



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA E CIÊNCIAS ATUARIAIS



RAFAEL ABREU COSTA MAGALHÃES

**A DESPESA NÃO ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
MÉDICO-HOSPITALARES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2019 E A
INFLUÊNCIA DO PORTE NA SOLVÊNCIA E COMPETITIVIDADE DESTAS
EMPRESAS**

São Cristóvão - SE

2025

RAFAEL ABREU COSTA MAGALHÃES

**A DESPESA NÃO ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
MÉDICO-HOSPITALARES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2019 E A
INFLUÊNCIA DO PORTE NA SOLVÊNCIA E COMPETITIVIDADE DESTAS
EMPRESAS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Estatística e Ciências Atuariais da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Professor Dr. Marcelo Coelho de Sá

Coorientador: Professor Me. José Nazareno Maciel Júnior

São Cristóvão - SE

2025

RAFAEL ABREU COSTA MAGALHÃES

**A DESPESA NÃO ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
MÉDICO-HOSPITALARES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2019 E A
INFLUÊNCIA DO PORTE NA SOLVÊNCIA E COMPETITIVIDADE DESTAS
EMPRESAS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Departamento de Estatística e
Ciências Atuariais da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovado em ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Marcelo Coelho de Sá
Universidade Federal de Sergipe (1º Examinador e orientador)

Professora Dra. Cristiane Silva Correa
Universidade Federal de Sergipe (2ª Examinadora)

Professor Dr. Carlos Raphael Araújo Daniel
Universidade Federal de Sergipe (3º Examinador)

Professor Me. José Nazareno Maciel Júnior
Universidade Federal do Ceará (Coorientador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa Larissa que esteve ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e me incentivando. Sem ela, eu não teria tido a motivação e a força necessária para superar os desafios e obstáculos que surgiram ao longo deste processo. Sua paciência, compreensão e amor incondicional foram imprescindíveis para que eu pudesse dedicar todo o meu tempo e esforço neste trabalho. Também não posso deixar de agradecer à minha filha Lília que é a razão de todo o meu esforço e dedicação. Seu amor e sua presença em minha vida me inspiram a ser uma pessoa melhor a cada dia. Sem elas, este trabalho não seria possível.

Gostaria também de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Marcelo Coelho de Sá, pelo apoio e paciência durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

Destaco ainda a honra de ter recebido a coorientação do Professor Mestre José Nazareno Maciel Júnior que brindou o presente trabalho com suas ideias e soluções.

Registro também minha gratidão aos professores do Departamento de Estatística e Ciências Atuariais, os quais contribuíram para minha formação acadêmica.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Sergipe que me proporcionou a oportunidade de vivenciar uma experiência acadêmica estimulante e desafiadora.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a despesa não assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil no período de 2011 a 2019 e a influência do porte para uma melhor competitividade. Para alcançar este objetivo, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o Setor de Saúde Suplementar e seus desafios, Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Despesas não assistenciais. Utilizou-se o banco de dados ANS TabNet como fonte fundamental da pesquisa. A estatística básica de dados foi utilizada para sumarizar as informações, elaborar estatísticas descritivas, aplicar regressões e realizar estimativas. Calculou-se os indicadores econômico-financeiros de Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade, Índice de Despesa de Comercialização, Índice de Despesa Administrativa e Índice Combinado. O resultado do estudo revelou o segredo da lucratividade das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares de grande porte, demonstrando que as Despesas não assistenciais voltadas à manutenção das operações administrativas das operadoras de Planos de saúde tendem a ser diluídas na medida em que há o incremento da massa de beneficiários, tornando lucrativas as operadoras de maior porte.

Palavras-chaves: OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALAR; DESPESA NÃO ASSISTENCIAL; PORTE DAS OPERADORAS.

ABSTRACT

This study aims to analyze the non-medical expenses of medical-hospital health plan operators in Brazil from 2011 to 2019 and the influence of size on competitiveness. To achieve this objective, a literature review was conducted on the Supplemental Health Sector and its challenges, Health Plan Operators, and non-medical expenses. The ANS TabNet database was utilized as a fundamental source for the research. Basic statistical data was employed to summarize the information, develop descriptive statistics, apply regressions, and perform estimations. Economic-financial indicators such as Gross Profit Margin, Claims Ratio, Marketing Expense Ratio, Administrative Expense Ratio, and Combined Ratio were calculated. The results of the study revealed the key to the profitability of large medical-hospital health plan operators, demonstrating that non-medical expenses related to the maintenance of the operators' administrative operations tend to be diluted as the beneficiary base increases, making larger operators more profitable.

Keywords: MEDICAL-HOSPITAL HEALTH PLAN OPERATORS; NON-MEDICAL EXPENSES; OPERATOR SIZE.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Principais fatores do crescimento dos custos de assistência médica	Pag. 23
Figura 2	Box Plot do Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019.....	Pag. 42
Figura 3	Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários	Pag. 46
Figura 4	Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários	Pag. 47
Figura 5	Sinistralidade (DM) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários.....	Pag. 48
Figura 6	Índice Combinado (COMB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários	Pag. 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estratos das Operadoras de Planos de Saúde (OPS).....	Pag. 32
Tabela 2	Códigos de registro na ANS que foram aglutinados.....	Pag. 39
Tabela 3	Medidas e valores extraídos do Box Plot realizado para o Índice de despesa administrativa (DA) mais o Índice de despesa de comercialização (DC)	Pag. 42
Tabela 4	Estratos pós-filtros, aglutinações e exclusão de outliers das Operadoras de Planos de Saúde (OPS)	Pag. 43
Tabela 5	Estratos pós-filtros, aglutinações e exclusão das OPS outliers do banco de dados.....	Pag. 45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dicionário de variáveis da base de dados	Pag. 30
Quadro 2	Indicadores econômico-financeiros	Pag. 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CCT	Contraprestações de corresponsabilidade cedida
COMB	Índice Combinado
DA	Índice de Despesa de Administrativas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DC	Índice de Despesa de Comercialização
DM	Índice de Despesas Médicas
MLB	Margem de Lucro Bruto
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1. Objetivo Geral	15
3.2. Objetivos Específicos	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1 Setor de Saúde Suplementar: conceitos e regulamentação	16
4.1.1 O mercado de saúde suplementar	19
4.2 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e o gerenciamento das despesas não assistenciais	20
4.2.1 Desafios do setor de saúde suplementar	22
4.2.2 Despesas não assistenciais	24
5 METODOLOGIA.....	26
5.1 Dados	26
5.2 Desenvolvimento dos indicadores	31
5.3 Tratamento da base de dados	37
6 RESULTADOS	44
7 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE a.....	56
APÊNDICE B.....	57

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu artigo 6º garante a todos os cidadãos do país o direito à saúde. Como forma de salvaguardar este direito social, o artigo 194 assegura a existência da Seguridade Social que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, estas destinadas a proteger os direitos relativos à saúde.

Mais adiante, a Constituição Federal no artigo 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, admitindo em seu artigo 199 que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada e que as instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio (Brasil, 1988).

Segundo a Lei nº 8.080/1990 o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, bem como pela iniciativa privada de forma complementar (Brasil, 1990b). Paralelamente aos sistemas público e complementar existe o setor de saúde suplementar, o qual funciona por meio de operadoras que comercializam planos e seguros privados de assistência à saúde, intermediando a relação entre consumidores e prestadores de serviços de saúde (Baird, 2017).

Os termos ‘complementar’ e ‘suplementar’ em determinadas situações podem ser confundidos como sinônimos. Contudo, analisando semanticamente o termo 'complementar' este se refere a complemento, a algo que falta para completar um todo, já ‘suplementar’ diz respeito a algo que se acrescenta e, portanto, extrapola o todo. Neste caso, é possível interpretar o sistema complementar como algo que inteira o SUS, enquanto o sistema suplementar oferta serviços adicionais (Werneck, 2010).

Diante da liberdade de iniciativa assegurada pelo artigo 199 da Constituição, o legislador federal percebeu a necessidade de regulação das atividades do setor privado de prestação de serviços de saúde. A edição da Lei Federal nº 9.961/2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi um marco importantíssimo para o setor de saúde suplementar no país (Brasil, 2000).

A ANS foi criada para fiscalizar e organizar as atividades de assistência suplementar à saúde, promovendo a defesa do interesse público e regulando as operadoras de planos de assistência à saúde (Brasil, 2000). Segundo a Lei Federal nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para obter a autorização de funcionamento, as operadoras devem satisfazer uma série de requisitos, dentre eles a demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos (Brasil, 1998).

Segundo os dados disponíveis no site da ANS sobre as operadoras de assistência médica, existem hoje mais de 52 milhões de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalar vinculados a algum tipo de produto oferecido pelas operadoras de planos de saúde (OPS). Tais números implicam numa taxa de cobertura de 25,69% da população brasileira, com 670 operadoras de assistência médica ativas no país e 20.850 de planos de saúde (ANS, 2025c).

Informações do 4º trimestre de 2024 demonstram que esse setor envolve montantes financeiros bilionários, haja vista que nesse período, em relação às receitas de contraprestações, as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde receberam mais de 309 bilhões de reais e desembolsaram mais de 258 bilhões de reais com despesas assistenciais (ANS, 2025c). Ocorre que os planos de saúde vêm enfrentando grandes desafios nos últimos anos, tais como resultados financeiros deficitários, reclamações sobre o gerenciamento das ações de saúde, fraudes nos reembolsos e crescente judicialização.

Diante desse cenário, o presente trabalho de conclusão de curso tem o intuito de analisar a despesa não assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil no período de 2011 a 2019, a influência do porte na solvência e competitividade destas empresas. Questiona-se, para tanto, se uma baixa despesa não assistencial é preponderante para que as operadoras de planos de assistência à saúde consigam se manter em atuação no mercado, bem como se o porte dessas empresas tem influência direta na competitividade dentro do setor.

A parte inicial da pesquisa é dedicada à revisão de literatura sobre o tema em análise, com o detalhamento dos conceitos, da legislação e dos artigos científicos que envolvem esse assunto, disponíveis em acervos acessíveis ao público em meio físico, bem como em formato digital por meio da internet, com o escopo de contextualizar o objeto da pesquisa.

Em seguida a pesquisa utilizará a estatística descritiva com a finalidade de extrair, de forma científica, indicadores referentes ao banco de dados da ANS. Ao final, serão apresentados os resultados e as conclusões do presente estudo.

2 JUSTIFICATIVA

A gestão de recursos financeiros é um desafio constante na vida empresarial, a falta de planejamento administrativo pode gerar consequências negativas com o passar do tempo. O presente estudo focou sua análise na realidade financeira e administrativa das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil, um setor que equaciona o viés da assistência à saúde com seus objetivos econômicos (ANS, 2019).

No modelo de saúde brasileiro o setor suplementar ocupa uma posição essencial, tendo em vista que atua como uma alternativa ao fornecimento de serviços e procedimentos médico-hospitalares para uma parcela significativa da população e, com isso, acaba por descomprimir as altas demandas do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988).

Esse grupo de operadoras carrega consigo muita responsabilidade para com a sociedade, tendo em vista que além da existência dos profissionais de saúde associados às suas estruturas, existem milhões de clientes que ao efetuarem o pagamento de suas contraprestações, depositam nessas instituições inteira responsabilidade pela cobertura de exames médicos e tratamentos de saúde que eventualmente possam necessitar (ANS, 2025c).

Nesse contexto, é que se justifica o presente trabalho, que ao analisar os dados referentes à receita e às despesas dessas instituições (ANS, 2025a), tenta demonstrar a relação entre o porte das operadoras de planos de saúde e suas despesas administrativas, e, como essa relação produz reflexos diretamente no resultado financeiro e competitividade dessas empresas. Com o propósito de auxiliar a tomada de decisões das operadoras de planos de saúde e seus respectivos *stakeholders*, a presente análise não tem o propósito de esgotar o tema, mas apenas contribuir para o debate e discussão do assunto.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a despesa não assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil no período de 2011 a 2019 e a influência do porte na solvência e competitividade das operadoras.

3.2. Objetivos Específicos

- Analisar os dados de receita e despesas das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil;
- Apresentar os seguintes indicadores: Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade, Índice de Despesa de Comercialização, Índice de Despesa Administrativa e Índice Combinado das operadoras de planos de saúde selecionadas no estudo;
- Demonstrar a relação existente entre o porte da operadora de plano de saúde e sua despesa não assistencial e como essa relação produz reflexos diretamente no resultado financeiro e competitividade dessas empresas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Setor de Saúde Suplementar: conceitos e regulamentação

O direito fundamental à saúde é de ampla relevância pública e interliga-se diretamente com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, sendo multidimensional. É irrefutável que as pessoas necessitam gozar de boas condições físicas e psíquicas para se desenvolverem socialmente de forma digna (Brasil, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (1946), por ocasião do seu documento constitutivo, foi taxativa ao expressar que para gozar de uma saúde plena não basta a ausência de enfermidades, é preciso um olhar holístico sobre o bem estar físico e mental. Em sua concretização, o direito à saúde possui caráter abrangente e impõe o dever de prover as condições adequadas que permitam às pessoas o desenvolvimento pleno de suas capacidades. Reveste-se, portanto, de características de interesse individual e coletivo. A dimensão individual refere-se ao dever do Estado na assistência à saúde a cada indivíduo, e, a tutela coletiva relaciona-se ao modo de vida em comunidade que repercute sobre a questão sanitária geral.

O ordenamento jurídico brasileiro garante o direito à saúde no âmbito da Constituição Federal mediante políticas sociais e econômicas que tenham por objetivo a redução do risco de doenças e o acesso universal e igualitário de medidas voltadas para sua assistência, estando agrupado no conjunto de direitos sociais (Brasil, 1988). Ressalta-se que antes da redemocratização com a promulgação da Constituição cidadã, o serviço de saúde funcionava como um benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores segurados (Aciole, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado no Brasil pela Constituição Federal de 1988, sendo composto por ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas de todos os entes federativos (Brasil, 1990b). A execução do SUS deve ter como norte os princípios da universalidade, garantindo o atendimento a todos, da equidade, com garantia de ações e serviços de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade requerida por cada caso e da integralidade, assegurando que todo indivíduo deve ser analisado como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, onde a unidade prestadora de serviço deve ser capaz de prestar atendimento integral (Carvalho; Barbosa, 2010).

Outrossim, há também na Constituição Federal o permissivo legal para que o setor privado possa participar dessa seara por meio do sistema suplementar de saúde, que engloba serviços de cobertura de riscos relacionados à assistência da saúde e funciona por intermédio dos planos e seguros de saúde privados. Estabeleceu-se um mosaico público-privado na assistência à saúde em uma interface que, compreendendo a polaridade dialética entre Estado e Mercado, prima por uma relação de interdependência e interpenetração entre essas duas dimensões no âmbito operacional (Aciole, 2013).

Atuando como uma alternativa à assistência médica pública, o setor suplementar se consolidou em razão das limitações operacionais do sistema ofertado pelas instituições governamentais, atuando como uma ponte entre a assistência à saúde e os interesses privados dos prestadores e tomadores de serviços médico-hospitalares. O escalabilidade do mercado de planos de saúde colocou no radar governamental a necessidade de uma agenda no sentido de regulamentar o âmbito de atuação econômico e assistencial dessa prestação de serviços cujo objeto maior é o bem-estar físico e mental dos clientes, e, por conseguinte, da sua dignidade (Brasil, 1988).

As relações jurídicas entre os consumidores e as empresas que promovem serviços de assistência à saúde estão amparadas pelo Código de Defesa do Consumidor, haja vista a relação de consumo existente e o caráter principiológico da norma (Brasil, 1990a). Após anos de atuação do mercado assistencial brasileiro sem que essa atividade comercial fosse regida por uma legislação específica, foi promulgada a Lei 9.656/98, considerada o Marco Regulatório do Sistema Suplementar de Saúde, na qual foi delimitado o conceito de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) como sendo pessoas jurídicas de direito privado que ofereçam prestação de serviço médico, hospitalar ou odontológico mediante contraprestação financeira (Brasil, 1998).

Há que se ressaltar a dimensão temporal de aplicação desse normativo que regulamentou somente as relações jurídicas firmadas após o advento da legislação de regência dessa atividade comercial. Os planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98, denominados “não regulados”, seguem regidos pelo Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990a).

A lei que regulamenta aqueles planos e seguros privados buscou compatibilizar a dualidade entre a questão assistencial que envolve o direito à saúde e o campo econômico que rege essa prestação de serviço, tendo estabelecido parâmetros referentes ao tratamento isonômico dos beneficiários, à utilização de um patamar mínimo de serviços e a uma cobertura básica de assistência, bem como em relação à diretrizes para o funcionamento do setor como

um todo, vedando a denominada seleção de riscos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021).

A Lei 9.961/2000 definiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como sendo uma entidade autárquica vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação nacional, a qual possui competência para regular, normatizar e fiscalizar as atividades privadas do setor de saúde suplementar (Brasil, 2000). Compete à ANS publicar normas com vistas a padronizar o registro das prestadoras privadas de serviço de saúde, a estabelecer condições contratuais mínimas, a condicionar a realização de reajustes financeiros e a definir o rol de procedimentos que compõem a cobertura padrão dos planos de saúde (Brasil, 1988).

As agências reguladoras consistem também em espaços de mediação de conflitos entre os diferentes atores componentes do mercado regulado e buscam, dessa forma, solucionar problemas nos quais existam interesses divergentes (Salvatori e Ventura 2012, p. 115).

Sobre a questão do rol de procedimentos que constituem a cobertura essencial dos planos de saúde privados, Borges e Farias (2022) explicam que a sua alteração deve ser realizada de forma transparente e sistemática, devendo observar o alinhamento das políticas nacionais de saúde e da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor de saúde suplementar, com destaque também para a observância das evidências científicas ligadas à incorporação das tecnologias à citada lista, sob pena de comprometimento da sustentabilidade desse setor.

Em seu painel de normas, denominado Atos Normativos da ANS: aperfeiçoamento do ambiente regulatório, a agência reguladora informa que atualmente estão vigentes 222 normas que tratam sobre o seu objeto finalístico, 27 regramentos sobre sua gestão e 42 normativos cujo conteúdo versa sobre questões de governança (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024a).

Esse procedimento regulatório robusto não é isento de críticas, tendo sido instituída por meio da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019 a prática de análise de impacto regulatório como etapa essencial da tomada de decisão no âmbito das agências reguladoras, como uma ferramenta de racionalidade que consiste em um método sistemático baseado em evidências científicas para resolver um problema, levando em consideração o impacto da decisão para todos os atores envolvidos na questão (Brasil, 2019). Isso porquê cabe à ANS compatibilizar o perfil econômico desse setor privado que lida com sinistralidade e o perfil assistencial que envolve o direito à saúde, devendo regular o setor sem comprometer sua viabilidade (Brasil, 2000).

Explicam Bernz, Malik e Ogata (2023) que cabe a essa agência reguladora conduzir o setor de saúde suplementar na direção de boas práticas, visando à melhoria constante da qualidade de atenção à saúde, com desfechos clínicos favoráveis aos consumidores de planos de saúde, ao mesmo tempo em que o custo para atingir esses resultados é otimizado.

Dentro dessa dinâmica, as normas reguladoras possuem a função de mediar os interesses dos agentes regulados e dos usuários desse serviço, com vistas a manter o sistema de saúde suplementar economicamente eficiente, atraente ao consumidor e viável para ambos os atores envolvidos nessa relação jurídica (Malik e Ogata, 2023).

4.1.1 O mercado de saúde suplementar

O mercado em que as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde estão inseridas passou por mudanças estruturais ao longo dos anos, desde questões relacionadas à regulamentação do setor, aos movimentos de fusões que podem gerar concentração de mercado, aos processos de integração vertical das empresas, sem esquecer da instabilidade em relação aos seus custos, como visto anteriormente (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022).

O setor de saúde suplementar é complexo e multifacetado, sendo marcado pela numerosa quantidade de Operadoras de Planos de Saúde em atividade. Além disso, a ascensão das *startups* de saúde e as *healthtechs*, com as inovações tecnológicas e a telemedicina, contribuíram para alterar a forma como o serviço é oferecido, adquirido e prestado, além de atraírem elevados investimentos para o setor (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022).

Grandes grupos econômicos do sistema de saúde suplementar passaram por um intenso processo de integração vertical que inclui OPS, hospitais e medicina diagnóstica, além disso são perceptíveis os atos de concentração no qual *players* do setor adquirem empresas de diferentes mercados, mas que estão verticalmente interligadas a assistência à saúde, tudo como forma de gerar ganhos de escala para amortecer os elevados custos operacionais (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022).

Redução de custos de transação, melhor coordenação de serviços dentro da empresa, economias de escopo e o alinhamento de incentivos entre os elos da cadeia vertical, diminuindo os problemas decorrentes de assimetria de informação representam ganhos de eficiência e implicam menores custos na produção de bens e serviços, podendo aumentar o bem-estar econômico, justificando assim essa integração. Entretanto, considerando as características do mercado de saúde suplementar abordadas anteriormente – assimetria de informação, barreiras à entrada, tendência à concentração – que facilitam o efetivo exercício do poder de mercado por uma

empresa dominante, não se pode desconsiderar a possibilidade de efeitos concorrenciais negativos derivados de uma integração vertical nesse mercado (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022, p. 40)

Denomina-se a verticalização dos planos de saúde quando essas empresas possuem hospitais e planos de saúde próprio, o que faz com que acabem direcionando seus consumidores exclusivamente para esses locais. Essa tendência de concentração e verticalização do mercado de saúde suplementar vai ao encontro das diretrizes econômico-financeiras estabelecidas pela ANS com vistas a proteger os beneficiários uma vez que serve também como forma de reduzir o risco de quebra com o conseqüente desamparo dos beneficiários (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022).

4.2 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e o gerenciamento das despesas não assistenciais

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde atuam mediante um sistema de mutualidade, ou seja, de solidariedade financeira entre os segurados de um mesmo perfil de risco para a formação de um fundo comum, que é gerido pela operadora em um sistema de prestação de serviços de assistência hospitalar, laboratorial e clínica como forma de contrapartida pelo pagamento efetuado pelo tomador de serviços (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021).

A execução dos serviços ocorre mediante a escolha do plano de saúde e a assinatura de um contrato de prestação continuada com prazo indeterminado que especifica a cobertura dos custos assistenciais referentes a serviços ambulatoriais, hospitalares, com ou sem obstetrícia, e odontológicos de acordo com a demanda dos consumidores. As operadoras podem seguir as seguintes modalidades (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021):

- Administradora de planos: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico hospitalares ou odontológicos.
- Administradora de benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.
- Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
- Cooperativa médica: operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.
- Cooperativa odontológica: operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por

odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.

- Filantropia: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
- Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.
- Odontologia de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos.
- Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguros que prevejam a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019, p.59).

Os contratos regulados, ou seja, aqueles convencionados após a vigência do Marco Regulatório, devem indicar de modo expresso as condições de admissão, os períodos de carência que os beneficiários devem aguardar para ter acesso a determinados benefícios, as faixas etárias abarcadas, as hipóteses de perda da condição de segurado, o grau de cobertura de riscos, com os limites financeiros de alcance, o espaço territorial de abrangência e os regimes de contratação (Brasil, 1998).

Em relação às provisões técnicas, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde são divididas de acordo com o número de beneficiários que possuem, segundo a RN-ANS nº574 de 2023: OPS de pequeno porte são as que possuem número de segurados inferior a vinte mil, OPS de médio porte possuem número de beneficiários maior que vinte mil, inclusive, e inferior a cem mil e as OPS de grande porte são aquelas que têm a partir de cem mil consumidores, sendo que esses números devem ser apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior (ANS, 2023).

A legislação de regência das OPS estabelece uma série de requisitos cumulativos para o seu funcionamento, quais sejam, registro nos Conselhos Regionais, descrição dos serviços que são ofertados, de forma própria ou terceirizados, descrição dos locais de prestação do serviço, especificação dos recursos humanos técnicos disponibilizados, demonstração da capacidade de atendimento, da área geográfica de cobertura e da sua viabilidade econômico-financeira, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras (Brasil, 1998).

Fazendo um recorte referente ao último requisito citado acima, a viabilidade econômico-financeira, há que se destacar que esse pressuposto está relacionado com o fato de

que a principal obrigação contratual dessa prestação de serviço é justamente a garantia de cobertura dos riscos relacionados à assistência à saúde de cada beneficiário (Brasil, 1998).

A análise da saúde econômico-financeira de uma OPS envolve três pilares, quais sejam, a liquidez, a solvência e a margem de solvência. A primeira diz respeito a uma eficiente disposição das despesas e a manutenção de uma estrutura de ativos capazes de suportar os riscos do setor; a segunda se refere à existência de capital próprio suficiente para garantir a cobertura assistencial; já a margem de solvência trata de um recurso financeiro suplementar que a OPS deve dispor para suportar possíveis oscilações em suas operações sem comprometer a execução das atividades de assistência à saúde (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021).

Afigura-se essencial, portanto, uma gestão eficiente que compatibilize as receitas das contraprestações e as despesas das Operadoras de Planos de Saúde, para que não haja oneração excessiva aos beneficiários e possibilite ainda um resultado financeiro superavitário.

4.2.1 Desafios do setor de saúde suplementar

É fato notório que os custos da saúde são elevados, o que dificulta o equilíbrio econômico-financeiro e a perenidade das operadoras privadas no médio e longo prazo. O resultado operacional das OPS no ano de 2022 foi deficitário em R\$ 9,3 bilhões; no ano de 2023 houve uma melhora, mas ainda finalizou com as despesas maiores que as receitas no importe de R\$ 4,5 bilhões. Em 2024 os resultados seguem melhorando e pela primeira vez desde a crise pandêmica as operadoras privadas finalizaram o ano com saldo operacional positivo no importe de R\$ 5,1 bilhões (ANS, 2024b).

Em verdade, o setor de saúde suplementar ainda está se recuperando da pandemia do SARS-COV-19, e, mesmo com indicadores positivos, ainda enfrenta uma série de desafios na busca por uma redução de custos e para a manutenção de resultados operacionais superavitários (ANS, 2024b).

Além dos fatores demográficos e inovação tecnológica na área médica, outros fatores ligados à melhora da qualidade de vida e acesso à informação elevam o custo assistencial das operadoras, conforme ilustra a figura 1.



Figura 1: Principais fatores do crescimento dos custos de assistência médica

Fonte: Kobelt, Gisela (2008) – adaptado

A não sustentabilidade econômica dos serviços da saúde está diretamente relacionada à escassez de recursos do setor. A melhor alocação de tais recursos passa pela análise do custo-efetivo e da sinistralidade, que são os componentes dos custos operacionais do setor de saúde (Avelar, Da Silva, Fouto, 2018).

De acordo com a ANS, a sinistralidade é o principal indicador para explicar o desempenho operacional das operadoras privadas e, de acordo com os dados coletados, no segundo trimestre do ano 2024, 85,1% das receitas advindas das contraprestações pagas pelos beneficiários foram utilizadas para arcar com os custos das despesas assistenciais (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024).

O aumento progressivo da inflação médica no Brasil, em patamar superior à inflação geral, torna importante a discussão sobre a qualidade e o controle dos custos na indústria da saúde. O fenômeno interessa a todos, em razão da demanda progressiva por serviços da saúde numa realidade em que há o envelhecimento da população. O reajuste de preços da ANS baseado no IPCA não reflete o aumento dos custos das operadoras, gerando uma defasagem de custo no setor (Avelar; Da Silva; Fouto, 2018).

As operadoras de planos de saúde enfrentam gastos crescentes à medida que os beneficiários envelhecem. Contudo, não é o aumento relativo do grupo populacional mais idoso em si que está forçando a alta dos gastos em assistência médica, mas sim a disposição e a capacidade de prover muito mais tratamentos (Kolbelt, 2008).

Os tratamentos médicos e exames de alta complexidade tornaram-se essenciais na assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde, contribuindo sobremaneira para a elevação das despesas assistenciais (Kolbelt, 2008). Outro fator que impacta os custos é a problemática envolvendo o alcance da cobertura dos planos de saúde com a discussão acerca do caráter exemplificativo ou taxativo do rol de procedimentos da ANS. Esse, inclusive, é um debate antigo que foi reavivado com a promulgação da Lei 14.454/2022.

O entendimento majoritário do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que o rol de procedimentos que constituem a cobertura essencial dos planos de saúde privados é fechado e somente em situações excepcionais as OPS são obrigadas a custear tratamentos não previstos na lista. Ocorre que a nova Lei do Rol foi expressa ao determinar que mesmo procedimentos que não constam no rol da ANS devem ser cobertos pelos planos de saúde se existir comprovação científica da sua eficácia (Brasil, 2022).

Essa mudança legislativa gera insegurança jurídica no ecossistema de saúde suplementar, pois amplia a cobertura dos planos de saúde para procedimentos e tratamentos não determinados previamente no momento da adesão ao plano, fato esse que além de aumentar os custos, também tem o condão de dificultar o planejamento financeiro e as estratégias atuariais das OPS (Kolbelt, 2008).

A abertura legislativa e os excessos de exigências regulatórias também abrem margem para o aumento da intensidade de processos judiciais em desfavor dos planos de saúde. Segundo as estatísticas da judicialização da justiça, no ano de 2023 foram protocolizados 234.111 novos processos cuja lide versa sobre questões da saúde suplementar, tendo sido detectado um aumento de 32,8% de novos casos em relação ao ano de 2022 (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

Como visto, inúmeros fatores podem gerar a instabilidade no setor de saúde suplementar e aumentar de forma exponencial os custos do setor, trazendo desafios para que os resultados operacionais sigam positivos, muito em razão do fato de que esse é um ecossistema calcado na relação simbiótica entre o bem-estar assistencial dos beneficiários e o mercado competitivo dos seus *players* (Kolbelt, 2008).

4.2.2 Despesas não assistenciais

A estrutura das despesas de uma OPS pode ser delimitada, de forma simplificada, em despesas assistenciais e não assistenciais (Leal; Matos, 2009). As primeiras são os custos relacionados aos cuidados em assistência à saúde para os beneficiários, diretamente

relacionados à utilização da estrutura médico-hospitalar disponibilizada na cobertura do plano de saúde para a realização de procedimentos de alta, média ou baixa complexidade.

As despesas não assistenciais, ao contrário, são os gastos que não dizem respeito à atuação finalística da OPS, englobando seus custos de manutenção da estrutura gerencial e operacional. De acordo com o Ministério da Saúde (ANS, 2005) elas representam o valor total, expresso em real, das despesas administrativas da OPS, além de outras não relacionadas à prestação da assistência direta ao beneficiário.

Essas despesas são divididas, de forma didática, em administrativas, a saber, relacionadas aos investimentos do setor, e em despesas com a comercialização dos produtos ofertados. De acordo com dados coletados do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, no segundo trimestre do ano 2024, a despesa administrativa foi de R\$ 29,5 bilhões e as despesas com comercialização ficaram em torno de R\$ 10,2 bilhões, ou seja, as despesas não assistências das principais OPS giraram em torno de 30 bilhões de reais (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024b).

5 METODOLOGIA

O presente trabalho contempla uma pesquisa aplicada, tendo o objetivo de gerar conhecimentos de aplicação prática para um problema específico, classificada também como exploratória, em razão de estar associada aos seguintes procedimentos técnicos: pesquisa bibliográfica e estudo de caso, cuja abordagem do problema se deu de maneira quantitativa, consistindo na quantificação dos dados coletados. Após a tabulação do banco de dados houve a aplicação da estatística descritiva, sendo utilizado o *software Microsoft Office Excel* para tratar os dados, informações e obter gráficos e tabelas fundamentais para a análise descritiva do banco de dados.

5.1 Dados

Para a pesquisa foi necessária a coleta de dados oficiais relacionados à receita e às despesas das Operadoras de Planos de Saúde (OPS). Assim, buscou-se abrigo nas informações divulgadas pela agência federal reguladora do setor em questão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS disponibiliza ferramenta online denominada ANS TabNet, que se utiliza do recurso TabNet, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), possibilitando a tabulação dos diversos dados dos sistemas de informação da ANS.

O sistema ANS TabNet propicia ao pesquisador a realização de diversas análises, a depender dos critérios escolhidos, contemplando informações sobre beneficiários, operadoras, planos privados de saúde e ressarcimento ao SUS. Esse banco de dados também foi construído para atender às demandas de livre acesso aos dados da ANS pelos consumidores de planos de saúde (ANS, 2025a).

Segundo as informações extraídas do sítio oficial do ANS TabNet (<https://www.ans.gov.br/anstabnet/>), estão disponíveis para consultas os dados a partir de março de 2000, em intervalos de atualização mensal ou trimestral (março, junho, setembro e dezembro).

A estruturação da pesquisa teve início com a definição do marco temporal a ser analisado, assim, para o presente trabalho definiu-se que todos os dados deveriam estar compreendidos entre os anos de 2011 a 2019, ou seja, um estudo ao longo do tempo contínuo. Isso porque, infelizmente, deparou-se com a primeira limitação do sistema ANS TabNet que

somente inicia a série temporal de registro de números de beneficiários por operadora a partir do ano de 2011.

O termo final da pesquisa foi o ano de 2019 em razão da pandemia da Covid-19 causada pelo SARS-CoV-2, vírus da família dos coronavírus, que infectou humanos e afetou globalmente a normalidade das atividades em todos os níveis a partir do ano de 2020 (Instituto Butantan, 2020). Assim, a declaração oficial da pandemia do novo coronavírus pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, foi determinante para a exclusão do período de 2020 em diante (UNA-SUS, 2020).

A partir da declaração oficial da situação pandêmica, as autoridades públicas de nosso país adotaram uma política de quarentena, restrição de circulação e proibição de aglomerações. Assim sendo, as atividades comerciais e empresariais como um todo tiveram que se adaptar ao distanciamento social.

Essa nova realidade exigiu adaptações nas estruturas administrativas das OPS, com a adoção do trabalho remoto como regra a partir do ano de 2020. A pandemia alterou significativamente o comportamento dos dados relacionados às despesas administrativas, ponto nevrálgico desta pesquisa e, principalmente, os relacionados à despesa assistencial.

Os anos de 2020 e 2021 foram anos atípicos e espera-se que não irão se repetir. Durante esses dois anos de pandemia a adoção generalizada do trabalho em “*home office*” foi fator determinante para alteração das despesas administrativas das OPS. Segundo os dados da FGV-IBRE (Instituto Brasileiro de Economia) em 2021, 57,5% das empresas afirmaram ter adotado o *home office*, de forma parcial ou total, incluindo as que já adotavam essa modalidade antes da pandemia. Esse percentual diminuiu para 32,7% em outubro de 2022 (Pacini, 2023).

A partir de 2023 já se observa o retorno das atividades *in loco*, com abandono das atividades remotas. Desse modo, a sociedade passou a questionar se esse sistema híbrido era produtivo ou não, resultando no retorno do trabalho presencial como regra (Migalhas, 2023)

Em vista disso, assumindo a hipótese de que o comportamento da despesa administrativa tende a retornar ao mesmo padrão do período pré-covid, momento de normalidade de atividades, e, como não se tem garantia da continuidade da política empresarial de redução das despesas administrativas pela adoção das atividades em *home office*, o presente estudo estabeleceu seu limite temporal nos anos anteriores à pandemia da Covid-19.

Definidas as premissas temporais, buscaram-se os dados relativos ao número de beneficiários por operadora de plano de saúde, nesse ponto vislumbrou-se outra dificuldade, a existência das operadoras de serviços exclusivamente odontológicos, também regidas pela

ANS, e, cujos dados dividem espaço no ANS TabNet com os dados das OPS médico-hospitalares.

O presente estudo não pretende adentrar na realidade administrativa das Operadoras de planos de saúde odontológica, motivo pelo qual todos os filtros de pesquisas que foram realizados na plataforma ANS TabNet desconsiderarem as empresas de prestação de assistência odontológicas, isto é, excluem da base de dados desta pesquisa as operadoras exclusivamente odontológicas.

A primeira consulta ao ANS TabNet foi realizada com os seguintes filtros cumulativos: **beneficiários por operadora**; beneficiários de assistência médica por operadora e competência; modalidade: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Administradora, Administradora de Benefícios; Período: junho/2011, junho/2012, junho/2013, junho/2014, junho/2015, junho/2016, junho/2017, junho/2018, junho/2019. Resultando em uma tabela com 1.111 OPS que declararam à ANS ter pelo menos 1 beneficiário cadastrado entre 2011 e 2019.

A consulta seguinte ao ANS TabNet foi realizada com os seguintes filtros cumulativos: Receitas e Despesas; **Receita de contraprestações** por Operadora e Ano; Modalidade: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Administradora de Benefícios, Administradoras; Grupo Modalidade: Operadoras médico-hospitalares, Administradoras, Administradoras de benefícios; Período:2011-2019. Resultando em uma tabela com 1.113 OPS que declararam à ANS ter pelo menos 1 real de receita de contraprestações no período de referência.

Em seguida, os filtros cumulativos de pesquisa foram modificados para: Receitas e Despesas; **Despesa assistencial** por Operadora e Ano; Modalidade: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Administradora de Benefícios, Administradoras; Grupo Modalidade: Operadoras médico-hospitalares, Administradoras, Administradoras de benefícios; Período: 2011-2019. Resultando em uma tabela com 989 OPS que declararam à ANS ter pelo menos 1 real de despesa assistencial no período pesquisado.

Logo após, os filtros cumulativos foram adaptados para: Receitas e Despesas; **Despesa administrativa** por Operadora e Ano; Modalidade: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Administradora de Benefícios, Administradoras; Grupo Modalidade: Operadoras médico-hospitalares, Administradoras, Administradoras de benefícios; Período: 2011-2019. Resultando em uma

tabela com 1.165 OPS que declararam à ANS ter pelo menos 1 real de despesa administrativa no período pesquisado.

Ato contínuo, foi realizada pesquisa seguindo os seguintes critérios cumulativos: Receitas e Despesas; **Despesa de comercialização** por Operadora e Ano; Modalidade: Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Administradora de Benefícios, Administradoras; Grupo Modalidade: Operadoras médico-hospitalares, Administradoras, Administradoras de benefícios; Período: 2011-2019. Resultando em uma tabela com 783 OPS que declararam à ANS ter pelo menos 1 real de despesa de comercialização no período de 2011 a 2019.

Nesse ponto, importante destacar que o presente estudo não incluiu dados relacionados a receitas administrativas, em virtude desse tipo de receita não integrar o universo de dados declarados pelas operadoras no período em estudo de 2011 a 2019. De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 528/2022, somente a partir do ano de 2022 as OPS passaram a declarar tais receitas separadamente, por consistir em um novo item do plano de contas das operadoras, para os casos de reversão de multas administrativas aplicadas pela ANS (2022).

Após gerar cinco bases de dados distintas com o auxílio do ANS TabNet, a pesquisa deparou-se com o fato de que nem todas as operadoras constam em todas as bases de dados na mesma ordem, o que dificulta a aglutinação dos dados em uma base de dados geral. Percebeu-se que as cinco tabelas geradas, se somadas, resultariam numa planilha contendo 5.161 linhas de dados contendo OPS diversas vezes repetidas.

Assim, optou-se por empilhar os códigos de todas as operadoras listadas utilizando-se o software *Microsoft Excel* e, em seguida, excluir as células com dados repetidos, resultando numa listagem de 1.339 Operadoras de Planos de saúde médico-hospitalares, organizada em ordem crescente de código de registro na ANS. Em outras palavras, a elaboração da base geral iniciou-se com a criação da primeira coluna, a qual contém os códigos de todas as operadoras de planos de saúde médico-hospitalar.

Avançando na presente pesquisa, construiu-se um banco de dados do período de 2011 a 2019 das 1.339 OPS listadas pelo ANS TabNet. A base geral de dados utilizada nesse estudo contém linhas e colunas, sendo que nas linhas estão contidos os dados de cada OPS e nas colunas estão as variáveis de interesse (beneficiários por operadora, receita de contraprestações, despesa assistencial, despesa administrativa, despesa de comercialização e etc.), conforme disposto no quadro 1.

Quadro 1 – Dicionário de variáveis da base de dados

Nome do Campo	Tipo	Tamanho	Descrição
CÓDIGO	NUMBER		Código de registro da Operadora de plano de saúde na ANS
OPERADORA	VARCHAR		Código e Nome da Operadora de plano de saúde
BENEFICIÁRIOS POR OPERADORA E ANO	NUMBER		Quantidade de Beneficiários das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019)
RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES POR OPERADORA E ANO	NUMBER		Valor da Receita de contraprestações das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019)
DESPESA ASSISTENCIAL POR OPERADORA E ANO	NUMBER		Valor da Despesa assistencial das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019)
DESPESA ADMINISTRATIVA POR OPERADORA E ANO	NUMBER		Valor da Despesa administrativa das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019)
DESPESA DE COMERCIALIZAÇÃO POR OPERADORA E ANO	NUMBER		Valor da Despesa de comercialização das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019)
RECEITA TOTAL	NUMBER		Valor total da Receita das Operadoras de planos de saúde (de 2011 a 2019) incluindo somente receita de contraprestações
DESPEAS TOTAIS	NUMBER		Valor das Despesas totais incluindo despesas assistenciais, administrativas e de comercialização
RESULTADO FINANCEIRO	NUMBER		Valor do Resultado financeiro
DESPESA NÃO ASSISTENCIAL	NUMBER		Valor da Despesa não assistencial
MÉDIA DE BENEFICIÁRIOS POR OPERADORA E ANO (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Quantidade Média de beneficiários por Operadora e ano (de 2011 a 2019)
RECEITA TOTAL MÉDIA (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Valor da Receita (de contraprestações) Total média (de 2011 a 2019)
DESPESA TOTAL MÉDIA (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Valor da Despesa total média (de 2011 a 2019)
DESPESA ASSISTENCIAL MÉDIA (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Valor da Despesa assistencial média (de 2011 a 2019)
DESPESA NÃO ASSISTENCIAL MÉDIA (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Valor da Despesa não assistencial média (de 2011 a 2019)
RESULTADO FINANCEIRO MÉDIO (DE 2011 A 2019)	NUMBER		Valor da Resultado financeiro médio (de 2011 a 2019)
ÍNDICE DE DESPESA ADMINISTRATIVA (DA) + ÍNDICE DE DESPESA DE COMERCIALIZAÇÃO (DC)	NUMBER		Indicador que realiza a divisão entre o valor das Despesas Não Assistenciais (DA+DC) médias e a Receita Total média (%)
MARGEM DE LUCRO BRUTO (MLB)	NUMBER		Indicador que realiza a divisão entre o valor dos Resultados Financeiros médios e a Receita Total média (%)
SINISTRALIDADE (DM)	NUMBER		Indicador que realiza a divisão entre o valor das Despesas Assistenciais (DM) médias e a Receita Total média (%)
ÍNDICE COMBINADO (COMB)	NUMBER		Indicador que realiza a divisão entre o valor das Despesas Totais médias e a Receita Total média (%)

Adaptado pelo autor a partir dos dados do ANS TabNet

Ao final dessa etapa foi realizada uma validação dos valores totais constantes na base de dados e posteriormente uma dupla checagem no próprio portal ANS TabNet refazendo as pesquisas anteriores com foco nos resultados totais para o período em estudo. Em outras palavras, realizou-se uma validação da base de dados mediante a confrontação dos totais da base e os valores dispostos no portal da ANS.

Em relação aos números de beneficiários, a dupla checagem confirmou que não houve nenhuma perda de dados em virtude das diferentes formas de pesquisa dessa série temporal. Contudo, em relação às outras quatro séries temporais (receita de contraprestações, despesa assistencial, despesa administrativa e despesa de comercialização) a dupla checagem identificou uma perda de dados, porém irrelevante e que não compromete o estudo.

Para cada uma das séries de despesas e receita, foram identificadas as seguintes perdas de dados: oito reais a menos no total geral de receita de contraprestações; dez reais a mais no total geral de despesa assistencial; nove reais a mais no total geral de despesa administrativa; e cinco reais a menos no total geral de despesa de comercialização. Ou seja, quantidades insignificantes em relação aos montantes bilionários envolvidos.

Uma hipótese crível desta diferença insignificante encontrada é a sistemática de arredondamento de valores utilizada pelo tabulador da ANS, onde operadoras declaram receita e despesas contendo valores na casa dos centavos e o sistema ANS TabNet que somente informa dados com números inteiros, ou seja, sem as casas decimais referentes aos centavos declarados por cada OPS.

5.2 Desenvolvimento dos indicadores

Após os procedimentos de tabulação e validação, com a segurança de uma base de dados confiável em mãos, a pesquisa passou a realizar algumas análises construindo mais algumas séries temporais, foram elas: receitas totais, despesas totais, resultado financeiro e despesas não assistenciais.

Na série temporal de **receitas totais**, estão presentes os valores declarados de receitas com contraprestações de cada uma das OPS. Quanto às **despesas totais**, esta série foi produzida a partir do resultado da soma, por ano e por operadora, dos dados referentes à despesa assistencial, despesa administrativa e despesa de comercialização.

Em relação ao **resultado financeiro** foi realizada a subtração, por ano e por operadora, entre as séries receitas totais e despesas totais, com a finalidade de encontrar o

resultado financeiro bruto e revelar individualmente lucro ou prejuízo das atividades das OPS no período inspecionado.

Sobre a série temporal relativa às **despesas não assistenciais**, ou seja, aquelas despesas resultantes da soma das despesas administrativas e despesas de comercialização a presente pesquisa reputa tal conjunto de dados como de extrema importância para a consecução dos objetivos, isto porque representa de fato o montante que as administrações das OPS utilizam de recursos para manutenção de suas atividades, deixando de fora as despesas de natureza assistenciais destinadas aos seus respectivos clientes e beneficiários.

Em seguida, considerou-se que a análise do total de 1.339 OPS seria mais bem desenvolvida se houvesse a classificação das operadoras em estratos diferentes a depender do porte de cada uma delas, com a finalidade de verificar se o porte das operadoras seria determinante na eficiência da despesa administrativa e um consequente reflexo na competitividade. Para tanto, utilizou-se o número de beneficiários para criar dezesseis estratos de classificação, conforme a Tabela 1:

Tabela 1 – Estratos das Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

Número de beneficiários	Quantidade
De 0 a 100	265
De 101 a 500	48
De 501 a 1.000	51
De 1.001 a 5.000	247
De 5.001 a 10.000	152
De 10.001 a 20.000	204
De 20.001 a 30.000	92
De 30.001 a 40.000	54
De 40.001 a 50.000	50
De 50.001 a 100.000	92
De 100.001 a 200.000	44
De 200.001 a 300.000	12
De 300.001 a 400.000	9
De 400.001 a 500.000	2
De 500.001 a 1.000.000	9
Acima de 1.000.000	8
TOTAL	1.339

Elaborada pelo autor a partir dos dados do ANS TabNet

Percebeu-se que seria necessário encontrar números centrais capazes de representar cada uma das séries temporárias criadas individualmente para todas as OPS. Para tanto, aventou-se a possibilidade de utilização das estatísticas média, mediana e moda como possíveis

soluções para revelar tais valores. Contudo, a média aritmética foi a escolhida por melhor representar o conjunto de dados obtidos da ANS.

Assim, passou-se a realizar o cálculo da média individualmente para cada OPS em suas respectivas séries temporais (2011-2019). A primeira média encontrada foi a que representa o **número de beneficiários**, logo em seguida a média da **receita total**, média da **despesa total**, média da **despesa assistencial médica**, média da **despesa não assistencial**, e, por último, a média do **resultado financeiro** todas elas por operadora e por ano.

Importante salientar que a metodologia de cálculo das referidas médias não considerou o período de nove anos (2011 a 2019) como sendo invariável, isto porque o tamanho da amostra é inconstante, ou seja, a série histórica de cada operadora possui flutuações ao longo do período, o que é normal em séries históricas, mesmo apresentando valores zerados. Casos de oscilação e volatilidade dos dados ao longo de um período são normais, não afetando de nenhuma forma a consistência do banco de dados.

Assim, para evitar enviesamento dos resultados buscou-se analisar individualmente a quantidade de vezes que os dados aparecem zerados para cada uma das OPS, ou seja, operadoras com nove anos de dados completos tiveram suas médias calculadas com o número nove no divisor, por outro lado, operadoras com dados diferentes de zero em apenas três anos, por exemplo, tiveram suas médias calculadas com o número três no divisor da média.

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad (1)$$

Onde:

\bar{x} é a média aritmética;

n é a quantidade de anos com dados diferentes de zero;

$\sum_{i=1}^n x_i$ é o somatório dos dados de cada série temporal das OPS.

De posse dos valores médios gerados para cada uma das dimensões analisadas (**número de beneficiários, receita total, despesa total, despesa assistencial médica, despesa não assistencial e resultado financeiro**) a pesquisa passou a vislumbrar que, daquele ponto em diante, quais indicadores seriam a melhor forma de representar a realidade administrativa e financeira das OPS. Assim, trabalhou-se na construção dos indicadores constantes no quadro 2:

Quadro 2: Indicadores econômico-financeiros

Sigla	Indicador	Descrição do cálculo
MLB	Margem de Lucro Bruto	$MLB = \frac{\text{Resultado Bruto}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
DM	Sinistralidade ou Despesas Médicas	$DM = \frac{\text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}} = \text{SINISTRALIDADE}$
DC	Índice de Despesa de Comercialização	$DC = \frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
DA	Índice de Despesa Administrativa	$DA = \frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
COMB	Índice Combinado	$COMB = \frac{\text{Desp. administ.} + \text{Desp. de comercialização} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}}$

Adaptado pelo autor a partir dos dados da ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2024b) em seu Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, recurso eletrônico publicado na *internet* no ano 2024, apresenta Nota Metodológica com os indicadores acima mencionados (DM, DC, DA e COM) sendo calculados levando em consideração o acréscimo do valor bruto das Contraprestações de corresponsabilidade cedida (CCT). Contudo, para o presente estudo tais acréscimos serão desconsiderados, o que gerou a adaptação das fórmulas dos referidos indicadores à realidade desta pesquisa, conforme exposto no quadro 2.

Para Barros (2016), a Margem de Lucro Bruto (MLB) é considerada um indicador de rentabilidade, sendo capaz de mensurar o quanto uma empresa está sendo lucrativa por meio dos capitais investidos, ou seja, o quanto renderam os investimentos, e qual o resultado econômico da empresa.

A Margem de Lucro Bruto é um indicador fundamental para o gerenciamento administrativo e financeiro das OPS. Com o auxílio dele é possível saber a rentabilidade da operadora, apontando a relação entre o resultado financeiro e a receita total. Seu cálculo é feito pelo quociente do Resultado Bruto e das Contraprestações efetivas (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019). Para tanto, o presente trabalho utilizou respectivamente os valores das dimensões: resultado financeiro médio e receita total média

$$MLB = \frac{\text{Resultado Bruto}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (1)$$

Onde:

Resultado Bruto é igual ao **resultado financeiro** médio calculado neste trabalho;
 Contraprestações efetivas é igual à **receita total** média calculada neste trabalho.

Barros (2016) ressalta que os indicadores de atividade fornecem uma visão global do funcionamento do negócio das empresas prestadoras de serviço com informações substanciais para a tomada de decisão efetiva. Dentre os indicadores de atividade analisados pela ANS estão: DM, DA, DC e COMB.

O índice de sinistralidade ou índice de Despesas Médicas (DM) é um indicador bastante difundido para a análise da saúde administrativa e financeira das OPS, visto que aponta a relação entre as despesas assistenciais geradas pelo grupo de beneficiários com a utilização dos serviços médicos e o valor que a operadora recebeu a título de contraprestações pecuniárias. Ou seja, indica o custo assistencial de cada operadora em relação à receita (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019).

Seu cálculo é feito pelo quociente dos Eventos indenizáveis líquidos e das Contraprestações efetivas (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019). Para tanto, o presente trabalho utilizou respectivamente os valores das dimensões: despesa assistencial médica média e receita total média.

$$DM = \frac{\text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (2)$$

Onde:

Eventos indenizáveis líquidos é igual à média da **despesa assistencial médica** calculada neste trabalho;

Contraprestações efetivas correspondem à **receita total** média calculada neste trabalho.

O Índice Combinado (COMB) é capaz de evidenciar a performance individual das OPS analisadas, considerando as receitas e despesas operacionais envolvidas incluindo no seu cálculo os Eventos indenizáveis líquidos, as Despesas administrativas e as Despesas de comercialização. Ou seja, indica o quanto das receitas da empresa sobriaria para liquidar possíveis prejuízos patrimoniais e financeiros, evidenciando a situação financeira da OPS. Assim, quanto menor esse indicador, melhor é a situação financeira da operadora. Esse indicador está relacionado à política de gestão de saúde adotada pela operadora combinada a sua gestão administrativa e financeira (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019).

Seu cálculo é feito pelo somatório das Despesas administrativas mais Despesas de comercialização mais Eventos indenizáveis líquidos, divididos pelas Contraprestações efetivas (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019). Para tanto, o presente trabalho utilizou respectivamente os valores das dimensões: despesa total média e receita total média.

$$\text{COMB} = \frac{\text{Desp.administ.} + \text{Desp.de comercialização} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (3)$$

Onde:

A soma das Despesas administrativas, Despesas de comercialização e Eventos indenizáveis líquidos é igual à média da **despesa total** calculada neste trabalho;

Contraprestações efetivas é igual à **receita total** média calculada neste trabalho.

O cálculo do índice de Despesa de Comercialização (DC) é feito pelo quociente das Despesas de Comercialização e das Contraprestações efetivas (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019). Para tanto, o presente trabalho utilizou respectivamente os valores das dimensões: despesa de comercialização e receita total média.

$$\text{DC} = \frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (4)$$

Onde:

Despesas de comercialização é igual à média das **despesas de comercialização** calculada neste trabalho;

Contraprestações efetivas é igual à **receita total** média calculada neste trabalho.

O cálculo do índice de Despesa Administrativa (DA) é feito pelo quociente das Despesas Administrativas e das Contraprestações efetivas (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019). Para tanto, o presente trabalho utilizou respectivamente os valores das dimensões: despesas administrativas e receita total média.

$$\text{DA} = \frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (5)$$

Onde:

Despesas administrativas é igual à média das **despesas administrativas** calculada neste trabalho;

Contraprestações efetivas é igual à **receita total** média calculada neste trabalho.

O índice de Despesa de Comercialização (DC) somado ao índice de Despesa Administrativa (DA) revela o custo que uma OPS tem para gerar receita com as contraprestações de seus beneficiários. Quanto mais baixo é o resultado da soma dos índices DC e DA, melhor para a operadora de plano de saúde (Fernandes, Cailleau e Souza, 2019).

$$DC + DA = \frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas}} + \frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas}} \quad (6)$$

Assim calcularam-se os indicadores de Margem de Lucro Bruto (MLB), Sinistralidade (DM), Índice de Despesa de Comercialização (DC), Índice de Despesa Administrativa (DA) e Índice Combinado (COMB).

5.3 Tratamento da base de dados

O presente trabalho passou a desenvolver critérios cumulativos de exclusão de certas OPS contidas no grupo inicial de 1.339 operadoras, com o fito de evitar o enviesamento dos dados que serão inseridos em cada um dos estratos dispostos na Tabela 1. Assim, buscou-se a eliminação das operadoras visivelmente *outliers*.

No primeiro filtro criado excluiu-se **228** OPS com dados zerados em relação ao **número de beneficiários** ao longo de todo o período de 2011 a 2019, ou seja, ao final do período de nove anos analisados, as OPS que somaram zero beneficiários foram descartadas do estudo. Isto porque seria injustificável realizar uma análise comparativa com a realidade das outras operadoras que possuíam beneficiários no período em estudo.

O segundo filtro cumulativo criado foi destinado a excluir aquelas OPS que possuem valores relacionados às **receitas de contraprestações** igual a zero durante todo o período de 2011 a 2019, tal exclusão se justifica em razão da metodologia de cálculo dos indicadores citados anteriormente, em que todos eles são estruturados na forma de divisão, onde o divisor será a receita total média. Assim, matematicamente falando nenhum número, seja ele negativo ou positivo, poderá ser dividido por zero, ou seja, o divisor da fração nunca poderá ser igual à zero, sendo impossível realizar o cálculo, e mesmo que haja o tratamento do erro por

meio de fórmulas do *software Excel*, a presença de tais dados enviesaria significativamente os estratos criados, por essa razão optou-se pela exclusão dessas OPS, resultando na exclusão de mais **176** operadoras ainda nessa fase.

O terceiro filtro cumulativo criado foi destinado a excluir aquelas OPS que possuem valores relacionados à **despesa assistencial** igual a zero durante todo o período de 2011 a 2019, resultando na exclusão de mais **3** operadoras. Em seguida, foi criado um quarto filtro cumulativo destinado a excluir aquelas OPS que possuem valores relacionados à **despesa não assistencial** igual a zero durante todo o período de 2011 a 2019, resultando na exclusão de mais **1** operadora.

Em seguida, percebeu-se que determinadas OPS apareciam no banco de dados mais de uma vez, pelo simples fato de possuírem mais de um código de registro perante ANS. Diante disso, percebeu-se que a análise poderia se desconectar da realidade fática, tratando uma mesma empresa de forma diversa a depender do código de referência. As operadoras mais relevantes que se encaixavam nesse critério de desdobramento em vários códigos de registro foram aglutinadas em novos códigos distintos dos originais.

Isto posto, mediante inspeção visual da base de dados foi observado que a operadora de plano de saúde de grande porte SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A (000043) perdeu em 2012 um total de 1.3 milhões de beneficiários, passando a declarar uma carteira de clientes zerada a partir de 2013. Por outro lado, em 2013 a operadora SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE (006246) obteve um incremento de 1.435.842 vidas em seu grupo de beneficiários.

Tal fato, corroborou ainda mais com a decisão tomada de agrupar todos os códigos de registro ativos na ANS relacionados à empresa Sul América que apareceram no banco de dados em análise. Assim, foram agrupados cinco códigos (000043, 000477, 005622, 006246 e 416428), conforme documento disponibilizado no site da Sul América com a relação de produtos e códigos de registro ativos na ANS (Sul América, 2025).

Aprofundando a análise com foco nas operadoras de grande porte foi identificado que a operadora AMIL possui três códigos de registro perante a ANS em situação ativa, os quais foram prontamente aglutinados seguindo os critérios dessa pesquisa, são eles: AMIL SAÚDE LTDA (302872), AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. (326305) e AMIL PLANOS POR ADMINISTRAÇÃO LTDA (412384). Sobre as operadoras vinculadas ao BANCO BRADESCO, o estudo agrupou as informações referentes a BRADESCO SAÚDE S.A. (005711) e BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S/A (421715).

Para verificar a existência de outras OPS relevantes que, de igual forma, migraram e/ou absorveram beneficiários nesse período, criou-se um filtro no Excel capaz de listar 447 operadoras com mudança repentina em suas carteiras de clientes no período de 2011 a 2019. A partir dessa lista buscou-se apenas pelas operadoras com média anual de beneficiários maior que 100.000 nesse espaço de tempo, deixando de fora as operadoras de menor porte, em razão da inviabilidade de análise desta significativa quantidade de OPS envolvidas nessas condições.

Resultado disso foi a identificação da operadora NOTRE DAME SEGURADORA S/A (006980) que foi agrupada com a NOTRE DAME SEGURADORA S/A (006980). Além delas, a EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS (353761) que migrou toda a sua carteira de beneficiários para a nova operadora POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE (419133) a partir de 2014.

Assim, **cinco** operadoras com mais de um código de registro foram aglutinadas, são elas: Sul América, Bradesco, AMIL, Notre Dame e Postal Saúde. Resumidamente o procedimento que foi feito nessa etapa pode ser mais bem visualizado na Tabela 2:

Tabela 2 – Códigos de registro na ANS que foram aglutinados

Registros na ANS	Aglutinações realizadas
000043-SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A 000477-SUL AMÉRICA SEGURADORA DE SAÚDE S.A. 005622-SULASAÚDE PARTICIPAÇÕES S.A. 006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE 416428-SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE
419133-POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE 353761-EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS	POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
005711-BRADESCO SAÚDE S.A. 421715-BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S/A	BRADESCO SAÚDE S.A.
302872-AMIL SAÚDE LTDA. 326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. 412384-AMIL PLANOS POR ADMINISTRAÇÃO LTDA	AMIL SAÚDE LTDA.
006980-NOTRE DAME SEGURADORA S/A 359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	NOTRE DAME SEGURADORA S/A

Elaborada pelo autor a partir dos dados no sistema ANS TabNet.

Após inspeção visual do universo de 925 operadoras que restaram, percebeu-se que algumas delas apresentavam comportamento diferenciado em termos de sinistralidade, possivelmente em razão de ofertarem apenas planos de saúde considerados não completos, a

exemplo de **planos exclusivamente ambulatoriais ou odontológicos e planos exclusivamente hospitalares**. Essa característica desviaria o escopo inicial do presente estudo, ou seja, muito embora tratar-se de operadoras médico-hospitalares, o fato de ofertarem apenas produtos não regulamentados, a exemplo de planos ambulatoriais mais odontológico, possivelmente enviesaria os resultados estatísticos do estudo (Sá, 2024).

Como a análise se limitará às operadoras médico-hospitalares que operam planos de saúde que dão cobertura mais ampla - tanto ambulatorial quanto hospitalar - buscou-se em uma próxima filtragem identificar as operadoras que oferecem apenas os planos de saúde ambulatoriais e/ou odontológicos como meio de superar essa limitação do estudo (Sá, 2024).

Assim, a presente pesquisa prosseguiu com o enfoque nos planos de saúde denominados completos, isto é, aqueles que fornecem tratamento médico a nível ambulatorial e hospitalar e que são os mais representativos na saúde suplementar, estando excluídos aqueles com segmentações inferiores: exclusivamente odontológico; exclusivamente ambulatorial; exclusivamente hospitalar; ambulatorial mais odontologia e hospitalar mais odontologia, em virtude de que estes possuem uma dinâmica mercadológica e de risco assistencial bastante diferente dos planos completos (Sá, 2024).

Por meio do site Dados Abertos do Governo Federal buscou-se o conjunto de dados relativos às informações consolidadas de beneficiários das OPS em todo território nacional. Acessando dados de dezembro de 2024, foi possível listar e analisar todas as operadoras de planos de saúde em cada Estado da Federação mais Distrito Federal (ANS, 2025b).

A consolidação de informações relativas às OPS de todo o Brasil, incluindo a segmentações dos planos de saúde ofertados, a quantidade de beneficiários e os respectivos códigos de registro das operadoras na ANS, possibilitou a criação de um filtro adequado ao caso, em que foram destacadas as OPS que predominantemente atuam no segmento de planos de saúde **não** completos, ou seja, aqueles que tinham mais de 60% de seus beneficiários vinculados aos planos de saúde **não** completos, como planos odontológicos, planos somente ambulatorial e somente hospitalar.

Ao final dessa etapa foi gerada uma lista com 289 OPS caracterizadas por atuarem predominantemente no mercado de planos de saúde **não** completos. Diante de tal listagem, criou-se um quinto filtro que foi aplicado sobre o universo de 925 operadoras que restaram após as aglutinações realizadas anteriormente e descritas na Tabela 2.

Assim, após aplicação do quinto filtro restaram 878 operadoras de planos de saúde no presente estudo. Após nova inspeção visual dos dados percebeu-se que no grupo de 878 operadoras filtradas existiam algumas que se caracterizavam claramente como *outliers*,

apresentando valores aparentemente inconsistentes. Alguns valores mostraram-se tão discrepantes que é plausível que tenha havido erro contábil na informação.

Como exemplo de OPS *outlier* excluída nessa fase tem-se o caso da UNIMED DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – FE (316741) que de 2011 a 2013 não possuía nenhum beneficiário e em 2014 passou a ter 1 vida em sua carteira de clientes, ao passo que apresenta despesa administrativa de mais de 27 milhões de reais no período de 2011 a 2019, o que é incompatível com o porte da OPS. Assim esse registro não se apresenta consistente para o presente estudo, por isso foi eliminado.

Outro caso de *outlier* foi a OPS denominada UNIMED DO EST. DO RJ FEDERAÇÃO EST. DAS COO (312363) que de 2011 a 2018 apresentou número constante de 5 beneficiários e em contrapartida apresentou despesas administrativas no período de 2011 a 2019 girando entre 25 milhões a 37 milhões de reais anuais

A presença dessas e de outras OPS com dados incompatíveis enviesaria o presente estudo, com grande potencial de afastar os seus resultados da realidade do setor de saúde suplementar. Diante de tal fato, foi criado um sexto filtro para excluir as OPS *outliers* do presente estudo resultando na exclusão de mais 23 OPS. A lista de OPS *outliers* excluídas consta no apêndice A do presente trabalho, onde constam os respectivos indicadores calculados a partir dos dados discrepantes. Com a exclusão dessas *outliers* restaram dados referentes a 855 operadoras de planos de saúde.

Diante dessa amostra de 855 OPS foi realizada a análise do **Box Plot** para o Índice de despesa administrativa (DA) mais o Índice de despesa de comercialização (DC), que possibilitou a identificação de mais 104 OPS *outliers*. A lista dessas OPS *outliers* excluídas nessa fase consta no apêndice B.

A Tabela 3 sintetiza as medidas e valores e extraídos do Box Plot realizado para o Índice de despesa administrativa (DA) mais o Índice de despesa de comercialização (DC) e que identificou 104 OPS *outliers*. Podemos notar que o limite inferior é de -5,1% e o menor valor da amostra de OPS é 2% então, segundo o Box Plot, não existem *outliers* inferiores, contudo, existem *outliers* superiores visto que 104 OPS apresentaram índices acima do limite superior de 43,9%.

Tabela 3 – Medidas e valores extraídos do Box Plot realizado para o Índice de despesa administrativa (DA) mais o Índice de despesa de comercialização (DC):

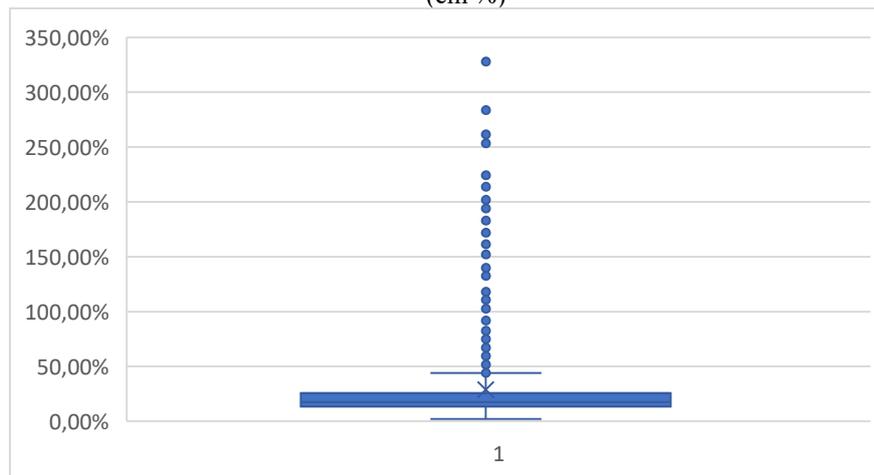
Estatística	Valor
Limite inferior	-5,1%
Valor Mínimo	2,0%
Quartil 1	13,3%
Quartil 2	17,5%
Quartil 3	25,6%
Limite superior	43,9%
Valor Máximo	327,8%

Elaborada pelo autor a partir dos dados no sistema ANS TabNet.

A Figura 2 representa o Box Plot para a amostra de 855 OPS analisadas nessa fase e leva em consideração os dados do Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019. Nessa figura é possível notar claramente a existência dos 104 valores discrepantes (*outliers*) acima do limite superior calculado (43,9%).

Corroborando com o resultado do Box Plot realizou-se uma análise exploratória sobre uma amostra dos dados e percebeu-se que muitas dessas OPS *outliers* apresentavam uma representatividade do Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) maior que 100% da receita, evidenciando que já não estavam mais em plena atividade, tendo em vista tratar-se de massa falida e/ou OPS em processo de liquidação.

Figura 2 – Box Plot do Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %)



Elaboração própria

Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

O processo sucessivo de filtros e aglutinações seguindo critérios cumulativos, em conjunto com a exclusão das OPS *outliers* constantes no banco de dados gerou um melhor ajuste das informações que serão utilizadas para gerar os resultados da presente pesquisa.

Em resumo, o banco de dados colhido do sistema ANS TabNet continha inicialmente 1.339 OPS listadas, após a aplicação cumulativa de filtros, aglutinações e exclusão das OPS *outliers* restaram dados referentes a 751 operadoras de planos de saúde. Diante dessa amostra, aplicaram-se os critérios dos 16 estratos desenvolvidos por esta pesquisa, resultando na estruturação contida na Tabela 3.

Tabela 4 – Estratos pós-filtros, aglutinações e exclusão de outliers das Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

Número de beneficiários	Quantidade	Frequência relativa acumulada	Frequência relativa percentual
De 0 a 100	1	1	0,13%
De 101 a 500	9	10	1,33%
De 501 a 1.000	15	25	3,33%
De 1.001 a 5.000	130	155	20,64%
De 5.001 a 10.000	109	264	35,15%
De 10.001 a 20.000	159	423	56,32%
De 20.001 a 30.000	82	505	67,24%
De 30.001 a 40.000	47	552	73,50%
De 40.001 a 50.000	45	597	79,49%
De 50.001 a 100.000	82	679	90,41%
De 100.001 a 200.000	40	719	95,74%
De 200.001 a 300.000	6	725	96,54%
De 300.001 a 400.000	8	733	97,60%
De 400.001 a 500.000	2	735	97,87%
De 500.001 a 1.000.000	9	744	99,07%
Acima de 1.000.000	7	751	100,00%
TOTAL	751	-	-

Elaborada pelo autor a partir dos dados no sistema ANS TabNet.

Após o tratamento dos dados, o estudo passou para a fase de compilação dos indicadores econômico-financeiros definidos anteriormente: índice de Despesa de Comercialização, índice de Despesa Administrativa, Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade e Índice Combinado. A tabulação dos índices foi realizada a partir dos dados brutos das seguintes dimensões: **receita total, despesa total, despesa assistencial médica, despesa não assistencial e resultado financeiro.**

6 RESULTADOS

Todas as etapas desenvolvidas ao longo do presente estudo tiveram o intuito de analisar a despesa não assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil e a influência do porte na solvência e competitividade dessas operadoras. Para tanto, foram analisados os dados de receita e despesas das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil com o objetivo de apresentar indicadores que demonstrem o grau de eficiência da gestão econômica e financeira das operadoras de planos de saúde selecionadas. Além disso o estudo verificou se haveria relação entre o porte da operadora de plano de saúde e sua despesa não assistencial, e como essa relação produz reflexos diretamente no resultado financeiro e competitividade dessas empresas.

Para tanto, utilizou-se a estatística descritiva de dados, ou seja, o segmento da ciência Estatística que consiste em organizar, resumir e apresentar os dados de forma clara, com a finalidade de inspecionar e apurar padrões de interesse nos dados e sua representação (Ferreira, 2005).

A utilização do banco de dados ANS TabNet como fonte primária da pesquisa foi fundamental para o alcance dos objetivos traçados inicialmente. A estatística básica de dados foi utilizada para sumarizar as informações, elaborar estatísticas descritivas, aplicar regressões e realizar estimativas das estatísticas.

A Tabela 5 apresenta um resumo da média dos indicadores econômico-financeiros definidos para o estudo: índice de Despesa de Comercialização mais índice de Despesa Administrativa, Margem de Lucro Bruto, Sinistralidade e Índice Combinado. O cálculo dos índices foi realizado a partir dos dados brutos das seguintes categorias: receita total, despesa total, despesa assistencial médica, despesa não assistencial e resultado financeiro.

Por meio da Tabela 5 é possível verificar que restaram 751 OPS na pesquisa. Desse total, apenas 7 operadoras possuem mais de 1 milhão de beneficiários, sendo que na média as operadoras que compõem esse estrato possuem 2,2 milhões de beneficiários. O estrato com maior quantidade de operadoras é o estrato de 10.001 a 20 mil vidas, contendo 159 OPS com média de 14 mil beneficiários. O estrato menos representativo dessa amostra é o de operadoras com até 100 beneficiários, contendo apenas uma OPS.

Por meio da Tabela 5 podemos constatar também que a representatividade da média da Despesa não assistencial (DA+DC) em relação à média da receita total é maior nos estratos das operadoras de pequeno porte e à medida que as operadoras aumentam de porte, percebe-se

que essa representatividade média cai se estabilizando em torno de 13% nas OPS com mais de 100.000 vidas.

Pela Tabela 5 podemos perceber que o tamanho da OPS é importante para uma diluição média da despesa não assistencial entre os beneficiários. Quanto maior é a OPS mais diluída é a média da despesa não assistencial (DA+DC), em razão dela ser suportada por uma maior quantidade de beneficiários. Ou seja, as operadoras podem crescer em termos de quantidade de beneficiários, porém sem elevar na mesma medida sua despesa média não assistencial.

A Tabela 5 demonstra que a média da Margem de lucro bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares tem a tendência de crescimento na medida em que o porte da OPS se expande. As OPS com menos de 5.000 vidas tendem a manter uma média de Margem de lucro bruto em patamar negativo, ou seja, enquanto que as OPS de grande porte operam na média de forma lucrativa, as OPS menores na média tendem a estar no prejuízo.

O Índice combinado (COMB) dos estratos das OPS presente na Tabela 5 mostra que a representatividade média da despesa total em relação à receita total é mais alta nas operadoras de pequeno porte e à medida que as operadoras aumentam de porte, percebe-se que essa representatividade média cai abaixo dos 100% nas OPS com mais de 1.000 vidas.

Tabela 5 – Estratos pós-filtros, aglutinações e exclusão das OPS outliers do banco de dados.

ESTRATOS	QTD	MÉDIA DE BENEFICIÁRIOS	DA+DC	MLB	SINISTRALIDADE	COMB
de 0 a 100	1	90	13,15%	16,00%	70,85%	84,00%
de 101 a 500	9	314	27,53%	-26,23%	96,10%	111,48%
de 501 a 1.000	15	784	24,28%	-6,40%	80,83%	100,11%
de 1.001 a 5.000	130	2797	21,11%	-1,01%	79,16%	98,21%
de 5.001 a 10.000	109	7432	18,35%	0,19%	81,12%	98,34%
de 10.001 a 20.000	159	14710	18,13%	1,08%	80,30%	97,63%
de 20.001 a 30.000	82	24266	17,88%	1,69%	80,36%	97,92%
de 30.001 a 40.000	47	35047	17,59%	0,91%	81,50%	99,09%
de 40.001 a 50.000	45	44678	15,27%	2,78%	81,83%	96,42%
de 50.001 a 100.000	82	72023	14,89%	2,21%	82,81%	97,13%
de 100.001 a 200.000	40	140302	13,83%	2,70%	83,46%	97,30%
de 200.001 a 300.000	6	241709	12,99%	8,23%	78,79%	91,77%
de 300.001 a 400.000	8	341608	13,31%	2,26%	84,24%	95,73%
de 400.001 a 500.000	2	458896	16,13%	2,46%	81,41%	97,54%
de 500.001 a 1.000.000	9	662079	13,33%	0,15%	86,52%	99,85%
Acima de 1.000.000	7	2209590	13,47%	3,93%	82,60%	96,07%
TOTAL	751	-	-	-	-	-

Elaboração própria

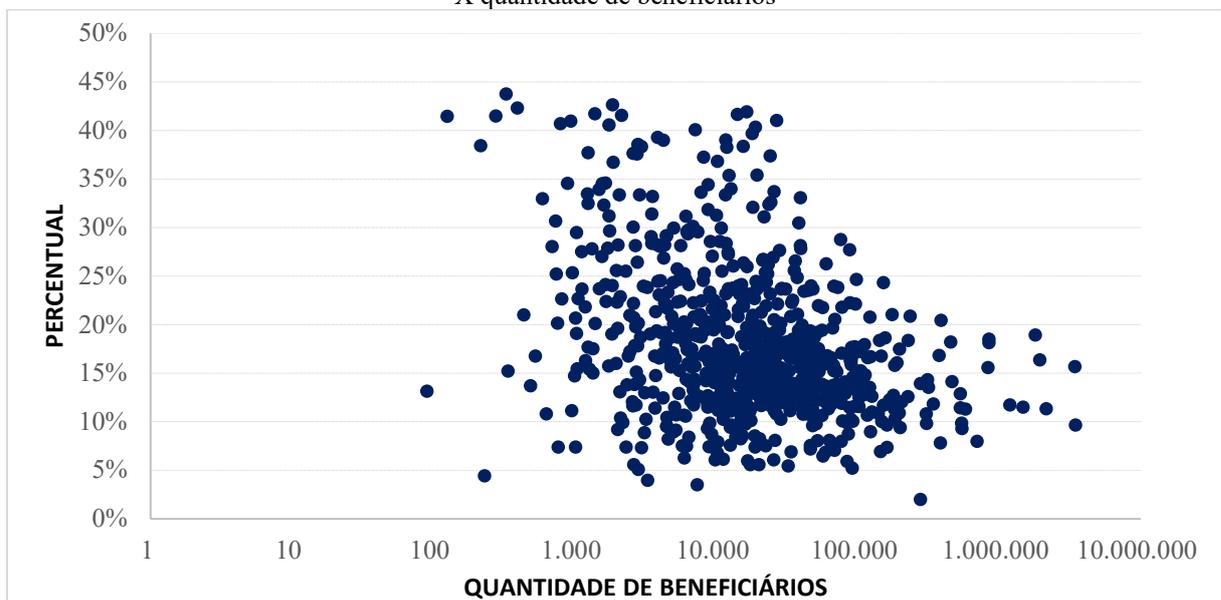
Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

A Figura 3 apresenta a junção do Índice de despesa administrativa (DA) mais o Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019. Pode-se observar na Figura 3 que o eixo x foi construído em escala logarítmica e representa a quantidade de beneficiários das

751 OPS selecionadas para o estudo. Enquanto que no eixo y estão os valores percentuais das despesas não assistenciais (DA+DC) em relação à receita total.

Analisando a Figura 3 pode-se perceber que existe uma variabilidade muito alta das despesas não assistenciais (DA+DC) das OPS de menor porte em relação à receita total. Pode-se observar também que à medida em que o porte das OPS cresce há uma tendência de redução da média da despesa não assistencial em relação à receita total, além de uma redução da variabilidade dos dados nos estratos superiores.

Figura 3 – Índice de despesa administrativa (DA) mais Índice de despesa de comercialização (DC) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Elaboração própria
Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

Para a Figura 3 foi ajustada uma equação de regressão logarítmica dada pela seguinte expressão:

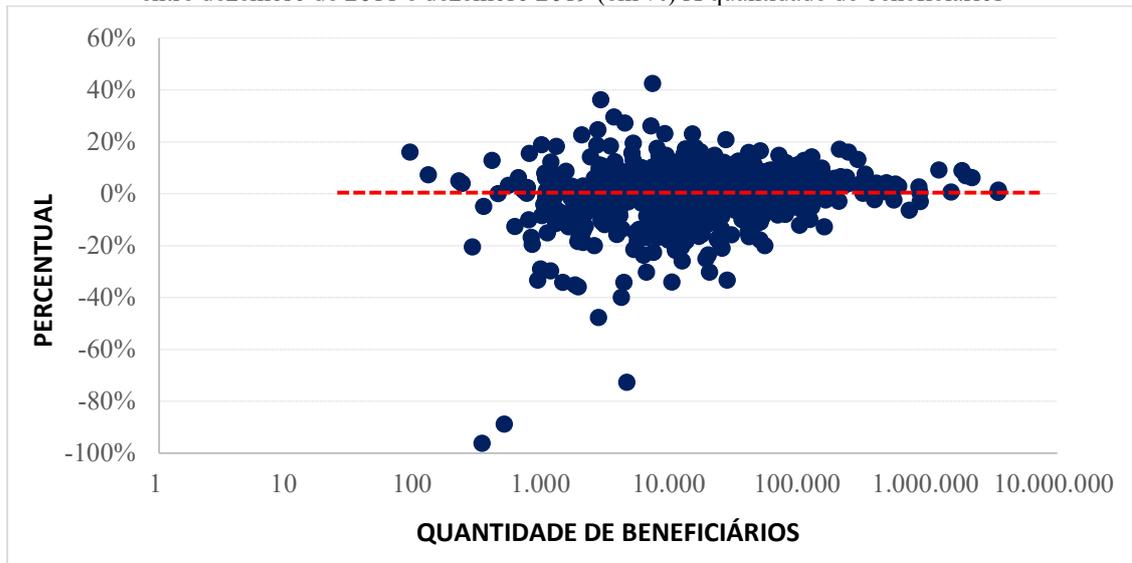
$$y = -0,1711\ln(x) + 0,4241 \quad (7)$$

Em seguida, foi calculado o Coeficiente de Determinação (R^2) que resultou no valor **0,1312**, confirmando a tendência de redução da média da despesa não assistencial em relação a receita total à medida em que o porte das OPS cresce.

A figura 4 apresenta a Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019. Pode-se observar na Figura 4 que o eixo x foi construído em escala logarítmica e representa a quantidade de beneficiários das 751 OPS selecionadas para o estudo. Enquanto que no eixo y estão os valores percentuais da Margem de Lucro Bruto (MLB) em relação à receita total.

Analisando a Figura 4 pode-se observar que à medida em que o porte das OPS cresce há uma tendência de que a Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras se desloque para a região acima de zero, ou seja, as OPS maiores tendem a alcançar uma margem de lucro bruto positiva. Além disso há uma redução da variabilidade dos dados nos estratos superiores.

Figura 4 – Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Elaboração própria

Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

Para a Figura 4 foi ajustada uma equação de regressão dada pela seguinte expressão:

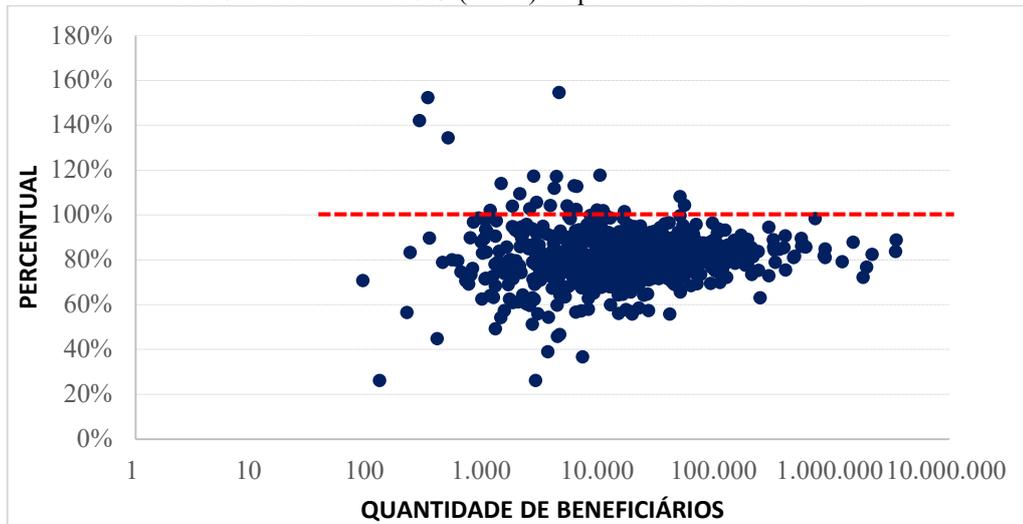
$$y = 0,0333x - 0,1356 \quad (8)$$

Em seguida, foi calculado o Coeficiente de Determinação: $R^2 = 0,0397$.

A figura 5 apresenta a Sinistralidade (DM) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019. Pode-se observar na Figura 5 que o eixo x foi construído em escala logarítmica e representa a quantidade de beneficiários das 751 OPS selecionadas para o estudo. Enquanto que no eixo y estão os percentuais da Sinistralidade (DM) em relação à receita total.

Analisando a Figura 5 pode-se observar que à medida em que o porte das OPS cresce há uma aparente tendência de redução da Sinistralidade (DM) das operadoras, em que a partir de determinada quantidade de beneficiários, a sinistralidade passa a se concentrar nos níveis abaixo de 100% em relação à receita total. Além disso, há uma redução da variabilidade dos dados de sinistralidade nos estratos superiores.

Figura 5 – Sinistralidade (DM) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Elaboração própria

Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

Para a Figura 5 foi ajustada uma equação de regressão dada pela seguinte expressão:

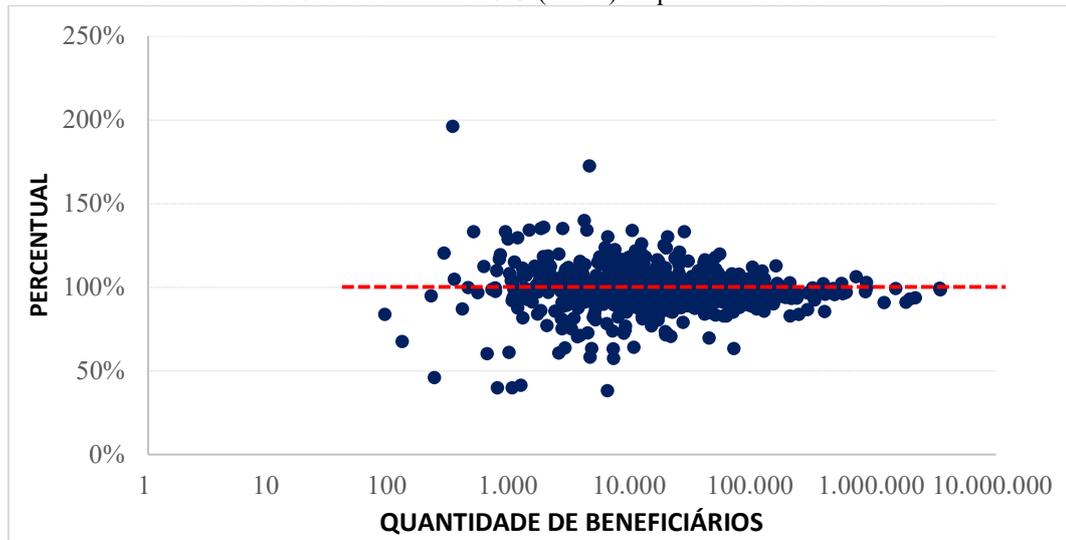
$$y = 0,0112x + 0,7646 \quad (9)$$

Em seguida, foi calculado o Coeficiente de Determinação: $R^2 = 0,0042$.

A figura 6 apresenta a Índice Combinado (COMB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019. Pode-se observar na Figura 6 que o eixo x foi construído em escala logarítmica e representa a quantidade de beneficiários das 751 OPS selecionadas para o estudo. Enquanto que no eixo y estão os valores percentuais da Índice Combinado (COMB) em relação à receita total.

Analisando a Figura 6 pode-se observar que à medida em que o porte das OPS cresce há uma aparente tendência de redução do Índice Combinado (COMB) das operadoras, em que a partir de determinada quantidade de beneficiários, o Índice Combinado das despesas passa a se concentrar nos níveis mais próximos de 100% em relação à receita total. Além disso, há uma redução da variabilidade dos dados do Índice Combinado nos estratos superiores.

Figura 6 – Índice Combinado (COMB) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil entre dezembro de 2011 e dezembro 2019 (em %) X quantidade de beneficiários



Elaboração própria

Fonte dos dados: BRASIL, ANS TABNET (2025)

Para a Figura 6 foi ajustada uma equação de regressão dada pela seguinte expressão:

$$y = -0,012x + 1,0306 \quad (10)$$

Em seguida, foi calculado o Coeficiente de Determinação: $R^2 = 0,004$.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo foi capaz de demonstrar que a média das despesas não assistenciais (despesa administrativa (DA) mais despesa de comercialização (DC)) das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil perdem representatividade à medida em que o porte da OPS cresce, ou seja, a relevância da média da despesa não assistencial (DA+DC) em relação à receita total é mais alta nas operadoras de pequeno porte e à medida que as operadoras aumentam de porte, percebe-se que essa representatividade se torna menor.

A pesquisa demonstrou com eficácia que o tamanho da OPS é importante para uma diluição da despesa não assistencial entre os beneficiários. Quanto maior é a OPS mais diluída é a despesa não assistencial (DA+DC), em razão dela ser suportada por uma maior quantidade de beneficiários. O Estudo foi eficaz em mostrar que, à medida em que o porte da OPS cresce, há uma tendência de redução na média da despesa não assistencial em relação à receita. Além disso, há uma maior oscilação deste indicador nas Operadoras de menor porte e à medida em que a OPS cresce há uma redução dessa volatilidade.

O estudo também demonstrou que à medida em que o porte das OPS cresce há uma tendência de que a Margem de Lucro Bruto (MLB) das operadoras se desloque para a região acima de zero, ou seja, as OPS maiores tendem a alcançar uma margem de lucro bruto positiva. Assim, as OPS menores tendem, em média, a manter uma Margem de lucro bruto em patamar negativo, ou seja, enquanto que as OPS de grande porte operam de forma lucrativa, as OPS menores estão no prejuízo.

Outro aspecto que ficou demonstrado foi que à medida em que o porte das OPS cresce há uma aparente tendência de redução da Sinistralidade (DM) das operadoras, em que a partir de determinada quantidade de beneficiários, a sinistralidade passa a se concentrar nos níveis abaixo de 100% em relação à receita total. Além disso, ficou comprovado também que à medida em que o porte das OPS cresce há uma aparente tendência de redução do Índice Combinado (COMB) das operadoras, em que a partir de determinada quantidade de beneficiários, o Índice Combinado das despesas passa a se concentrar nos níveis mais próximos de 100% em relação à receita total.

Os indicadores MLB, Sinistralidade e COMB apontam para uma tendência de melhoria na medida em que o porte das OPS cresce. Entretanto, estes indicadores podem ser melhor qualificados se, em uma futura etapa de pesquisa o pesquisador passar a segregar da análise do banco de dados, as operadoras de autogestão e filantropia que notadamente não têm finalidade de lucrativa e nem têm despesa comercial significativa para custear, daquelas

operadoras ditas de mercado (cooperativa médica, medicina de grupo, seguradoras e administradoras de benefícios).

A operadoras de mercado têm a finalidade de lucro e, por essa razão gastam muito administrativamente para poder reforçar sua máquina de vendas e captar mais clientes. São operadoras com comportamentos completamente diferentes. Enquanto o grupo de autogestão e filantropia não necessita de uma força de vendas forte, as operadoras de mercado precisam de uma força de venda e pós-venda muito forte para fazer com que a política de vendas e retenção funcione.

Essa pesquisa traz números importantes para o setor, porém não pretende esgotar a discussão do tema. Pesquisas futuras podem qualificar melhor estes dados segregando as análises realizadas nesse trabalho por modalidade da operadora, visto que na análise geral já realizada estão contempladas operadoras de todos os tipos.

Por fim, após analisar os dados de receita e despesas das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil, apresentar indicadores que demonstrem o grau de eficiência da gestão econômica e financeira e demonstrar a relação existente entre o porte da operadora de plano de saúde e sua despesa não assistencial, foi possível concluir que o tamanho das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil influencia a despesa não assistencial e isso produz reflexos no resultado financeiro e na competitividade das OPS.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Geovani Gurgel. **Depois da Reforma**: contribuição para a crítica da saúde coletiva. 01 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. v. 01

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 96, de 29 de março de 2005**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2005/res0096_29_03_2005.html#:~:text=Despesas%20n%C3%A3o%20assistenciais%3A%20valor%20total,da%20assist%C3%Aancia%20direta%20ao%20benefici%C3%A1rio. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano (jun.) 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/ acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania**. Rio de Janeiro: ANS, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa - RN nº 528**, de 29 de abril de 2022, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.legnet.com.br/integra/cliente-1/pais-1/UN73245.htm>. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa ANS nº 574**, de 28 de fevereiro de 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0574_02_03_2023.html. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Atos Normativos da ANS**: aperfeiçoamento do ambiente regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2024a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDJmYTk1NTAtNGNjNi00MDM1LWFhMTgtNjBjNGM2M2VmMTgyIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar**. 2024b. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjM4YTYyMDEtMmRjMS00NWZhLWFkMTEtMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS TABNET**: Informações em saúde suplementar. Brasília, 2025a. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados - Informações consolidadas de Beneficiários** - Index of /FTP/PDA/informacoes_consolidadas_de_beneficiarios-024/202412. Rio de Janeiro, 2025b.

Disponível em:

https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/informacoes_consolidadas_de_beneficiarios-024/202412/). Acesso em 07 abr. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Sala de situação**, 2025c.

Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 07 abr. 2025.

AVELAR, Aline Bento Ambrosio, DA SILVA, Antonio Sergio, FOUTO, Nuno Manoel Martins Dias. **Evolução dos custos médico-hospitalares de planos privados de assistência à saúde no Brasil**. Revista de Gestão em Sistema de Saúde, São Paulo, v. 7, n. 1, pp. 29-43, janeiro/abril, 2018.

BAIRD, Marcello Fragano. **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2017.

BARROS, Erico Costa; DREON Fernanda Righi. **Análise Financeira - Enfoque Empresarial: uma abordagem prática para executivos não financeiros**. Belo Horizonte: Libretteria. 2016.

BERNZ, I. M.; MALIK, A. M.; OGATA, A. **Modelos de remuneração baseados em valor: Uma Percepção Dos Gestores Das Operadoras De Saúde**. *In*: Revista Brasileira de Saúde Suplementar, Brasil, 03 ago. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 05 out. 1988. N. 191-A, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 12 set 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 20 set 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 04 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 26 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 22 set 2022.

BORGES, Isabella Borba Vilela; FARIA, Valquíria Ferreira de. Impactos da Lei 14.454/2022 no mercado de saúde suplementar. *In*: **Revista de Direito da Saúde Suplementar**. São Paulo: Ed. Singular. 2022.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Cartilha FONAJUS itinerante: a saúde onde você está**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/06/cartilha-fonajus-itinerante.pdf>. Acesso em 07 abr. 2025.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA (CADE). **Cadernos do CADE: Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica**. Brasília: CADE, 2022. Disponível em: https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/cadernos-do-cade/Cadernos-do-Cade_AC-saude-suplementar.pdf. Acesso em 07 abr. 2025.

FERNANDES, Júlia Leal; CAILLEAU, Romain; SOUZA, Antonio Arthur de. **Análise de indicadores econômico-financeiros das operadoras de plano de saúde**. São Paulo: USP. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/57938/2/AN%c3%81LISE%20DE%20INDICADORRES%20ECON%c3%94MICO-FINANCEIROS%20DAS%20OPERADORAS.pdf>. Acesso em 07 abr. 2025.

FERREIRA, Daniel Furtado. **Estatística básica**. 2. ed. UFLA, 2005.

INSTITUTO BUTANTAN. **Qual a diferença entre SARS-CoV-2 e Covid-19? Prevalência e incidência são a mesma coisa? E mortalidade e letalidade?**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade#:~:text=SARS%2DCoV%2D2%3A%20v%C3%ADrus,%2C%20como%20%E2%80%9Cnovo%20coronav%C3%ADrus%E2%80%9D>. Acesso em 07 abr. 2025.

KOBELT, Gisela. **A Economia da Saúde: uma introdução à Avaliação Econômica**. Office of Health Economics: London, 2008.

LEAL, R. M; MATOS, J. B. B. **Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes**. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. 2009.

MIGALHAS. **CNJ impõe retomada presencial; veja quais Tribunais tomaram medidas**. Brasil: 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/381147/cnj-impoe-retomada-presencial-veja-quais-tribunais-tomaram-medidas> Acesso em 07 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <http://crrmm.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em 07 abr. 2025.

PACINI, Stefano; TOBLER, Rodolpho; BITTENCOURT, Viviane Seda. **Tendências do home office no Brasil**. FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV), 2023. Disponível em: <https://portal.fgv.br/artigos/tendencias-home-office-brasil>. Acesso em 07 abr. 2025.

SÁ, Marcelo coelho de. **Projeção da população de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalar no Brasil**: Contribuição do envelhecimento populacional e do pacto intergeracional para a espiral crescente da seleção adversa de beneficiários na saúde suplementar. 105 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2024.

SALVATORI, Rachel T.; VENTURA, Carla A. A. **A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde**: avanços e desafios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 115-128, 2012.

SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em 07 abr. 2025.

SUL AMÉRICA. **Relação de Produtos e Códigos de Registro**. Disponível em: https://www.sulamerica.com.br/saude/relacao_de_prd_ativos_na_ans.pdf. Acesso em 07 abr. 2025.

WERNECK, Heitor Franco. **Os Seguros Privados de Saúde no Brasil**: uma análise taxonômica a partir da OCDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar, v. Texto para Discussão No. 02, p.26,1 abr. 2010.

APÊNDICE A

Quadro das 23 OPS consideradas *outliers* excluídas do estudo, em razão dos indicadores econômico-financeiros apresentarem comportamento atípico:

Código	Operadora	MÉDIA DE BENEFICIÁRIOS POR Operadora e Ano (DE 2011 A 2019)	DA+DC	MLB	DM (SINISTRALIDADE)	COMB
312363	312363-UNIMED DO EST. DO RJ FEDERAÇÃO EST. DAS COO	401	345573,13%	-345473,74%	1,37%	345573,74%
316741	316741-UNIMED DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - FE	1	17980,18%	-17904,37%	2,53%	17982,14%
328774	328774-GENTE CLUBE DE VIDA - PROMOÇÕES E SERVIÇOS	17	6329,85%	-6290,97%	22,24%	6340,97%
420930	420930-HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO	259	5129,25%	-5092,71%	45,18%	5159,37%
330876	330876-HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO	521	2445,77%	-2435,82%	90,05%	2535,82%
355135	355135-COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL DO ALEGRETE LTDA	1.129	1210,77%	-1113,34%	2,56%	1213,34%
411841	411841-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE	805	1085,41%	-1048,64%	63,24%	1148,64%
400319	400319-HOSPITAL DE CATAGUASES	1.808	1016,10%	-991,09%	75,00%	1091,09%
406457	406457-HOSPITAL PADRE JÚLIO MARIA	392	879,51%	-901,99%	122,48%	1001,99%
306207	306207-SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICENCIA	967	847,94%	-867,16%	119,22%	967,16%
351644	351644-SMH - SOCIEDADE MÉDICO HOSPITALAR LTDA	1.188	710,59%	-695,42%	84,83%	795,42%
414743	414743-ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE IJUI	7.378	707,52%	-662,79%	55,27%	762,79%
408506	408506-ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA ROSALIA	3.208	702,49%	-656,90%	54,42%	756,90%
321931	321931-CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAÍ	2.118	645,86%	-623,88%	78,03%	723,88%
306428	306428-ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE	1.630	660,65%	-621,07%	60,42%	721,07%
338214	338214-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	1.930	587,68%	-516,85%	29,17%	616,85%
300748	300748-SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA	10.663	512,15%	-494,77%	82,62%	594,77%
330116	330116-SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VOTUPORANGA	12.069	482,60%	-466,39%	83,79%	566,39%
311499	311499-FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE	6.831	392,74%	-370,27%	77,52%	470,27%
351679	351679-SOCIEDADE ITALIANA DE BENEFICÊNCIA E MUTUO	675	451,25%	-368,83%	17,58%	468,83%
413399	413399-FUNDAÇÃO PADRE ALBINO	19.315	388,18%	-359,39%	71,21%	459,39%
402770	402770-CLIMOL CLINICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA SÃO FR	1.375	424,42%	-345,61%	21,19%	445,61%
329207	329207-CENTRO POPULAR PRO-MELHORAMENTOS DE BOM JES	1.216	375,94%	-328,75%	52,81%	428,75%

APÊNDICE B

Quadro das 104 OPS *outliers* excluídas em razão do Box Plot dos índices DA+DC:

Código	Operadora
302881	302881-FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL VICOSENSE
304212	304212-ON MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
304476	304476-SOMED COOP. DE ASSIST.MED., ODONTOL. E ADM.
306045	306045-SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ
308005	308005-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
309699	309699-LIFEDAY PLANOS DE SAÚDE LTDA.
310239	310239-PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
310344	310344-SBH SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIBEIRAO
310361	310361-CENTRO BARBACENENSE DE ASSISTÊNCIA MEDICA E
310891	310891-IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
312304	312304-INSOLVÊNCIA CIVIL DE SERVIÇO SOCIAL DAS EST
314102	314102-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
315516	315516-CENTRAL MÉDICA DE PREVENÇÃO LTDA.
315893	315893-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASA BRANCA
319422	319422-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
320838	320838-UNIMED INTRAFEDERATIVA FEDERAÇÃO REGIONAL S
320889	320889-MASSA FALIDA DE ITALICA SAÚDE LTDA
321095	321095-IRMANDADE DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS
324523	324523-UNIMED PARAIBA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES C
325759	325759-UNIMED PERNAMBUCANA - FEDERAÇÃO DAS COOPERA
326755	326755-ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRI
327328	327328-CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA LTDA
329266	329266-MASSA FALIDA CLINICA ALVORADA DE SERVICOS M
330337	330337-SOCIEDADE OPERÁRIA HUMANITÁRIA
332291	332291-POLYMED - POLYCLÍNICA MÉDICA E OPERADORA DE
333514	333514-CASA DE CARIDADE DE MURIAÉ - HOSPITAL SÃO P
333875	333875-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
334511	334511-UNIMED VALE DO PARAIBA - FEDERAÇÃO INTRAFED
334651	334651-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
339091	339091-POLICLIN S/A SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES
342505	342505-MASSA FALIDA DE SERMEDE SERVIÇO MÉDICO E DE
343315	343315-UNIMED MONTE CARMELO COOPERATIVA DE TRABALH
344915	344915-SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E ASILO DOS POBR
345741	345741-IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITA
349127	349127-MEDISUL ASSISTÊNCIA MÉDICA EMPRESARIAL LTDA
350095	350095-MASSA FALIDA CDE - CENTRO DE DIAGNOSTICO ES
350362	350362-COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFÍCIOS SOCIAIS
351695	351695-IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO JO
352187	352187-REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA
352331	352331-CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONARIOS DO BANCO
355241	355241-MASSA FALIDA DE CENTRO MEDICO SAO LEOPOLDO
355356	355356-UNIMED CENTRO- RS - SOC COOP DE SERVIÇOS MÉ
357227	357227-IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE
358711	358711-VEROLIFE SAÚDE S/A
360465	360465-SB SAÚDE LTDA SOCIEDADE SIMPLES
363685	363685-IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTE
363944	363944-FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS
367729	367729-MASSA FALIDA DE SAÚDE QUALITY LTDA.
367877	367877-FUNDAÇÃO DOS EMPREGADOS DA FIAT
376604	376604-MASSA FALIDA OPEN SAÚDE LTDA
376663	376663-MASSA FALIDA DE ATUAL SAÚDE LTDA.
378038	378038-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
380563	380563-UNICLINICAS DE ANAPOLIS LTDA..
382639	382639-ASSOCIAÇÃO DOS FISCALIS DE TRIBUTOS ESTADUAI
384054	384054-BENEFICENCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZONIA
390178	390178-SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRETOS
394271	394271-ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESP
400360	400360-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
400785	400785-SINAMED SERVIÇOS MEDICOS E HOSPITALARES LTD
401081	401081-AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ
401137	401137-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
401196	401196-AME PLANOS DE SAÚDE LTDA
402141	402141-CLIMED LTDA. ASSISTÊNCIA MÉDICA A EMPRESAS
402206	402206-ASSOCIAÇÃO GOIANA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
402796	402796-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA
402923	402923-ASSOCIAÇÃO CASA FONTE DA VIDA
403130	403130-CENTRO MÉDICO ESTÂNCIA VELHA LTDA
403237	403237-SOMEPI - SOCIEDADE MÉDICA DE PIRAPORA LTDA.
403814	403814-SINDICATO RURAL DE ALEGRETE
403920	403920-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
404527	404527-SAÚDE GRANDE RIO LTDA.
404993	404993-VIDA & VIDA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LT
405051	405051-CIMMAL OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA.
406554	406554-ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA DE P
406589	406589-CAM- OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE LTDA.
406643	406643-HOSPITAL OSWALDO CRUZ LTDA
407062	407062-UNIMED VALENÇA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI
407755	407755-PRONTO SOCORRO INFANTIL LUIZ FRANÇA LTDA.
407968	407968-MASSA FALIDA DE CLINICA MARECHAL RONDON LTD
408514	408514-FUNDAÇÃO GERALDO CORREA
408662	408662-LIRA E VALADARES CLÍNICA E OPERADORA DE PLA
410292	410292-FUNDACAO LEONOR DE BARROS CAMARGO
410365	410365-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
411434	411434-ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO FISCO ESTADUAL
412457	412457-ASSOCIAÇÃO CASA DO VIAJANTE
412872	412872-ASSOCIACAO PARANAENSE DO MINISTERIO PUBLICO
413372	413372-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA
413488	413488-MASSA FALIDA DE VITAE SERVIÇOS ASSISTENCIAI
413755	413755-AMP SAUDE LTDA
413798	413798-MASSA FALIDA DE SANTA MARINA SAÚDE S/C LTDA
413984	413984-SAÚDE DA FAMÍLIA ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITA
414735	414735-CEFEM - OPERADORA DE PLANO DE SAUDE LTDA.
414956	414956-HOSPITAL EVANGÉLICO DE RIO VERDE
415065	415065-MAIS SAÚDE PLANO DE SAÚDE LTDA
316491	316491-IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE
415413	415413-CLINIPREV SAUDE LTDA
416029	416029-MASSA FALIDA PLANLIFE - ASSISTÊNCIA MÉDICA
416924	416924-INSOLVÊNCIA CIVIL DE INSTITUTO DE ASSISTÊNC
417092	417092-CENTRAL OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE NORTE-
417475	417475-PRONTO SOCORRO CONDE DE MOREIRA LIMA
419311	419311-BIOLIFE SAUDE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE
419362	419362-HOSPITAL BOM SAMARITANO S/S LTDA - EM LIQUI
420077	420077-SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA DO PAPEL, PAPEL
420751	420751-IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL