

Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão

Lucas Salvador Andrietta

Artur Monte-Cardoso

Jose Antônio de Freitas Sestelo

Mario César Scheffer

Ligia Bahia

Introdução

A disseminação global do novo coronavírus provocou impactos diversos e de diferentes magnitudes nas sociedades humanas. Além das consequências diretas da crise sanitária, a pandemia se desdobrou em inúmeros efeitos sobre as condições de vida, o mundo do trabalho e os sistemas econômicos.

Embora seja possível constatar a piora dos indicadores agregados sobre a economia mundial, a análise no nível setorial e das firmas individuais indica que os efeitos da pandemia incidiram de forma heterogênea: houve prejuízos e desaceleração para um subconjunto das empresas, ao mesmo tempo em que algumas se beneficiaram no contexto da crise. Uma assimetria que se projeta em cenários nacionais, inclusive em países “em desenvolvimento”.

Essa constatação, a da expansão de grupos econômicos em contextos singulares, é o fio condutor utilizado para a reflexão sobre a situação das empresas de planos de saúde no Brasil. Para dimensionar o desempenho desses grupos empresariais, o texto sistematiza informações sobre o resultado econômico das empresas, expõe tendências relativas a gastos com planos de saúde no Brasil e em países selecionados, oferta de serviços e produção normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com a organização de evidências sobre o desempenho das empresas de planos de saúde e o equacionamento das consequências do crescimento da participação de componentes privados no sistema de saúde no Brasil, pretende-se jogar luzes sobre processos recentes que acentuam as desigualdades estruturais no financiamento e na oferta de serviços de saúde.

O novo coronavírus impactou negativamente a economia mundial. A projeção para 2020 foi a redução de 4,4% no Produto Interno Bruto Total/Produto Mundial Bruto. As previsões consideram indicadores de uma recuperação mais elevada no terceiro trimestre. O cálculo incorpora resultados menos negativos em países afluentes e retorno do crescimento econômico da China superior aos projetados anteriormente. Essa perspectiva mundial tem matizes; o prognóstico para países emergentes, com elevado número de casos e óbitos, é mais sombrio. A tendência é de reversão do progresso na redução da pobreza e na ampliação das desigualdades (IMF, 2020). Para o Brasil o decréscimo estimado do PIB ao longo de 2020 é 5,03% e a taxa de desemprego é de 13,4% (Banco Central, 2020 e IBGE, 2020).

Analistas internacionais e nacionais alertam sobre as limitações das projeções econômicas. Em vários países, que suspenderam prematuramente medidas de distanciamento social, houve aumento da transmissão, necessidade de fechamento de atividades econômicas e pairam incertezas sobre os padrões de consumo pós-pandemia. Apesar das dúvidas, há evidências sobre a heterogeneidade do impacto econômico no âmbito dos setores econômicos. A mobilidade populacional reduzida em função de medidas de distanciamento social afetou intensamente os setores de transporte, aviação, restaurantes, hotéis e a indústria cultural (OCDE, 2020). No nível das firmas do setor saúde, os efeitos da pandemia foram benéficos para empresas farmacêuticas e seguradoras de planos de saúde e negativos para grupos hospitalares privados e empresas de diagnóstico.

É sabido que a demanda por produtos farmacêuticos não é tradicionalmente

sensível às recessões econômicas. Ou seja, as interrupções na economia em geral afetam menos o consumo de medicamentos. Segundo executivos de grandes indústrias farmacêuticas, não se espera grandes valorizações acionárias e é possível até uma pressão negativa para as empresas situadas no espectro inferior de classificação financeira. Mas é plausível supor que produtos eficazes para a prevenção e o tratamento da Covid-19 alavanquem determinadas indústrias do setor (Kaplan *et al.*, 2020).

Haverá ainda mudanças operacionais na indústria farmacêutica, tais como o congelamento da contratação de pessoal e a necessidade de diversificação da cadeia de suprimentos e de manutenção de estoques e suprimentos, que tendem a restringir as margens e o capital de giro. Contudo, a produção e comercialização de testes, drogas antivirais, plasma sanguíneo convalescente e células-tronco deve compensar pequenas perdas causadas pela redução de visitas de representantes aos médicos prescritores e desaceleração da demanda por novas drogas e apresentações, produtos cosméticos com forte teor discricionário (por exemplo, Botox) e queda no uso de drogas para procedimentos cirúrgicos eletivos (por exemplo, anestesia) (Mabiyani, 2020).

Nos EUA, empresas de planos de saúde declararam aumento de suas margens de lucro durante a pandemia. Anthem, Humana e UnitedHealth Group tiveram retornos financeiros no segundo trimestre de 2020 superiores ao mesmo período em 2019. O lucro líquido de três grandes grupos econômicos cresceu: UnitedHealth, em US\$ 6,7 bilhões em 2020 e US\$ 3,4 bilhões nos mesmos três meses do ano passado; Anthem, em US\$ 2,3 bilhões e US\$ 1,1 bilhão em 2019; CVS Health (que adquiriu a Aetna), em US\$ 3 bilhões, cerca de US\$ 1 bilhão a mais do que o relatado no mesmo período de 2019 (Abelson, 2020).

Os lucros das empresas de planos de saúde contrastam com o desempenho desfavorável de prestadores de serviços, cujas demandas diminuíram em decorrência

das recomendações para o adiamento de procedimentos eletivos. A maior empresa de serviços de diagnóstico, a Quest, teve redução de R\$ 1,83 bilhão nas suas receitas no segundo trimestre de 2020, aproximadamente 6% menos em relação ao mesmo período de 2019. O volume, medido pelo número de requisições de exames, diminuiu 18% (Quest, 2020). Analogamente, houve redução das receitas financeiras de consultórios médicos, clínicas ambulatoriais e hospitais privados, especialmente os de menor porte.

Em um contexto de restrição fiscal, os lucros das seguradoras de saúde nos EUA ensejaram debates que abrangem desde a redução dos repasses governamentais para programas públicos (especialmente para o Medicaid) até a reapresentação de propostas de substituição do atual sistema de saúde privado. Em 04 de agosto de 2020, o Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), responsável pelo Medicaid e Medicare, definiu a possibilidade de redução temporária de prêmios (valor das mensalidades) para pessoas físicas e pequenos grupos de segurados, e não cancelamento de contratos por inadimplência, para garantir a continuidade das coberturas até o final do ano (CMS, 2020). Parlamentares democratas, como Pramila Jayapal, no contexto das eleições presidenciais, afirmaram que o sistema de saúde estava despreparado para o enfrentamento da pandemia e há necessidade de uma reforma para que todos tenham acesso aos cuidados de saúde.

O sistema de saúde baseado no emprego e nas empresas com fins lucrativos de nosso país não fazia sentido antes do início da Covid-19 e está se revelando perigoso e mortal durante a crise. Milhões de americanos estão perdendo seus empregos e seu seguro saúde exatamente no momento em que precisamos que todos tenham acesso a cuidados e tratamento para doenças (Pramila Jayapal citada por Frieden, 2020, tradução livre).

Apesar das críticas, as empresas de planos de saúde nos EUA aumentaram o valor dos prêmios (contraprestação). Segundo o inquérito anual de planos de saúde para empresas empregadoras da Kaiser Family Foundation, o valor anual médio do prêmio (contraprestação) para contrato individual de US\$ 7.470 aumentou 4% (cerca de R\$ 3.500 por mês). Os trabalhadores pagaram em média 17% do contrato

de cobertura individual e as empresas 83%. Cinquenta e seis por cento das empresas ofereciam planos de saúde a pelo menos alguns de seus trabalhadores e 64% dos trabalhadores tinham contratos empresariais. As empresas avaliaram que os planos tinham redes de prestadores amplas para a maioria das necessidades de saúde, mas restritas para saúde mental. Embora, as principais métricas da pesquisa reflitam informações anteriores aos impactos da Covid-19 (porque a maioria dos dados foi coletada nos três primeiros meses de 2020), o aumento do valor do prêmio confirma tendências históricas (KFF, 2020).

Empresas privadas do setor saúde no Brasil

O panorama internacional, especialmente o dos EUA, é marcado pela heterogeneidade no desempenho das empresas que integram o setor saúde. Com os devidos ajustes, o mesmo cenário se projeta no Brasil. Enquanto empresas de planos de saúde e aquelas relacionadas com o consumo de medicamentos aumentaram suas margens de lucro, as receitas de hospitais e unidades de diagnóstico diminuíram.

Apesar de muitos hospitais terem ficado sobrecarregados com pacientes com Covid-19, as empresas de planos de saúde gastaram menos: exames laboratoriais, de imagem e cirurgias eletivas caras foram adiados e uma parcela das pessoas evitou consultórios médicos e emergências, com medo do contágio. Grandes grupos econômicos de planos de saúde aumentaram seus lucros líquidos entre o primeiro trimestre de 2019 e o período correspondente em 2020: Bradesco 10,1%; Hapvida 24,7%; Notre Dame- Intermédica 149,2% e Sul América 83,4% (Koike, 2020). Redes de farmácias e drogarias declararam aumento de lucros com a venda de produtos relacionados com a pandemia. No primeiro trimestre de 2020, a Raia Drogasil (RD) registrou um lucro líquido ajustado de R\$ 152,75 milhões, com um aumento de 44,8% em relação ao mesmo período do ano passado. Esta empresa teve um aumento de 25,2% no faturamento líquido, que representa R\$ 4,9 bilhões, superando os R\$ 3,9 bilhões do mesmo período no último ano. As vendas de medicamentos isentos

de prescrição (MIPs) relacionadas com a pandemia, como álcool em gel, foram o grande destaque no trimestre (aumento de 46,4%), genéricos cresceram 30% e os medicamentos “de marca”, 21,4% (IN, 2020).

Empresas de diagnóstico tiveram seus lucros reduzidos. O grupo Fleury e a Dasa, que pertence ao Grupo Ímpar, registraram diminuição do lucro líquido na ordem de R\$ 73,3 milhões e R\$ 145,3 milhões no segundo trimestre de 2020 (Época, 2020; Valor Econômico, 2020). Segundo o SindHosp (Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios de São Paulo), a pandemia teve como consequências a diminuição de 60% da taxa de ocupação dos hospitais e as empresas de planos de saúde deixaram de repassar aproximadamente R\$ 6 bilhões mensais para os prestadores de serviços (FEHOSP, 2020).

Ganhos e perdas de empresas que comercializam planos de saúde, medicamentos e serviços assistenciais compõem um complexo mosaico setorial, não apenas porque existem inter-relações entre quem remunera e quem produz serviços, mas também em função dos apoios governamentais, que foram ampliados em decorrência da pandemia. O imbricamento dos componentes do setor saúde entre si compõe um importante pano de fundo para a compreensão do papel dos grandes grupos econômicos no sistema de saúde brasileiro. A dinâmica e a magnitude desses grupos também é evidenciada por suas estratégias de alavancagem mediante abertura de ações, empréstimos, créditos, fusões e aquisições. Nesse sentido, o contexto da pandemia não interrompeu uma tendência de aumento de operações financeiras de grande porte, nem tirou os grupos econômicos que atuam na saúde de posições de destaque no universo corporativo. Até o terceiro trimestre de 2020, o setor de “Hospitais e Laboratórios de Análises Clínicas” ocupou o quinto lugar no *ranking* anual de fusões e aquisições, e a décima primeira posição no acumulado entre 2001 e 2020 (KPMG, 2020).

A Tabela 1 apresenta uma síntese de operações financeiras realizadas pelas maiores operadoras de planos de saúde, bem como operações de outros grupos econômicos que tiveram destaque no ano de 2020.

Tabela 1 - Operações financeiras de empresas do setor saúde, Brasil, 2020

A – Aquisições das maiores empresas de planos de saúde			
Empresa	Aquisições	Atividade/Subsetor	Valor (R\$ milhões)
Notredame Intermédica	Medisanitas Brasil (MG), São Lucas (SP), Ghelfond (SP), Lifecenter (MG), Santa Mônica (MG), Serpram (MG), H. do Coração de Londrina (PR), Climepe (MG), Bio Saúde (SP), Lifeday (RS, SC), H. do Coração de B. Camboriú (SC), H. Santa Brígida (PR).	Plano de Saúde, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	5.396
Hapvida	Promed (MG), São José (SP), Premium Saúde (DF, MG), Santa Filomena (SP), Plamheg (GO), Samedh (GO), Cl. N. S. Aparecida (GO), H. Sinhá Junqueira (SP).	Plano de Saúde, Hospital, SADT	2.064
Sul América	Paraná Clínicas (PR)	Plano, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	385
Bradesco Saúde	Sem informações		
Amil	Sem informações		
B – Maiores Operações			
Rede D'Or	IPO	Plano de Saúde, Hospital, SADT	11.400
DASA	Aquisições: Lefort (SP), Grupo Exame (RS), Hemat (SP)	Hospital, SADT	1.770
Pague Menos	IPO	Farmácia	859
Qualicorp	Plural (RJ), Oxcorp (RJ), Muito Mais Saúde (RJ, SP), Clube Care Brasil (SP)	Administradora, corretora, carteira de clientes	399
Fleury	Aquisições: C. de Infusões Pacaembu (SP), Cl. Moacir Cunha (SP)	Terapias infusionais, clínica de especialidade	150
DASA e Ímpar	Fusão	SADT, Hospital	n.s.a.

Fonte: GPDES-GEPS, 2020. Consulta Documentos das Empresas (Relações com Investidores).

Elaboração própria. *n.s.a. = não se aplica.

A síntese das operações evidencia a continuidade das estratégias de expansão, sobretudo através de aquisições de grupos empresariais menores, atuantes em múltiplas atividades econômicas do setor (como laboratórios, hospitais, farmácias e

clínicas) e com tendência de expansão territorial para locais específicos, notadamente Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Entre os planos de saúde, destaca-se o volume de operações do grupo Notre Dame Intermédica e da Hapvida, que aventam a possibilidade de uma fusão (Guimarães, 2021). Outra operação relevante foi a oferta pública de ações (IPO) realizada pela Rede D'Or, a maior operação em 2020 e a terceira maior no país.

Empresas de Planos Privados de Saúde no Brasil: dimensões populacionais e econômicas

As coberturas populacionais de planos privados de saúde aumentaram discretamente entre 1998 e 2019. Segundo inquéritos populacionais relativos à saúde, o percentual da população vinculada a planos privados era: 24,5% em 1998; 24,6% em 2003; 25,9% em 2008; 27,9% em 2013 e 28,5% em 2019 (IBGE, 1998, 2003, 2008; IBGE, 2013, 2019). Nesse intervalo de tempo, a magnitude dos segmentos populacionais vinculados a planos privados não teve alterações significativas, mas os recursos financeiros envolvidos com os planos privados obtiveram um incremento relativo e em números absolutos, como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 - Receitas, Concentração do Mercado e Clientes de Planos de Saúde, Brasil, 2001 a 2020

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	
Receitas de Contraprestações - todos os planos (R\$ bi, 2020)	68,7	71,2	71,7	75,6	81,7	90,7	105,6	116,2	121,2	129,7	138,6	148	160,2	175	179,1	190,1	204,6	215,3	223,1	165,9	
Operadoras com Receitas (todos os planos)	1539	1494	1467	1420	1286	1295	1309	1272	1274	1245	1225	1204	1178	1159	1137	1109	1076	1056	1028	824	
Participação (% Receitas)	10 Maiores	41,0	37,2	36,3	35,7	34,8	34,3	31,8	34,4	34,9	34,8	37,7	37,5	40,4	42,2	44,4	44,7	45	44,4	45,3	45,6
	20 Maiores	51,4	48,9	46,7	46,4	45,9	45,4	44,9	47,5	47,6	47,4	49,3	49,5	51,6	52,8	54,9	55,5	55,8	55	56,1	56,5
	50 Maiores	65,6	64,4	61,7	61,6	62	61,4	61,4	63,3	62,9	63	64,6	64,9	66,8	67,9	68,9	69,8	70,2	70,3	70,8	71,1
% em relação a população	18,2	18,2	18	18,8	19,2	19,9	20,7	21,9	22,1	23,6	23,9	24,6	25,4	26	25,5	24,6	24,2	24,2	24,2	24,3	
Clientes de Planos de Assistência Médica (milhões)	31,4	31,5	31	33,8	35,4	37,2	39,3	41,5	42,6	44,9	46	47,8	49,5	50,5	49,3	47,6	47,1	47,1	47	47	

* Até o 3º trimestre ou setembro de 2020. Fonte: ANS. Elaboração Própria.

De 2001 a 2019, o mercado de planos e seguros de saúde, dimensionado pela soma das receitas de contraprestação, cresceu 2,4 vezes em termos reais, atingindo 213,4 bilhões de reais em valores correntes de 2019. Uma projeção linear simples com base nas receitas de contraprestações até o terceiro trimestre de 2020 estimaria receitas de 221,2 bilhões neste ano, o que seria quase igual ao ano anterior em termos reais. As receitas totais de contraprestações cresceram ininterruptamente em termos reais ao longo de quase duas décadas, a despeito de duas graves crises econômicas, com três anos de queda do PIB (2009, 2015 e 2016).

Observa-se ainda a concentração do mercado, indicada pelos movimentos das receitas de contraprestações. Num primeiro momento, ocorreu uma desconcentração entre 2001 e 2007, seguida por uma concentração entre 2007 e 2020. A fatia das 10, das 20 e das 50 maiores empresas evoluiu de 31,8%, 44,9% e 61,4% em 2007 para 45,6%, 56,5% e 71,1% em 2020, respectivamente – resultado ligeiramente superior ao de 2001. Contudo, não há um único mercado nacional, mas uma série de mercados locais e regionais e isso é crucial para entender as estratégias concorrenciais.

Os dados expostos na tabela 3 permitem visualizar a permanência ou rotatividade de empresas entre as maiores. Alguns grupos empresariais estão no topo das maiores desde o início da década de 2000: Sul América, Bradesco, Amil, Unimed Rio, Notre Dame e Unimed Belo Horizonte. Das 4 outras que iniciaram o *ranking* em 2001, duas fecharam durante o período - Ulbra Saúde (2011) e Unimed Paulistana (2015) – e duas caíram no *ranking* – Golden Cross (35ª em 2020) e Unimed Campinas (14ª em 2020). Em 2019-2020, despontam também: a Central Nacional da Unimed, a CASSI (do Banco do Brasil), a Hapvida e a GEAP.

Tabela 3 - Participação das 10 maiores operadoras por receita de contraprestações, Brasil, 2001 e 2019

	2001	% Total	2019	% Total
1	Sul América	12,4%	Bradesco Saúde	11,3%
2	Bradesco Saúde	9,3%	Amil Ass.Méd.Int. S.A.	9,8%
3	Amil Ass.Méd.Int. S.A.	4,0%	Sul América	8,0%
4	Unimed Rio	2,8%	Notre Dame Intermédica	3,1%
5	Golden Cross	2,7%	CASSI	2,6%
6	Ulbra Saúde	2,2%	Hapvida	2,5%
7	Unimed Belo Horizonte	2,1%	Unimed Rio	2,1%
8	Unimed Paulistana	2,0%	Unimed Belo Horizonte	1,9%
9	Notre Dame Intermédica	1,8%	GEAP	2,0%
10	Unimed Campinas	1,7%	Unimed Central Nacional	1,9%
	C10:	41,0%	C10:	45,3%
	Total de Receitas do Setor* (R\$ mi):	68.699		223.105

* Valores constantes de 2020 (IPCA). Fonte: ANS. Elaboração própria.

No setor de Planos e Seguros de Saúde atuam vários grupos econômicos, empresas que controlam outras com existência jurídica própria e registro individual junto à ANS. Exemplos: a Bradesco Saúde é proprietária da Odontoprev e da Mediservice, 20^a e 34^a, respectivamente, em receitas no ano de 2020 (até o 3º trimestre); a Hapvida também é dona do Grupo São José, RN Saúde, Medical e Grupo São Francisco Saúde. Estas empresas podem também ser parte de um grupo maior, como é o caso da Bradesco Saúde, parte do braço de seguros do banco; da Sul América S.A, que possui quatro operadoras; e da Amil, propriedade da empresa estadunidense United Health Group. Cabe notar que algumas destas empresas conseguiram ser negociadas na Bolsa de valores brasileira: Odontoprev (desde 2006); Amil (2007-2013), até ser adquirida pela United Health Group com fechamento de capital; Qualicorp, (administradora de benefícios, desde 2011); Hapvida e Grupo Notre Dame Intermédica (desde 2018).

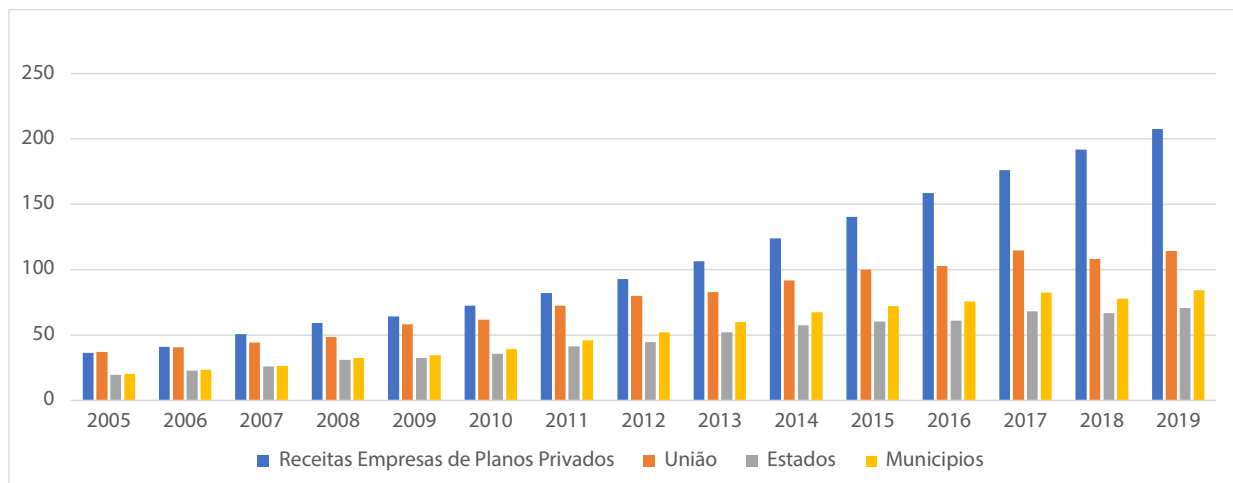
Tais empresas adquiriram grande porte e levaram o setor saúde para posições de destaque entre as maiores do país. No anuário “Melhores e Maiores” da Revista Exame de 2020, com dados referentes a 2019, constam nada menos que 31 empresas do setor de “Serviços de Saúde” (o que não inclui a Indústria Farmacêutica ou o setor de Atacado e Varejo de Bens de Saúde) entre as 500 maiores (excluídas empresas do setor financeiro). Dentre as 31 “setoriais”, estão incluídas 18 empresas de Planos

de Saúde (sem contar as Seguradoras, classificadas à parte), com receitas de R\$ 74,8 bilhões, ou 2,2% do total. Por ora, os dados sugerem que as empresas de Planos de Saúde não somente terão receitas mais estáveis que o conjunto da economia, como também lucros superiores, devido à redução das despesas assistenciais: segundo os dados do Painel Contábil da Saúde Suplementar, da ANS, no acumulado até o terceiro trimestre, o lucro líquido das empresas foi de R\$ 15,91 bi em 2020, 72,4% superior aos R\$ 9,23 bi de 2019. O volume de recursos movimentado por tais empresas se torna um componente cada vez mais relevante no gasto total com saúde.

Repercussões dos Gastos com Planos de Saúde no Financiamento Setorial

Os Gráficos 1 e 2 apresentam os diferenciais de crescimento de gastos públicos e as receitas arrecadadas com planos de saúde. Em 2005 as despesas do Ministério da Saúde equivalem àquelas remuneradas com as mensalidades pagas pelos clientes de planos e em 2019 são 82% superior ao montante das despesas da União (Gráfico 1). Observa-se que as despesas públicas crescem ao longo do período 2005-2019, entretanto as taxas de incremento das receitas dos planos privados são maiores (Gráfico 2).

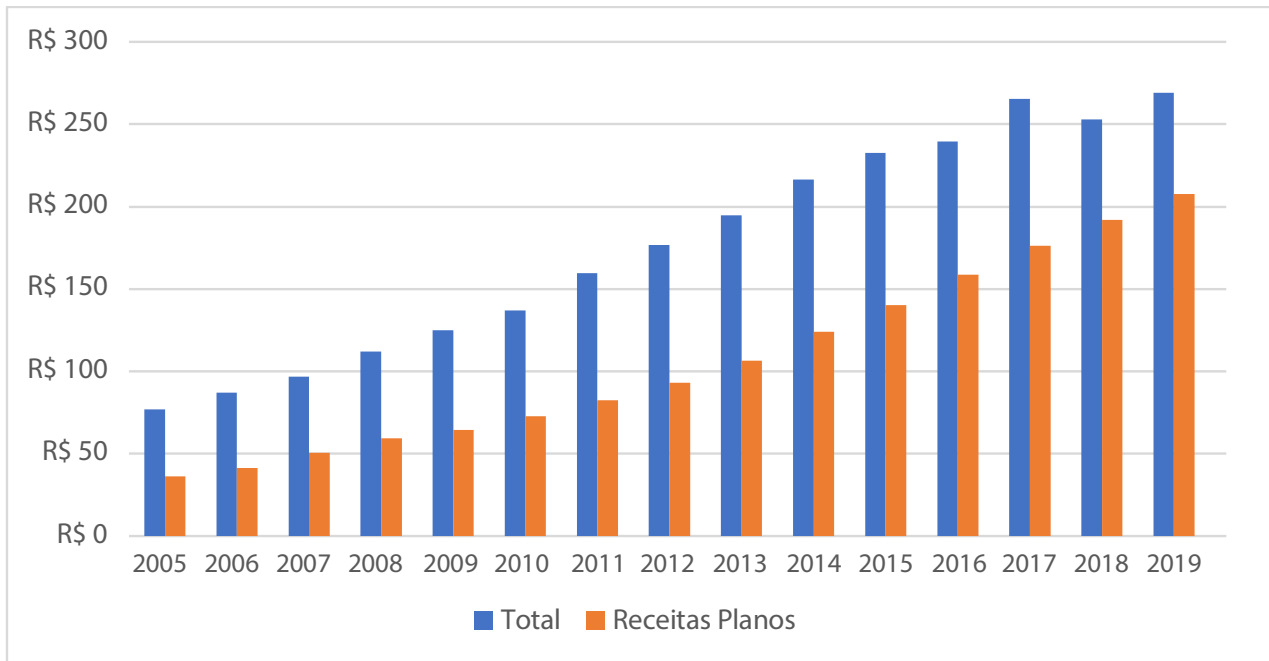
Gráfico 1 - Gastos Públicos com Saúde por Esfera Administrativa e Receitas de Empresas de Planos de Saúde, Brasil, 2005 a 2019 (despesas correntes)



Nota: Valores correntes em R\$ bilhões. Fontes: ANS e Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Fontes: ANS, 2020 e Ministério da Saúde, 2020

Gráfico 2 - Gastos Públicos Totais com Saúde e Receitas de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019

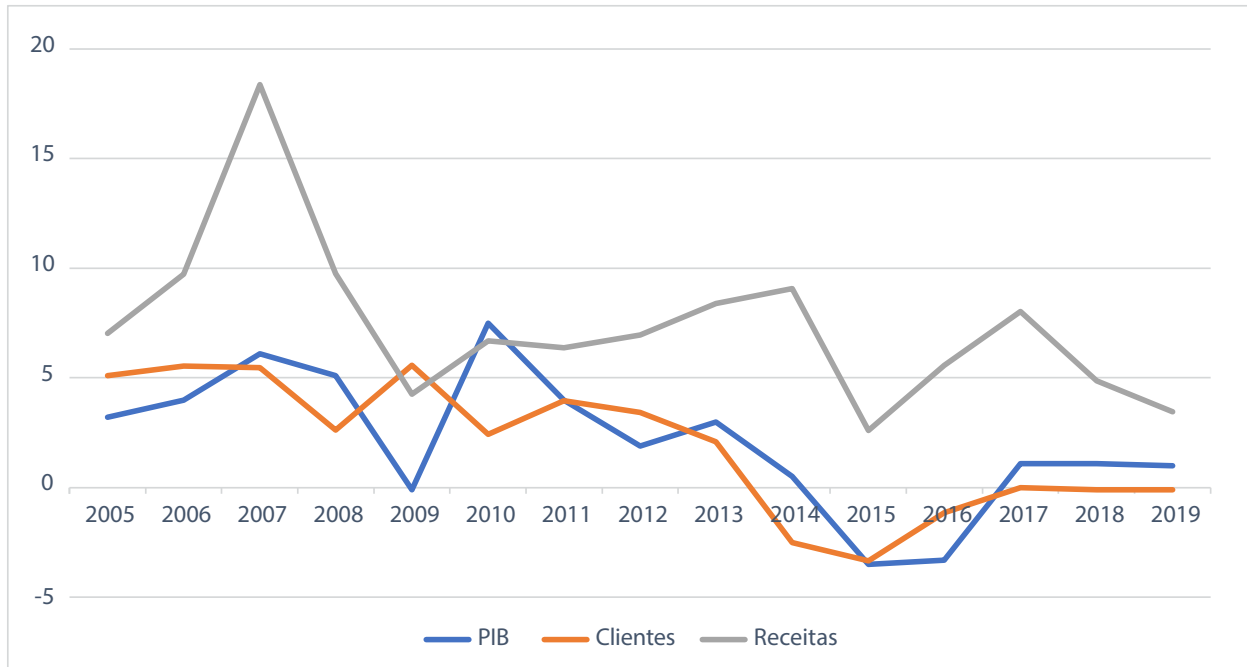


Nota: Valores correntes em R\$ bilhões. Fontes: ANS e Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Considerando ambos os gráficos, é plausível delinear uma tendência de convergência entre as fontes públicas e os recursos para a remuneração de prestadores privados. Uma aproximação da magnitude dos fluxos financeiros envolvidos com o SUS e com a rede assistencial privada não justificada pelo aumento da demanda de planos privados.

O gráfico 3, que exibe a variação do PIB, número de clientes e receitas das empresas, permite visualizar o aumento dos valores repassados às empresas de planos privados, ainda que em conjunturas adversas (retração do PIB em 2009 e redução do PIB e do número de clientes a partir de 2014).

Gráfico 3 - Variação anual (%) - PIB*, Número de Clientes de Planos de Saúde e Receitas das Empresas*

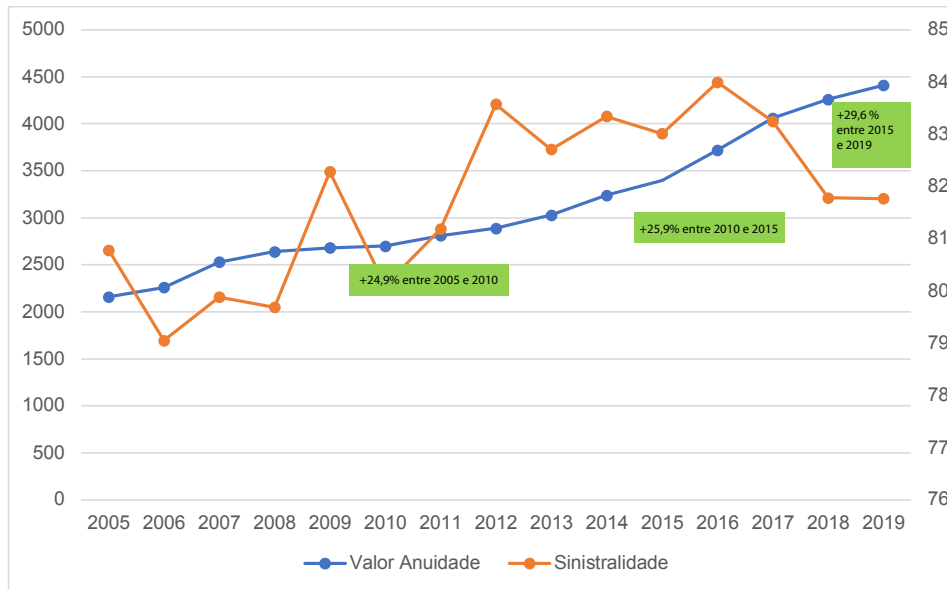


*Variação real (IPCA). IBGE e ANS.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGE, Contas Nacionais, 2020; ANS, 2020.

O gráfico 4 evidencia que o aumento das receitas das empresas de planos de saúde decorre em parte da majoração dos prêmios. Considerando valores corrigidos pela inflação, quase dobraram o valor entre 2005 (valor médio R\$ 180,00 por mês per capita) e 2019 (R\$ 367,50). Levando em conta os aumentos em intervalos de cinco anos, nota-se que houve maior incremento entre 2015 e 2019 (29,6%) do que nos quinquênios 2005 a 2010 (24,9%) e 2010-2015, 25,9%. Destaca-se também que a elevação dos preços não se justifica por mudanças no volume proporcional de despesas de sinistralidade das operadoras com assistência médico-hospitalar, que variaram pouco em 15 anos (média 80,1%, 70,9% valor mínimo em 2006 e 84% máximo em 2016).

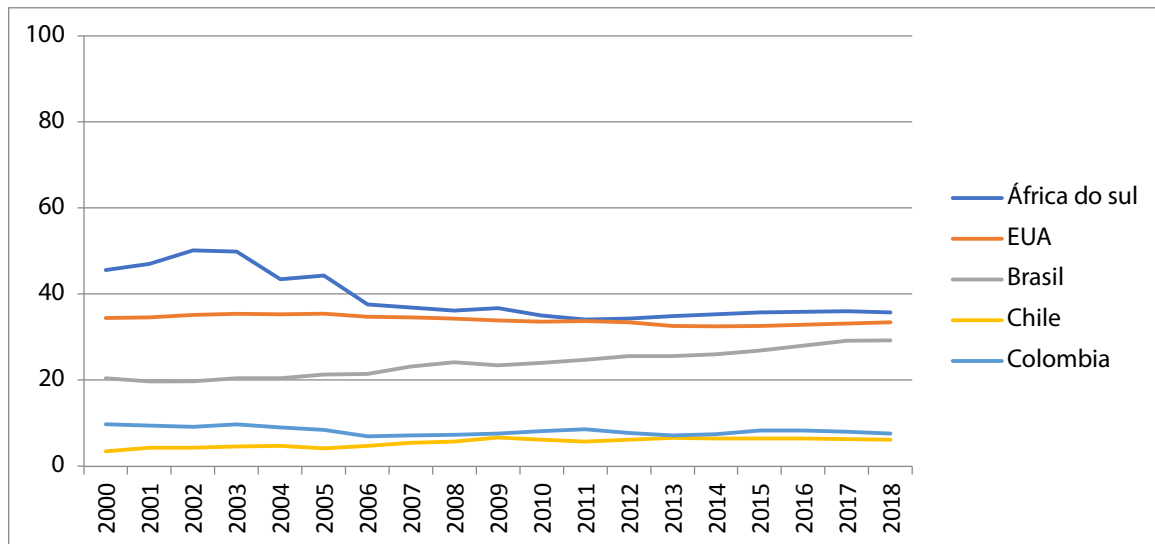
Gráfico 4 - Valor Médio da Anuidade e Sinistralidade de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019



Fonte: ANS, 2020. Elaboração própria (valores constantes de dez/2019 (IPCA)).

O aumento da participação das empresas de planos de saúde no financiamento do sistema de saúde confere uma posição singular ao país. O Brasil se situa entre os países com gastos privados superiores aos públicos (57% do total em 2000 e 58,3% em 2017) (IBGE, 2019). Além disso, está em uma posição singular em relação à composição dos gastos privados. Na maior parte dos países com elevada proporção de gastos privados predominam os gastos diretos efetuados para os pós-pagamentos de atividades assistenciais e medicamentos. O gráfico 5 apresenta as divergentes trajetórias do gasto com planos e seguros voluntários em países selecionados entre 2000 e 2018. Nota-se que a tendência é de estabilidade em países como Chile e Colômbia e de leve queda nos EUA e na África do Sul, países que tem tradicionalmente uma participação elevada desse tipo de gasto. No Brasil, contrariando a tendência internacional, a participação das receitas de planos de saúde aumenta significativamente ao longo de duas décadas, saindo de um patamar de 20% e chegando a 29,3% no último ano da série.

Gráfico 5 - Gastos com planos e seguros de saúde voluntários em relação ao gasto total com saúde, Países selecionados, 2000-2018 (%)

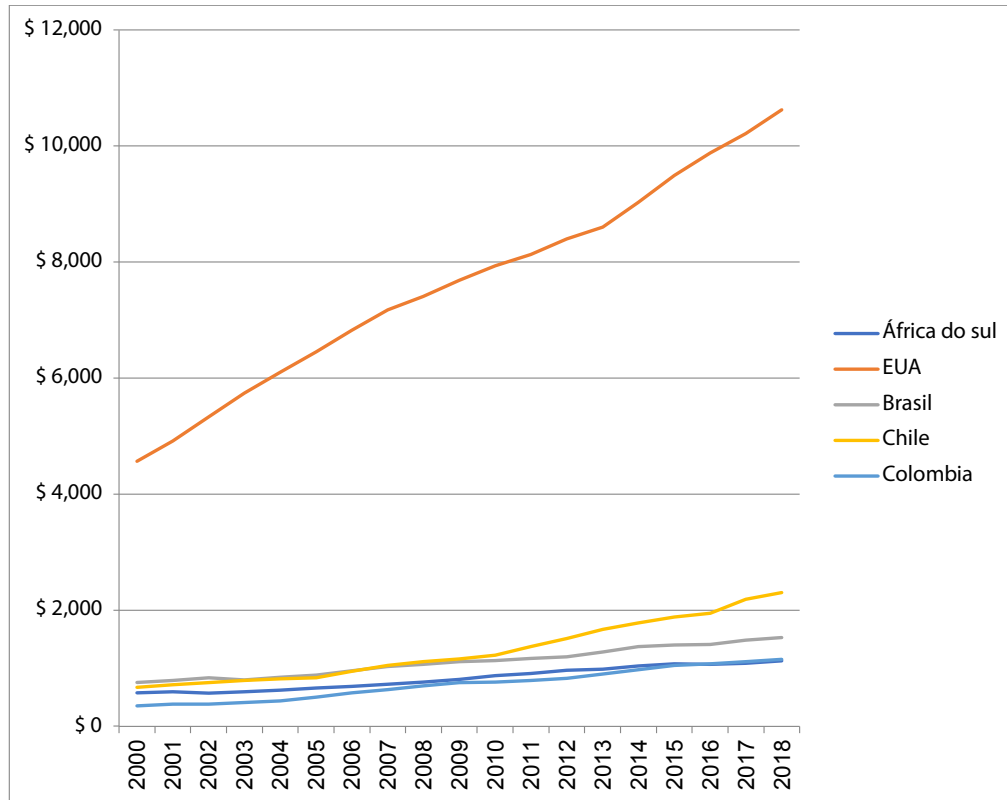


Fontes: Global Health Expenditure Database (OMS) e CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). Statistics Data, 2021. Elaboração própria.

A tendência de evolução dos gastos com planos privados da África do Sul, cujo sistema de saúde ainda preserva padrões muito diferenciados de acesso e utilização segundo a capacidade de pagamento (Gordon, Booyesen, & Mbonigaba, 2020) é de redução (47% em 2000 e 36% em 2017) e aumento da parcela dos gastos públicos, no mesmo intervalo temporal de 36% para 54%. Movimento inverso ao do Brasil, onde houve expansão da proporção de gastos com planos privados de 20% para 29% e estagnação da participação das despesas públicas, 41% e 42% entre 2000 e 2017.

Note-se que este aumento na participação se dá num intervalo em que os gastos totais com saúde aumentam consistentemente. No gráfico 6, verifica-se a tendência generalizada de alta nos países selecionados. Portanto, mesmo acompanhando a tendência mundial para o gasto total com saúde, no Brasil o aumento embute movimentos de aumento do gasto privado, acentuando as desigualdades estruturais no financiamento.

Gráfico 6 - Gasto total *per capita* com saúde em países selecionados em dólares PPC, 2000 a 2018



Fonte: Global Health Expenditure Database (OMS), 2021. Elaboração própria.

A ideia sobre a complementaridade entre público e privado, como se tivesse se alcançado cobertura universal às custas de uma segmentação natural e inevitável tem sido questionada. Na análise baseada em índice de cobertura efetiva de serviços de saúde em 204 países, publicada em agosto pelo *The Lancet*, o índice estimado para a África do Sul foi de 60 e para o Brasil, 65, avaliação semelhante à atribuída ao México e à Argentina, todos situados na faixa intermediária de desempenho. O mesmo estudo sugere a correlação positiva entre gastos com saúde e efetividade das coberturas: para atingir o índice equivalente a 80, o gasto per capita com saúde deveria ser US\$ 1.398,00 (Lozano *et al*, 2020).

Ações e Omissões das Empresas de Planos de Saúde no Contexto da Pandemia de Coronavírus

Empresas de planos de saúde nacionais ou que atuam no Brasil não tiveram papel destacado na mobilização de esforços para controlar a transmissão da Covid-19. Em termos gerais, não protagonizaram ações de proteção à saúde e tampouco asseguraram um atendimento diferenciado daquele recomendado pelo Ministério da Saúde para acesso a exames específicos. Com poucas exceções, as empresas de planos se mantiveram na retaguarda e buscaram assegurar a preservação de regras assistenciais e financeiras pré-existentes à pandemia.

O relevante debate sobre as relações entre o público e o privado, sobre o uso compartilhado de recursos para os cuidados à saúde de pacientes graves, impulsionado por entidades científicas e movimentos da sociedade civil, chegou até o Congresso Nacional e instâncias do Poder Judiciário, mas não alterou a segmentação da oferta. A ANS espelhou o posicionamento das empresas reguladas. As normas emanadas do órgão regulador referente à Covid-19 se referem a coberturas para exames, recomendação para adiamento e retomada de procedimentos eletivos e incentivos para induzir a preservação dos contratos.

A primeira norma legal para o enfrentamento da pandemia é a lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 relativa às medidas de emergência sobre o coronavírus Sars-2. O texto da lei contém recomendações para a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas é omissivo em relação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ao ser deixada de fora dos regramentos mais gerais, a ANS formulou diretrizes tardias e voltadas à defesa do mercado (Quadro 1).

A ANS optou por regulamentar de modo racionalizado a cobertura para testes para Covid-19, estendeu os prazos máximos de atendimento para respaldar a necessidade de adiamento de procedimentos eletivos (consultas, exames e

atendimentos em hospitais) e apresentou normas sobre a preservação de contratos e reajustes das mensalidades. As medidas normativas do órgão público têm um inequívoco viés de defesa de interesses privados e nenhum compromisso com o controle da pandemia no país.

No âmbito assistencial, a ANS foi omissa em relação aos esforços para o provimento de recursos para vigilância (testes) e demonstrou sua indiferença à tragédia sanitária do país ao emitir em 28 de maio de 2020 a Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES (ANS, 2020a) na qual expõe posição contrária ao uso público de leitos hospitalares privados durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. No plano das alegadas dificuldades financeiras das empresas, as iniciativas da ANS se revelaram ‘mais realistas que o rei’, em função de se direcionarem a um setor até beneficiado pela pandemia. E quanto à defesa das coberturas para clientes de planos expostos ao desemprego e à redução de renda, as tentativas da instância reguladora foram tardias e confusas.

Hospitais privados e empresas de diagnóstico exigiram a descontinuação das regras de suspensão de procedimentos eletivos. Certamente não seria plausível seguir adiando indefinidamente exames e procedimentos cirúrgicos para determinadas condições de saúde. Entretanto, o zigue-zague da ANS foi regulamentado sem nenhuma garantia de controle de transmissão hospitalar. Quem é responsável pela ocorrência de casos de infecção por Sars-CoV-2 em clientes de planos de saúde em hospitais? Analogamente, as regras voltadas para a preservação dos contratos, decididas após ameaças do Presidente da Câmara dos Deputados, especialmente a suspensão dos reajustes, provocaram inúmeras dúvidas e inquietude a respeito dos efeitos cumulativos dos aumentos das mensalidades em 2021.

Quadro 1 - Normas da ANS sobre Covid-19, Brasil, março a agosto de 2020

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
12 de março Teste Molecular	Resolução Normativa nº453	RT-PCR - cobertura obrigatória apenas quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença definido pelo Ministério da Saúde	Não cobertura para rastreamento sequer dos contatos de casos confirmados. Tal como na rede SUS, as empresas não contribuíram para a identificação de casos assintomáticos.
25 de março Adiamento do Atendimento para casos eletivos	Reunião Extraordinária Reunião Extraordinária	Prorrogação, em caráter excepcional, dos prazos máximos de atendimento de consultas, exames, terapias e cirurgias não urgentes. Em 12/03/2020, a diretoria colegiada suspendeu as normas (art. 3º, incisos XII e XIII, da RN nº 259, de 2011). A reunião extraordinária definiu novos intervalos temporais Internações eletivas e hospital-dia prazos suspensos Consulta básica 7 para 14 dias; consulta especializada 14 para 28 dias; fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional 10 para 20 dias; dentista 7 para 14 dias; exames (análises clínicas 3 para 6 e outros 10 para 20 dias); procedimentos de alta complexidade 21 para 42 dias.	A norma tem natureza protocolar, na medida em que as diretrizes internacionais recomendaram evitar a utilização de procedimentos eletivos. Também tem o intuito de informar as empresas sobre a isenção de penalidades pelo não cumprimento de prazos de atendimento
25 de março Prazos administrativos	Reunião Extraordinária Diretoria Colegiada	Prorrogação de prazos para envio de informações obrigatórias e de respostas a processos.	Novos prazos para encaminhamento de informações obrigatórias.
31 de março Telessaúde	Reunião Diretoria Colegiada	Inclusão de novo tipo de atendimento (teleorientação, telemonitoramento e a teleinterconsulta) (consultas remotas) mediante: acordos entre operadoras e prestadores envolvendo identificação do serviço realizado, valor de remuneração, processamento para pagamento e assentimento de ambas as partes. A permissão para o atendimento remoto tem validade durante a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional	Demanda das operadoras anterior à pandemia, consequente ao desenvolvimento para comercialização de plataformas e dispositivos para teleatendimento e perspectivas de aumento de produtividade, redução de custos e ampliação do mercado de planos. A resolução é relevante, representa um desfecho dos embates entre os interesses privados para incorporar tecnologias de informação nos cuidados à saúde e o teor dos médicos de perda de autonomia e redução de remuneração. O Conselho Federal de Medicina em 2019 aprovou a telemedicina e voltou atrás, autorizou o uso do procedimento em caráter excepcional em 19 de março.

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
31 de março Redução de exigências de garantias de solvência das empresas	Reunião Diretoria Colegiada	Flexibilização de Normas Prudenciais Congelamento da margem de solvência retroativo a março de 2020 Adiamento para 2011 da demonstração de provisões para o pagamento do passivo (dívidas referentes a atendimentos e constituição de ativos garantidores.	As medidas concedem liquidez às empresas, recursos que antes deveriam constituir reservas técnicas podem ser mobilizados. São normas que alavancam empresas que sabidamente não tiveram prejuízos durante a pandemia. Portanto, fortalecem estratégias expansionistas do setor, inclusive rebaixando a altura das barreiras de entrada para novas empresas.
04 de abril Fundo Garantidor (R\$ 15 bi)	Reunião Diretoria Colegiada	Flexibilização de Normas Prudenciais e Exigência de Contrapartidas Suspensão da exigência de ativos garantidores da provisão relativa ao pagamento de serviços de saúde e previsão de eventos Termo de compromisso exigindo continuidade dos contratos de planos	Ampliação da liquidez e preservação dos contratos Para assegurar a preservação dos contratos de planos até 30 de junho e o pagamento dos prestadores de serviços. Medida visando conter a redução da base física de clientes (desemprego e inadimplência) A Fenasaúde e a Unimed do Brasil criticaram a proposição da ANS e não aderiram. A Abramge alertou sobre prós e contras.
28 de abril Adaptação dos instrumentos de fiscalização	Diretoria de Fiscalização	Preservação das atividades de fiscalização considerando suspensão de prazos e atendimentos remotos	
09 de junho Retomada dos prazos máximos de atendimento	Reunião Diretoria Colegiada	Revisão da decisão de 25 de março	Decisão explicitamente orientada pela pressão de hospitais privados, filantrópicos e empresas de diagnóstico e não por critérios clínicos. Os hospitais garantiram a segurança para a retomada dos procedimentos eletivos, no entanto a transmissão intra-hospitalar tem sido registrada.
29 de junho Teste Sorológico	Reunião Diretoria Colegiada	Cobertura para pacientes que tenham desenvolvido quadros clínicos de síndrome gripal e SARS a partir do oitavo dia do início dos sintomas	

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
26 de agosto Suspensão do reajuste das mensalidades	Reunião Diretoria Colegiada	Proíbe reajustes entre setembro e dezembro para ajustes anuais e por mudança de faixa etária dos planos de assistência médico-hospitalar Contratos individuais (a ANS não definiu o valor e não haverá aumento em 2020). <i>Planos coletivos por adesão</i> até 29 vidas único percentual e não poderá ser cobrado; acima de 30 vidas o percentual de reajuste não pode ser cobrado (entre setembro e dezembro). Planos empresariais, o reajuste voltará a ser cobrado em 2020. A empresa poderá optar por não ter o reajuste suspenso.	Decisão pressionada pelo Congresso Nacional que acenou com a possibilidade de votar a suspensão dos reajustes. Os termos da norma são confusos. Predomina o entendimento que haverá aumento acumulado em 2021.

Fonte: ANS, 2020. Elaboração própria.

O conjunto de normas da ANS caracterizado pela omissão aos problemas de saúde do país e expansão do mercado tem repercussões para as desigualdades assistenciais. A oferta de leitos de terapia intensiva, antes da pandemia da Covid-19, estava duplamente concentrada: espacialmente e para os segmentos com capacidade direta e indireta de pagamento de planos privados. Houve ampliação da oferta da rede SUS para o tratamento de casos graves de Covid-19.

A tabela 4 evidencia que apesar do significativo aumento de leitos de CTI no país entre fevereiro e dezembro de 2020, em função da pandemia, o padrão de distribuição entre os segmentos de demandas (metade dos leitos para apenas cerca de ¼ da população vinculada a planos privados) não foi alterado. Similarmente, persistem as desigualdades regionais. Ou seja, os esforços da rede pública, do SUS, ocorreram simultaneamente à expansão da oferta privada e foram insuficientes para reverter desigualdades estruturais e conjunturalmente impulsionadas por políticas públicas.

Tabela 4 - Leitos de Terapia Intensiva SUS e Não SUS por região, Brasil, fevereiro a dezembro de 2020

Região	Fevereiro			Dezembro		
	Total	SUS	% SUS	Total	SUS	% SUS
Norte	3.768	2.605	69,1	5.956	3.405	57,2
Nordeste	12.239	7.575	61,9	18.734	10.567	56,4
Sudeste	29.901	14.076	47,1	43.173	19.151	44,4
Sul	8.437	5.518	65,4	11.763	7.681	65,3
Centro-Oeste	5.350	2.242	41,9	8.391	3.438	41,0
Total	59.695	32.016	53,6	88.017	44.242	50,3

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES-MS). Elaboração própria.

A concentração de recursos financeiros e assistenciais em empresas que comercializam contratos de planos e seguros de saúde e grupos hospitalares privados e filantrópicos lucrativos incide na assimetria de preços de remuneração. A tabela 5 demonstra a enorme diferença entre os preços pagos por empresas de planos a hospitais (tempo médio de permanência 11,5 dias mais de R\$ 40.000) e a tabela do SUS R\$ 1.600 reais pela diária de CTI para pacientes com Covid-19, que para o mesmo período de internação remuneraria R\$ 18.400,00.

Tabela 5 - Valores de Remuneração de Empresas de Planos e Seguros de Saúde para Internações (abril a agosto de 2020)

Tipos de Leito	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
<i>Cirurgia</i>					
- com UTI	23.011	27.903	23.540	26.225	20.697
- sem UTI	5.164	5.663	5.439	5.900	5.718
<i>Clínica</i>					
- com UTI	22.166	23.685	24.533	23.430	22.543
- sem UTI	6.411	5.816	5.641	6.130	6.985
<i>Covid</i>					
- com UTI	45.558	44.040	44.880	42.991	46.695
- sem UTI	8.972	10.290	9.708	9.747	8.743

Fonte: ANS (2020b). Elaboração própria. Nota: Dados compilados considerando atualizações realizadas em cada edição do boletim.

Além de preços relativamente elevados para internações de clientes de planos de saúde, a tendência de aumento deverá ocorrer em relação a medicamentos e exames laboratoriais. A empresa Raia Drogasil, que recentemente adquiriu o grupo Onofre, que comercializou testes sorológicos para Covid-19, após aprovação pela Anvisa, planeja não apenas abrir novas farmácias e “cuidar da saúde do consumidor de forma integral” por meio de uma plataforma digital que reunirá “telemedicina, psicólogo e treinador físico” em 480 novos estabelecimentos entre 2021 e 2022, como pretende. Pretendem preencher “um vazio” e “trabalhar com prevenção”.

Empresas de diagnóstico também pretendem diversificar atividades. A empresa Alliar, com receita de R\$ 1,07 bilhões em 2019, que se consolidou na área de exames de imagens, incluiu exames de análises clínicas em seu portfólio e organizou serviços de *drive-thru*, em nove cidades dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia e Pará, que oferecem três tipos de testes da Covid-19: rápido, PCR e sorológico, e atendimento domiciliar. Esta empresa também participou de licitações para atuar no setor público para administrar conjuntamente com a Philips, e com o financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento, a área de exames de imagem de 11 hospitais públicos da Bahia (Goeking, 2020). O laboratório Fleury segue na mesma trilha da diversificação dos negócios, atendimentos móveis, serviços de assessoria para empresas interessadas no retorno presencial (testagem e protocolos de segurança), da expansão de tecnologias de informação: prontuários eletrônicos e gerenciamento de doenças crônicas.

Considerações Finais

Persistem dúvidas sobre as relações entre a organização da oferta de cuidados e mesmo sobre a efetividade dos cuidados para evitar mortes. O debate vem se intensificando. Há quem insista em argumentar que ações diretas assistenciais estão adquirindo progressivamente maior impacto nas condições gerais de saúde, enquanto outros afirmam que são políticas mais amplas, como educação, transporte e habitação, as que permitem divisar futuros avanços para a saúde. Um

terceiro enfoque pondera que essa dicotomia, em parte, é falsa, na medida em que dificilmente se poderia encontrar situações nas quais prevalecem uma ou outra situação. Na prática, as melhores condições de vida se encontram associadas com sistemas de saúde abrangentes e acessíveis.

As teses sobre o “alívio”, a “desoneração” do SUS baseiam e reificam a intuição sobre o acesso. Se mais pessoas deixam de “usar o SUS”, sobra recursos para atender melhor os que precisam e “não podem pagar”. Independentemente da falácia do pagamento, como se os impostos não existissem ou só fossem considerados para solicitar isenção e redução de alíquotas, as empresas de planos deixam de lado a importância dos preços.

O Brasil não poderia financiar internações para a população caso adotasse preços de remuneração praticados por empresas de planos e seguros de saúde. A Kaiser Family Foundation estimou que o custo médio de internação para o tratamento de Covid-19 ficaria na faixa entre US\$20.000 e US\$88.000 para pacientes que requerem suporte ventilatório. Valores pelo menos 10 vezes maiores que os registrados no âmbito da assistência suplementar no Brasil, mas correspondentes a gastos com saúde em 2020 de US\$ 4,6 trilhões (KFF, 2020). Portanto, a pressão por preços é um problema em si e inviabiliza a perspectiva de um sistema de saúde universal em um país que já gasta cerca de 9% do PIB com saúde.

Outro elemento essencial na análise sobre as empresas de planos de saúde é a necessidade de compreensão sobre a diversificação das atividades dos grandes grupos econômicos e a interação entre produtos. As tecnologias de informação incorporadas entre outras atividades em redes de farmácias e drogarias e empresas de diagnósticos tendem a configurar mercados não apenas segmentados, mas ainda mais fragmentados.

O Brasil tem um sistema público e universal que coexiste com um processo de intensificação da privatização dos cuidados à saúde. Seria incorreto atribuir as altas

taxas de mortalidade por Covid-19 apenas à segmentação do sistema de saúde. Mas é relevante constatar a ausência, a omissão e a rejeição de auxílio de empresas de planos e seguros de saúde durante a emergência sanitária. Fato que contrasta com as acepções de que as “operadoras de planos” contribuem para “aliviar” o SUS.

Referências Bibliográficas

ABELSON, R. Major U.S. Health Insurers Report Big Profits, Benefiting From the Pandemic. *New York Times*, 05 de Agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/08/05/health/covid-insurance-profits.html>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) NOTATÉCNICA Nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES. 2020a. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/Nota_Tecnica_n_4_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Boletim Covid-19. Várias edições, março a dezembro, 2020b. Disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/comunicacao-e-imprensa/releases>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BANCO CENTRAL. Focus - Relatório de Mercado - 09/10/2020 - outubro 2020. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/publicacoes/focus>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). CMS Announces a Temporary Policy for Premium Reductions, 2020. Disponível em: <<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-temporary-policy-premium-reductions>>. Acesso em: 25/01/2021.

CENTERSFORMEDICARE&MEDICAIDSERVICES(CMS).StatisticsData,2021.Disponívelem:<<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

ÉPOCA. NEGÓCIOS. Covid-19 leva Fleury a prejuízo de R\$73,3 mi no 2º tri. 30 de julho de 2020. Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Empresa/noticia/2020/07/epoca-negocios-covid-19-leva-fleury-a-prejuizo-de-r733-mi-no-2o-tri.html>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS, CASAS DE SAÚDE, LABORATÓRIOS DE PESQUISAS E ANÁLISES CLÍNICAS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (FEHOESP). Ao UOL, presidente do SindHosp afirma que saúde privada perde R\$ 18 bi na pandemia. 08 de julho de 2020. Disponível em: <<https://fehoesp360.org.br/iepas/noticia/6817/ao-uol-presidente-do-sindhosp-afirma-que-saude-privada-perde-r-18-bi-na-pandemia>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FRIEDEN, J. How Best to Help Patients Stay Insured During COVID-19? *MedPage Today*, 04/05/2020. Disponível em: <<https://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/covid19/86298>>. Acesso em 25 jan. 2021.

GOEKING, W. Covid-19 derruba 90% da demanda por outros exames e telemedicina avança na pandemia, aponta Alliar. *Valor Investe*, 20 de julho de 2020. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2020/07/20/covid-19-derruba-90percent-da-demanda-por-outros-exames-e-telemedicina-avanca-na-pandemia-aponta-alliar.ghtml>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

GORDON, T., BOOYSEN, F. & MBONIGABA, J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health* 20, 289, 2020. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8368-7>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

GUIMARÃES, F. Hapvida propõe fusão à Notredame Intermédica e pode criar empresa de saúde de R\$120 bilhões. *O Estado de São Paulo*, 08/01/2021. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,hapvida-faz-proposta-a-notredame-intermedica-para-fusao,70003575119>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE (GPDES/IESC/UFRJ); GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE E INTERAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS (GEPS/DMP/FM-USP). Consulta Documentos das Empresas (Relações com Investidores), 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD – Suplemento Saúde*, 1998, 2003, 2008.

_____. *Pesquisa Nacional de Saúde*, 2013, 2019.

_____. Conta-Satélite da Saúde: Brasil 2010-2017. *Contas Nacionais*, n.71, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

INTERNATIONAL MONETARY FUND (IMF). *World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent*. Washington, DC, World Economic Outlook, October 2020.

INVESTIMENTOS E NOTÍCIAS (IN). Raia Drogasil tem lucro líquido de R\$ 60,2 milhões no 2T20. 12 de agosto de 2020. Disponível em: <<http://www.investmentosenoticias.com.br/noticias/negocios/raia-drogasil-tem-lucro-liquido-de-r-60-2-milhoes-no-2t20>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KAISER FAMILY FOUNDATION (KFF). Employer Health Benefits. 2020 annual survey. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2020-Annual-Survey.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KAPLAN, D. A *et al.* Pharma Industry Only Moderately Affected While Helping Mitigate COVID-19 Pandemic Impact. 16 Mar 2020. Disponível em: <<https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200316-pharma-industry-only-moderately-affected-while-helping-mitigate-covid-19-pandemic-impact-11391384>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KOIKE, B. Planos de saúde têm mais lucro no 2º tri. *Valor Econômico*, 20 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/08/20/planos-de-saude-tem-mais-lucro-no-2o-tri.ghtml>>. Acesso em: 25 jan. 2021.