

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE CONSIDERANDO FATOR MODERADOR

Isamara Silva Cota¹

Fabiana Lopes da Silva²

Resumo

O grande desafio da saúde suplementar é o controle dos custos médico-hospitalares. Manter o setor sustentável para promover também a manutenção da suplementação da saúde é a preocupação das operadoras e principalmente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Diante desta necessidade, a própria regulação dos planos de saúde, faculta às operadoras a utilização de mecanismos de regulação financeira. O mecanismo mais utilizado é a coparticipação, que é a participação financeira do beneficiário na despesa assistencial. Diante de tais considerações, este artigo tem como objetivo avaliar o impacto da utilização de mecanismos de coparticipação nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde. Desta forma, adotou-se uma abordagem empírico analítica, para uma amostra final que contemplou 918 operadoras no período de 2013 a 2017. Para análise dos dados, empregou-se a abordagem de regressão linear com dados em painel. Os resultados permitiram concluir que a faculdade de utilização de coparticipação, como mecanismos de regulação financeira, por parte das operadoras de planos de saúde, cumpre sua principal função como fator moderador de custos assistenciais. Além disso, as análises do efeito das coparticipações, sobre as glosas e as contraprestações (mensalidades) das operadoras, também demonstraram que esse mecanismo, pode reduzir o risco moral por parte dos prestadores de serviços contratados pelas operadoras, em função das glosas e melhorar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, com menores reajustes por sinistralidade.

Palavras-chave: Coparticipação. Custos. Fator Moderador. Operadoras de Planos de Saúde.

¹ Mestre em Controladoria e Finanças pela Faculdade FIPECAFI. e-mail: isamarascota@yahoo.com.br

² Doutora em Controladoria e Contabilidade – FEA/USP e Professora do Programa de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças da Faculdade FIPECAFI e da PUC-SP. e-mail: fabiana.silva@fipecafi.org

Abstract

The major challenge of supplementary health is the control of medical and hospital costs. Maintaining the sustainable sector to promote the maintenance of health supplementation is also a concern of the operators and especially of the National Agency of Supplementary Health - ANS. Faced with this need, the very regulation of health plans, enables operators to use financial regulation mechanisms. The most used mechanism is co-participation, which is the financial participation of the beneficiary in the care expenses. In view of such considerations, this article aims to evaluate the impact of the use of coparticipation mechanisms on healthcare costs of health plan operators. Thus, an analytical empirical approach was adopted for a final sample that included 918 operators in the period from 2013 to 2017. Data analysis employed a linear regression approach with panel data. The results allowed to conclude that the faculty of utilization of coparticipation, as mechanisms of financial regulation, on the part of the health plan operators, fulfills its main function as moderating factor of assistance costs. In addition, the analysis of the effect of co-participations, on the glosses and the payments (monthly payments) of the operators, also showed that this mechanism, can reduce the moral risk on the part of the service providers contracted by the operators, according to the glosses and improve the economic-financial balance of the contracts, with lower adjustments for claims.

Keywords: Coparticipation. Costs. Moderator Factor. Health Plan Operators.

1. Introdução

No que diz respeito à saúde suplementar, o controle dos custos assistenciais tem sido uma grande preocupação. Dados alarmantes apontam crescimento destes custos, na marca de 20,4% para o período de 12 meses encerrados em dezembro de 2016, segundo dados do IESS (2017).

As operadoras de planos de saúde, têm a prerrogativa da utilização de um mecanismo denominado “coparticipação”, definido pela ANS em seu Glossário por “mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.”

Com esse mecanismo, segundo Azevedo, Almeida, Ito, Boarati, Moron, Inhasz e Rousset (2016), os incentivos à utilização excessiva do plano se reduzem, já que o preço aumenta com o maior nível de utilização. Além disso, segundo Alves (2015), existe uma tendência à promoção do uso mais consciente e racional dos serviços de saúde por parte dos beneficiários, evitando desperdícios que oneram o setor, inibindo a escala de custos desenfreada.

De acordo com Maia e Carvalho (2018) medidas como a ampliação dos mecanismos de divisão dos custos com beneficiário, tais como coparticipação e franquias, resultam em um tipo de produto, atraente para grupos da população cujo prêmio não são viáveis por questões orçamentárias, além de possibilitar por meio da migração dentro do próprio setor. Esta alternativa foi amplamente discutida pela ANS em conjunto com a sociedade, por meio de audiências públicas, culminando em alterações das regras existentes, desde a criação da lei que regulou os planos privados de assistência à saúde.

Diante de tais considerações, a questão que o presente artigo busca responder é: **Qual o impacto da coparticipação como mecanismo de regulação nos custos das operadoras de planos de saúde?** Para tanto, o objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da utilização de mecanismos de coparticipação nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde, entre o período de 2013 e 2017. Buscou-se identificar a relação entre os custos e a coparticipação, além de avaliar também, o efeito dos mecanismos de regulação financeira – coparticipações, sobre as glosas e as contraprestações (mensalidades) das operadoras.

2. Plataforma Teórica

2.1 Coparticipação

A franquia e a coparticipação, regulamentadas pela Resolução CONSU n° 8, com reformulação em 2018, após longa discussão iniciada em 2012, com a publicação da Resolução Normativa n° 433, segundo Alves (2015) “são mecanismos financeiros de regulação tradicionalmente utilizados no setor e aceitos internacionalmente como medidas importantes para inibir abusos e má utilização.” A ANS, define coparticipação como valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. Já a franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura (ANS, 2018).

É facultado às operadoras, ao registrar um produto, indicar se este possui fator moderador, informando se trata de coparticipação, franquia ou ambos. Ressalta-se que essa prática já está sedimentada no mercado, conforme dados apresentados na Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de beneficiários por porte e modalidade de operadoras, com e sem fator moderador.

Tabela 1 - Distribuição da Base de Beneficiários entre Planos com e sem Fator Moderador (FM) nas Operadoras de Planos de Saúde

Porte de Operadora	Total	Sem FM	Com FM	%
Grande	33.261.731	17.742.562	15.519.169	47%
Média	11.276.427	4.958.349	6.318.078	56%
Pequena	3.355.630	1.288.991	2.066.639	62%
Total	47.893.788	23.989.902	23.903.886	50%
Modalidade da Operadora	Total	Sem FM	Com FM	%
Cooperativa Médica	18.007.772	7.558.615	10.449.157	58%
Medicina de Grupo	17.352.445	11.545.500	5.806.945	33%
Seguradora	6.750.653	3.673.948	3.076.705	46%
Autogestão	4.798.311	754.764	4.043.547	84%
Filantropia	984.607	457.075	527.532	54%
Total	47.893.788	23.989.902	23.903.886	50%

Fonte: ANS (2016)

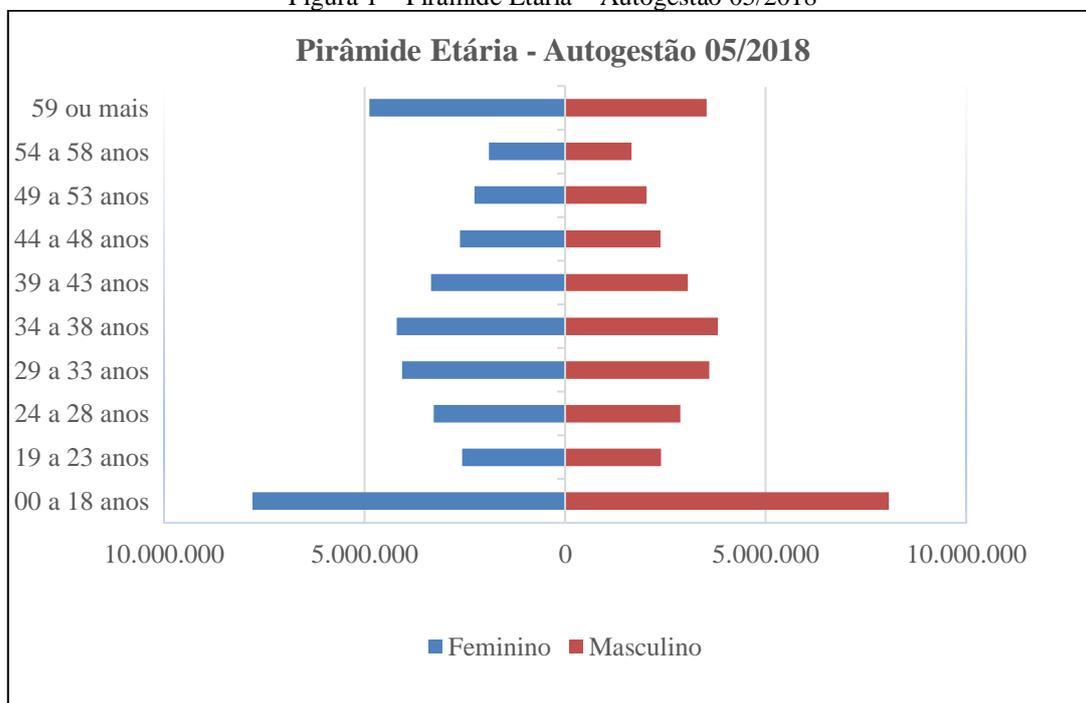
Observa-se na tabela 1 que 50% dos beneficiários possuem planos com fator moderador, sendo que as operadoras de pequeno porte são as que mais possuem beneficiários nesta condição, com 62%. Quando analisado por modalidade, as autogestões com 84% dos

beneficiários.

Para as operadoras de pequeno porte, que possuem uma distribuição de riscos menor, essa opção por comercialização de produtos com fator moderador, é um relevante aliado no controle dos custos e oferta de planos com melhores prêmios, permitindo desta forma o equilíbrio dos contratos, por meio da redução dos efeitos do mutualismo.

Quanto às autogestões, são empresas que operam planos destinados, “exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes”. (ANS, 2000). Considerando a própria característica da modalidade, e ainda a sua estrutura da carteira pelo envelhecimento dos beneficiários observada na figura 1, a coparticipação é utilizada para racionalizar a utilização do plano.

Figura 1 – Pirâmide Etária – Autogestão 05/2018



Fonte: ANS (2018)

2.2 Risco moral e seleção adversa

As relações de agência, situação que ocorre sempre que um indivíduo depende da ação de outro, sendo que o indivíduo que realiza a ação é chamado de agente e a parte afetada principal. O problema da relação de agência acontece quando o principal não consegue

monitorar, sem incorrer em custos, as informações e ações tomadas pelo agente (Brunetti, 2010).

O risco moral e a seleção adversa são problemas de agência, decorrente da presença de informação assimétrica. A informação assimétrica é uma situação na qual os agentes econômicos envolvidos na transação tem diferentes informações, produzindo um mercado imperfeito. Atribui-se a Akerlof (1970) a ideia de informação assimétrica.

De acordo com Carneiro (2012, p. 79) “quando o indivíduo, após contratar o seguro, modifica deliberadamente seu comportamento e passa a praticar ações que, se não houvesse o seguro, não praticaria. Quando isso ocorre, o segurado passa a alterar a probabilidade de ocorrência do risco coberto pelo seguro. O risco moral está associado à superutilização dos serviços de saúde ao qual ele tem direitos caso precise.”

O risco moral, ocorre após a contratação do plano de saúde, onde as operadoras não têm informações suficientes sobre o real estado de saúde do beneficiário, desconhecendo, portanto, a necessidade de utilização dos serviços, com impedimento de ajustar o prêmio (FGV, 2017).

Os beneficiários, por sua vez, conhecem os riscos e a propensão à utilização destes serviços, com incentivo à utilização que não ocorreria, caso este mesmo beneficiário não tivesse um plano privado de assistência à saúde. O risco moral só ocorre quando existe assimetria de informação, casos em que o beneficiário desconhece também uma patologia ao utilizar os serviços, não pode ser caracterizado como risco moral.

O risco moral também ocorre quando o prestador dos serviços (contratados pelas operadoras) age de forma oportunista, principalmente sobre a necessidade de exames, assim o beneficiário não é o responsável pela despesa, caracterizando risco moral do prestador contra a operadora. (MAIA, 2004; BRUNETTI, 2010).

A despeito das possíveis ações que minimizem o efeito do risco moral, a regulação de planos de saúde no Brasil, como mencionado anteriormente, permite adoção de mecanismos de regulação como fator moderador na forma de coparticipação e franquia. Godoy (2008) em seu trabalho encontrou evidências estatísticas que a existência de coparticipação inibe a sobre utilização dos serviços de saúde.

Neste mesmo sentido, Brunetti (2010) buscou investigar a eficiência dos planos coparticipativos em mitigar a assimetria de informação no mercado de assistência médica suplementar brasileira. Os resultados evidenciaram que os mecanismos de coparticipação em planos individuais, conseguem alterar o comportamento dos beneficiários,

já para os planos coletivos, não foi possível obter resultados significativos.

De acordo com Carneiro (2012, p. 78) a seleção adversa “pode ser definida genericamente como a entrada, numa determinada classe de risco de seguro, de segurados com risco muito acima daquele previsto nas premissas atuariais”. Normalmente, tal situação tende a ocorrer com mais frequência quando a classificação dos segurados por perfil de risco, por algum motivo, não é devidamente feita pela seguradora/operadora de saúde ou quando os potenciais segurados tendem a contratar o seguro somente quando sabem que possuem uma maior chance de necessitar da cobertura (CARNEIRO, 2012).

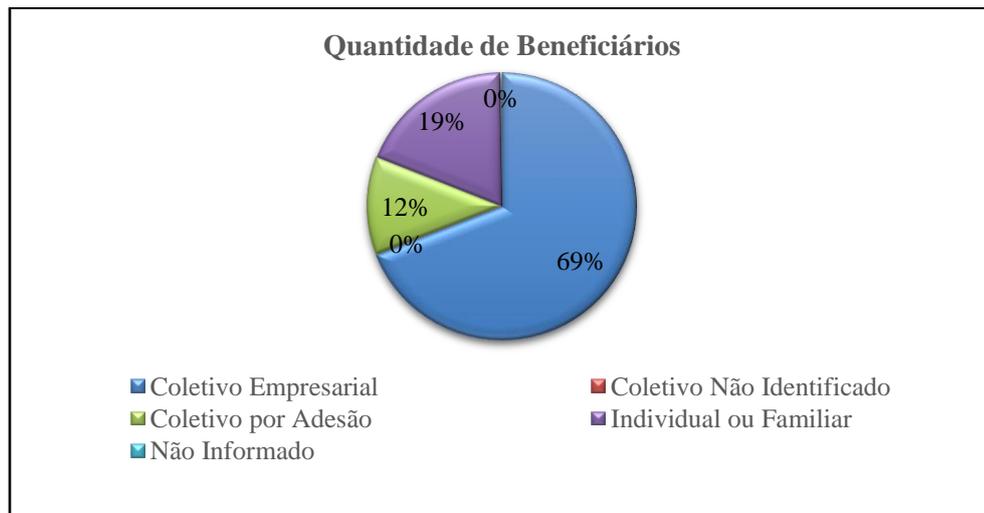
Em outras palavras, esse fenômeno é observado quando, a operadora precifica um produto com base na frequência média de utilização, e é escolhido por beneficiários que tem maior probabilidade a utilizar o serviço, destoando da média populacional e tornando o plano deficitário (BRUNETTI, 2010).

A seleção adversa reduz a eficiência dos mercados de assistência à saúde, ao mesmo tempo em que redistribui a renda das pessoas saudáveis para pessoas que representam maior risco (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

A regulação dos planos de saúde, se tornou fator restritivo à utilização de mecanismos contra a seleção adversa, já que na lei que regula os planos existem proibições expressas quanto aos reajustes por faixa etária, controle de preços, e rompimento unilateral do contrato. (Godoy, 2008; Vieira Junior, 2013).

Como alternativa legal para reduzir problemas com seleção adversa, é a vasta oferta observada no mercado para planos coletivos, onde a maior parte dos beneficiários, é a população mais jovem. Essa alternativa pode ser observada na figura 2 do gráfico, onde 69% dos beneficiários em maio de 2018 pertenciam a planos coletivos empresariais.

Figura 2 – Quantidade de Beneficiários



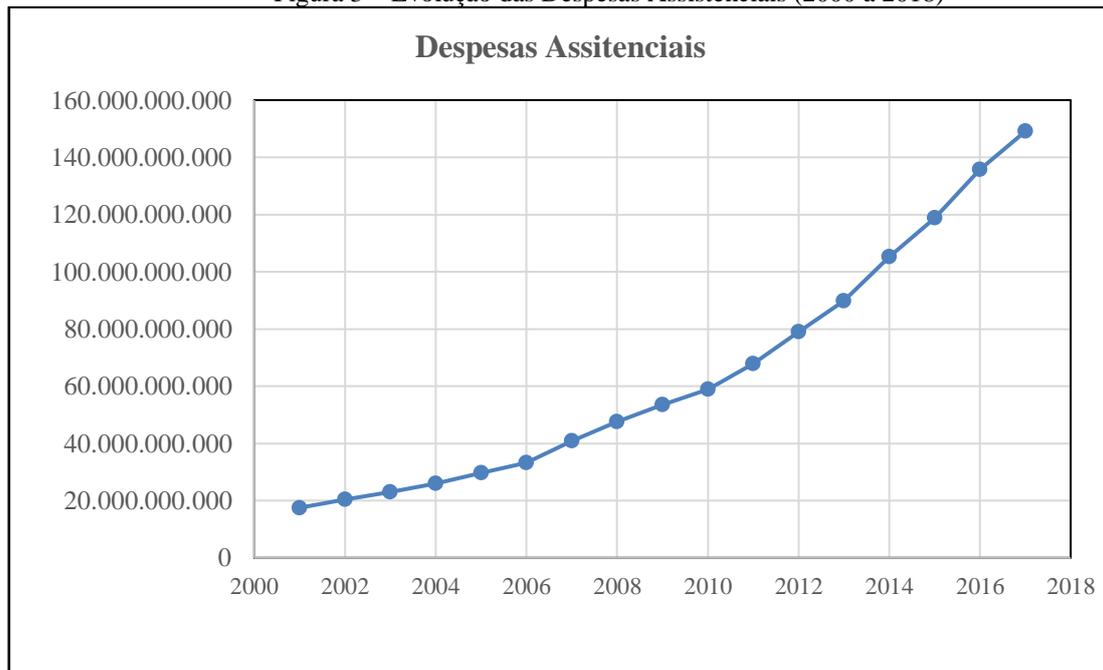
Fonte: ANS (2018)

Outra alternativa, refere-se aos programas de prevenções para doenças crônicas, que reduziria a frequência e demanda por utilização de procedimentos de alto custo.

2.3 Custos

O grande desafio da saúde no Brasil e no mundo é o controle dos custos assistenciais, dados alarmantes demonstram que a variação dos custos da saúde está aumentando de forma difícil de contornar. O gráfico da figura 3 apresenta resultados das despesas assistências das operadoras no período de 2000 a 2018, é possível verificar aumentos significativos, impulsionados pela revisão periódica do rol de procedimentos da ANS, surgimento de novas tecnologias e tratamentos.

Figura 3 – Evolução das Despesas Assistenciais (2000 a 2018)

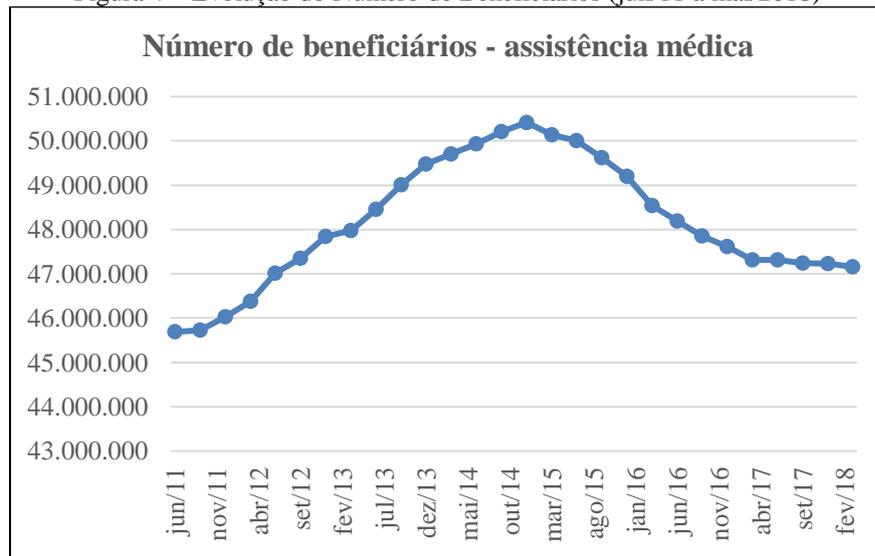


Fonte: Sala de Situação DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018 e FIP - 12/2006.

É importante ressaltar, que a variação dos custos médicos hospitalares (VCMH) capta não apenas a variação dos preços dos serviços (exames, consultas, etc.) mas também a variação de frequência de utilização, conceituando de forma mais ampla, como a combinação da variação dos preços unitários com a variação das quantidades consumidas (denominada frequência) pelos beneficiários (IESS, 2017).

O gráfico da figura 4, demonstra que ao passo que as despesas médico-hospitalares aumentaram nos últimos cinco anos, o número de beneficiários reduziu, o que leva à conclusão que não somente os preços aumentaram, mas também a frequência.

Figura 4 – Evolução do Número de Beneficiários (jun/11 a mai/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2018.

No gráfico da figura 4, observa-se que no período de 2014 e 2018, impulsionado pela crise econômica e aumento de desemprego no país, o número de beneficiários de assistência médica hospitalar caiu drasticamente.

O aumento da frequência pode estar associado ao modelo atual assistencial, que passa pela falta de investimento em promoção da saúde e prevenção de doenças, como na forma como se remuneram os prestadores de serviços, como também na mudança do perfil epidemiológico e envelhecimento da população (LEAL; MATOS, 2009).

O IESS (2018) apontou em compilação de estudos os principais vetores de aumento da variação do custo médico-hospitalar (VCMH):

- a) judicialização;
- b) modelo de remuneração;
- c) ausência de transparência por parte dos prestadores de serviço de saúde sobre qualidade e segurança do paciente;
- d) incorporação de tecnologias em saúde;
- e) assimetria nos preços dos insumos;
- f) envelhecimento da população;
- g) modelo assistencial da saúde suplementar;
- h) fraudes e desperdícios; e
- i) regulação.

Entre os fatores apontados, destacam-se pela relação com o presente artigo, as fraudes e desperdícios, decorrentes principalmente das falhas de mercado (risco moral e seleção adversa).

Metodologia

O presente estudo adota uma abordagem empírico-analítica, na qual busca-se avaliar se a utilização do mecanismo de coparticipação como fator moderador atinge seu objetivo de redução dos custos assistenciais e redução do risco moral decorrente da utilização por parte dos beneficiários de planos de saúde.

A população objeto do estudo contemplava 990 operadoras disponíveis na base de dados da ANS. Após a exclusão dos *outliers* a amostra final contemplou 918 operadoras no período de 2013 a 2017.

Para análise dos dados, empregou-se a abordagem de regressão linear com dados em painel. Segundo Cameron e Trivedi (2010), a regressão linear múltipla com dados em painel combina características de dados em corte transversal (cross section) e séries de tempo. Isto é, a modelagem em painel pode capturar tanto a variação ao longo das unidades (cross section), quanto a variação ao longo do tempo.

Para a escolha do melhor modelo de análise de regressão com dados em painel (POLS, Efeitos Fixos ou Aleatórios) foram realizados os testes de Chow, Breusch-Pagan e Hausman.

Para responder à questão de pesquisa foram realizadas 3 modelos de regressão com dados em painel, cujas variáveis dependentes foram: Custos sem coparticipação, Glosa e Contraprestação.

As variáveis explicativas utilizadas para explicar o comportamento das variáveis dependentes foram: coparticipação, contraprestação, índice combinado, número de beneficiários.

Os resultados estatísticos foram realizados no software livre Gretl.

Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de regressão com dados em painel para avaliar a variável dependente custo sem coparticipação. Com base nos testes efetuados de Chow (p-valor de 0,0000), Breusch-Pagan (p-valor de 0,0000) e Hausman (p-valor de 0,406007) para a identificação do modelo de painel mais adequado (Modelo POLS, Efeitos Fixos ou Efeitos

Aleatórios), os resultados sugerem a utilização do modelo de Efeitos Aleatórios que são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados da Regressão Linear Múltipla com Dados em Painel - Estimação com Erro-Padrão Robusto (Efeitos Aleatórios) para a Variável Dependente Custo Sem Coparticipação

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>z</i>	<i>p-valor</i>
Constante	-3,89628e+08	2,56034e+08	-1,522	0,1281
Coparticipação	- 19,0820	6,57464	-2,902	0,0037 ***
LN_Contraprestacao	2,14183e+07	1,65619e+07	1,293	0,1959
Índice Combinado sem Coparticipação	3,09309e+06	5,72807e+06	0,5400	0,5892
Num_Beneficiários	1106,81	446,325	2,480	0,0131 **

Nota: Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%.

Com base nos resultados da Tabela 2, observa-se que as variáveis significativas para explicar a variável custo sem coparticipação foram a coparticipação e o número de beneficiários, considerando o nível de significância de 5%. Já, as variáveis LnContraprestação e índice combinado não foram significativas no modelo em análise. Portanto, pode-se afirmar que a coparticipação tem influência negativa, ou seja, quanto maior a coparticipação menor será o custo com despesas médicas. Esse resultado, demonstra que os mecanismos de regulação financeiros, como a coparticipação, é um importante fator na redução dos custos assistências, e poderá contribuir significativamente para a sustentabilidade da saúde suplementar no país.

No caso da quantidade de beneficiários, quanto maior a carteira maior será o custo da operadora. O porte da operadora, representado pelo número de beneficiários, é crucial para a manutenção da assistência médica pelas operadoras de planos de saúde. Quanto maior o porte, menor será os efeitos do mutualismo pela diluição do risco. Essa é uma grande preocupação do órgão regulador, que aprovou recentemente normativo que oportuniza a saída ordenada e voluntária do mercado de operadoras pequenas e médias, que avaliam não terem condições de se manter no setor.

O presente artigo, buscou avaliar ainda, se a presença de coparticipação nos planos privados de assistência à saúde, diminuiria o risco moral por parte do prestador de serviços médicos, contratados pelas operadoras para atendimento aos seus beneficiários. Essa avaliação se deu por meio da análise do comportamento da variável explicativa Coparticipação, na variável dependente Glosa.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão com dados em painel para avaliar a variável dependente Glosa. Com base nos testes efetuados de Chow (p-valor de

0,039513), Breusch-Pagan (p-valor de 0,0000) e Hausman (p-valor de 0,760712) para a identificação do modelo de painel mais adequado (Modelo POLS, Efeitos Fixos ou Efeitos Aleatórios), os resultados sugerem a utilização do modelo de Efeitos Aleatórios que são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da Regressão Linear Múltipla com Dados em Painel - Estimação com Erro-Padrão Robusto (Efeitos Aleatórios) para a Variável Dependente Glosa

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>z</i>	<i>p-valor</i>
Constante	1,07298e+06	5,59202e+06	0,1919	0,8478
Coparticipação	3,56873	1,73340	2,059	0,0395 **

Nota: Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%.

Com base nos resultados da Tabela 3, observa-se que a variável explicativa coparticipação foi significativa para explicar o comportamento da glosa ao nível de significância de 5%, com influência positiva. Portanto, pode-se afirmar maior a coparticipação maior será a Glosa. Esse resultado, permite concluir que a coparticipação, pode reduzir o risco moral por parte do prestador de serviços. Como o beneficiário contribuirá financeiramente pelo procedimento realizado, ele atua como um “auditor” na fiscalização dos serviços, o que faz com que as operadoras tomem conhecimento dos procedimentos cobrados indevidamente pelo prestador, casos que quando identificado, gera registros de glosas.

A alternativa de mecanismo de fator moderador financeiro, reduz o custo dos planos, como o custo é considerado no momento da precificação, o preço do prêmio para planos coparticipativos, são menores. Considerando esta situação, buscou-se investigar se a coparticipação influenciaria nos valores de mensalidades, expressos pela variável Contraprestação.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise de regressão com dados em painel para avaliar a variável dependente Contraprestação. Com base nos testes efetuados de Chow (p-valor de 0,00085), Breusch-Pagan (p-valor de 0,0000) e Hausman (p-valor de 0,474283) para a identificação do modelo de painel mais adequado (Modelo POLS, Efeitos Fixos ou Efeitos Aleatórios), os resultados sugerem a utilização do modelo de Efeitos Aleatórios que são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados da Regressão Linear Múltipla com Dados em Painel - Estimação com Erro-Padrão Robusto (Efeitos Aleatórios) para a Variável Dependente Contraprestação

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>z</i>	<i>p-valor</i>	
Constante	5,98549e+07	2,26632e+07	2,641	0,0083	***
Coparticipação	-23,0672	6,91782	-3,334	0,0009	***

Nota: Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%.

Com base nos resultados da Tabela 4, observa-se que a variável explicativa coparticipação foi significativa para explicar o comportamento da variável contraprestação ao nível de significância de 5%. Portanto, pode-se afirmar que dada uma variação positiva na coparticipação há uma influência negativa na Contraprestação.

O resultado desta regressão, corrobora a expectativa de que a coparticipação, proporciona também uma redução das mensalidades, já que com uma menor utilização esperada para os planos coparticipativos, menores serão os reajustes das mensalidades, para repor o desequilíbrio de contratos deficitários.

Considerações finais

O presente artigo teve como objetivo avaliar o impacto da utilização de mecanismos de coparticipação nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde, além de avaliar também, o efeito dos mecanismos de regulação financeira – coparticipações, sobre as glosas e as contraprestações (mensalidades) das operadoras.

Desta forma, adotou-se uma abordagem empírico analítica, para uma amostra final que contemplou 918 operadoras no período de 2013 a 2017. Para análise dos dados, empregou-se a abordagem de regressão linear com dados em painel.

Os resultados permitiram concluir que a faculdade de utilização de coparticipação, como mecanismos de regulação financeira, por parte das operadoras de planos de saúde, cumpre sua principal função como fator moderador de custos assistenciais.

Constatou-se que além de reduzir os custos assistenciais pela participação financeira do beneficiário, reduziu também os valores de contraprestações efetivas, pela redução dos reajustes das mensalidades e melhor equilíbrio financeiro dos contratos que possuem essa característica.

É importante ressaltar que o estudo evidenciou ainda, que a coparticipação pode reduzir o risco moral por parte dos prestadores de serviços médico-hospitalares, atuando como agente fiscalizador, dos procedimentos e até mesmo da qualidade dos serviços prestados.

Como estudos futuros, sugere-se que sejam analisados os efeitos das mudanças regulatórias previstas para estes mecanismos, avaliando o impacto de tais mudanças no comportamento dos custos.

Referências

ALVES, Sandro Leal. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil**. In: Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Gt Interáreas Mecanismos de Regulação**. 2016. Recuperado em: 20 julho, 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/interareas/2211-presentacao-karla-coelho-mecanismos-de-regulacao.pdf

_____. Sala de Situação. 2018. Recuperado em 05 agosto, 2018, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

AKERLOF, G. A. The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. 1970. v.88, n.2, p.488-500.

AZEVEDO, P. F. de; ALMEIDA, S. F. de; ITO, N. C.; BOARATI, V.; MORON, C. R.; INHASZ, W.; ROUSSET, F. **A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas**. Write Paper, n° 001, maio/2016. INSPER, Centro de Estudos em Negócios. Recuperado de <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>

BRUNETTI, L. **Assimetria de informação no mercado brasileiro de saúde suplementar: testando a eficiência dos planos de cosseguro**. 2010. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba. doi:10.11606/D.11.2010.tde-20042010-082708. Recuperado em 2018-07-28, de www.teses.usp.br

CAMERON, Adrian Colin; TRIVEDI, Pravin K. **Microeconometrics using stata**. College Station, TX: Stata press, 2010

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira; SILVA, Marcos Paulo Novais; LEITE, Francine. **Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Grupo Gen-Editora Forense, 2000.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **A economia da saúde**. In: A economia da saúde. 2008.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – FGV. **Análise da Qualidade Regulatória Da Saúde Suplementar no Brasil**. 2017. Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Recuperado em: 2, julho, 2018, de https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio_GrupoFGV.pdf

GODOY, M. R. (2008). **Regulamentação dos planos de saúde e risco moral: aplicação da regressão quantílica para dados de contagem**. 2008. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 2018-07-28, de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/22653>

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. Variação de Custos Médico-Hospitalares. 2017. Recuperado em: 2, julho, 2018, de https://docs.wixstatic.com/ugd/d1d2f4_d9893ea851964c6db5b85e596a418f70.pdf

_____. Texto para Discussão nº 71 – 2018 - A Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH): um compêndio dos estudos do IESS e uma atualização do tema. Recuperado em: 2, julho, 2018, de https://www.iess.org.br/cms/rep/TD71_CompendioVCMH.pdf

LEAL, R. M.,; MATOS, J. B. B. de. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Revista de Administração de Empresas**, 49(4), 447-458, 2009. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902009000400008>

MAIA, A. C. **Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro**. 2004. Dissertação de Mestrado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento regional. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Recuperado em 2018-07-28, de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/LPCP-68ZG9B/ana_carolina_maia.pdf?sequence=1

MAIA, A. C.; CARVALHO, J. V. de F. A Espiral de Anti-Seleção no Mercado Brasileiro de Planos de Saúde Individuais. 2018. XVIII International Conference in Accounting. Recuperado de <https://congressosp.fipecafi.org/anais/Anais2018/ArtigosDownload/944.pdf>

VIEIRA JUNIOR, W. M. *Idosos e planos de saúde privados no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar*. 2013. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em 2018-07-28, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/dissertacao-vieira-junior-idosos-e-planos-de-saude-no-brasil.pdf