780.578	30.379.610	7.061.412	3.219.429	-	20.765	49.279.085
2016	1.762.618	6.610.650	29.113.641	6.973.847	3.197.587	-	26.923	47.685.266
2017	1.733.430	6.592.138	28.682.636	6.978.457	3.139.542	-	24.993	47.151.196
2018	1.704.658	6.664.310	28.591.318	6.914.579	3.228.174	-	35.556	47.138.595
2019	1.695.014	6.595.531	28.627.330	6.857.593	3.257.628	-	39.407	47.072.503
2020	1.767.355	6.596.404	28.889.836	6.881.369	3.363.761	-	38.678	47.537.403
2021	1.806.513	6.773.141	29.485.830	7.042.874	3.401.855	-	36.350	48.546.563

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - 2021

Realizando a análise sob a ótica da faixa etária (tabela 3 e gráfico 2), as crianças e jovens são desde sempre a maior massa – pais e responsáveis legais têm a preocupação de possuir um plano de saúde para as crianças pois são indivíduos que acabam frequentando bastante os médicos e bens de serviço. No entanto, ao se tornarem independentes legais, muitos jovens adultos não mantêm a preocupação dos pais e não

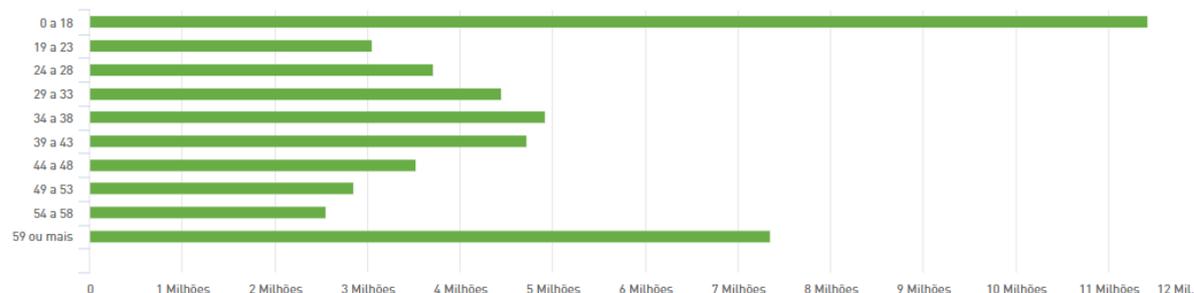
adquirem um plano de saúde. E nos últimos anos, repara-se que a quantidade do grupo a partir dos 29 anos tem subido, principalmente os idosos – grupo esse que tem se tornado o principal foco (e motivo de preocupação) das operadoras de saúde.

Tabela 3 – Quantidade de beneficiários de planos de saúde por faixa etária de 2000 a 2021

Ano	Faixa etária										Inconsistente	Total
	00 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais		
2000	9.211.236	2.565.104	2.562.857	2.649.421	2.753.156	2.482.369	2.160.627	1.704.138	1.312.186	3.539.580	25.848	30.966.522
2001	9.096.826	2.711.563	2.647.243	2.680.786	2.760.151	2.528.150	2.215.075	1.771.923	1.353.534	3.628.923	25.832	31.420.006
2002	8.882.015	2.747.633	2.731.987	2.663.442	2.724.272	2.561.474	2.255.320	1.818.944	1.402.639	3.698.893	26.690	31.513.309
2003	8.851.473	2.735.374	2.862.420	2.733.305	2.699.020	2.612.215	2.309.206	1.907.952	1.480.634	3.856.766	26.302	32.074.667
2004	9.244.955	2.928.889	3.147.721	2.913.384	2.777.029	2.737.344	2.417.451	2.015.358	1.582.931	4.050.426	25.228	33.840.716
2005	9.467.555	3.076.316	3.487.472	3.138.215	2.895.720	2.844.092	2.491.470	2.129.565	1.667.397	4.221.322	22.225	35.441.349
2006	9.799.731	3.155.106	3.768.992	3.376.676	3.057.101	2.963.724	2.624.683	2.254.307	1.787.167	4.445.112	15.789	37.248.388
2007	10.099.482	3.309.212	4.047.921	3.694.659	3.243.664	3.093.131	2.793.362	2.397.317	1.907.668	4.718.220	11.677	39.316.313
2008	10.404.328	3.522.231	4.304.929	4.056.677	3.467.145	3.188.280	2.961.607	2.529.095	2.051.176	4.973.744	8.807	41.468.019
2009	10.656.186	3.478.203	4.353.231	4.283.474	3.588.714	3.219.114	3.044.046	2.596.887	2.128.164	5.206.218	7.161	42.561.398
2010	11.244.796	3.621.189	4.530.059	4.711.626	3.843.989	3.366.502	3.180.554	2.703.092	2.246.051	5.484.389	5.103	44.937.350
2011	11.336.254	3.636.130	4.571.014	5.008.081	4.054.860	3.472.311	3.230.443	2.765.432	2.304.652	5.642.610	4.027	46.025.814
2012	11.759.124	3.710.736	4.703.745	5.280.669	4.365.403	3.609.286	3.302.430	2.883.643	2.389.085	5.838.447	3.524	47.846.092
2013	12.148.250	3.753.325	4.791.868	5.411.073	4.649.946	3.776.677	3.343.840	3.004.107	2.478.419	6.131.364	2.957	49.491.826
2014	12.321.798	3.732.065	4.714.529	5.472.054	4.914.888	3.915.494	3.381.371	3.105.858	2.560.624	6.411.018	2.049	50.531.748
2015	11.925.932	3.502.410	4.382.362	5.174.336	4.966.345	3.882.184	3.299.107	3.056.277	2.533.928	6.554.528	1.676	49.279.085
2016	11.479.744	3.260.287	4.021.315	4.839.076	4.938.918	3.849.424	3.207.039	2.950.664	2.488.618	6.649.302	879	47.685.266
2017	11.323.503	3.140.693	3.806.139	4.700.620	4.949.685	3.941.248	3.166.290	2.873.279	2.483.689	6.765.367	683	47.151.196
2018	11.292.674	3.082.331	3.663.273	4.616.159	4.921.934	4.088.298	3.216.732	2.817.479	2.504.516	6.934.580	619	47.138.595
2019	11.265.400	3.033.854	3.588.281	4.472.116	4.891.474	4.235.718	3.257.446	2.767.330	2.514.646	7.045.672	566	47.072.503
2020	11.304.755	2.980.486	3.579.012	4.408.713	4.864.590	4.483.369	3.365.150	2.788.935	2.534.323	7.227.727	343	47.537.403
2021	11.435.029	3.055.905	3.706.068	4.439.887	4.913.216	4.723.165	3.518.828	2.850.111	2.550.285	7.353.739	330	48.546.563

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - 2021

Gráfico 2 – Quantidade de beneficiários de planos de saúde por faixa etária em 2021



Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - 2021

Diante desses dados, é possível perceber que a quantidade de beneficiários de planos de assistência médica e odontológico é correlacionada à situação econômica da população: em momentos de crise e desemprego, parte das pessoas abre mão do plano de saúde por ser um bem considerado supérfluo. Observa-se também que o envelhecimento populacional do Brasil se reflete nas carteiras das operadoras, fazendo com que a quantidade de beneficiários idosos tenha aumentado nos últimos anos.

Se, por um lado, vemos esse comportamento de estabilidade no número de beneficiários nos últimos anos, não é o que observamos nas receitas e despesas das operadoras. De 2007 a 2018, ambas as métricas têm subido ano após ano, sempre com um crescimento percentual muito próximo entre os dois.

Se, comparando justamente os anos de 2007 e 2018, o crescimento de receitas é de aproximadamente 97% e a média ao longo dos 11 anos, 6%, e o de despesas, 103% de crescimento total e 7% de média, enquanto a quantidade de beneficiários cresceu, no mesmo período, 2% em média e 20% no total, como visto na tabela 4.

Tabela 4 – Comparativo entre o montante e o crescimento ano a ano de receitas, despesas e quantidade de beneficiários das operadoras de planos de saúde no Brasil de 2007 a 2018, com valores deflacionados

Ano	Receitas		Despesas		Beneficiários	
	Montante	Crescimento em relação ao ano anterior	Montante	Crescimento em relação ao ano anterior	Quantidade	Crescimento em relação ao ano anterior
2007	97.505.105.890	0%	78.565.392.327	0%	39.316.313	0%
2008	101.763.868.554	4%	81.765.185.725	4%	41.468.019	5%
2009	112.348.641.035	10%	93.262.742.110	14%	42.561.398	3%
2010	114.817.629.269	2%	93.243.145.498	0%	44.937.350	6%
2011	122.923.191.482	7%	101.321.499.824	9%	46.025.814	2%
2012	129.719.808.283	6%	110.219.035.764	9%	47.846.092	4%
2013	140.825.338.078	9%	118.656.665.466	8%	49.491.826	3%
2014	157.895.890.829	12%	134.205.469.653	13%	50.531.748	2%
2015	161.697.162.070	2%	136.793.546.806	2%	49.279.085	-2%
2016	170.481.492.837	5%	145.892.261.994	7%	47.682.170	-3%
2017	190.989.802.399	12%	161.709.791.029	11%	47.147.052	-1%
2018	192.070.062.637	1%	159.786.520.721	-1%	47.127.272	0%
Diferença entre 2007 e 2018		97%		103%		20%
Média de crescimento		6%		7%		2%

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - 2021

A partir dos comportamentos citados, deduz-se que o preço dos planos para os beneficiários e o custo dos sinistros para a operadora estão subindo cada vez mais. Uma vez que as receitas sobem, mas a quantidade de beneficiários não acompanha essa alta, o preço pago por cada usuário está aumentando. E se o número de usuários também não acompanha as despesas, é porque a quantidade e o custo dos sinistros estão cada vez mais altos também.

3. Assimetria de informação – Risco Moral e Seleção Adversa

A assimetria de informação é um termo criado e utilizado na microeconomia em situações onde há uma falha de mercado. Essa falha ocorre quando uma das partes de determinada negociação possui mais informações, sejam elas qualitativas ou quantitativas, do que a outra parte, fazendo com que a primeira leve vantagem frente à segunda. A assimetria de informação é a causadora do risco moral e da seleção adversa, dois casos onde há a alteração do comportamento do agente econômico. Alguns dos principais autores sobre o assunto, segundo Godoy, Balbinotto Neto e Barros (2009), são Arrow (1963), Pauly (1968), Arkelof (1970), Spence e Zeckhauser (1971), Rothschild e Stiglitz (1976) e Wilson (1977).

Introduzindo a assimetria de informação no mercado dos planos de saúde, observa-se que a mesma ocorre quando um beneficiário do plano passa a utilizar procedimentos e serviços médicos mais vezes do que utilizaria caso não tivesse adquirido um plano de saúde (BRUNETTI, 2010). Esse cenário é algo comum no setor de saúde suplementar, ou seja, é um mercado com uma alta tendência de sofrer com as informações assimétricas e, assim, de ter uma alta probabilidade de ocorrência de riscos.

Medeiros (2010), afirma sobre o tema:

As operadoras de planos de saúde ofertam um produto sujeito a um risco possível e incerto. Os usuários podem utilizar os prestadores de serviços de saúde mediante uma precificação prévia sem informação segura por parte da operadora da futura demanda de utilização dos consumidores. Diferentemente de outro setor de serviços, a operadora não tem garantia que as contribuições mensais serão suficientes para cobrir os custos de funcionamento e o custo de oportunidade econômico.

Dessa forma, para os gestores e responsáveis pelas operadoras, a presença de assimetria de informação, tanto a seleção adversa quanto o risco moral, é um dos grandes desafios e preocupações para assumir o risco de muitos indivíduos, manter a carteira saudável e que possua mutualismo, honrar os compromissos e custos de funcionamento e, ainda, obter lucro. O risco da assimetria de informação, na saúde suplementar, pode ocorrer em três níveis: entre médico e paciente, entre médico e operadora, e entre operadora e paciente (SÁ, 2012).

3.1. Risco Moral

Alves (2007) define o risco moral como:

O risco moral ocorre quando, na presença de seguro (ou plano), a estrutura de incentivos que o segurado se depara se altera, favorecendo a utilização de serviços para além do limite em que este utilizaria caso incorresse diretamente no pagamento dos serviços. Como o custo (monetário) marginal da utilização é zero, o beneficiário não tem incentivo suficiente para racionalizar sua demanda e provoca muitas vezes a utilização desnecessária de serviços alterando a distribuição de probabilidades associada à ocorrência do evento indenizável.

Em outras palavras, o risco moral acontece quando o indivíduo muda o seu comportamento mediante a situação econômica que lhe favorece. O risco moral pode ser classificado em risco moral *ex ante*, risco moral *ex post* e risco moral *ex post* dinâmico, onde os dois primeiros são caracterizados por Nishijima, Postali e Fava (2007) como:

Risco moral *ex ante*, relacionado à perda de incentivo em aumentar esforços preventivos, o que afeta a probabilidade de necessidade de serviço médicos; e risco moral *ex post*, tendo em vista que, uma vez assegurado, o agente tem um incentivo a demandar serviços médicos acima do socialmente ótimo.

Em outras palavras, o risco moral *ex ante* é aquele em que o indivíduo não tem os cuidados necessários com a saúde justamente por saber que tem um plano de saúde para usufruir, ao passo que o risco moral *ex post* é aquele onde o beneficiário, após a contratação do plano de saúde, passa a utilizar os serviços médicos de forma excessiva.

A terceira classificação, o risco moral *ex post* dinâmico, trata-se da situação em que o profissional da saúde adota um procedimento com tecnologia avançada, mas que possui um custo mais caro do que o necessário (STANCIOLI, 2002).

Nesse tipo de situação, o profissional da saúde é remunerado de acordo com a quantidade de consultas, procedimentos e serviços prestados, o que faz com que demandem serviços de forma e de custo desnecessários para seus pacientes. Estes, por sua vez, têm certa confiança no profissional e não duvidam ou questionam sobre os procedimentos (ANDRADE E PÔRTO JUNIOR, 2004).

Há muitos autores que estudaram e evidenciaram que o risco moral existe no mercado de saúde suplementar, como Tavares (2020) e Rizzotto, Lazaretti e Balbinotto Neto (2021) estando entre os mais recentes.

Tavares (2020) utilizou o modelo El Farol Bar para identificar o risco moral na relação entre beneficiários e operadoras, e concluiu que a assimetria de informação está presente tanto do lado da demanda quanto do da oferta. Em relação à demanda, os pacientes com plano sem coparticipação são os principais casos de risco moral, ao passo que há hospitais e clínicas, do lado da oferta, que solicitam mais serviços aos pacientes para que os ganhos aumentem.

Já Rizzotto, Lazaretti e Balbinotto Neto (2021) estudaram sobre o tema focando no período da pandemia do Coronavírus. Fizeram uso de 3 métodos estatísticos em seu estudo e identificaram que aqueles que possuíam plano de saúde no período procuraram atendimento e ajuda médica para realizar mais vezes os testes para identificar se estariam ou não infectados com o vírus, concluindo assim que houve a presença de risco moral.

Dessa forma, com o risco moral presente na relação entre operadora e beneficiário, cabe à operadora tentar minimizar esse problema para que maiores prejuízos não ocorram.

3.2. Seleção Adversa

Medeiros (2010) classifica a seleção adversa da seguinte forma:

A assimetria informacional ex-ante implica que as operadoras de planos de saúde desconhecem o risco preciso de cada usuário, sujeitando-se a atrair indivíduos de maior risco, alta propensão de utilização de serviços médicos, ocorrendo uma seleção adversa.

Isto é, esse fenômeno acontece quando não é possível diferenciar os produtos bons e ruins, e consiste na seleção, por parte da operadora, de indivíduos com risco maior que o risco médio da sociedade. Por exemplo: há a seleção adversa quando a operadora inclui na carteira de usuários uma pessoa idosa, obesa e hipertensa, e que fará bastante uso de procedimentos médicos e acarretará em gastos elevados para a operadora.

Godoy, Balbinotto Neto e Barros (2009) indicam que, entre a década de 1960 e 1998, o mercado de saúde suplementar funcionava sem qualquer regulação econômica. Durante esse período, as operadoras impunham em seus planos de saúde limitação na quantidade de consultas médicas por beneficiário como forma de driblar a seleção adversa e o risco moral. No entanto, após a regulamentação entrar em vigor, várias restrições foram impostas às operadoras, como cobertura ilimitada de consultas, internação

hospitalar sem limitação de prazo e criação de limites de cobrança de preço de acordo com a faixa etária (MAIA, 2004).

É importante que haja essa regulamentação para que, apesar de existirem inúmeros perfis de pessoas propensos a gerar um alto custo para as operadoras, exista o mutualismo e tais perfis possam adquirir um plano de saúde. A ideia do mutualismo no mercado de saúde suplementar é que muitas pessoas tenham e paguem planos de saúde para que poucos utilizem quando for necessário. E há, ainda, o lado ético. Não é certo uma operadora limitar um beneficiário de adquirir um plano simplesmente porque ela tem alta propensão a utilizar diversos procedimentos médicos, já que ela pode não os usar de fato.

Assim, é um desafio para os gestores as operadoras evitar uma seleção adversa, mas mantendo uma carteira em que haja a mutualidade.

Bem como no tópico 3.1., vários autores procuraram estudar e evidenciar a presença da seleção adversa no mercado suplementar. Nunes, Soares e Basílio (2014) utilizaram diversos modelos para comprovar a existência da seleção adversa, no entanto, os resultados não apontaram todos para o mesmo lado: alguns modelos indicam a presença, ao passo que outros, não.

Sá (2014) é outro autor que não afirma precisamente sobre o fato. Através do estudo de autores como Alves (2007), Andrade e Maia (2006), Simões (2003) e Guimarães e Leal (2008), ele diz que há divergência sobre a ideia, onde os dois primeiros estudos confirmam, enquanto os dois últimos refutam.

Portanto, a partir da bibliografia analisada, diferente do que aconteceu com o risco moral, não há evidências unânimes de que haja seleção adversa no mercado de saúde suplementar no Brasil. De todo modo, é sempre interessante pensar em estratégias para que a mesma não ocorra.

4. Estratégias para redução da sinistralidade

Há diversas possíveis soluções para o problema em questão. Há políticas sociais e campanhas socioeducativas que podem ter um grande impacto nos usuários dos planos, fazendo com que os mesmos tenham mais consciência do uso do plano assistencial e, assim, reduzam o custo do sinistro.

4.1. Incentivo às boas práticas

É de interesse do governo que a população esteja sempre o mais saudável possível, já que, como dito anteriormente, a saúde é um dos pilares para o desenvolvimento socioeconômico do país. Por isso, todos os anos são feitas diversas campanhas de saúde e que incentivam as pessoas a realizarem os famosos *check-ups*. Alguns exemplos, muito conhecidos por grande parte da população, são o Outubro Rosa e Novembro Azul, as campanhas de vacinação contra a gripe e, mais recentemente, contra o novo Coronavírus, a prevenção contra a obesidade infantil, entre muitos outros. Às operadoras de saúde, cabe aproveitar esses movimentos dos governos e procurar engajar e incentivar seus beneficiários a cuidar da própria saúde.

É importante frisar que a medicina preventiva é essencial para a tentativa de redução do total de sinistros. Agindo de forma preventiva e proativa, o usuário utiliza o plano de saúde moderadamente, uma vez que está acompanhando a saúde de perto e com frequência. Assim, é possível identificar doenças e complicações em seus estágios iniciais, e logo são tratadas (já que o tratamento pode ser aprimorado, maiores complicações podem ser evitadas e há maior chance de sucesso). Assim, a utilização de serviços médico-hospitalares em caso de emergência, que é o momento onde o gasto tem a tendência de ser mais elevado, tende a ser menor, diminuindo também a sinistralidade.

Há de se ressaltar que se trata de uma tendência. As ocorrências de *check-ups* e exames preventivos não garantem que os custos diminuam: há a possibilidade de um beneficiário realizar os exames corretamente e com a frequência exata, a cada ano, mas repentinamente aparecer alguma doença ou dificuldade de saúde que vá ocasionar em altos gastos. Ou seja, mesmo com todo cuidado do indivíduo, é possível que fazer *check-ups* frequentemente não necessariamente acarrete em custos menores.

De qualquer forma, as operadoras de saúde podem e devem incentivar seus usuários a realizarem os exames preventivos. Um dos focos deve ser os clientes que são empresas, já que, como visto no tópico 2.1.1, 70% dos planos contratados no Brasil são empresariais. Na 30ª Pesquisa de Benefícios Corporativos de 2021 da MercerMarsh Benefícios, é visto que a maioria das empresas não priorizam essa questão: somente 12% das 737 empresas que participaram da pesquisa possuem um programa estruturado de saúde e bem-estar. É bem verdade que praticamente todas tiveram uma melhora nos indicadores da edição anterior para a de 2021, mas os números ainda são baixos.

Gráfico 3 – Pesquisa sobre o percentual de empresas com programa estruturado de saúde e bem-estar em 2021



Fonte: MercerMarsh Benefícios - 2021

O que pode ajudar a melhorar a situação é o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, que foi instituído pela ANS em 2018 a partir da Resolução Normativa - RN nº 440 (12/2018). Tal programa procura chegar a um modelo de gestão para que as boas práticas sejam cumpridas por parte das empresas. Com a implantação de uma certificação, as empresas ficam pressionadas a melhorar seus programas de saúde e bem-estar. E cabe às operadoras de saúde acompanharem de perto a questão.

Outra alternativa de incentivo, agora para as pessoas físicas, é conceder descontos e vantagens aos usuários com bons hábitos de saúde e/ou bons históricos familiares. E os bons hábitos não se restringem apenas à ida às consultas e exames médicos periódicos. Ao estimular os usuários a terem uma boa alimentação e a praticarem atividades físicas regularmente, a utilização do plano de saúde tende a diminuir, bem como o custo dos sinistros. Isso acontece, porque doenças como obesidade, hipertensão e diabetes (reconhecidas por terem uma alta muito taxa no nosso país) são amenizadas com práticas saudáveis. Nilson, Andrade, Brito e Oliveira (2009), por exemplo, mostram que, no ano de 2008, a hipertensão, a diabetes e a obesidade custaram ao SUS 3,45 bilhões de reais, e afirmam que a alimentação inadequada é a principal causadora das doenças.

Além das enfermidades citadas, a saúde mental é um ponto de extrema importância, principalmente no período pós pandemia do Coronavírus. Almada, Deluque

Júnior, Marton e do Carmo (2021) afirmam que muitos dos problemas psicológicos foram gerados a partir da pandemia e eles são preocupantes, mas os impactos desses problemas podem ser amenizados a partir da prática de atividades físicas. Entretanto, salientam que é importante o acompanhamento profissional, uma vez que sem o acompanhamento, não é possível garantir que os exercícios físicos são realizados da forma correta.

Diante do apontamento do acompanhamento profissional em atividades físicas, é possível considerar a ideia da concessão de descontos e vantagens a partir de parcerias. O mais habitual é pensar em parceria com academias (principalmente as grandes redes) ou até grupos de corridas, onde a dinâmica poderia ocorrer da seguinte forma: o usuário do plano de saúde tem a oportunidade de frequentar determinada academia com isenção da primeira mensalidade ou um desconto percentual nos três primeiros meses. Essa iniciativa é vantajosa para os três componentes: operadora, usuário e estabelecimento comercial. A academia ganha novos alunos, o usuário ganha descontos para ter uma vida mais saudável, e a operadora tem a chance de diminuir a sinistralidade. Seguindo nessa linha de raciocínio, também pode-se considerar restaurantes e demais estabelecimentos comerciais do ramo alimentício, e até as empresas que se tornam clientes.

Essa última opção ocorre quando uma empresa quer contratar um plano de saúde empresarial e conceder o benefício para todos os seus funcionários (trata-se do plano coletivo empresarial). É uma parceria interessante, já que é possível combinar que a própria empresa incentive seus funcionários a realizar exames periodicamente, a ter uma boa alimentação e praticar atividades físicas, além de poder incluir ginástica laboral e oferta de refeições saudáveis dentro do ambiente de trabalho. Essa estratégia pode gerar um desconto para a própria empresa no momento de contratação ou renovação do plano e, para a operadora, pode ser eficaz na diminuição da utilização do plano por parte dos usuários: por ser um canal (empresa-funcionário) muito mais próximo do usuário final do que a relação operadora-usuário, as pessoas podem estar mais abertas às campanhas e se tornam mais conscientes.

4.2. Utilização da tecnologia

Com o avanço cada vez mais rápido da tecnologia, é de suma importância que as operadoras acompanhem o processo e atualizem suas metodologias e ferramentas para controle dos seus recursos e as utilizem da melhor forma possível. A obtenção de novas

tecnologias e informações são essenciais para melhorar o sistema de saúde e, conseqüentemente, para reduzir a sinistralidade.

Ao fazer uso de tecnologias como inteligência artificial, *machine learning* e algoritmos, tanto a experiência do cliente quanto a do funcionário se tornam mais satisfatórias e obtém-se melhores resultados. Raduenz e Fernandes (2020) apontam em seu estudo que a utilização de *machine learning* para auditoria em contas médicas é bastante eficiente, uma vez que a capacidade humana se torna cada vez mais limitada frente à quantidade de dados existentes a serem analisados. O grande porém do uso da tecnologia é justamente a questão humana: para que as técnicas de *machine learning* e algoritmos sejam eficazes e tragam bons resultados, é necessário garantir a qualidade das bases de dados utilizadas. Mas se as bases não estiverem devidamente preenchidas (o que é de competência humana), com registros completos e variáveis padronizadas, o processo pode trazer um resultado inesperado, já que será feito em cima dos dados errados.

A criação de um prontuário eletrônico (contendo dados pessoais, histórico familiar, protocolos de exames e procedimentos com data, local e resultado, recursos utilizados, e demais informações que podem ser relevantes), por exemplo, é possível com a tecnologia existente hoje em dia e é uma forma de diminuir as fraudes e procedimentos desnecessários. O paciente irá a uma consulta médica com o prontuário eletrônico e, durante a consulta, ele não precisará contar e detalhar tudo o que está sentindo e passando, uma vez que o médico terá todo o histórico do paciente em mãos. Para o médico, com informações documentadas, o profissional teria maior precisão para dar um diagnóstico; para o paciente, há a comodidade de não precisar portar papeis e exames, além de sentir mais segurança com o *feedback* do médico. Gonçalves, Batista, Carvalho, Oliveira, Moreira e Leite (2013) apontam que o prontuário eletrônico gera uma qualidade no atendimento e traz muitos benefícios à gestão pública. Os grandes problemas dessa alternativa são o custo de implantação e a capacitação e adaptação dos profissionais com a tecnologia em questão, ponto também citado por Canêo e Rondina (2014). Ao final, entretanto, a ferramenta traz mais benefícios do que prejuízos.

Além disso, com a obtenção das informações e relatórios de todos os pacientes da carteira, é possível criar modelos estatísticos que mostrem, por exemplo, quais doenças estão ocorrendo com maior frequência ou quais procedimentos estão sendo mais procurados, podendo assim criar classificações e grupos de riscos ou de enfermidades, para, posteriormente, intensificar os incentivos às boas práticas citadas no tópico anterior.

Outra solução advinda da tecnologia para tornar a experiência do cliente ainda melhor é melhorar os canais de atendimento e o aplicativo de smartphones da operadora. *Softwares* atuais controlam dados e permitem visualizar dados em tempo real, como por exemplo, os médicos especialistas mais próximos, horário de funcionamento de determinada clínica ou laboratório, além do possível próprio prontuário, transformando o atendimento em algo mais personalizado. Tais funcionalidades já existem em muitos aplicativos (principalmente os das grandes operadoras), mas são passíveis de melhorias. E, ao tornar a experiência do cliente mais satisfatória, o resultado tende a ser melhor.

Por fim, há a questão das redes sociais, que tem crescido muito nos últimos anos e até se tornou ferramenta de trabalho para muitas pessoas. É sabido que a população em geral tem ficado cada vez mais em frente aos celulares e redes sociais. Uma estratégia por parte da operadora é investir nesse meio, seja com propagandas patrocinadas nas principais redes, seja tornando o próprio perfil mais atraente e comunicativo. As campanhas de conscientização ditas anteriormente podem ser expostas com mais frequência se postadas em redes sociais, trazendo um resultado melhor.

4.3. Utilização do método de coparticipação

A coparticipação é uma medida já bastante utilizada por muitas operadoras. Segundo a ANS, em seu Glossário Temático de Saúde Suplementar, coparticipação é um:

Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Ou seja, a coparticipação é um mecanismo que as operadoras de saúde utilizam para que o beneficiário arque com parte do custo das consultas e procedimentos médicos, fazendo com que a utilização dos planos saúde se torne mais consciente, uma vez que os indivíduos serão mais cuidadosos com a saúde para evitar gastos com a mesma. No fim, a tendência é que a sinistralidade acabe diminuindo.

Outra alternativa de regulação financeira é a franquia, que, segundo a ANS, é um:

Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao

beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

Em outras palavras, a franquia é um mecanismo onde o beneficiário deve arcar com um valor pré estabelecido para utilizar o procedimento médico e, após ultrapassar esse valor, a operadora de saúde passa custear.

Além de trazer essa conscientização, ambas as medidas reduzem o risco de fraude. Bilhões de reais são gastos anualmente devido a desperdícios derivados de procedimentos desnecessários: segundo o IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), em 2017, foram gastos 28 bilhões de reais desnecessariamente pelas operadoras de saúde, o que equivale a 19% dos gastos totais no período. Assim, ao reduzir o risco de fraude, reduz-se também os gastos e custos de sinistros. A prática, inclusive, é apontada por Andrade e Pôrto Junior (2004) e Brunetti (2010), que afirmam que a coparticipação é uma estratégia eficiente no combate ao risco moral e na redução das despesas médico-hospitalares. Já Cota e Silva (2019) concluem que a utilização do mecanismo de coparticipação tem como principal função o fator moderador de custos assistenciais, além de ajudar a reduzir os valores de contraprestações efetivas através da redução dos reajustes das mensalidades e melhor equilíbrio financeiro dos contratos que possuem o mecanismo.

Gráfico 4 – Pesquisa sobre a utilização do método de coparticipação nas empresas entre 2015 e 2021



Fonte: MercerMarsh Benefícios - 2021

Na mesma Pesquisa de Benefícios Corporativos da MercerMarsh Benefícios (citada no tópico 4.1. Incentivo às boas práticas), mostra-se que, em 2015, 51% das operadoras de saúde aplicavam o método de coparticipação, tendo subido para 74% em 2019 e mantido esse percentual em 2021. Outro percentual que aumentou no mesmo período foi o da coparticipação média, ou seja, do valor que o beneficiário contribui em cada evento: de 22% em 2015 para 24% em 2021.

Assim, nessa possível solução da coparticipação, trazendo de volta à prática do incentivo, há alguns modelos de coparticipação que a operadora pode adotar: cobrar um percentual (78% das operadoras aplicam essa forma), um valor fixo (12%) ou um valor fixo e percentual (10%). Outras medidas, como a isenção de crônicos e gestantes, desconto do valor excedente no mês subsequente, ou não aplicação de franquia para internação são alternativas para a tentativa de redução do risco e de gastos.

5. Conclusão e Considerações Finais

As operadoras de planos de saúde, ao ofertarem um produto que é, de certa forma, subjetivo e com alta volatilidade (ou seja, que há diversos perfis de clientes, com inúmeras doenças e complicações, além de variados tipos de procedimentos médicos), estão sujeitas ao risco de ter uma alta sinistralidade, que é o que vem ocorrendo no mercado brasileiro nos últimos anos. Assim, cabe aos responsáveis pelas operadoras potencializar o lucro e bom resultado, e mitigar esse risco e problema.

Como visto ao longo do trabalho, a assimetria de informações é uma questão existente na saúde suplementar, ainda que haja dúvidas sobre a presença da seleção adversa. De qualquer forma, é importante sempre estar atento e tentar se blindar dela, além do risco moral, cuja existência tem uma grande probabilidade de ocorrer.

Há estratégias que podem solucionar o problema e muitas delas já estão em prática, basta que sejam aperfeiçoadas. As três opções macro citadas no texto – 1) incentivo às boas práticas (realização de exames periódicos e preventivos, atividades físicas e alimentação saudável); 2) utilização da tecnologia; e 3) utilização do método de coparticipação – são as principais alternativas para a redução do alto custo de sinistro. É um trabalho árduo, já que trata-se de um produto volátil que depende da ação dos usuários do plano, tanto beneficiários quanto médicos e profissionais da saúde, e não será um problema resolvido no curto prazo, como é visto no histórico de anos de ascensão da sinistralidade. Mas é necessário mudar o cenário, mesmo que aos poucos, para colher os frutos no médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almada, Matheus Cabanha Paniago; Deluque Júnior, Romano; Marton, Cesar Augusto; Carmo, Mariane Moreira Ramiro do. **Saúde Mental e a Prática de Atividades Físicas na Quarentena: Um Ensaio de Discussão Teórica**. São Paulo, 2020.

Alves, Sandro Leal. Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção no mercado brasileiro de saúde suplementar. **Latin American and Caribbean Law and Economics Association (ALACDE) - Annual Papers**. Paper 050207-10, Berkeley, 2007.

Andrade, Luciana Pinto de; Porto Júnior, Sabino da Silva. O problema de risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Revista Análise Econômica da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS**, ano 22, v. 41, 2004.

Brunetti, Lucas. **Assimetria de Informação Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar: Testando a Eficiência dos Planos de Cosseguro**. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2010.

Canêo, Paula Krauter; Rondina, João Marcelo. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6. 2014.

Cota, Isamara Silva Cota; Silva, Fabiana Lopes da. Análise da Evolução dos Custos Assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde Considerando Fator Moderador. **Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis e Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos da FEA (Redeca)**, 2019.

Gil, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. V.6. 2008.

Godoy, Márcia Regina; Balbinotto Neto, Giacomo; Barros, Pedro Pitta. A Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar no Brasil e Risco Moral: Uma Aplicação da Regressão Quantílica Para Dados de Contagem. **Latin American and Caribbean Law and Economics Association (ALACDE) - Annual Papers**, 2009.

Gonçalves, João Paulo Pereira; Batista, Larice Rodrigues; Carvalho, Larissa Mendes; Oliveira, Michelle Pimenta; Moreira, Kênia Souto; Leite, Maísa Tavares de Souza. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 37. 2013.

Maia, Ana Carolina. **Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

Medeiros, Marcio Lima. **As Falhas de Mercado e os Mecanismos de Regulação da Saúde Suplementar no Brasil com Uma Abordagem das Novas Responsabilidades para os Agentes Desse Mercado**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

Nilson, Eduardo Augusto Fernandes; Andrade, Rafaella da Costa Santin; Brito, Daniela Aquino de; Oliveira, Michele Lessa de. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008. **Pan American Journal of Public Health**, v. 43. 2019.

Nunes, André; Soares, Fernando Antônio Ribeiro; Basílio, Flávio Augusto Correa. A Regulação do Mercado de Saúde e os Efeitos sobre a Seleção Adversa. **Revista de Economia da Universidade Federal do Paraná**, v. 42. 2014.

Nishijima, Marislei; Postali, Fernando Antonio Slaibe; Fava, Vera Lucia. Consumo de Serviços Médicos e Risco Moral No Mercado de Seguro de Saúde Brasileiro. **XXXV Encontro Nacional de Economia**. 2007.

Raduenz, Jean Carlo; Fernandes, Anita Maria da Rocha. Um Levantamento sobre o uso de algoritmos de aprendizado de máquina em auditorias de planos de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS)**, São Paulo, 2020.

Rizzotto, Júlia Sbroglio; Lazaretti, Lauana Rosetto; Balbinotto Neto, Giácomo. **A Existência de risco moral em contratos de seguro saúde durante a pandemia da Covid-19**. 2021.

Sá, Marcelo Coelho de. Risco Moral e seleção adversa de beneficiários no mercado de saúde suplementar. **XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. 2012.

Stancioli, Anderson Eduardo. **Incentivos e Risco Moral nos Planos de Saúde no Brasil**. 2002.

Tavares, Jean Max. Risco Moral no mercado de saúde suplementar: uma aplicação do modelo “El Farol Bar”. **Pista: Periódico Interdisciplinar**, v. 2. 2010.

Referências eletrônicas:

Dados gerais e indicadores ANS. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> >. Acesso em: 01 Dez. 2022

Formas de contratação de planos de saúde. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude> >. Acesso em: 01 Dez. 2022

Histórico ANS. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico> >. Acesso em: 01 Dez. 2022

IESS Data. Disponível em: < <https://iessdata.iess.org.br/dados/bmh>>. Acesso em: 13 Nov. 2021

MercerMarsh Benefícios. 30ª Pesquisa de Benefícios Corporativos, edição 2021.

Projeção IBGE. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> >. Acesso em: 16 Nov. 2021

Publicação IESS. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-assinara-acordo-de-cooperacao-em-atencao-primaria-a-saude>>. Acesso em 01 Dez 2022

Publicação IESS. Disponível em: <<https://iess.org.br/publicacao/blog/r-28-bilhoes-em-fraudes-e-desperdicios>>. Acesso em 01 Dez 2022