
1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

Tema 1 - Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar

1º Lugar

A política de reajuste dos planos de saúde: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS.

Autora:

Gilka Lopes Moreira Antonio

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE
SUPLEMENTAR
TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE
SUPLEMENTAR

A POLÍTICA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE A
ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS
INDIVIDUAIS/FAMILIARES NO ÂMBITO DA ANS

BRASÍLIA

2018

RESUMO

Objetivos: A monografia teve como principais objetivos compreender as razões pelas quais a ANS calcula o teto de reajuste anual dos planos individuais com base na média dos reajustes dos planos coletivos e contribuir com o avanço da discussão sobre uma eventual alteração dessa política. **Limites:** A pesquisa considerou apenas o segmento de planos de assistência médica, focando em um dos componentes da regulação econômica: o reajuste anual. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa e natureza documental, a partir de textos científicos publicados na *internet*, de dados e informações publicadas no *site* da ANS e de documentos produzidos no âmbito da Câmara Técnica 2010/2011 e do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos 2017/2018, acerca da construção de uma nova metodologia de reajuste anual dos planos individuais. **Resultados:** A metodologia adotada pela ANS baseia-se na *Yardstick Competition*, a qual possui certa racionalidade econômica por refletir o poder de barganha dos grupos nas negociações de reajuste, mas apresenta limitações, como a falta de transparência, sendo apontada, pelas operadoras, como um dos fatores desestimuladores da oferta de planos individuais. A alternativa estudada pela ANS desde 2010, no intuito de superar essas limitações e estimular a eficiência do setor, tem como fundamento o *Price-Cap*, porém, existem dificuldades na definição dos componentes da fórmula, principalmente na construção de um índice setorial que reflita a variação dos preços e a utilização dos serviços pelos beneficiários; que permitia a sustentabilidade das operadoras; e que viabilize a oferta de planos individuais. Desse modo, mesmo após a realização de vários estudos e debates com o setor regulado, a Diretoria Colegiada da ANS não aprovou o encaminhamento da

proposta da nova metodologia de reajuste para consulta pública. **Conclusões:** Para o desenvolvimento de uma fórmula baseada no *Price Cap*, sugeriu-se a construção de um índice setorial (I) em cooperação técnica com o IBGE, com ponderações que reflitam a variação do consumo e as diferentes cestas de serviços oferecidas; e o estabelecimento de direções e metas assistenciais para a definição do fator de estímulo à produtividade do setor (X). Observou-se, também, a necessidade de desenvolvimento de *softwares* que facilitem a recepção e o processamento de informações, a realização de testes/simulações, o envolvimento das demais diretorias e a disponibilização de informativos em linguagem mais didática, a fim de possibilitar que os públicos interno e externo participem da discussão.

Palavras-Chave: REGULAÇÃO ECONÔMICA. PLANOS INDIVIDUAIS. METODOLOGIA DE REAJUSTE ANUAL. *YARDSTICK COMPETITION*. *PRICE-CAP*.

SUMÁRIO

1.Introdução.....	04
1.1 Objetivos.....	07
1.1.1 Objetivo geral.....	07
1.1.2 Objetivos específicos.....	07
1.2 Metodologia.....	08
2. O Estado regulador e o mercado de saúde suplementar.....	09
3. A regulação econômica e os regimes tarifários.....	15
3.1 A regulação de preços no setor de saúde suplementar.....	19
3.1.1 Tipos de reajuste.....	21
3.1.1.1 Reajuste por faixa etária.....	21
3.1.1.2 Reajuste anual.....	27
3.1.1.2.1 Retrospecto da política de reajuste anual dos planos de assistência médica.....	29
3.1.1.2.2 Modelo vigente de reajuste anual dos planos individuais.....	31
3.1.1.2.3 Discussões sobre a mudança na metodologia de reajuste anual dos planos individuais.....	35
3.1.1.2.3.1 Câmara Técnica 2010/2011.....	35
3.1.1.2.3.2 A inclusão do tema na Agenda Regulatória 2013-2014.....	41
3.1.1.2.3.3 Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos 2017/2018.....	43
3.1.1.2.3.4 Relatório de Análise do Impacto Regulatório.....	47
3.1.1.2.3.5 Decisão da Diretoria Colegiada da ANS – 482ª Reunião.....	51
4.Considerações Finais.....	53
Referências.....	58

Introdução

A estrutura dos sistemas de saúde de diversos países se caracteriza pela coexistência da atuação pública e privada, com os mais variados arranjos de financiamento e provisão de serviços. No caso brasileiro, esse formato híbrido foi sendo delineado ao longo do século XX e, na Constituição Federal de 1988, ele foi positivado. (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013; ANTONIO, 2018; GERSCHMAN, 2008).

Ao passo que o Sistema Único de Saúde – SUS constitui um sistema público, de acesso universal, empresas privadas constituídas como seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas/odontológicas, medicina/odontologia de grupo, empresas de filantropia e autogestões ofertam, mediante o pagamento de contraprestações pecuniárias, coberturas similares às garantidas pelo SUS, além de elementos de sofisticação, como hotelaria diferenciada, prazos máximos para atendimento e possibilidade de escolha de prestadores (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013; ANTONIO, 2018).

A adoção do termo “suplementar” para a designação desse mercado encontrou muita resistência, uma vez que apenas a palavra “complementar” é encontrada na Constituição Federal em referência à forma de atuação da iniciativa privada na saúde. No entanto, segundo Barbosa (2005, p. 73), o vocábulo “suplementar”, praticado no ramo dos seguros, prevaleceu no Direito brasileiro por denotar de forma mais adequada uma “cobertura autônoma em relação àquela oferecida pelo Estado”, uma “opção aberta ao cidadão”, enquanto que o termo “complementar” “pressuporia a existência de limitação de cobertura do sistema público, atuando o seguro privado apenas onde este não alcançasse”.

O mercado de saúde suplementar brasileiro, atualmente, possui mais de setenta milhões de vidas vinculadas¹, sendo 47.403.025 de vidas em planos de assistência médica e 23.063.010 de vidas em planos de assistência exclusivamente odontológica, o que demonstra a sua relevância (ANS, 2018e).

O setor foi regulamentado em 1999, por meio da Lei 9.656/98 e, desde 2000, opera sob a intervenção de uma agência reguladora – a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação assistencial, administrativa e econômica (COSTA *et al. apud* MASCARENHAS, 2007).

No que tange à regulação econômica, mais especificamente ao controle dos reajustes, a ANS tem estabelecido, desde 2001, um teto para o reajuste anual dos contratos individuais/familiares de assistência médica, firmados após o início da vigência da Lei 9.656/98 (o que representa atualmente mais oito milhões de contratos), enquanto os reajustes anuais dos contratos coletivos são livremente negociados entre pessoas jurídicas (regra aplicada para mais de 38 milhões de vidas) (ANS, 2018e).

O estabelecimento de um limite para o reajuste anual dos contratos individuais/familiares pela ANS, somado à imposição de barreiras legais que dificultam o cancelamento unilateral desses contratos e à suspensão do reajuste por revisão técnica (extraordinária), têm levado o mercado a se concentrar em torno do segmento dos planos coletivos, no qual há maior liberdade para a aplicação de reajustes e para a rescisão de contratos desequilibrados economicamente, em detrimento da comercialização de planos individuais/familiares (MEDEIROS, 2010; ANTONIO, 2018).

¹ Utiliza-se o termo “vidas” porque uma única pessoa pode ter mais de um contrato de plano de saúde, a exemplo daqueles que possuem um contrato de plano odontológico e outro de assistência médica, ou aqueles que possuem um plano individual e outro coletivo, na mesma segmentação assistencial, em decorrência de vínculo empregatício.

Além de ser apontada como uma das causas da menor oferta de planos individuais, essa metodologia de reajuste vem sofrendo críticas e pressões de vários segmentos, como os organismos de defesa do consumidor – que desaprovam a aplicação de percentuais superiores aos índices oficiais de inflação (ANTONIO, 2018); os beneficiários – que se insurgem nos âmbitos administrativo e judicial contra as operadoras, por considerarem abusivos os reajustes sofridos; o Legislativo – que apresenta propostas de mudança para essa política regulatória; e o Judiciário – que julga e decide individualmente conflitos de consumo envolvendo a aplicação de reajustes.

A ANS realizou diversos estudos e debates, no âmbito da Câmara Técnica do novo modelo de reajuste (2010/2011) e do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos (2017/2018), para aperfeiçoar sua política de reajuste de preços, analisando alternativas que viabilizassem a solidez das operadoras (MEDEIROS, 2010) e que também as estimulassem a aumentarem sua eficiência, a fim de que os usuários não fossem penalizados com o simples repasse dos custos setoriais, por meio de reajustes excessivos. Esperava-se, além do mais, que essa nova metodologia tivesse repercussão positiva em relação à oferta de planos individuais/familiares, a fim de os consumidores pudessem ter poder de escolha para contratar esse tipo de produto.

Desse modo, o presente trabalho propôs-se a compreender por que, a despeito de todas as discussões e estudos já realizados, a ANS mantém a metodologia de reajuste anual dos planos individuais baseada na média dos reajustes dos planos coletivos, com a pretensão de apontar caminhos na discussão sobre uma estratégia alternativa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

No intuito de contribuir com o avanço da discussão sobre uma eventual alteração na metodologia de reajuste anual dos planos individuais, pretende-se explorar as bases que a sustentam e compreender por que a ANS não a substituiu, até os dias atuais, apesar dos estudos desenvolvidos no âmbito da Câmara Técnica 2010/2011 e do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos 2017/2018.

1.1.2. Objetivos Específicos

No intuito de atingir o objetivo principal, são requeridos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as razões que justificam a intervenção governamental no setor de saúde suplementar;
- Comparar os principais tipos de regulação tarifária;
- Analisar a política de reajuste de preços adotada pela ANS (tipos de reajuste);
- Compreender a necessidade de mudança da política de reajuste adotada;
- Resumir as principais conclusões dos estudos sobre a construção de um novo modelo de reajuste anual, conforme discussões realizadas no âmbito da Câmara Técnica de 2010/2011 e do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, no período entre 2017/2018;
- Investigar as razões pelas quais a ANS mantém o *status quo* em relação à política de reajuste anual dos planos individuais;

- Contribuir com a discussão de uma nova metodologia de reajuste anual dos planos individuais.

1.2 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido com base em pesquisa bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa e natureza documental.

A primeira etapa consistiu na análise de textos em língua portuguesa (teses, dissertações e artigos científicos) publicados na *internet* (Google Acadêmico, Scielo, *site* da ANS), acerca da regulação econômica e da política regulatória da saúde suplementar.

Na segunda etapa, buscaram-se textos e informativos, especialmente no *site* da ANS, acerca da política de reajustes dos planos de saúde.

Na terceira etapa, foram pontuados os principais resultados obtidos com os estudos internos da ANS e com as discussões junto ao setor regulado e à sociedade, com vistas à construção de uma nova metodologia de reajuste para os planos de saúde, de acordo com os documentos produzidos no âmbito da Câmara Técnica 2010/2011 e do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos 2017/2018, bem como de seus desdobramentos, que resultaram na elaboração do Relatório de Impacto Regulatório, e na discussão realizada durante Reunião da Diretoria Colegiada da ANS.

Por fim, na quarta etapa, tencionou-se compreender por que, a despeito de todos esses estudos, a ANS não alterou a metodologia de reajuste anual dos planos individuais, com o fito de indicar caminhos para novas discussões e estudos acerca do tema.

2. O Estado regulador e o mercado de saúde suplementar

As dimensões, a estrutura do Estado e suas formas de intervenção sobre a atuação dos particulares estão em constante transformação, acompanhando a evolução da sociedade e da economia (SILVA; NELSON, 2013).

No século XX, para garantir o atendimento a um amplo rol de direitos sociais, culturais e econômicos, não contemplados pelo modelo Liberal, o Estado acentuou a intervenção nas atividades econômicas e passou a operar como produtor de bens e serviços, em busca do bem-estar da coletividade. Contudo, esse “assistencialismo” mostrou-se dispendioso e incapaz de atender às crescentes necessidades sociais, colocando o Estado Social em xeque, por sua ineficiência na prestação de serviços públicos e no desenvolvimento de atividades econômicas, diante do modo de produção capitalista (MELO, 2010).

A flexibilização dos desígnios pretendidos pelo *Welfare State* e o delineamento de um novo modelo de Estado, em grande parte, resultaram da implementação das propostas traçadas no Consenso de Washington, um documento formulado em novembro de 1989 que refletia o pensamento econômico neoliberal difundido desde o início da década de 80 e reunia as orientações dominantes de economistas e de representantes de importantes instituições financeiras privadas do mundo, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Dentre as dez medidas propostas, estavam a privatização de empresas públicas e a desregulação de atividades produtivas, o que presumia a substituição do Estado provedor por um Estado Regulador, adstrito às funções de planejamento, normatização, acompanhamento e fiscalização (MELO, 2010).

Tanto os Estados Unidos quanto os países europeus realizaram reformas político-administrativas visando à transposição para esse novo modelo, conquanto tenham adotado arranjos institucionais e instrumentos regulatórios distintos (NITÃO, 2004). Idealizavam-se novas formas de gestão e intervenção econômica, a diminuição da atuação estatal direta e a substituição do modelo burocrático e centralizado pelo modelo gerencial, com o emprego de mecanismos de mercado dentro do próprio governo, em busca de novos valores, como a eficiência e a transparência (NITÃO, 2004; MENICUCCI, 2007).

O formato institucional de agência reguladora – “agências especializadas, capazes de coletar informações, elaborar regulamentos e fortalecer o mercado” (NITÃO, 2004, p. 15) – foi escolhido pelos Estados Unidos e adotado por países europeus e latino-americanos, para atuação, sobretudo, nos serviços públicos que haviam sido privatizados (MENICUCCI, 2007).

Abandonada a crença de que haveria uma “mão invisível” ordenando espontaneamente a economia, começou-se a aceitar a ideia de que o mercado apresentava falhas que impediam o seu perfeito funcionamento e a alocação ideal dos recursos, e que a ação reguladora do Estado poderia mitigar essas falhas, maximizando os ganhos para a coletividade (MENICUCCI, 2007; SCHYMURA, 2013). Também passou a ser admitida a regulação de entes privados por “razões políticas em áreas da atividade social ou econômica” (CHINITZ, 2001 *apud* NITÃO, 2004, p. 17), como a necessidade de “redistribuição de riquezas e a canalização de recursos ao implemento do interesse público” (NASCIMENTO, 2015. p. 193).

No Brasil, a “refundação do Estado e da sociedade” ocorreu na década de 1990, de acordo com os parâmetros estabelecidos internacionalmente, com

destaque para a flexibilização do monopólio de algumas atividades e para a privatização de empresas governamentais (MENICUCCI, 2007, p. 244).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado em 1995 pelo governo brasileiro, consubstanciou o projeto de implantação do Estado regulador, possibilitando a criação de autarquias para setores privatizados (energia elétrica, telecomunicações e petróleo), com o formato de agências reguladoras independentes. (MENICUCCI, 2007)

A despeito de não ter havido uma decisão de privatização dos serviços de assistência à saúde, o Brasil interrompeu o discurso de universalização da atenção à saúde, acomodando-se ao sistema híbrido e dual (público-privado) e importando o conceito de agência reguladora para o setor de planos privados de saúde, que já se encontrava consolidado antes mesmo da concepção das principais diretrizes de um sistema público universal de saúde na Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990 (ANTONIO, 2018).

O mercado de saúde suplementar evoluíra desde a década de 1960, fortemente associado à política previdenciária, apoiado por incentivos de natureza fiscal e pela ausência de um marco legal, até a aprovação da Lei 9.656/98, quando já contava com cerca de 48 milhões de usuários, sujeitos a práticas abusivas, como exclusões de cobertura para diversos procedimentos e cláusulas contratuais obscuras (ANTONIO, 2018; HASHIMOTO, 2010; ANS, 2000). Por isso, para Ocké-Reis (2006, p. 1307), a regulamentação do setor ocorreu “na contramão do crescente liberalismo”, porquanto as regras de mercado foram suplantadas por determinações legais.

Nesse contexto, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da Lei 9.961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de

regulamentar a Lei 9.656/98, promover o interesse público na assistência suplementar à saúde, com alcance sobre as pessoas jurídicas de direito privado que operam ou administram planos de saúde de assistência médica ou odontológica, encerrando a fase do controle bipartite do setor, que vinha sendo exercido pelos Ministérios da Saúde e da Fazenda, em seus aspectos assistencial e financeiro, respectivamente.

Para Boschi e Lima (2002 *apud* MENICUCCI, 2007, p. 246), a replicação do modelo de agência reguladora para tantas áreas distintas, como a saúde suplementar, deu-se, de certa maneira, em função “dos graus de liberdade conferidos pelo próprio estatuto de autarquia – portanto livre das limitações impostas à administração direta”.

Como as agências reguladoras “concentram em um só organismo um microcosmos de funções executivas, legislativas e judiciárias voltadas para algum setor econômico específico” (ALVES, 2016, p. 12), com mandato fixo para seus dirigentes, haveria uma maior convergência entre os diversos interesses afetados (produtores e consumidores), tornando menos provável a captura do Estado pelos interesses privados (MENICUCCI, 2007).

Além de se tratar de uma área de grande interesse social (MENICUCCI, 2007), o setor de planos de saúde era marcado por falhas decorrentes, em sua maioria, da assimetria informacional entre os agentes, sendo as principais o risco moral e a seleção adversa (MEDEIROS, 2010).

O risco moral advém da assimetria informacional *ex-post*, ou seja, da impossibilidade de a operadora prever o comportamento do usuário após a contratação do plano. Principalmente nos planos sem fator moderador (coparticipação e franquias), em que os usuários pagam mensalidades fixas e não

incorrem em novos custos para realizar os atendimentos, haveria uma propensão a um consumo excessivo e desnecessário, muitas vezes por indução (agenciamento) dos prestadores de serviço, os quais são remunerados por procedimento (*fee for service*) e não têm compromisso com a sustentabilidade financeira das operadoras. (MEDEIROS, 2010)

A seleção adversa, por sua vez, é uma falha relacionada à assimetria informacional *ex-ante*, pelo fato de a operadora desconhecer a condição de saúde dos usuários antecipadamente. Se, por um lado, as operadoras precisam de uma massa de indivíduos (*pool*) de baixo risco, para compensar aqueles de alto risco, predispostos à utilização de serviços com maior frequência e de maior complexidade, por outro, o usuário, que geralmente conhece o seu estado de saúde, tenderia a não contratar um plano de saúde quando se considerasse saudável (baixo risco). (MEDEIROS, 2010)

Como grande parte dos entraves da regulação do mercado de planos privados de saúde se devem à assimetria de informação entre operadoras-usuários-prestadores e à não-confluência de seus interesses, o maior dos desafios da ANS seria, nas palavras de Giovanela, Ribeiro e Costa (2002 *apud* MENICUCCI, 2007, p. 273):

(...) encontrar um ponto de equilíbrio entre direitos individuais abrangentes, nos quais se concentra o Código de Defesa do Consumidor, e as estratégias das empresas, ponto este capaz de assegurar a existência de um mercado competitivo e diversificado, formado por empresas sólidas e consumidores esclarecidos .

A incompatibilidade dos interesses entre produtores e consumidores, nesse mercado, é ainda mais acentuada em virtude da natureza híbrida do sistema de saúde brasileiro, que propicia a convivência de duas concepções contraditórias da saúde: ora como direito social, ora com natureza mercadológica.

Entretanto, embora as operadoras de planos privados de saúde visem, essencialmente, lucros (ou ao menos a sustentabilidade financeira, no caso das operadoras sem fins lucrativos, como as autogestões), a saúde é concebida como um bem de relevância pública e, por essa razão, a atividade é regulada pela ANS em todas as suas dimensões (MONTONE, 2004 *apud* HASHIMOTO, 2010).

Em dezoito anos, a ANS aprimorou suas bases de dados, possibilitando o dimensionamento do setor; implementou medidas para o monitoramento da assistência prestada pelas operadoras e de suas condições financeiras; homogeneizou um padrão mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória, periodicamente revisado; estabeleceu prazos máximos de atendimento; disciplinou as regras contratuais entre prestadores e operadoras; criou mecanismos para melhorar a comunicação entre operadoras e usuários; regulamentou e detalhou previsões da Lei 9.656/98 acerca do direito de permanência no plano para demitidos/exonerados e aposentados, da vedação à exclusão de doenças preexistentes após o cumprimento do período de cobertura parcial, dentre outras ações (ANS, 2018f).

Indiscutivelmente, as intervenções da ANS trouxeram avanços e garantias aos usuários, ao mesmo tempo em que impactaram os custos operacionais e assistenciais das operadoras e, conseqüentemente, os preços de seus produtos, cujos reajustes são passíveis de controle e monitoramento pela Agência.

Assim, o presente trabalho se restringirá à análise da regulação econômica do mercado de planos privados de saúde, mais especificamente a um dos seus componentes: a política de reajuste de preços.

3. A regulação econômica e os regimes tarifários

Pode-se definir regulação econômica como “toda e qualquer ação do governo que imponha restrições às decisões individuais dos agentes econômicos”, geralmente “suportada por alguma ameaça de sanção” (SAINTIVE; CHACUR, 2006, p. 6), com vistas à indução de resultados desejados pelo Estado (ALVES, 2016; SALLAI; SANT’ANNA, 2003 *apud* HASHIMOTO, 2010).

Segundo Salgado e Mota (2005 *apud* SILVEIRA, 2006, p. 22), “a melhor regulação” é aquela que estimula a eficiência e conduz a bons resultados para o consumidor “em termos de disponibilidade de oferta, com qualidade adequada e preços módicos”. Por isso, a regulação econômica pode alcançar diversas dimensões, além da regulação de preços, tais como quantidade transacionada, qualidade dos serviços, propaganda, investimento, segurança, ou condições para a entrada e a saída de firmas do mercado (ALVES, 2016).

Não obstante, a regulação tarifária ou “administração” de preços é um dos aspectos mais sensíveis da regulação econômica, por existir, de um lado, a necessidade de viabilizar a “rentabilidade do investidor” e, do outro, a de garantir o “bem-estar dos consumidores” (SAINTIVE; CHACUR, 2006, p. 6).

Para intervir nos preços de mercado, o regulador pode estipular preços máximos ou mínimos, bandas de variação, determinar preços fixos ou estabelecer mecanismos e percentuais de reajuste periódicos, de acordo com Alves (2016). O autor explica que a opção pelo estabelecimento de preços máximos é cabível em mercados com estrutura monopolística, inclinado à prática de preços superiores ao custo marginal. Já os preços mínimos evitariam a prática de preços muito inferiores

ao custo, com o intuito predatório, ou seja, de eliminar concorrentes ou potenciais entrantes.

Destarte, o regime tarifário escolhido pelo regulador pode contemplar variáveis como a formação do preço, formas de controle dos reajustes, grau de liberdade de variação e mecanismos complementares que promovam a eficiência do setor, beneficiando também os usuários (FERNANDES, 2000).

As regras tarifárias, de modo geral, podem ser classificadas como: a) tarifação a custo de serviço – *Cost Plus* (regulação tradicional); ou b) tarifação por incentivo, segundo Fernandes (2000).

O primeiro tipo de regulação tarifária, mais aceito em setores de monopólio natural, garante que a remuneração do investidor seja suficiente para cobrir seus custos totais, incluindo, ainda, uma taxa interna de retorno que lhe seja atrativa, porém, justa do ponto de vista do regulador.

A despeito de propiciarem maior transparência e previsibilidade para os agentes, as metodologias de reajuste baseadas nesse tipo de regulação tarifária podem causar problemas como “assimetrias de informação entre o regulador e o regulado” (com apropriação extraordinária dos lucros) e “ineficiência alocativa” (não equalização entre preços e custos marginais de produção), por se garantir a cobertura integral dos custos da firma, independentemente de seu desempenho (FERNANDES, 2000, p. 97).

Outro inconveniente dessa espécie de regulação tarifária é a possibilidade de estímulo ao sobre-investimento, conhecido como efeito Averch-Johnson, caracterizado pela superutilização do capital pelas empresas reguladas, com a intenção de aumentarem as suas tarifas (SANTOS, C., 2012).

A regulação de tarifas por incentivo, por sua vez, consiste na aplicação de mecanismos que estimulem as firmas a melhorarem a sua *performance*, com a finalidade última de maximizar o bem-estar social.

Em seu modelo básico, o Estado fixa um preço-teto e uma fórmula de ajuste periódico, que incorpora metas de ganho de produtividade. Logo, para se apropriarem de uma parte maior de lucros, as firmas precisam reduzir seus custos (melhorar sua produtividade além da meta fixada), ao invés de, simplesmente, aumentarem os preços.

Dentre os mecanismos de regulação por incentivos, estão aquelas que envolvem os níveis de preço, como o *Price Cap* e a *Yardstick Competition*. (SANTOS, C., 2012, FERNANDES, 2000).

De acordo com o esquema do *Price Cap* (Preço-Teto), o regulador estabelece um preço inicial de comercialização e uma fórmula de ajuste periódico que contemple os fatores abaixo:

- a) Um indexador de preços (I), preferencialmente um índice geral de correção de preços, que não seja passível de manipulação pelo regulador.
- b) O fator de produtividade (X), que permita a fixação de metas (expectativas) de ganho de produtividade pelo setor.
- c) O fator de custos fora do controle da firma (Y), conhecidos como *cost passthrough*, para repasse aos consumidores, que decorreriam da introdução de alguma exigência do regulador, como um novo padrão de qualidade ou de segurança.

A equação que resume o cálculo da tarifa, a partir dessa metodologia, seria a seguinte (PICCININI, 2005 *apud* SANTOS, C., 2012, p. 31):

$$P(x) = (P^*) \times (Ip) - X + Y$$

Onde, $P(x)$ – Tarifa praticada; P^* - Preço Máximo estimado; Ip – Determinado índice de preço econômico, como IGP-M, IPCA, etc.; X – Indexador de ganhos de produtividade; Y – Indexador de repasse de custos.

O objetivo da metodologia *Price Cap* seria “propor um cálculo tarifário baseado em uma regra simples e transparente”, que possibilitasse “maior liberdade de gestão” pelas firmas, as quais definiriam suas estratégias produtivas para ter o máximo de eficiência (SANTOS C., 2012, p. 32).

Já a *Yardstick Competition* (YC), também conhecida como Regulação por Desempenho – que pode ser empregada isoladamente ou em conjunto com outros mecanismos como o *Price Cap* – consiste na eleição de um grupo de empresas tidas como mais eficientes, para que sua média sirva como padrão de comparação (*benchmark*) (SILVEIRA, 2006). O método permite a diluição da assimetria de informação entre regulador e setor regulado, principalmente quando há um número considerável de firmas.

Outros tipos de regulação de tarifas podem ser desenvolvidos, a depender da estrutura de cada mercado e dos objetivos do Estado, mas a escolha deve ser estritamente técnica (LEAL, 2014), orientada pela motivação única de corrigir as falhas desse mercado, buscar a sua eficiência e promover o bem-estar da coletividade (ALVES, 2016). Caso contrário, se a regulação resultar simplesmente do jogo político, como apregoam as “teorias céticas quanto ao caráter benevolente da regulação econômica pelo Estado” (NASCIMENTO, 2015, p. 194), o interesse público restará prejudicado, haja vista que os consumidores demandarão regulação para baixar os preços, e a indústria demandará regulação para proteger e aumentar seus lucros (PELTZMAN, 1976 *apud* ALVES, 2016, p. 14).

Se, de um lado, o excesso de regulação pode reduzir ao extremo a margem de lucro das empresas, desestimular investimentos e melhorias e prejudicar a qualidade dos serviços prestados, do outro, sua insuficiência pode trazer graves prejuízos aos consumidores (ALVES, 2016). O caminho, nesse sentido, passa pela definição de um ponto ótimo de regulação pela agência, através do “exercício contínuo de avaliação de suas políticas, assumindo como iminente o risco de erro e buscando constantemente melhoria da qualidade e das intervenções que realiza” (ALVES, 2016, p. 1).

3.1 A regulação de preços no setor de saúde suplementar

Para Ocké-Reis e Cardoso (2011, p. 457), o mercado de planos de saúde possui características compatíveis com o “quadro de concorrência imperfeita, onde os preços tenderiam a aparecer como ‘preços de monopólio’, pois os vendedores poderiam fixar maiores lucros em detrimento do bem-estar social dos consumidores”.

A prática de preços elevados seria favorecida devido à inelasticidade da demanda em relação ao preço, dado que, ante à insuficiência de serviços públicos de saúde, sempre haveria demanda por planos de saúde privados, pela necessidade de proteção contra o risco financeiro de um potencial gasto por problemas de saúde. Com tal raciocínio, por mais que as operadoras praticassem preços que comprometessem a renda do consumidor, ele estaria disposto a realizar pesados esforços financeiros e patrimoniais para se proteger contra esse risco.

A inelasticidade da demanda se agrava em relação aos contratantes de planos individuais, mais sensíveis às variações de preço e com um portfólio reduzido

de planos à disposição, porquanto os beneficiários de planos coletivos têm a seu favor um mercado menos concentrado, maior mobilidade e poder de negociação.

Além da tendência aos preços monopolísticos, a regulação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de saúde se justifica porque “a evolução dos custos em saúde aponta para uma tendência de alta, propiciando um aumento de preços acima do nível competitivo e acima dos índices inflacionários”, em função das “inovações tecnológicas”, do “grau de concentração do mercado”, da “dinâmica do complexo médico hospitalar” e do “aumento da frequência de utilização dos serviços pelos usuários” (STIGLITZ, 1989 *apud* ANS, 2011b, p. 2; OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; FIGUEIRA, 2006).

A regulação dos preços pela ANS se dá de forma indireta, via regras de reajuste (SAINTIVE; CHACUR, 2006) e por meio do monitoramento da evolução da formação inicial dos preços dos planos privados de saúde (Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP).

Dessa forma, os valores iniciais das contraprestações pecuniárias, que são estabelecidos livremente pelas operadoras, com base em seus cálculos atuariais, somente podem ser reajustados quando o consumidor muda de faixa etária, e anualmente, em função das variações de custos do setor, de acordo com as disposições contratuais, as normas de controle e/ou de monitoramento da ANS.

Não obstante o foco do presente trabalho seja a política de reajuste anual, a apresentação do tema será precedida por considerações acerca do reajuste por faixa etária, devido à sua importância para a compreensão da política de preços da saúde suplementar como um todo.

3.1.1 Tipos de reajuste

3.1.1.1 Reajuste por faixa etária

Os dados do Painel de Precificação da ANS comprovam que o custo médio por beneficiário de plano de saúde exposto sobe gradativamente, à medida que sua idade é mais avançada. O exposto idoso custa quase seis vezes mais no item “exames complementares”, quase sete vezes mais nos itens “outros atendimentos ambulatoriais” e “internações” e quase oito vezes mais nas “demais despesas assistenciais” e nas “terapias” (ANS, 2016a, p. 31).

Dada a variação de risco em função do aumento da idade do beneficiário, a legislação permite a aplicação de reajustes cada vez que ele atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária, caso estejam previstos no contrato celebrado as faixas e seus respectivos percentuais de variação.

As regras de aplicação desse tipo de reajuste dependem da data em que o plano foi contratado, como demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1 – Regras de reajuste por faixa etária

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos	A CONSU 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos) Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
	18 a 29 anos	
	30 a 39 anos	
	40 a 49 anos	

	50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Fonte: ANS, 2017c..

A mudança nas regras de reajuste por faixa etária para os beneficiários que contrataram planos de saúde após 01/01/2004 deu-se em função da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), que vetou a aplicação desse tipo de variação para usuários idosos (com mais de sessenta anos).

Para Leal (2014, p.51), ao invés de beneficiar os consumidores, a alteração legal trouxe um grave efeito adverso sobre eles, já que as operadoras foram levadas a “antecipar reajustes para as faixas anteriores de forma a manter o equilíbrio atuarial do sistema”, diante da necessidade de reescalonamento dos preços, de modo que a última das dez faixas etárias passou a concentrar todos os beneficiários com 59 anos ou mais de idade.

Considerando as Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRP's) vigentes nos planos disponíveis para comercialização em dezembro de 2015, o percentual acumulado entre a primeira e a última faixas etárias foi de 469,7%, ou seja, na

média geral, o valor da última faixa é 5,7 vezes maior que o valor da primeira, dentro, portanto, dos limites definidos pela ANS (até 6 vezes).

As médias dos reajustes por mudança de faixa etária aplicados pelas operadoras, de acordo com esse levantamento, encontram-se no Quadro 2:

Quadro 2 – Percentuais médios de variação aplicados pelas operadoras

Faixa etária	Média de variação	Acumulado
0 a 18 anos	0%	0%
19 a 23 anos	20,9%	20,9%
24 a 28 anos	15,8%	40,1%
29 a 33 anos	12,9%	58,2%
34 a 38 anos	10,5%	74,9%
39 a 43 anos	14,9%	100,9%
44 a 48 anos	25%	151,2%
49 a 53 anos	23,9%	211,39%
54 a 58 anos	27,5%	296,8%
59 anos ou mais	43,6%	469,7%

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Painel de Precificação Planos de Saúde 2015 (ANS, 2016a).

A existência de preços diferenciados em função da idade, segundo a ANS, é necessária para evitar a Espiral de Seleção Adversa (*Adverse Selection Death Spiral*), fenômeno que ocorreria caso fosse adotado um preço único, com a aplicação do princípio do mutualismo sem a ponderação dos perfis de risco, porque isso elevaria o valor da mensalidade dos mais jovens, induzindo-os a saírem do mercado, “restando apenas consumidores de risco alto”, o que provocaria o “colapso desse mercado” (ANS, 2014b), tendo em vista que o negócio das operadoras somente é viável se houver um *pool* de risco equilibrado (STIVALI, 2011).

Não por outro motivo, as contraprestações pecuniárias são ajustadas às faixas de risco (critério etário), por meio do sistema de Repartição Simples das despesas entre os beneficiários (*pay as you go*), de forma que tanto os jovens

quanto os idosos desembolsem valores compatíveis com seus perfis de consumo dos serviços de saúde (ANS, 2014b).

Essa repartição e a limitação legal para a variação entre as faixas permitem que parte dos custos gerados pelos mais idosos seja assumida pelos mais jovens (subsídios cruzados), com base no conceito da solidariedade intergeracional (pacto intergeracional), trazendo equidade para o sistema (STIVALI, 2011). Essa forma de compartilhamento de riscos é conhecida na literatura sobre seguros como *Modified Community Rating*, por possibilitar que os valores das contraprestações pecuniárias dos planos sofram alguma variação segundo um critério pré-estabelecido (faixa etária, sexo) (STIVALI, 2011).

Através da NTRP, a ANS faz o acompanhamento das práticas de formação de preços das operadoras de planos de saúde. No documento, elas informam o valor comercial da mensalidade do produto (R\$), podendo transacionar esses planos no mercado com valores que fiquem dentro do limite de 30% (banda de variação) para mais ou para menos, sendo que “os parâmetros para a determinação do preço do plano de saúde, bem como dos percentuais de aumento por mudança de faixa etária, são de responsabilidade do atuário” (ANS, 2014b, p. 4).

É através da técnica atuarial, com seus modelos de cálculos probabilísticos, que as operadoras de planos de saúde estimam o volume provável dos gastos assistenciais e organizam um sistema de repartição dessas despesas entre os participantes, trazendo equilíbrio entre as mensalidades pagas e as coberturas oferecidas (RAMOS, 1998).

Por mais essencial que seja ao funcionamento do setor, “o estabelecimento de faixas etárias nos planos de saúde sempre gera muita polêmica junto aos órgãos

de defesa do consumidor, Judiciário, ANS, operadoras de saúde e atuários” (NEVES *et al.*, 2016, p. 2).

Principalmente após o Estatuto do Idoso, multiplicaram-se as ações judiciais contra operadoras de planos de saúde, nas quais se pleiteia a aplicação retroativa da vedação ao reajuste decorrente da mudança de faixa etária para maiores de 60 anos de idade. Em muitos casos, o Judiciário tem exarado decisões determinando a suspensão da aplicação desses reajustes, mesmo que previstos no contrato (NEVES *et al.*, 2016).

As demandas judiciais se explicam porque “o crescimento do salário do participante não acompanha o crescimento dos seus gastos com a saúde, quer seja por seu natural envelhecimento, quer seja pela chamada ‘inflação saúde’, especialmente quando de sua aposentadoria” (MAZZA, 2015, p. 25), momento em que os beneficiários vivenciam, ao mesmo tempo, o aumento dos preços dos planos e a diminuição de sua renda (ANS, 2011b).

Por outro lado, emerge a preocupação com a sustentabilidade desse sistema de tarifação, diante do contexto da transição demográfica e epidemiológica, em que se observam o envelhecimento populacional, mudanças no perfil de morbidade e diminuição das taxas de fecundidade.

Com o aumento do tempo de vida e as mudanças nos custos com assistência à saúde, a tendência é que os valores das contraprestações pecuniárias iniciais dos mais jovens sejam majorados, para que seja possível o financiamento das despesas e do *deficit* gerado pelos indivíduos de 80 anos ou mais (ANS, 2015a).

Para Kelles (2013, p. 155), o mercado de planos de saúde sentirá fortemente o impacto do aumento da longevidade e dos custos com internações hospitalares das pessoas em idades mais avançadas. O autor prenunciou que esse impacto será

maior para as operadoras que possuem carteiras de planos individuais e para as autogestões, as quais apresentam proporção de beneficiários idosos acima da média do mercado.

De acordo com as projeções feitas em 2011 pela ANS, se a taxa de cobertura populacional por planos de saúde fosse mantida, o número de beneficiários com sessenta anos ou mais atingiria 10,5 milhões em 2030 e 17 milhões em 2050 (ANS, 2011b), o que “criaria tensões nas regras de solidariedade intergeracional existentes na regulação do setor”, nas palavras de Stivali (2011, p. 3730).

Em virtude dessas mudanças, a ANS incluiu na Agenda Regulatória 2016/2018, a avaliação da sustentabilidade do pacto intergeracional existente na saúde suplementar, por meio da comparação entre os resultados obtidos por faixa etária e as atuais normas de precificação, a fim de aprimorar as regras de comercialização dos planos de saúde (ANS, 2016c).

Uma das possibilidades de financiamento pensadas para os planos de saúde seria a formatação de produtos que fossem financiados por meio de contribuições diretas para o plano de saúde (mutualismo) e, ao mesmo tempo, arrecadassem valores que iriam para um fundo, no qual haveria incidência de juros, para auxiliar o financiamento do benefício no futuro (capitalização), similar à lógica do produto Vida Gerador de Benefício Livre – VGBL (planos previdenciários privados para complementação de aposentadoria). Desse modo, o capital do “VGBL-Saúde” seria acumulado durante a vida economicamente ativa do beneficiário e, no momento em que existisse um maior comprometimento de sua renda, estaria disponível. (ANS, 2011b)

Em que pese a discussão sobre a revisão das regras de reajuste por faixa etária estar vinculada à sustentabilidade do setor e inserida na política geral de

preços dos planos de saúde, o presente estudo dedicou maior atenção à análise da política de reajuste anual que vem sendo adotada pela ANS e nas discussões sobre sua alteração.

3.1.1.2 Reajuste anual

O reajuste anual incide a cada doze meses na contraprestação pecuniária dos planos de saúde em razão da variação dos custos médico-hospitalares, e as regras de aplicação variam de acordo com a data de assinatura do contrato e do tipo de contratação (individual ou coletiva).

Os beneficiários de planos individuais não regulamentados pela Lei 9.656/98 (planos anteriores a 1999 e não adaptados) têm as suas mensalidades reajustadas de acordo com os índices estabelecidos no contrato (IGP-M, IPCA, dentre outros). Na hipótese de o contrato não fixar um índice, com clareza, as operadoras podem firmar Termos de Compromisso com o órgão regulador, para a determinação dos percentuais de reajuste desses contratantes ou aplicar o índice definido pela ANS para contratos novos.

No que concerne aos reajustes anuais de mensalidades dos planos individuais regulamentados pela Lei 9.656/98, sua aplicação ocorre na data do aniversário do contrato, respeitando o teto autorizado pela ANS, conforme Quadro 3, de acordo com a metodologia que será detalhada nas seções seguintes.

Quadro 3 – Histórico de reajuste por variação de custos Pessoa Física

Ano	Reajustes máximos autorizados pela ANS
2017	13,55%
2016	13,57%
2015	13,55%
2014	9,65%

2013	9,04%
2012	7,93%
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%
2000	5,42%

Fonte: ANS, 2017a.

Por fim, o reajuste anual sofrido pelos beneficiários vinculados a contratos coletivos (empresariais ou por adesão) é de livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante ou estipulante, sendo necessário que a operadora reúna todos os seus contratos com menos de 30 beneficiários para calcular um reajuste único para eles (*pool* de risco). De qualquer forma, a regulação dos reajustes anuais dos contratos coletivos se limita ao monitoramento dos percentuais aplicados, que devem, obrigatoriamente, ser comunicados pelas operadoras à ANS. (ANS, 2016b).

O reajuste anual dos planos exclusivamente odontológicos, que não será tratado neste estudo, segue o índice de inflação estipulado no contrato ou, na ausência de tal informação, deve-se aplicar o IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

Na próxima seção, buscar-se-á demonstrar como a política de preços dos planos de saúde de assistência médica evoluiu até chegar à metodologia atual, desenvolvida pela ANS.

3.1.1.2.1 Retrospecto da política de reajuste anual dos planos de assistência médica

De acordo com Cata Preta (2004), a auto-regulação prevaleceu por várias décadas na definição dos percentuais de reajuste dos planos de saúde, com fundamento em fórmulas contratualmente estabelecidas sem objetividade e clareza, na maioria das vezes.

A Lei 8.178/1991, porém, inaugurou as intervenções do Estado na política de reajustes dos planos/seguros de saúde, devido à necessidade de realizar uma “transição controlada do regime de preços congelados imposto através do Plano Collor em fevereiro de 1990” (CATA PRETA, 2004, p. 22). Nesse período, a Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor) passou a ser evocada pelo Ministério da Justiça (Secretaria de Direito Econômico), para justificar um controle dos reajustes dos planos individuais.

No ano de 1991, portanto, as operadoras e seguradoras de saúde receberam a primeira autorização para o reajuste de suas mensalidades. Foi determinado, no mesmo ato normativo que autorizou o reajuste, que o Departamento de Abastecimento e Preços (DAP) se encarregaria de analisar os demonstrativos de custos setoriais, com vistas a evitar que a metodologia de cálculo das operadoras contribuísse com o repasse indiscriminado de custos decorrentes de ineficiências operacionais e administrativas aos consumidores, o que dispararia os índices inflacionários. (CATA PRETA, 2004).

Após analisar as planilhas de custos enviadas por entidades representativas do setor, o DAP propôs a primeira fórmula de reajuste (fórmula DAP), a qual considerava a variação dos preços dos honorários médicos por procedimento, a variação dos preços dos serviços hospitalares (por amostragem), os índices de

reajuste dos materiais e medicamentos (IGP-DI da FGV), a variação salarial dos empregados do setor e o índice de reajuste das despesas administrativas em função da variação do IGP-DI da FGV.

O aperfeiçoamento da fórmula incluiu o reajuste no valor dos impostos e taxas sobre as operações e o excesso de sinistralidade (a nota técnica atuarial previa uma sinistralidade máxima de 75% sobre as receitas).

No entanto, no terceiro trimestre de 1991, a inflação retornou com intensidade e a ausência de uma legislação específica para as operadoras de planos de saúde inviabilizou o controle dos preços. As empresas buscavam índices que as protegessem da corrosão inflacionária, pois, até junho de 1994, elas trabalharam com a projeção da inflação sobre os custos. Todavia, os custos eram afetados por inúmeros componentes, como o valor de consultas médicas, medicamentos, serviços hospitalares, salários, etc. Além disso, o setor era composto por operadoras de diversos segmentos, com “visões diferentes da atividade econômica” e muitas delas buscavam “obter o máximo de ganhos financeiros com os recursos disponíveis em caixa ou bancos” (CATA PRETA, 2004, p. 29).

A partir da instituição do Plano Real, em julho de 1994, os reajustes mensais deram lugar aos anuais e o fim da superinflação reduziu os ganhos financeiros das operadoras de planos de saúde. Nesse ínterim, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, foi incumbida de controlar o processo de reajuste de preços, com vistas à preservação do equilíbrio técnico-atuarial e econômico-financeiro dos contratos de planos de saúde. Assim, com base nas planilhas de custos periciadas por empresa de auditoria independente, enviadas pelas operadoras/seguradoras, a SUSEP emitiu autorizações prévias de reajuste

para os planos individuais/familiares no período de julho de 1995 a setembro de 1999.

Com a criação da ANS, no ano 2000, a metodologia de reajuste dos planos individuais praticada pela SUSEP foi modificada. O índice autorizado no primeiro ano de funcionamento da Agência, para todas as modalidades de operadoras, foi de 5,42%, calculado a partir do índice de inflação setorial (IPCA Saúde). E, a partir de 2001, introduziu-se o modelo de reajuste anual calculado com base na média dos reajustes aplicados aos contratos coletivos.

Naquele ano, o cálculo incluiu o IPCA para despesas não assistenciais e, em 2002, o reajuste foi calculado com base na média dos reajustes dos planos coletivos, com a possibilidade de um reajuste maior para adesão ao Programa de Valorização da Consulta Médica, mediante o reajustamento das tabelas de honorários médicos acima de 20%.

No ano de 2008, a nota técnica do reajuste dos planos individuais também considerou o impacto de fatores exógenos, como a entrada do novo rol de procedimentos de cobertura obrigatória. (ANS, 2010b)

3.1.1.2.2 Modelo vigente de reajuste anual dos planos individuais

A metodologia de cálculo do reajuste anual dos contratos individuais/familiares adotada pela ANS desde 2001, baseia-se no modelo *Yardstick Regulation* ou *Yardstick Competition* e os dados são obtidos no sistema de Reajuste de Planos Coletivos (RPC).

Partindo do pressuposto que os grupos contratantes de planos de saúde coletivos com mais de trinta vidas detêm maior poder de barganha junto às

operadoras, no momento da definição dos reajustes anuais, espera-se que os percentuais aplicados a esses contratos expressem somente o ajuste necessário à recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem abusividade, motivo pelo qual sua média é considerada como referência para o estabelecimento dos reajustes para os planos individuais/familiares. Em outras palavras, almeja-se que os reflexos da dinâmica concorrencial apurada no mundo coletivo sejam transferidos aos planos individuais, promovendo, assim, a redução dos custos e da assimetria de informação (BENJÓ, 1999 *apud* ANS, 2010b).

A ANS defende que o índice de reajuste dos planos individuais não é um índice de preços, mas sim um índice de valor, por considerar, além da variação do preço dos serviços e insumos, a variação do consumo desses itens pelos beneficiários (ANS, 2010b)

De acordo com o parecer técnico elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (ANS, 2015a, p. 10), a escolha da média dos reajustes dos planos coletivos como um parâmetro de *performance* apresenta “certa racionalidade econômica”, considerando que eles resultam de uma barganha bilateral e que o mercado de planos coletivos apresenta menor nível de concentração e tem um elevado o número de contratos.

Em contrapartida, segundo esse mesmo parecer, a metodologia esbarra na não-homogeneidade dos produtos ofertados e nas diferenças entre os contratos individuais e coletivos, em relação à mobilidade e ao perfil de risco.

As operadoras setoriais também reforçam a “existência de diferenças entre o comportamento dos custos entre planos coletivos (utilizados para cálculo do índice) e planos individuais (que recebem autorização do reajuste)” e criticam a “autorização

de um índice único, que não particulariza as diferenças regionais, concorrenciais e da qualidade de assistência ofertada” (ANS, 2014c, p. 2).

Nesta seara, até mesmo o Poder Legislativo tem tentado intervir propondo, dentre outras medidas, a substituição do índice da ANS por índices oficiais de inflação, desconsiderando os “efeitos perversos” que isso poderia provocar, tais como “escassez de produtos, redução de investimentos, piora na qualidade dos serviços prestados, surgimento de mercados negros” e sub-remuneração da rede prestadora de serviços (CECHIN; ALVES; ALMEIDA, 2016, p. 136).

Ciente das limitações da metodologia baseada no modelo *Yardstick Competition*, a ANS colocou em pauta a discussão sobre alternativas para a política de reajuste anual.

Entre os anos de 2001 e 2002, o assunto foi debatido com o setor regulado no âmbito de uma Câmara Técnica² e, como resultado, a média dos reajustes dos planos coletivos passou a ser a base única (100%) do cálculo do índice (antes representava 75%), isto é, a ANS decidiu pelo uso do *Yardstick* puro no cálculo do reajuste dos planos individuais, mantendo a desregulamentação dos reajustes aplicados aos planos coletivos (ANS, 2010b).

A reivindicação do setor, naquela época, já era pela adoção de um índice individualizado de reajuste, com base em planilhas de custos enviadas pelas próprias operadoras, o que não se cogitou porquanto, se assim o fizesse, a tarifa autorizada sempre seria suficiente para cobrir os custos das operadoras, garantindo que elas protegessem sua margem de lucro, independentemente de ineficiências

² As Câmaras Técnicas são mecanismos formais que possibilitam a participação da sociedade nas discussões atinentes ao setor regulado. Tratam-se de grupos temporários, disciplinados por um regimento interno, que visam aprofundar o debate sobre temas específicos, formados por servidores da ANS e atores envolvidos com o setor, convidados pela ANS. Fonte <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>

administrativas ou operacionais. Ademais, poderiam ser fornecidas planilhas com custos mais elevados, na tentativa de se obter autorização de reajustes maiores (ALVES, 2016).

Desde os primórdios da regulação e, principalmente, na última década, as operadoras têm alegado que os percentuais autorizados pela Agência para os planos individuais/familiares são inferiores à variação de custos médico-hospitalares do setor, o que estaria comprometendo a sua solvência.

Segundo entidades representativas do setor, os reajustes dos planos coletivos não se mantêm em níveis mais baixos devido ao “poder de barganha” dos grupos, mas pela menor presença de idosos, pela menor frequência de uso dos serviços e devido a algumas alterações contratuais que permitem a redução de custos, como a modificação da rede credenciada e o aumento da coparticipação. As operadoras afirmam, finalmente, que os prejuízos na operação de contratos individuais têm provocado a aplicação de reajustes mais altos aos planos coletivos, para que estes subsidiem as carteiras de planos individuais/familiares (ALVES, 2018).

Sem êxito na tentativa de persuadir o regulador a flexibilizar as regras de reajuste dos planos individuais, as operadoras passaram a classificar esses produtos como “insustentáveis” economicamente e reagiram reduzindo a sua oferta (ANTONIO, 2018).

Como efeito-dominó, muitos consumidores não têm conseguido contratar planos individuais/familiares em função dos altos preços praticados ou mesmo pela oferta deficiente desse produto em sua região (ANTONIO, 2018).

Embora discorde da insuficiência dos percentuais de reajuste autorizados para os planos individuais, a ANS reconhece as limitações da metodologia. Uma

delas é a falta de transparência, pois os documentos e as informações que demonstram os reajustes aplicados pelas operadoras em seus contratos com mais de 30 vidas não são passíveis de publicação, motivo pelo qual o tema continuou sendo debatido e estudado pela Agência, com a condução da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

A partir da análise dos documentos produzidos no âmbito da Câmara Técnica de Reajuste (reuniões entre 2010 e 2011), do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos (reuniões entre 2017 e 2018), do Relatório de Análise do Impacto Regulatório (2018), da proposta de Resolução Normativa sobre a metodologia de reajuste dos planos individuais e da 482ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, buscar-se-á compreender as propostas apresentadas e as razões pelas quais a ANS mantém, até os dias atuais, a metodologia de reajuste anual dos planos individuais baseada na média dos reajustes dos planos coletivos (*Yardstick Competition*).

3.1.1.2.3 Discussões sobre a mudança na metodologia de reajuste anual dos planos individuais

3.1.1.2.3.1 Câmara Técnica 2010/2011

Em agosto de 2009, a ANS, por meio da Gerência-Geral Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (GGEFP/DIPRO), deu início ao projeto de desenvolvimento de uma nova metodologia de reajustes dos planos de assistência médica e, no dia 01/06/2010, foi realizada a primeira de quatro reuniões da Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste, que havia sido criada em maio de 2010 (ANS, 2010a).

O propósito da Câmara Técnica era a eleição de um modelo que refletisse “com maior eficiência a variação dos custos na saúde suplementar, contemplando, ainda, os esforços das operadoras de planos de assistência à saúde para melhoria da produtividade/qualidade/eficiência em suas atividades”, e que capturasse “eventuais variações geradas por eventos exógenos nos custos dos planos individuais e/ou familiares” (ANS, 2011a).

De acordo com os registros da ata dessa primeira reunião, foi pontuado que “os planos coletivos se apresentavam com grande força impulsionadora no mercado e uma regulação branda”, enquanto os planos individuais estavam sendo pressionados por uma “regulação mais forte”, o que estaria gerando desequilíbrios no *market-share* dos planos coletivos e individuais (ANS, 2010a)

As propostas iniciais da Câmara foram no sentido de substituir a atual metodologia de reajustes dos planos individuais (baseada na *Yardstick Competition*) por outro modelo de regulação por incentivos, adotado por outras agências, como ANATEL, ANEEL e ANVISA, o qual seria baseado no *Price Cap* (Preço-Teto) e, na ANS, seria denominado de *Value Cap* (Valor-Teto), por representar um índice de valor, e não de preços.

Para o desenvolvimento do índice setorial (I) que comporia a fórmula, discutiu-se sobre a escolha de uma das três fontes: a média dos reajustes coletivos (que seria uma *proxy*/representação do comportamento dos custos dos planos individuais); as informações cadastrais e financeiras enviadas periodicamente pelas operadoras por meio do DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde); ou a adoção de um índice externo de inflação.

A fórmula proposta na primeira reunião da Câmara contemplaria, além do índice de valor (I), o fator de produtividade do setor (fator X), que poderia ser extraído das informações dos programas de qualificação e de acreditação das operadoras³, posto que, na visão sanitária, o ganho de produtividade está relacionado à melhoria dos níveis de saúde, e não necessariamente ao aumento da quantidade de procedimentos realizados.

Aventou-se, também, a consideração de eventuais fatores exógenos (fator Y), aqueles “fora da governabilidade das empresas”, que poderiam levar as despesas assistenciais a assumirem outra tendência, “após a entrada de algum fator exógeno, como o novo rol de procedimentos”.

Nas reuniões seguintes, com as contribuições dos diversos participantes da discussão, a ANS descartou a hipótese da adoção de um índice de inflação externo no cálculo, mas ressaltou que a série histórica das despesas assistenciais da carteira de planos individuais no DIOPS, que teve início em 2007, ainda precisava de maturação para ser utilizada.

A análise sobre a definição do fator de produtividade (fator X) avançou, propondo-se o uso da metodologia da Fronteira Eficiente de Produção para o estabelecimento de uma meta, na qual seriam correlacionados os insumos das operadoras (*inputs*) com os resultados esperados pela ANS (*outputs*).

³ Por meio do Programa de Acreditação de Operadoras se analisa a qualidade da assistência e as certidões são concedidas de acordo com a pontuação obtida em relação a diversos pontos, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. O Programa de Qualificação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), iniciado em 2004 e reestruturado em 2015, consiste na avaliação de desempenho das operadoras através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de diversos indicadores, que contemplam quatro dimensões (cada uma com um peso de 25% sobre a pontuação): Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS); Garantia de Acesso (IDGA); Sustentabilidade no Mercado (IDSM); e Gestão de Processo e Regulação (IDGR).

Na ocasião, a ANS rechaçou a possibilidade de admitir a revisão técnica das mensalidades⁴, concluindo que o fator Y da nova metodologia já contemplaria os fatores exógenos/imprevisíveis.

As contribuições dos diferentes atores registradas nas três reuniões da Câmara Técnica foram sintetizadas no Quadro 4:

Quadro 4 – Síntese das contribuições recebidas nas reuniões da Câmara Técnica 2010/2011

Atores	Manifestações
ANS	<p>Metodologia <i>Value Cap</i> para o reajuste dos planos individuais, considerando os três fatores:</p> <ol style="list-style-type: none"> Índice de valor (I): com base nos dados regionalizados do DIOPS ou com base nos reajustes dos planos coletivos (por região). Produtividade (X): com uso da metodologia Fronteira Eficiente de Produção para definição da meta (inputs/ outputs). Fatores exógenos (Y): observação da tendência da linha de despesas
Operadoras	<p>ABRAMGE: Criação de Índice setorial (método Laspeyres⁵) baseado em uma amostra de operadoras de regiões pré-estabelecidas. Criação de um mecanismo de revisão tarifária, através de uma planilha de custos, segregada nos grandes itens assistenciais (Consultas, Exames, Internações, Terapias).</p>
	<p>UNIMED BRASIL: Criação de Índice de variação de custos com base no DIOPS segmentado por tamanho da operadora, segmentação de produtos, tipo de contratação, tipo de acomodação, e banda de preços. Criação de um mecanismo de ajuste de preços para corrigir incidência de eventos exógenos (introdução rol de procedimentos, epidemias, etc.)</p>
	<p>FENASAÚDE: Liberação do reajuste em mercados competitivos; Imposição de reajuste para mercados não-competitivos, com um modelo que contemple 2 parcelas: a) Custos não gerenciáveis, compostos pelas despesas assistenciais e corrigidos por um índice setorial, calculado a partir da planilha de custos de um grupo de empresas segmentadas por porte, produtos e regiões; b) Custos Gerenciáveis, compostos por despesas administrativas e operacionais,</p>

⁴ O aumento de preços por revisão técnica está suspenso pela ANS. Trata-se de uma exceção destinada a um determinado plano de saúde que esteja em desequilíbrio econômico, conforme estabelecido na RN n° 19/2002.

⁵ O Índice de Laspeyres, aplicado no cálculo do Índice de Custo de Vida do DIEESE-ICV, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, dentre outros, compara preços de insumos ou quantidades em duas épocas. A ponderação pode ser feita em função dos preços ou quantidades do período base. Contudo, a literatura considera que ele tende a exagerar a alta. Por exemplo, quando os preços da gasolina aumentam, os consumidores tendem a reduzir o consumo, viajando menos, mas o cálculo pode pressupor que eles continuarão comprando a mesma quantidade. Outro índice composto, que permite a ponderação em função dos preços e das quantidades, é o Índice de Paasche, que tende a exagerar a baixa. (REIS M.M, 20?)

	<p>corrigidos por um índice geral de preços + um mecanismo de revisão de preços.</p> <p>Fórmula sugerida: Valor do Prêmio = $(Pa \times Ia) + (Pb \times (Ib - X + Y))$ Onde Pa = Parcela dos Custos não gerenciáveis (Despesas Assistenciais) Ia = Variação dos Custos não gerenciáveis Pb= Parcela de Custos Gerenciáveis (Operacionais, Administrativas, etc.) Ib = Variação de um índice geral de preços X = Fator de Produtividade dos Custos Gerenciáveis Y = Fator de Intensidade da Concorrência</p>
Defesa do consumidor	<p>Idec e Procon-SP: Regulamentação do reajuste dos planos coletivos; Política de reajuste que considere a capacidade de pagamento dos consumidores e índices de inflação; Não utilização do Y como fatores exógenos, argumentando que tais custos já estariam contemplados no índice setorial (dupla contabilização).</p> <p>Proteste: Realização de estudos sobre a capacidade de pagamento dos consumidores e sobre as tendências de expansão/retração dos mercados; Avaliação do impacto da distribuição de idosos entre as modalidades de operadoras no cálculo do fator de eficiência para evitar que as operadoras busquem a melhoria da eficiência, via exclusão de idosos da carteira; Criação de fatores de produtividade que evitem a concentração de mercado, destacando a importância de um indicador de suficiência de rede e ajustes no fator X relacionados a região de atuação, oferta de prestadores e modalidade de operação</p>
Prestadores	Necessidade de o modelo de reajuste contemplar incentivos à remuneração dos prestadores e à satisfação dos beneficiários
Outros atores (FIPECAFI, MINISTÉRIO DA FAZENDA)	Preocupação com o fator envelhecimento populacional; a dificuldade de mensurar a produtividade do setor e os fatores exógenos (X e Y); a necessidade de regular a relação com os prestadores e a estrutura competitiva; possibilidade de reajustes diferenciados por padrão de plano.

Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações da ANS (ANS, 2011c)

Em continuidade, o Grupo Técnico (GT)⁶ constituído para a análise das propostas, realizou cinco reuniões entre fevereiro e novembro de 2011, conforme quadro abaixo:

⁶ Os grupos técnicos podem ser formados no âmbito das Câmaras Técnicas ou Comitês, para a realização de estudos técnicos e aprofundados sobre um assunto específico.

Quadro 5 – Ações realizadas pelo Grupo Técnico constituído no âmbito da Câmara Técnica 2010/2011

Data da reunião	Ações realizadas
03/02/2011	Análise das Propostas dos Atores e Metodologia de Regionalização do Índice Setorial - ANS
16/03/2011	Análise das Propostas dos Atores e Metodologia de Regionalização do Índice Setorial - ANS
28/04/2011	Duas apresentações sobre a aplicabilidade do Modelo DEA (Análise Envoltória de Dados) na área de Saúde Suplementar –Sandro Alves e Paula Hashimoto Apresentação de Estimativa de Comprometimento de Renda dos Beneficiários e possíveis impactos na regionalização do Reajuste - ANS
01/09/2011	Apresentação sobre variáveis que afetam a variação de custo das operadoras - FENASAÚDE Apresentação de pesquisa sobre fatores relativos a satisfação de beneficiário – PROTESTE
30/11/2011	Apresentação dos resultados alcançados para variáveis do modelo Value Cap – Fator I e Fator X – ANS

Fonte: ANS, 2011c.

O Grupo Técnico analisou os reajustes de planos coletivos comunicados pelas operadoras entre 2008 e 2010 e concluiu que havia uma disparidade de custos regionais e que o comprometimento da renda dos beneficiários com os planos individuais, em 2008, foi maior na região Nordeste, principalmente em relação à população idosa, fortalecendo a proposta de regionalização do índice de valor.

A proposta final do GT foi a utilização da metodologia *Value Cap*, constituída pela seguinte fórmula de reajuste:

$$R = I_s - X + Y$$

Onde:

I_s = Índice setorial

X = Produtividade/Eficiência (fator endógeno)

Y = Fator fora da governabilidade (fator exógeno)

Todavia, na quarta reunião da Câmara Técnica, realizada em 08/12/2011, concluiu-se pela impossibilidade de implementação imediata do método, dadas a necessidade de construção de uma série histórica mais longa e robusta (maturação do DIOPS por, pelo menos, mais dois anos), a reavaliação dos critérios da amostra, a inexecutabilidade da regionalização do reajuste com base nas variações dos planos

coletivos, e a necessidade de validação do modelo por empresa de Consultoria Externa (ANS, 2011c).

3.1.1.2.3.2 A inclusão do tema na Agenda Regulatória 2013-2014

Os estudos sobre o tema foram retomados no segundo semestre de 2013, conforme estabelecido na Agenda Regulatória⁷ e, em 20/05/2014, a GGEFP/DIPRO emitiu a Nota nº 1241/2014, relatando as ações realizadas e as suas conclusões (ANS, 2014c).

Foi salientado, na nota, o incremento dos dados e informações enviados pelas operadoras, a partir de 2013, quando receitas e despesas passaram a ser declaradas separadamente, por tipo de contratação, e auditadas, o que possibilitaria sua publicação e, conseqüentemente, maior transparência do modelo.

No tocante à pertinência do uso da metodologia baseada no *Price Cap*, observou-se que, apesar de ela ser empregada em larga escala nos setores de infraestrutura, havia apenas um estudo sobre sua aplicação no setor de planos de saúde, elaborado em 2005 pelo governo australiano, no qual fora ressaltada a indispensabilidade de construção de um índice setorial próprio e de aprimoramento da qualidade e do fluxo de informações para o órgão regulador.

A nota concluiu que, em se adotando o *Price-Cap*, o fator de produtividade (X) poderia ser definido com base no modelo DEA (Análise Envolvória de Dados)⁸ e no

⁷ “A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, que são objeto de atuação da ANS em determinado período”. Fonte: ANS, 2016c.

⁸ A análise envoltória de dados – DEA (*Data Envelopment Analysis*) – é uma metodologia não-paramétrica (tipo de teste estatístico cabível quando a amostra tem uma distribuição anormal) usada para mensuração comparativa de eficiência de produtores a partir dos dados observados e do conjunto de *inputs* e *outputs* das unidades avaliadas e é um importante instrumento de identificação das melhores práticas. Nesse tipo de análise, o conjunto de *inputs* pode incluir as despesas das

Índice de Malmquist⁹, com a utilização de *softwares* para a geração e acompanhamento dos cálculos.

O fator de Qualidade (Q), por sua vez, seria extraído do Programa de Qualificação das Operadoras, consoante já havia sido pontuado pela Câmara Técnica 2010-2011.

Por fim, a nota reiterou ser impossível desenvolver um índice setorial regionalizado dos planos individuais/familiares, devido à limitação da qualidade dos dados enviados pelas operadoras.

Desse modo, a fórmula simplificada de cálculo do reajuste anual dos planos individuais/familiares ensejaria a apuração de um valor para cada operadora, conforme demonstrado abaixo:

$$R_k = I - X + Q$$

Onde

R = Reajuste anual da operadora K

I = Índice que reflete as variações de custos da carteira de planos individuais de todas as operadoras

X = Fator de produtividade do setor no período baseado no Índice de Malmquist

Q = Fator de Qualidade (variação da qualidade da operadora K no período)

A área técnica recomendou, na nota, o prosseguimento dos estudos e a consultoria de instituições dedicadas aos temas de produtividade e qualidade na saúde suplementar. E, em março de 2015, foi concluído o documento técnico

operadoras, dentre outros, enquanto os *outputs* considerariam a taxa de cobertura, a receita das operadoras, o número médio de consultas, etc. Os resultados do DEA podem ser combinados com outros indicadores, para maior robustez dos resultados de eficiência (HASHIMOTO, 2010)

⁹ O Índice de Produtividade de Malmquist – IPM foi idealizado por Sten Malmquist, em 1952, para análises de consumo. A construção de seus modelos busca contemplar os aspectos que caracterizam a função produção, ou seja, todos os recursos consumidos e todos os produtos e serviços produzidos. (MARQUES e SILVA, 2006). Faz parte de uma categoria de indicadores de produtividade que indicam “o quanto de produto é possível produzir a partir dos diversos insumos utilizados”, não necessitando definir minimização de custos ou maximização de receitas (ANS, 2014c, p.21).

contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do *Price Cap*, produto de uma cooperação técnica ANS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cujo parecer foi favorável à metodologia proposta, considerada “fundamentada economicamente” e “implementável através das informações disponíveis atualmente nos registros da ANS” (ANS, 2015a, p. 41).

3.1.1.2.3.3 Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos 2017/2018

Em 08/12/2017, a discussão sobre a Política de Preço e Reajuste dos Planos de Saúde foi retomada no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos¹⁰, em sua sétima reunião.

A área técnica ampliou o escopo da discussão, com a realização de um diagnóstico do macro cenário político econômico e social, advertindo que a nova política de reajustes de preços deveria priorizar os três pilares abaixo (ANS, 2017b):

- Sustentabilidade: capacidade de manter o equilíbrio econômico-financeiro do setor e de seus principais atores (beneficiários, empregadores, operadoras e prestadores), por meio de ações gerais, com vistas à ampliação/perenização das receitas, redução/racionalização dos gastos e ampliação do *market share*;
- Transparência: regras simples e objetivas, construídas com ampla participação e comunicadas de forma a atingir o público alvo, por meio de ações gerais no

¹⁰ O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos é um espaço permanente de discussão com os representantes do setor acerca de temas relacionados à estrutura e funcionamento dos planos de saúde (acesso aos produtos, mobilidade dos beneficiários, financiamento dos produtos, estrutura e monitoramento das redes assistenciais), conforme disciplinado em regimento interno. Sua primeira reunião ocorreu em 17/03/2017 e tratou sobre a portabilidade de carências. Fonte: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>

sentido de padronizar/sistematizar e publicizar as informações sobre preços e reajustes;

- Concorrência: estímulo à mobilidade e à qualidade na prestação dos serviços, privilegiando as melhores ofertas, através do reequilíbrio da intensidade regulatória entre planos de contratação individual e coletiva.

No diagnóstico do micro cenário, foi demonstrada a diminuição da proporção de contratos individuais/familiares e o aumento significativo da proporção de contratos coletivos com até trinta vidas (*despoolização* de contratos), entre 2011 e 2017, principalmente entre os contratos coletivos empresariais. Observou-se que, mesmo após o início do agrupamento dos contratos de pequeno porte para cálculo do reajuste, em 2012, com a vigência da Resolução Normativa nº 309/2012 (ANS, 2012), esses contratos haviam apresentado a maior média de reajustes.

Também se apurou a falta de informações precisas e atualizadas sobre os preços dos produtos comercializados; a persistência da prática ilegal da falsa coletivização de planos de saúde (inserção de beneficiários em contratos coletivos sem qualquer vinculação com a pessoa jurídica contratante); e a diminuição da cobertura populacional de beneficiários com mais de 60 anos de idade (de 27,7% para 26,6% entre 2011 e 2016), fato que poderia ser atribuído à metodologia de reajuste vigente.

A solução para esses problemas, de acordo com o estudo, seria a recuperação do fundamento do mutualismo no setor de planos de saúde, o que passaria, obrigatoriamente, pelo incremento da acessibilidade a esse mercado. Para tanto, seriam necessárias medidas regulatórias não somente quanto ao reajuste dos planos individuais e coletivos, mas também quanto à precificação e à regra de revisão técnica das tarifas, conforme ações sintetizadas no Quadro 6:

Quadro 6 – Ações regulatórias propostas pela área técnica da ANS para a política de preços

Precificação	Mudanças na NTRP: Redução da banda de comercialização; Implementação de crítica de NTRP
Revisão da política de reajustes individuais	Utilização da VCMH (Variação dos Custos Médico-Hospitalares) do mercado de planos individuais com expurgo da variação de faixa etária; Fator X com desconto a título de produtividade do setor; Fator Y com base em indicador de Qualidade a fim de recuperar parte ou totalidade do percentual retirado do reajuste a título do Fator X; Adoção futura de apuração e divulgação trimestral do índice máximo de reajuste a ser aplicado de acordo com a data de aniversário (permanecendo reajuste anual) a fim de evitar impactos indesejados provenientes de reversões bruscas da tendência do nível de preços.
Revisão da política de reajustes de planos coletivos	Ampliação do <i>pool</i> por operadora: Aumento de limite de vidas para 100 no empresarial e Incluir todos os contratos coletivos por adesão e avaliar rescisão programada; Melhoria da base cadastral por intermédio de pesquisa e verificação dos reajustes junto aos beneficiários e contratantes; Publicação pela operadora dos índices em área aberta do site e manutenção de histórico; Padronização de cláusulas de reajuste.
Introdução de mecanismo de revisão técnica mediante contrapartidas:	Aplicação de índice sobre toda a carteira; meta de crescimento de vínculos individuais vendas <i>online</i> .

Fonte: Elaborado pela autora com base em informações da ANS (ANS, 2017b).

O Comitê considerou que o uso da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) baseada nos custos específicos dos planos individuais, agora disponíveis no DIOPS, seria um grande avanço, já que a VCMH apresentava menor defasagem temporal dos dados e continha informações auditadas, com a possibilidade de inclusão de critérios relacionados à qualidade e à produtividade (eficiência).

Ao final da apresentação, estabeleceu-se um cronograma para o avanço das ações e discussões sobre cada um dos subtemas, de acordo com o qual as

mudanças na metodologia dos planos individuais e nas regras de reajuste dos contratos coletivos (tamanho do *pool* de risco e padronização das cláusulas de reajuste) ocorreriam em abril de 2018.

Na oitava reunião do Comitê, realizada em 06/02/2018, após análise das contribuições apresentadas por ABRAMGE, AMIL, Fenasaúde, IBA – Instituto Brasileiro de Atuária, SINOG e Unimed do Brasil, a área técnica fez uma apresentação sobre a metodologia proposta (ANS, 2018a).

Novamente, as operadoras criticaram a indefinição na apuração do fator de produtividade (X) e pleitearam a substituição da autorização dos reajustes por sua homologação, de acordo com dados enviados por elas próprias, argumentando que a maior parte dos *drivers* de seus custos estaria fora de sua governabilidade, como o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, a judicialização, o aumento das coberturas obrigatórias pela ANS e o comportamento/estrutura da rede prestadora (ALVES, 2018).

Os questionamentos dos entes regulados também se estenderam ao cálculo da VCMH pela ANS com base nos dados do DIOPS, pelo fato de não serem consideradas variáveis como o porte da operadora e a região de comercialização, e por ela não retratar variações de custos, e sim de despesas. Assim, como alternativa à VCMH da ANS, sugeriu-se o uso da VCMH apurada pelo setor (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS), que apontava percentuais superiores àqueles apurados pelo DIOPS¹¹.

Entretanto, a área técnica da ANS considerou que o índice setorial com base na VCMH computada pelo DIOPS, captaria as variações de preço e utilização,

¹¹ As operadoras alegam que os reajustes dos planos individuais autorizados pela ANS atingiram apenas 69,5% da VCMH calculada pelo IESS no período entre 2008 e 2016.

consoante dados do período entre 2006 a 2017.

A ANS explicitou, na discussão, a necessidade de deduzir desse índice um percentual de aumento da sinistralidade decorrente da idade da carteira, pois os reajustes de faixa etária já teriam essa finalidade. Por isso, foi estimado um Fator Variação de Faixa Etária (FFE) de 2,40% para essa dedução (expurgo de faixa etária), a partir da metodologia de cálculo do impacto médio, que considerou a variação de custo em cada faixa etária e os preços estimados. Em momento posterior, conforme explanado no anexo 3 da Minuta de Resolução Normativa, alterou-se o FFE para 1,093.

Quanto ao Fator de Produtividade, o Comitê concluiu pela adoção do FGP (Fator de Variação Global), calculado com base na produtividade geral da indústria na economia (produção geral, população ocupada e dias úteis trabalhados), definido a cada quatro anos, com fundamento na Teoria dos Ciclos Econômicos (ANS, 2018a).

3.1.1.2.3.4 Relatório de Análise do Impacto Regulatório.

Em março de 2018, a Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos da ANS finalizou a Análise do Impacto Regulatório acerca de eventual alteração na política de reajuste (ANS, 2018b).

A Análise do Impacto Regulatório (AIR) é uma ferramenta preconizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como subsídio ao processo decisório sobre quando regular e de que forma regular o mercado, para que se atinjam os fins da administração pública, por meio da

confrontação dos efeitos de uma possível norma/ação/não-ação e seus impactos para os atores envolvidos (DIAS, 2015).

A ANS tem recorrido à ferramenta no processo de regulamentação, através de análises de impacto multicritério, conforme orientações contidas em seu Guia Técnico de Boas Práticas Regulatórias (ANS, 2014a).

A AIR apontou que as mudanças nas regras de reajuste dos planos individuais e planos coletivos eram impreteríveis para incentivar a comercialização de planos individuais. Porém, mesmo constatando que todos os componentes da Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde deveriam ser abordados simultaneamente, o documento se limitou à análise da metodologia de reajuste dos planos individuais, baseada na *Yardstick Competition*, com o uso de dados do RPC.

A substituição da metodologia seria necessária, de acordo com a AIR, por apresentar as seguintes desvantagens:

- Defasagem temporal: O índice apurado no período passado (coleta entre março do ano anterior a fevereiro) é aplicado nos doze meses subsequentes à sua divulgação pela ANS (maio), ignorando qualquer expectativa/estimativa de aumento dos custos advindos, por exemplo, da entrada de um novo rol de procedimentos. Além disso, como o reajuste incide apenas no mês de aniversário do contrato, em alguns casos pode haver uma defasagem de até 25 meses entre o início da coleta dos dados e sua efetiva aplicação, provocando uma sensação de descompasso em relação aos índices de inflação.
- Baixa Transparência: Os dados empregados no cálculo dessa média (percentuais de reajuste aplicados aos contratos coletivos com mais de trinta

vidas) não são passíveis de publicação, por revelarem estratégias comerciais das operadoras.

- Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual: Os planos individuais concentram um número maior de pessoas com maior risco, como idosos e mulheres em idade fértil, o que poderia impactar na forma de variação dos custos dessas carteiras.
- Risco de vício estrutural – Tendência de desequilíbrio entre as carteiras e a redução da oferta de planos individuais na hipótese de haver variação de custos diferente entre planos individuais e coletivos.

A AIR concluiu que o cálculo com base na média dos reajustes dos planos coletivos (dados do RPC) não havia provocado desequilíbrios estruturais significativos, quando realizada uma comparação com os valores de VCMH apurados no período entre 2006 e 2017, e que a sinistralidade dos contratos individuais regulamentados, apesar de ter saltado de 70,10% para 75,43% entre 2013 e 2016, ainda era inferior à registrada nos contratos coletivos regulamentados (83,74% nos coletivos empresariais e 76,34% nos coletivos por adesão). Contudo, observou-se a tendência de distanciamento dos valores do RPC em relação à VCMH, evidenciando a necessidade de revisão da metodologia.

De acordo com o relatório, a nova metodologia baseada no *Price Cap* (*Value Cap*) traria maior transparência aos componentes do cálculo; mitigaria o descompasso temporal (a divulgação do teto seria trimestral); e possibilitaria a transferência de ganhos aos beneficiários, tanto de produtividade quanto de qualidade, adotando-se o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) como parâmetro de qualidade.

A análise comparativa também contemplou outras duas possibilidades de metodologia, além da *Yardstick Competition* e do *Price Cap (Value Cap)*, denominadas “*Pool* de risco regulado” e “*Pool* de risco expandido”, as quais serão resumidas no Quadro 7:

Quadro 7 – Metodologias “*Pool* de risco regulado” e “*Pool* de risco expandido”

Cálculo do reajuste segundo o <i>Pool</i> de risco regulado (inspirado nos modelos de Laffont e Tirole)	Cálculo do reajuste segundo o <i>Pool</i> de risco expandido
<p>Formação de um <i>pool</i> de risco por operadora com todos os contratos individuais e coletivos com até 30 vidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação pelas operadoras à ANS do reajuste necessário aos contratos desse <i>pool</i>; ▪ Separação pela ANS das operadoras conforme o porte; ▪ Aplicação de duas regras pela ANS para a determinação dos reajustes: <ol style="list-style-type: none"> a) Se o reajuste proposto pelas operadoras for menor que a média daqueles propostos pelas operadoras de seu grupo adicionada de dois desvios-padrão, a operadora deverá aplicar o reajuste solicitado a todos os seus contratos, mas, se não for, a ANS determinará o reajuste da operadora; b) Se a mediana dos reajustes de um grupo for superior a determinado parâmetro, a ANS determinará o reajuste de 50% das operadoras cujas propostas foram superiores à mediana. ▪ Divulgação pela ANS, em seu site na internet, da relação dos reajustes propostos e dos autorizados. 	<p>As operadoras seriam separadas em dois grupos. Aquelas que continuassem atuando no mercado de planos individuais, comercializando produtos, e aquelas que não mais atuassem, mas ainda tivessem beneficiários nesses produtos.</p> <p>Às últimas, seria permitido aplicar o IPCA Saúde, calculado pelo IBGE. Eventuais desequilíbrios, decorrentes do fato de o índice de inflação ser menor que a variação de custos das operadoras, deveriam ser considerados e provisionados pelas operadoras.</p> <p>Às primeiras, seria permitido a formação de <i>pool</i> composto por todos os contratos individuais regulamentados, coletivos empresariais com menos de trinta vidas e coletivos por adesão.</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações da ANS (ANS, 2018b)

Contudo, na comparação baseada em 22 critérios, referentes aos aspectos de eficiência, efetividade, equidade, transparência e razoabilidade, a alternativa do *Value Cap* obteve a melhor pontuação.

Ato contínuo, elaborou-se a minuta da Resolução Normativa (ANS, 2018c), com a proposta da fórmula abaixo para cálculo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, contratados individualmente, a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados:

$$FRP_{Ita} = VCMHIND_{ta} * (1/FFE_a) * (1/FGP_a)$$

Onde:

a=ano de cálculo do Fator de Reajuste;

t= último trimestre com dados disponíveis do DIOPS do ano de cálculo do Fator de Reajuste;

VCMHIND - Fator de Variação dos Custos Médicos Hospitalares do universo dos Planos Individuais, conforme definido no Anexo 2.

FFE - Fator de Variação a Faixa Etária, conforme definido no Anexo 3 (= 1,0193 até atualização prevista no normativo).

FGP – Fator de Variação de Produtividade, conforme definido no Anexo 4 (= 1,0126 até a próxima atualização).

3.1.1.2.3.5 Decisão da Diretoria Colegiada da ANS – 482ª Reunião Ordinária

No dia 16/03/2018, durante a 482ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS (ANS, 2018d), foi apreciada a proposta de abertura da Consulta Pública sobre a nova metodologia de reajuste dos planos individuais, consubstanciada na minuta de Resolução Normativa.

O Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras questionou o fato de não ter sido formalizado um Termo de Cooperação entre a ANS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para a elaboração de estudos conjuntos sobre o desenvolvimento de um índice setorial. Considerou, em sua análise, que a alteração proposta poderia tornar os planos individuais mais insustentáveis.

O Diretor de Desenvolvimento Setorial considerou que não havia evidências da necessidade de alterar a metodologia vigente, vez que o próprio estudo de Impacto Regulatório desenvolvido pela Diretoria proponente concluíra que a

metodologia baseada na *Yardstick Competition*, não trouxera prejuízos ao setor regulado, quando comparada aos indicadores da VCMH. Ressaltou que o relatório não tinha sido conclusivo sobre o fator qualidade, nem apresentara qualquer fundamentação sobre a adequação do uso do IDSS. Destacou a ausência de simulações comparando a metodologia atual e a proposta, e a falta de estudos sobre os impactos da mudança para a própria ANS, concluindo, ao final, que os efeitos adversos dessa alteração poderiam ser maiores que a “não-ação”, razão pela qual apresentou voto contrário à abertura da Consulta Pública.

A Diretora de Fiscalização assentiu sobre a necessidade de alteração das regras de reajuste dos planos individuais. Em contrapartida, enfatizou a necessidade de apreciação conjunta das propostas de alteração das regras de precificação, revisão técnica e reajuste dos planos coletivos, conforme pontuado no Relatório de AIR. No pronunciamento, a diretora alegou não ter tido acesso, em tempo hábil, ao processo administrativo completo que fundamentou a proposta e considerou imprescindível a realização prévia de testes das alternativas, em bases práticas, bem como o levantamento dos impactos diretos e indiretos, de curto, médio e longo prazos, para todos os atores envolvidos. Foi manifestado voto contrário à abertura da proposta para Consulta Pública, reiterando que ela somente poderia ser apresentada à sociedade quando a área técnica esclarecesse os pontos assinalados sobre os componentes da fórmula.

Nesse íterim, a minuta de Resolução Normativa com a proposta da nova metodologia, baseada no *Price Cap*, não foi aberta à Consulta Pública, e a Diretoria Colegiada solicitou à Diretoria proponente (DIPRO) a realização de estudos complementares para que a matéria voltasse à votação em momento oportuno.

A decisão da DICOL interrompeu, pois, o cronograma de discussões e adoção de medidas, que havia sido proposto pela DIPRO, anulando a expectativa de que o índice de reajuste dos planos individuais a ser autorizado em 2018 já fosse calculado com base na nova metodologia.

4. Considerações Finais

A interferência do Estado sobre a ação dos agentes econômicos sempre dividiu opiniões. No campo da assistência privada à saúde, parece haver consenso sobre a necessidade de algum controle estatal, do ponto de vista da qualidade assistencial, dos resultados em saúde entregues aos consumidores, da exigência de critérios para a entrada de novas empresas no setor, de padrões mínimos de cobertura e de combate a práticas abusivas. Não obstante, muitos autores, notadamente aqueles com discursos “pró-operadoras” (pró-mercado), refutam a ideia de que a interferência estatal seja cabível no quesito “preços”.

Nesse sentido, Almeida, Alves e Cechin (2016, p. 143), argumentam que os reajustes autorizados pela ANS não têm sido suficientes para compensar os custos das carteiras de planos individuais, e que há urgência na revisão dessa política regulatória, citando exemplos de experiências malsucedidas, ocorridas no Brasil e em outros países para demonstrar sua descrença em relação à eficácia da administração de preços. Descapitalização das empresas, estrangulamento do mercado, fortalecimento de mercados negros e baixa oferta de produtos seriam, segundo os autores, algumas das consequências desse tipo de política, e os prejuízos finais seriam arcados pelos próprios consumidores, a despeito da pretensão estatal de protegê-los.

Por outro lado, há evidências de que a “desregulação” total dos reajustes dos planos individuais poderia provocar resultados indesejados para a coletividade, ocasionando a elitização dos planos de saúde; a seleção indireta de riscos, por meio da expulsão de beneficiários via reajuste; a prática de preços excessivamente elevados, devido à inelasticidade da demanda por esse produto; a transferência, aos consumidores, de todo o risco inerente ao negócio das operadoras; a vulnerabilidade desses consumidores frente aos reajustes arbitrários; a reação do Poder Legislativo, que poderia propor medidas não-sustentáveis para o mercado; e a sobrecarga do Poder Judiciário, a quem esses beneficiários recorreriam – fatos que representariam um grande retrocesso no processo de regulação do setor.

Embora possa “beber da fonte” das experiências de outras agências reguladoras no estabelecimento de políticas de controle de preços e reajustes, a ANS não deve importar metodologias prontas, visto que, ao contrário da maioria das agências, seu objeto não se relaciona a serviços de infraestrutura, e suas decisões, mesmo quando concernentes ao aspecto econômico, podem repercutir na saúde da população.

A metodologia baseada no *Price Cap*, atualmente adotada, no Brasil, em setores como o de telecomunicações e de energia elétrica, tem sido largamente estudada pela ANS como alternativa para o cálculo do teto de reajuste dos planos individuais/familiares, porém, o problema parece residir nas várias adequações necessárias para que a medida sirva ao setor de assistência à saúde.

Indiscutivelmente, tão essencial quanto a definição da metodologia, é a decisão sobre os componentes da fórmula e sobre a forma de cálculo desses fatores.

Há muitas dúvidas acerca do melhor índice (I) a ser eleito para compensar as

operadoras setoriais dos aumentos de seus custos, decorrentes da incorporação de tecnologias imposta pela ANS, das mudanças no perfil de utilização dos planos e dos reajustes de seus insumos, de forma a propiciar condições para que a operação de planos privados de saúde seja um negócio sustentável e, conseqüentemente, haja um nível adequado de competitividade no setor.

A média dos reajustes aplicados aos planos coletivos, para a definição desse índice parece não refletir, propriamente, o comportamento dos custos da carteira de planos individuais, embora seu emprego apresente certa “razoabilidade econômica”.

Amparar-se em planilhas de custo enviadas pelas operadoras para a definição de um índice para o setor, que é marcado por restrições informacionais, também significaria um retrocesso regulatório, pois as operadoras teriam garantida a compensação de seus custos, ainda que neles estivessem embutidos custos por ineficiências.

A adoção de um índice inflacionário já existente também é rejeitada pelo regulador, devido ao receio de que não se alcancem as variações de utilização dos serviços, e até mesmo métodos como o de Laspeyres, que consideram preço e quantidade, parecem não ser adequados para a mensuração dos custos setoriais, por apresentarem tendências de alta.

A ANS aprimorou seus sistemas para captar informações sobre as despesas assistenciais, desagregadas de acordo com o tipo de contratação do plano (coletivos/individuais), com o fito de utilizá-las na composição do índice setorial, mas a proposta desagradou o setor regulado, o qual argumenta que os dados não refletem adequadamente as variações de custos, posto que despesas podem ser reduzidas por aumento de coparticipação dos produtos, contratação de prestadores a preços muito baixos e, inclusive, através da piora da qualidade assistencial.

A proposta de dedução do fator de variação de faixa etária, no cálculo do reajuste anual, trouxe mais preocupações para o setor, sinalizando que a nova fórmula poderia resultar em um índice de correção menor, em relação à metodologia atual.

A construção de um índice setorial (I) em cooperação técnica com o IBGE parece ser, então, uma alternativa para este imbróglio¹², desde que seja possível incluir uma variação de utilização (uso da VCMH da ANS), uma variável de incremento de novas coberturas (estimativa de aumento de custos a cada nova edição do rol de procedimentos, dispensando a inclusão de um fator Y) e a ponderação desse índice por região (combinando-o com outro índice inflacionário), por padrão de acomodação (enfermaria ou apartamento) e por segmentação do plano (exclusivamente ambulatorial, exclusivamente hospitalar, hospitalar com obstetrícia, hospitalar + ambulatorial, hospitalar + ambulatorial + obstetrícia), já que as cestas de serviços são muito distintas.

Quanto à inclusão, no cálculo, de um fator de estímulo à produtividade do setor (X), parece não haver evidências de que o desempenho do setor industrial se reflita na produtividade das operadoras de planos de saúde, sendo mais racional o estabelecimento de direções e objetivos relacionados ao aspecto assistencial, pelo regulador, a exemplo do que ocorreu na regra de reajuste dos planos individuais estabelecida em 2002, quando houve a possibilidade de um reajuste maior para aquelas operadoras que aderissem ao Programa de Valorização da Consulta Médica (mediante o reajustamento das tabelas de honorários médicos acima de 20%). Com

¹² Em 2005, o IBGE e a ANATEL assinaram um convênio para que o Instituto desse suporte metodológico no processo de desenvolvimento de um índice de reajuste das tarifas dos serviços de telecomunicações. Além do Índice de Serviços de Telecomunicações (IST), a agência considera os ganhos de produtividade como redutor tarifário. Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/13013-asi-ibge-dara-suporte-metodologico-a-indice-da-anatel.html>

essa estratégia, as operadoras poderiam ser estimuladas a aprimorar, por exemplo, sua política de atenção ao idoso, ao portador de neoplasia, a criar programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, dentre outras ações, de acordo com as prioridades definidas pelo Estado.

Há que se considerar, no entanto, que a adoção de um índice com vários tipos de ponderação e a criação de linhas de ação com adesão voluntária para reajuste adicional aumentariam a complexidade, para a ANS, do processo de autorização de reajuste. Todavia, os benefícios estimados também devem ser sopesados, mesmo porque é possível o desenvolvimento de *softwares* que facilitem a recepção e o processamento dessas informações.

Independentemente dos encaminhamentos que venham a ser dados ao tema, observa-se que a discussão já se encontra aprofundada, na ANS, havendo, contudo, a necessidade de envolvimento das demais diretorias na tomada de decisão.

É preciso, também, estudar novas alternativas; analisar os impactos de possíveis mudanças, tendo como norte o sistema de saúde suplementar como um todo; elaborar relatórios de AIR com enfoque multidisciplinar e comparações baseadas em testes/simulações; disponibilizar materiais em linguagem mais didática acerca do assunto, a fim de possibilitar que os públicos interno e externo participem e compreendam o processo de construção de novas metodologias.

Por derradeiro, ressalta-se não ser menos importante a discussão das normas de reajuste por faixa etária, para que haja maior equidade no sistema, bem como o aprimoramento das regras de precificação, para que a ANS conheça os preços praticados pelas operadoras, e para que os valores informados no “Guia ANS de Planos de Saúde” sejam mais fidedignos, possibilitando a pesquisa, pelos consumidores, quando da contratação ou realização da portabilidade de carências.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2000.

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_1.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ata de Reunião. **Câmara Técnica do novo modelo de reajuste** – 1ª Sessão – 01 jun.2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_1_reuniao_ata_20100601.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estratégias e Oportunidade para um novo modelo de reajuste**. Apresentação realizada pela ANS no âmbito da Câmara Técnica do novo modelo de reajuste – 14 set. 2010. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_apresentao_ans_nova_metodologia_de_reajuste_20100914.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste** – Descrição. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<<http://ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-tecnicas/18-camara-tecnica-do-novo-modelo-de-reajuste>>. Acesso em: 14 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota 1034/2011/GGEFP/DIPRO/ANS. **Financiamento dos planos de saúde: alternativas para a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOGGEFP103419OUT11.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resumo dos trabalhos do Grupo Técnico – 4ª Reunião da Câmara Técnica**. Apresentação realizada pela ANS no âmbito da Câmara Técnica do novo modelo de reajuste – 08 dez. 2011. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/20111220_apresentacao_4_reuniao.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 309**, de 24 de outubro de 2012. Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Rio de Janeiro, out. 2012. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl4Mg==>> Acesso em: 08 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia técnico de boas práticas regulatórias: orientações técnicas para o aprimoramento do processo regulatório**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_tecnico_boas_praticas.pdf> Acesso em: 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Parecer Técnico. **Formação de preços e aumentos por faixa etária**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/2014-formacao-de-precos-e-faixa-etaria.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO/ANS. **Nova metodologia de cálculo dos reajustes dos planos de assistência médica à saúde**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOTA_PRICECAP.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do “Price Cap” desenvolvidos em estudos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que visam estabelecer novos critérios de reajustes dos planos individuais regulamentados, contendo ainda parecer sobre a reprodutibilidade do modelo na Saúde Suplementar**. Cooperação Técnica OPAS/ANS -TC 42. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O pacto intergeracional e a capacidade de financiamento da saúde suplementar no Brasil no contexto de envelhecimento populacional**. Trabalho apresentado no Seminário OPAS e ANS: Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar. Formato: Power Point. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1_-_Kenya.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Painel de precificação Planos de Saúde 2015**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2015_completo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Índice de reajuste dos planos de saúde no Brasil**. Apresentação da ANS - Gerência-Geral Regulatória de Estrutura dos Produtos à Comissão Permanente do Senado, em 04 abr. 2016. Formato: Power Point. Brasília, 2016. Disponível em: <legis.senado.leg.br/sdleg-getter/.../94421a44-b5bd-4e0d-84ca-4df5a7304ab1>. Acesso em: 20 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Histórico de Reajuste por variação de custo Pessoa Física**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do->>

consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica> Acesso em: 02 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Propostas área técnica DIPRO/ANS para política de preços e reajuste e Panorama GEFAP**

2017. Apresentação para a 7ª Reunião do Comitê de Estrutura da Regulação dos Produtos, em 08 dez. 2017. Formato: Power Point. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/Apresentao-PreoseReajustes.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR . **Aumento de preço por mudança de faixa etária.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em;

<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 10 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Propostas da área técnica para preços e reajustes.** GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS. Apresentação para a 8ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, em 06 fev. 2018. Formato: Power Point. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Proposta-de-Grupo-Tcnico-Preos-e-Reajustes---2-reunio---06-02-18.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Análise do Impacto Regulatório:** política de preços e reajustes dos planos de saúde. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos/ Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398__AIR%20-%20Nova%20Pol%C3%ADtica%20de%20Pre%C3%A7os%20e%20Reajustes_Vers%C3%A3o%2019-02-18_Final.pdf> . Acesso em 28 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Minuta de Resolução Normativa** sobre nova metodologia de reajuste anual dos planos individuais. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398_RN%20minuta%20reajuste%20Dipro%20Dicol_16%20mar%C3%A7o%20-%20sem%20marcas.pdf>. Acesso em 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **482ª reunião de Diretoria Colegiada**, em 16 mar. 2018. 1'43". Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=fYHlsE3Vx7c>>. Acesso em: 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Agenda Regulatória 2016-2018.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria>>. Acesso em 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e Indicadores do Setor:** Sala de Situação – dados de fevereiro de 2018. Rio de Janeiro, 2018.

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>> Acesso em 09 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS 18 anos – **Mensagem da Diretoria**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/18anos>> Acesso em 08 abr. 2018.

ALVES, S.L. **Apresentação FENASAÚDE – O controle de reajustes**. In: 8ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. Rio de Janeiro: FENASAÚDE, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Apresentao--Fenasade.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

ALVES, L.B.O. **A regulação de preços de medicamentos: aspectos gerais e críticas à metodologia brasileira de reajustes**. 2016. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/19956/1/2016_LucasBispodeOliveiraAlves.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018

ANTONIO, G.L.M. **Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha?** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília, v.1, n.7, p. 163-182, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/463>>. Acesso em 04 abr. 2018

CATA PRETA, H.L.N. **Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela ANS**. Revista Brasileira de Risco e Seguro. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 21-46, dez. 2004. Disponível em: <http://www.rbrs.com.br/arquivos/rbrs_0_2.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018

ALMEIDA, A; ALVES, S.L.; CECHIN, J. **Dinâmica dos custos, formação de preços e controle de reajustes dos planos de saúde no Brasil: a urgência de se revisar a regulação**. Revista Brasileira de Risco e Seguro. Rio de Janeiro, v. 12, n. 21, p. 133-156, abr./set. 2016. Disponível em: <http://www.rbrs.com.br/arquivos/rbrs_21_5.pdf> Acesso em: 29 mar. 2018

BARBOSA, F.J. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e a efetividade do Direito à Saúde**. Revista Quaestio Iuris – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v. 1 n. 2, p. 64-102, 2005. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/11616/9100>> Acesso em: 23 abr. 2018

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 15 mar. 2018

BRASIL. **LEI nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9961.htm> . Acesso em 15 mar. 2018

DIAS, B.F. **Análise de Impacto Regulatório**: notas sobre a OCDE e sobre o Brasil. Revista Digital de Direito Administrativo da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 71-98, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdda/article/viewFile/85316/95821> Acesso em: 29 mar. 2018

FERNANDES, E.S.L. **Mecanismos de regulação tarifária na indústria de gás natural**: o caso do gasoduto Brasil-Bolívia. 2000. 162f. Tese (Doutorado em Energia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.iee.usp.br/sites/default/files/ElianaSLFernandes.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2018

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde**: União Europeia e Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1441-1451, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500010>. Acesso em 10 abr. 2018.

HASHIMOTO, P.A. **Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da Análise Envoltória de Dados**. 139f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/2011/GT_2a_reuniao_2011/analise_da_eficiencia_tecnica_das_operadoras_paula_hashimoto.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018

KELLES, F.F. **Mudanças demográficas no Brasil e sustentabilidade dos planos de saúde**. 220f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<https://www.cedeplar.ufmg.br/teses-e-dissertacoes/teses-demografia/teses/category/97-2013?download=491:mudancas-demograficas-no-brasil-e-sustentabilidade-dos-planos-de-saude>>. Acesso em: 20 mar. 2018

LEAL, R.M. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. 296f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ie.ufri.br/images/pos-graduacao/ppge/Tese_RodrigoMendesLeal-v-25ago2014.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2018

MARQUES, R.C.; SILVA, D. **Análise da variação da produtividade dos serviços de água portugueses entre 1994 e 2001 usando a abordagem de Malmquist**. Revista de Pesquisa Operacional da Scielo. Rio de Janeiro, v.26 n.1, p.145-168, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-74382006000100008>. Acesso em: 30 mar. 2018.

MATA, B.R.R. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais**: um estudo de

caso. 266f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA-8SLLF8/beatriz_resende_rios_da_mata_2011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 abr. 2018.

MAZZA, H.A. **Na sociedade atual, a lógica do mutualismo garante sustentabilidade do sistema de saúde suplementar?** In: Seminário Economia da Saúde e Gestão: Novos Rumos para a Sustentabilidade, 6, 2015. Brasília: UNIDAS, 2015. Disponível em: <<http://www.unidas.org.br/6seminario/apresentacoes/Painel%20%20-%20H%C3%A9lio%20Mazza.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

MASCARENHAS, N.P. **Análise de um processo em construção:** a regulação da saúde suplementar no Brasil. 352p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-133803/publico/neilpmascarenhas.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MEDEIROS, M.L. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado.** 103f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público). Universidade de Brasília. Brasília, 2010. Disponível em:<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10224/1/2010_MarcioLimaMedeiros.pdf> Acesso em: 09 mar. 2018.

MELO, T.D. **Do Estado Social ao Estado Regulador.** Nomos Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 223-232, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/nomos/article/view/1244>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

MENICUCCI, T.M.G. A regulação da assistência à saúde suplementar. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** [online]. Rio de Janeiro, P. 233-289, 2007. ISBN 978-85-7541-356-2. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562-07.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

NASCIMENTO, C.B.L.N. **Dificuldades de regulação econômica:** uma leitura das teorias de regulação. Revista Jurídica Luso Brasileira - RJLB. Lisboa, ano 1, p. 191-238, 2015. Disponível em: <http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2015/4/2015_04_0191_0238.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

NEVES J.R. *et al.* **A perícia atuarial e o reajuste por faixa etária em planos de saúde anteriores ao Estatuto do Idoso.** 2016. Trabalho apresentado ao 2º Congresso de Contabilidade e Governança da Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://soac.unb.br/index.php/ccgunb/ccgunb2/paper/viewFile/5320/1400>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

NITÃO, S.R.V. **Saúde Suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação.** 150f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/nitaosrvvm.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PEANO, C.R. **Regulação tarifária do setor de distribuição de energia elétrica no Brasil: uma análise da metodologia de revisão tarifária adotada pela Aneel.** 129f. Dissertação (Mestrado em Energia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.iee.usp.br/producao/2005/Teses/Tese_Claudia.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O. **Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 1303-17, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6799/5381>>. Acesso em 21 abr. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S., SILVEIRA, F.G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** Revista de Economia Contemporânea. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.157-185, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O.; CARDOSO, S.S. **A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde.** Revista de Economia Política da Scielo. São Paulo, v. 31, n.3, p. 455-470, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v31n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

RAMOS, S.G. **A base atuarial dos planos de saúde.** Serviços Técnicos e Atuariais – SETAT. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.setat.com.br/pdf/A%20Base%20Atuarial%20dos%20Planos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

REIS, M.M. **Números e Índices: INE 7001.** In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Estatística para administradores I.** Capítulo 5. [20?] Disponível em: <<http://www.inf.ufsc.br/~marcelo.menezes.reis/Cap5.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

SAINTIVE, M.B; CHACUR, R.S. **A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados.** Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda. Documento de Trabalho nº 33 SEAE/MF. Brasília, maio 2006. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2006/DT_33.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

SANTOS, C.M. **A regulação tarifária do setor elétrico: uma análise metodológica.** 61f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/2111/1/CMSantos.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOS, I.S.; SANTOS, M.A.B.; BORGES, D.C.L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro, v. 4, p. 73-131, 2013. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SCHYMURA, LG. **O papel das agências reguladoras no Brasil**. Texto para discussão nº 1. FGV IBRE. Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11664/O%20papel%20das%20agencias%20reguladoras%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

SILVA, C.A; NELSON, R.A.R.R. **Uma análise do aspecto regulador do Estado brasileiro à luz do papel das agências reguladoras**. RDA – Revista de Direito Administrativo da Faculdade Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, v. 268, p. 153-185, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/50738>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SILVEIRA, A.C.G.L. **Os efeitos da polêmica dos reajustes de 2003 sobre o valor das empresas de telefonia fixa na Bovespa**. 125f. Capítulo 3.1. Principais aspectos conceituais da regulação econômica (p. 21-40). Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9878/9878_4.PDF>. Acesso em 04 abr. 2018

STIVALI, M. **Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201100100010> . Acesso em: 20 mar. 2018.