

**Banco do  
Nordeste**

---



O nosso negócio é o desenvolvimento

# ESCRITÓRIO TÉCNICO DE ESTUDOS ECONÔMICOS DO NORDESTE ETENE

## INFORME INDÚSTRIA E SERVIÇOS ETENE

### SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE

Ano 3 – No. 1

Dezembro 2009

**Banco do  
Nordeste**



O nosso negócio é o desenvolvimento

## **ESCRITÓRIO TÉCNICO DE ESTUDOS ECONÔMICOS DO NORDESTE – ETENE**

### **Superintendente**

José Narciso Sobrinho

### **Ambiente de Estudos, Pesquisas e Avaliação**

**Gerente:** Jânia Maria Pinho Sousa

### **Célula de Estudos e Pesquisas Macroeconômicas, Industriais e de Serviços**

**Gerente:** Airton Saboya Valente Júnior

### **Informe Indústria e Serviços ETENE: Sistema Brasileiro de Saúde**

**Coordenador:** Airton Saboya Valente Junior

**Autora:** Laura Lúcia Ramos Freire

**Bolsista de Nível Superior:** João Mairton Moura de Araújo

## 1. Sistema Brasileiro de Saúde

O sistema de saúde no Brasil passou por uma profunda reestruturação com a Constituição Brasileira de 1988. Até então o sistema vigente discriminava a população com relação à assistência à saúde em três classes: aqueles com condições de pagar pelos serviços de saúde através de convênios ou de recursos próprios; os que tinham direito à assistência prestada pela rede pública por serem contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e os que não tinham condições financeiras nem direito à assistência, pois não pertenciam ao mercado formal da economia. Estes últimos disputavam a assistência médico-hospitalar prestada, principalmente, pelas instituições filantrópicas.

A universalidade do acesso aos serviços de saúde foi instituída na Constituição (artigo 196) que determina:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988).

Para garantir esse direito, a Carta Magna determinou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no seu artigo 198:

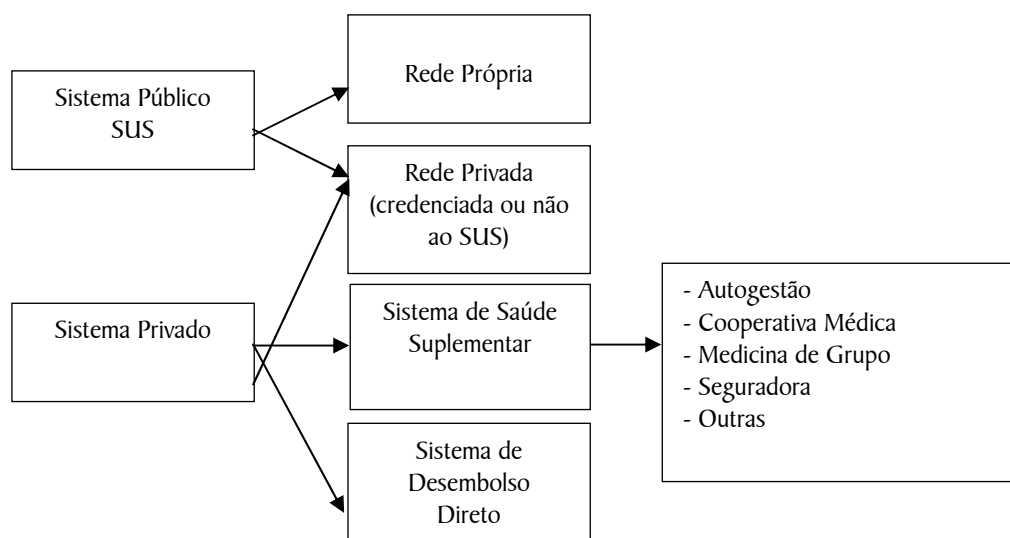
“As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - **participação da comunidade.**” (grifo nosso).

A iniciativa privada atua na assistência pública à saúde, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (artigo 199):

“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. (BRASIL, 1988).

Diante desta conformação, o sistema de saúde brasileiro está segmentado em público e privado (Figura 1). O sistema público tal como preconizado na Constituição garante à população atenção integral, acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde e envolve tanto os prestadores públicos como privados. O sistema privado compreende o sistema de saúde suplementar (operadoras de planos e seguros de saúde) e o sistema de desembolso direto. O sistema de desembolso direto é representado pelos “serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas ou das famílias”. (CONASS, 2006, p.54).



**Figura 1 – Sistema Brasileiro de Saúde**

De acordo com a pesquisa Conta-Satélite de Saúde Brasil 2005-2007, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos com saúde atingiram R\$ 224,6 bilhões (Tabela 1), em 2007, correspondendo a 8,4% do Produto Interno Bruto Nacional (PIB).

Do total gasto, 57,4% (R\$ 128,9 bilhões) foram pagos pelas famílias e 41,6% (R\$ 93,4 bilhões) pelo setor público enquanto as instituições sem fins lucrativos (asilos, clínicas e orfanatos) consumiram R\$ 2,3 bilhões.

A saúde pública que inclui, principalmente, as ações ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), financiadas pelos órgãos públicos de saúde, sobressai como a principal despesa da administração pública, representando 34,1% do total investido na saúde ou 2,9% do PIB.

Das despesas das famílias com bens e serviços de saúde, 20,5% foram gastos com outros serviços relacionados com atenção à saúde (consultas e exames) e 19,9% foram gastos relacionados a medicamentos. Os dispêndios com planos de saúde atingiram R\$ 11,7 bilhões (5,2% do total).

**Tabela 1 – Consumo Final, por Setor Institucional, segundo os Produtos – Brasil – 2007**

Produtos	Consumo final, por setor institucional		
	R\$ milhão, a preços correntes	%	% do PIB
<b>Famílias</b>	<b>128.865</b>	<b>57,39</b>	<b>4,8</b>
Medicamentos para uso humano	44.783	19,94	1,7
Medicamentos para uso veterinário	229	0,10	0,0
Materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos	249	0,11	0,0
Apar. e inst. para usos médicos, hospitalares e odontológicos	2.567	1,14	0,1
Planos de saúde – inclusive seguro saúde	11.686	5,20	0,4
Serviços de atendimento hospitalar	22.344	9,95	0,8
Outros serviços relacionados com atenção à saúde	46.102	20,53	1,7
Serviços sociais privados	905	0,40	0,0
<b>Administração pública</b>	<b>93.383</b>	<b>41,59</b>	<b>3,5</b>
Medicamentos para uso humano	4.728	2,11	0,2
Saúde pública	76.471	34,06	2,9
Serviços de atendimento hospitalar	10.815	4,82	0,4
Outros serviços relacionados com atenção à saúde	1.348	0,60	0,1
Serviços sociais privados	21	0,01	0,0
<b>Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias</b>	<b>2.292</b>	<b>1,02</b>	<b>0,1</b>
Serviços sociais privados	2.292	1,02	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>224.540</b>	<b>100,00</b>	<b>8,4</b>

Fonte: IBGE (2009).

## 2. Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado dois anos após a promulgação da Constituição através das leis orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)<sup>1</sup>. Destacam-se, também, como fundamento jurídico-institucional e normativo que orienta a operacionalidade do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB), publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, a Emenda Constitucional nº 29/2000, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002<sup>2</sup> e as Portarias Técnicas do Ministério da Saúde. O reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecido pelo SUS, provocou profunda modificação nos serviços públicos de saúde do País.

<sup>1</sup>A LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

<sup>2</sup>As Normas Operacionais da Assistência ao SUS são portarias do Ministério da Saúde que regulam o processo de descentralização; regulamentam a divisão de responsabilidades entre a União, estados e municípios; definem o processo de habilitação de estados e municípios bem como os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos.

O SUS tem como diretrizes a universalidade do acesso (todos têm direito à saúde), a integralidade (atendimento de todas as necessidades do cidadão), equidade (todos são iguais perante o sistema) e o controle social (participação da sociedade no controle e gestão do sistema). O Sistema tem como base também a regionalização e hierarquização da rede de serviços através da gestão descentralizada entre os níveis de governos federal, estadual e municipal. Com a descentralização, a transferência de recursos e de responsabilidade passou a ser direta para estados e municípios. O governo federal assume o papel de coordenação, regulação e financiamento do sistema público de saúde.

Desde a sua criação, o SUS enfrenta dificuldades em compatibilizar o financiamento e os gastos em saúde dentro do princípio da universalidade já que os gastos em saúde são crescentes e necessitam constantemente de maiores aportes de recursos, além de fontes estáveis de financiamento.

Segundo a Constituição (artigos 195 e 198), o Sistema Único de Saúde seria financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Para reduzir as incertezas quanto ao financiamento do setor e objetivando garantir orçamento mínimo obrigatório municipal, estadual e federal para o setor saúde, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29 (EC-29) em 13 de setembro de 2000, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva coparticipação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde através da aplicação de uma porcentagem fixa na saúde. A União aplicaria o mesmo percentual gasto no ano anterior acrescido de variação do PIB enquanto os estados e municípios deveriam destinar, progressivamente, 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas orçamentárias (impostos e transferências). A referida emenda deverá ser regulamentada por Projeto de Lei Complementar que, atualmente, aguarda aprovação na Câmara Federal.

O governo federal assume a maior parte das despesas com ações e serviços de saúde no País. Entretanto, após a implantação da EC-29, a participação federal começa a declinar paralelamente ao crescimento das despesas dos governos estaduais e municipais. Em 2000, a União participava com quase 60% das despesas com saúde e em 2007 caiu para 47%. Vale registrar que em 1980, a participação da União chegava a 75%. A Tabela 2 apresenta os percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pública segundo o ente federativo no período de 1980 a 2007.

Tabela 2 – BRASIL – Gasto Público Relativo com Saúde, por Esfera de Governo

Ano	União	Estados	Municípios	Total
1980	75,0	18,0	7,0	100,0
1995	63,8	18,8	17,4	100,0
2000	59,8	18,5	21,7	100,0
2001	56,1	20,7	23,2	100,0
2002	53,1	21,6	25,3	100,0
2003	52,0	22,8	25,2	100,0
2004	51,2	23,6	25,2	100,0
2005	50,5	24,5	25,0	100,0
2006	46,7	26,1	27,2	100,0
2007 <sup>(a)</sup>	47,0	26,0	27,0	100,0

Fonte: Carvalho (2008).

Nota: (a) estimativa

A rede de prestadores de serviços assistenciais do SUS é composta tanto por organizações públicas quanto por organizações privadas (lucrativas ou não) que participam de forma complementar ao SUS. A participação complementar se concretiza pela compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público da saúde através do estabelecimento de contratos ou convênios com o setor público.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a rede hospitalar conta com 5.864 unidades vinculadas ao SUS, com oferta de 453 mil leitos (2,5 leitos/1.000 hab, julho/2003). Do total de unidades hospitalares, 59,6% são privadas, 37,8% são públicas e 2,6% da rede universitária. No Nordeste, 52,8% dos hospitais são públicos enquanto que no Sudeste os hospitais privados respondem por 71,2% do total da região. Vale ressaltar que os hospitais universitários não foram inseridos nessa classificação.

Por outro lado, a assistência ambulatorial no Brasil é essencialmente pública, com 53.027 (83,3%) unidades de um total de 63.662 vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SIA/SUS, julho/2003). A assistência ambulatorial ofertada pelo SUS estende-se da atenção básica até aos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade<sup>3</sup>. Compõe a rede

<sup>3</sup> A **Atenção Básica** em saúde compreende “conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde” (Portaria GM/MS, nº 3.925, 13/11/1998). Estão incluídas: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimentos básicos por outros profissionais de saúde, visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias ambulatoriais, pronto atendimento, entre outros, que fundamentalmente são originadas nas unidades básicas de saúde

A **Média Complexidade** é “composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (MS/SAS/MAC, 2006). Na média complexidade incluem-se, entre outros: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, órteses e próteses, anestesia, hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, tomografia, hemoterapia, medicamentos excepcionais.

A **Alta Complexidade** compreende um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde” ((MS/SAS/MAC, 2006). Além das internações hospitalares de qualquer natureza, na alta complexidade incluem-se os vários tipos de cirurgias, das mais simples às mais complexas

ambulatorial do SUS: os centros e postos de saúde, ambulatórios de unidade hospitalar, pronto-socorros, clínicas especializadas, unidades móveis para emergências e traumas, farmácias, unidades de saúde da família, unidades de vigilância sanitária entre outras unidades.

O SUS é a fonte mais importante de assistência à saúde para a maioria da população. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e concluída no fim de 2003, revela que mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS, 28,6% da população são usuários exclusivos do SUS; 61,5% usam o SUS e algum outro sistema de atenção e apenas 8,7% da população não usam o SUS.

Apesar dos resultados positivos apresentados pelo SUS, o aumento da demanda ocasionado pela implantação do novo sistema sem o aumento correspondente na oferta dos serviços e a baixa remuneração aos prestadores de serviços públicos e privados de saúde afetaram a qualidade dos serviços ofertados. Como consequência, parte dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, subvencionados ou não pelos empregadores, migrou para o sistema privado de saúde.

### **3. Sistema de Saúde Suplementar**

A regulação da participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro é formada pelas Leis de nº 9.656/98 e nº 9.961/2000 e a Medida Provisória MP nº 2.177-44.

A Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde por meio da regulamentação das operadoras, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores.

A ANS responde pela regulação econômica, financeira e assistencial do conjunto de empresas do sistema privado de saúde suplementar. Dentre outras atribuições, à ANS cabe monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde, autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle acionário e a articulação com os órgãos de defesa do consumidor. Pelo lado econômico-financeiro, a ANS monitora as operadoras quanto à obrigação de ter garantias financeiras para o cumprimento de seus compromissos com seus consumidores.

Com a Lei de Planos e Seguros de Saúde (9.656/98), os planos de saúde passaram a ser segmentados como:

---

(como cardiológicas, neurológicas, oncológicas, entre outras) bem como assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente oncológico, assistência em traumatologia-ortopedia, dentre outros serviços assistenciais e procedimentos especializados.



- **Planos antigos:** aqueles cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A lei define que esses planos devem ser cadastrados na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

- **Planos novos:** aqueles cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999. Estão totalmente sujeitos à nova legislação e devem ter registro na ANS para que possam ser comercializados (ANS, 2009).

Os planos anteriores à lei ficam proibidos de serem comercializados embora permaneçam em operação para aqueles usuários que não optaram pelas novas regras. Dados da ANS para o País mostram que 22,7% dos beneficiários estão nos planos antigos (posição setembro/2009).

Quanto aos tipos de cobertura<sup>4</sup> oferecidos pelos planos de saúde, a Lei nº 9.656/98 determina a obrigatoriedade da oferta do Plano Referência com as seguintes divisões:

- **Planos de assistência médica com ou sem odontologia:** podem incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia.

- **Planos exclusivamente odontológicos:** oferecem apenas assistência odontológica.

Segundo a referida lei, fica proibida a exclusão de doenças e a limitação de dias de internação e de número de procedimentos. Vale ressaltar, entretanto, que as operadoras podem comercializar planos com coberturas e características superiores às do Plano Referência.

De acordo, ainda, com atual legislação, as operadoras de planos de saúde e as seguradoras deverão ressarcir ao SUS toda vez que um hospital público atender um usuário de plano de saúde.

Segundo a forma de contratação, a nova legislação permite os seguintes tipos:

---

<sup>4</sup> Cobertura assistencial: denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) adquirido pelo beneficiário a partir da contratação do plano de saúde (ANS, 2009).

- **Individual/Familiar:** contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (plano individual) ou do titular e seus dependentes (plano familiar).

- **Coletivo:** contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de plano de saúde para assistência à saúde de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.

- **Não identificado:** expressão utilizada para designar os planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98, que não foram informados pelas operadoras.

Segundo ALMEIDA (1998), o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores que, por sua vez, confere à demanda um caráter seletivo.

O sistema privado é administrado por empresas que realizam a intermediação entre os usuários finais do sistema de saúde e os prestadores de serviços utilizando, como forma de financiamento o pré-pagamento, o seguro saúde e a contribuição compulsória. As duas primeiras implicam um valor atuarial pago, vinculado a uma série de serviços potenciais, e a última assemelha-se a um sistema de repartição simples.

Segundo a ANS, as operadoras podem ser classificadas conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

- **Administradora:** empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

- **Autogestão:** entidades que operam serviços de assistência à saúde, destinados exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, 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 assemelhadas. Podem ser patrocinadas ou não patrocinadas pelo empregador. Na maior parte dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública, os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos (Caixas e Fundações) conjuntamente com seus funcionários

- **Cooperativa médica:** sociedades sem fins lucrativos, organizadas sob a forma de cooperativa de trabalho que operam os convênios médico-hospitalares. As cooperativas possuem mais de 90 mil médicos autônomos cooperados que são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviço. A UNIMED representa quase totalidade desse segmento no mercado.

- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.

- **Seguradora especializada em saúde:** sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. É um segmento extremamente concentrado, em que figuram como as maiores seguradoras do País, tais como a Sul América e a Porto Seguro Saúde.

- **Medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde para empresas, indivíduos ou famílias. É a forma dominante no mercado, destacando-se a AMIL. A estrutura de atendimento compõe-se de serviços próprios e credenciados, sendo que as diferentes empresas combinam ou não as duas formas de oferta (ANS, 2009).

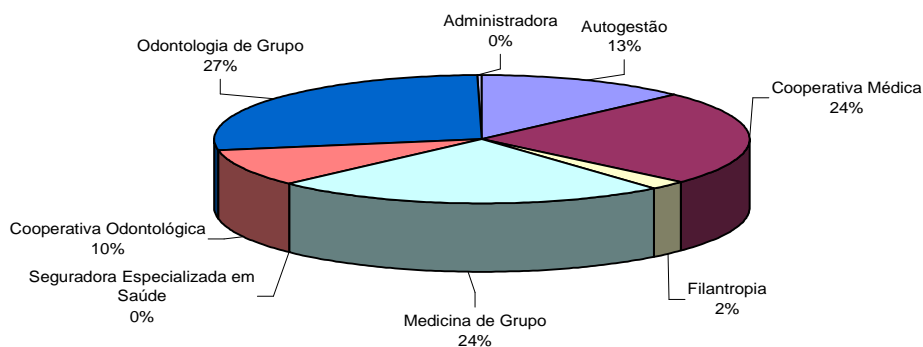
A ANS classifica ainda como operadoras as **cooperativas odontológicas e odontologia de grupo**, que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Segundo dados da ANS, existem 1.700 operadoras ativas de seguros e planos de saúde, cadastrados na Agência (posição de setembro de 2009), sendo 29,3% pertencentes ao segmento de Medicina de Grupo, 20,2% são Cooperativas Médicas, 14,7% são empresas de autogestão e apenas 0,8% referem-se às seguradoras. As demais operadoras (35,1%) pertencem aos segmentos de Odontologia de Grupo, Cooperativa Odontológica, Administradora e Filantropia. A região Nordeste concentra 14,2% das operadoras em atividade, conforme detalhado na Tabela 3 e Gráfico 1.

**Tabela 3 – BRASIL e REGIÕES – Número de Operadoras em Atividade Segundo a Modalidade**

Modalidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Total
Autogestão	9	31	125	51	34	250
Cooperativa Médica	17	58	175	64	29	343
Filantropia	2	5	77	11	2	97
Medicina de Grupo	10	58	332	78	20	498
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	13	0	0	13
Cooperativa Odontológica	6	23	77	22	10	138
Odontologia de Grupo	6	66	212	43	13	340
Administradora	0	1	14	4	2	21
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>242</b>	<b>1.025</b>	<b>273</b>	<b>110</b>	<b>1.700</b>

Fonte: ANS, Informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

**Gráfico 1 – Nordeste – Operadoras Registradas – Setembro de 2009.**

Fonte: ANS, informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

Em setembro de 2009, o setor de planos privados de assistência à saúde envolvia cerca de 41 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica brasileira e milhares de prestadores de serviços – entre médicos, dentistas e outros profissionais de saúde – em hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios. 73,7% destes planos são coletivos, o restante é individual ou familiar (Tabela 4).

**Tabela 4 – Brasil – Beneficiários de Planos de Saúde por Época e Tipo de Contratação do Plano, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação – Setembro/2009**

Brasil/UF	Assistência Médica com ou sem odontologia							TOTAL
	NOVOS			ANTIGOS				
	Total	Coletivo	Individual	Total	Coletivo	Individual	Não Identificado	
<b>Brasil</b>	32.352.102	25.186.045	7.166.057	9.540.888	5.696.944	1.880.293	1.963.651	41.892.990
<b>Nordeste</b>	3.785.169	2.509.554	1.275.615	1.377.275	728.611	349.366	299.298	5.162.444
Maranhão	200.236	151.669	48.567	85.650	45.273	24.002	16.375	285.886
Piauí	138.783	93.978	44.805	34.261	27.223	3.938	3.100	173.044
Ceará	709.115	382.494	326.621	192.890	112.412	52.709	27.769	902.005
Rio Grande do Norte	346.982	198.730	148.252	105.295	49.389	24.013	31.893	452.277
Paraíba	172.736	102.332	70.404	142.574	93.867	31.901	16.806	315.310
Pernambuco	901.174	560.763	340.411	322.494	174.206	92.530	55.758	1.223.668
Alagoas	209.932	122.537	87.395	66.904	36.992	11.658	18.254	276.836
Sergipe	168.236	116.359	51.877	60.159	30.860	12.448	16.851	228.395
Bahia	937.975	780.692	157.283	367.048	158.389	96.167	112.492	1.305.023

**Fonte:** ANS, informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

Nota 1: Não inclui os planos exclusivamente odontológicos.

Nota 2: Não identificado: planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98 cuja cobertura não foi informada pelas operadoras.

No que se refere às modalidades das operadoras de planos de saúde, predominam “medicina de grupo” e “cooperativa médica”, com cerca de 73% do total de beneficiários no País (Tabela 5). O Nordeste, terceira região em termos do número de beneficiários, segue a mesma tendência observada no restante do Brasil, ou seja, com predomínio de “medicina de grupo” (39%) e “cooperativa médica” (32%), conforme detalhado no Gráfico 2.

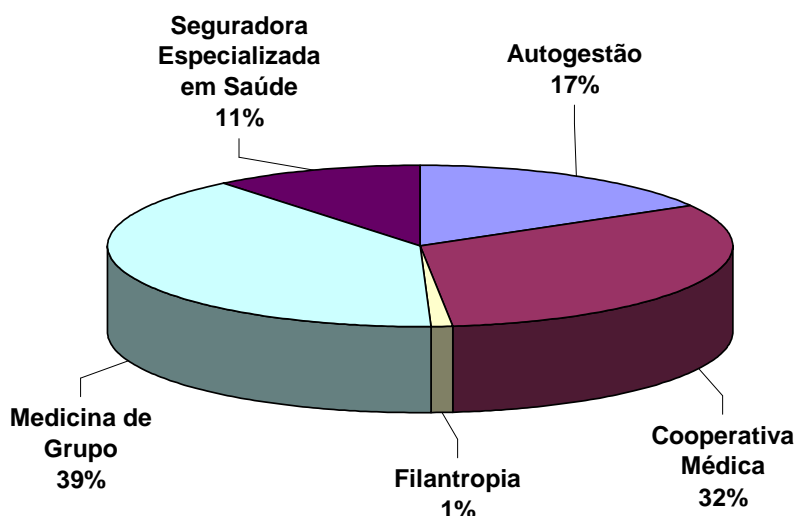
**Tabela 5 – Beneficiários por Operadora, segundo a Modalidade**

Assistência Médica por Região segundo Modalidade								
Modalidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Exterior	Não Identificado	Total
<b>TOTAL</b>	1.331.492	5.162.444	27.593.327	5.813.182	1.992.401	87	57	41.892.990
<b>Autogestão</b>	230.919	867.347	2.723.233	783.356	533.386	14	42	5.138.297
<b>Cooperativa Médica</b>	691.936	1.629.109	8.357.467	3.136.664	904.119	5	0	14.719.300
<b>Filantropia</b>	44.254	53.025	994.518	256.327	8.684	0	1	1.356.809
<b>Medicina de Grupo</b>	266.986	2.056.585	11.756.452	1.304.249	379.479	68	14	15.763.833
<b>Seguradora Especializada em Saúde</b>	97.397	556.378	3.761.657	332.586	166.733	0	0	4.914.751

**Fonte:** ANS, informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

Nota 1: Não inclui os planos exclusivamente odontológicos.

Nota 2: Não identificado: planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98 cuja cobertura não foi informada pelas operadoras.



**Gráfico 2 – Nordeste – Nº de Beneficiários Segundo Modalidade**

Fonte: ANS, informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

É importante registrar que os 41,8 milhões de beneficiários de planos de saúde (exclusive odontológicos que possuem 12.317.647 de beneficiários) equivalem 21,5% da população do País. Isso revela que o restante da população depende do atendimento público do SUS, pois apenas uma pequena parcela das famílias brasileiras pertencentes às camadas de maior poder aquisitivo tem acesso por meios próprios à assistência médica privada.

As regiões mais desenvolvidas (Sudeste e Sul) concentravam as maiores taxas de cobertura. Na região Nordeste, o grau de cobertura sobre a população total atinge 9,5%, percentual bem abaixo da média nacional. (Tabela 6). Os estados do Rio Grande do Norte (14%), Pernambuco (13,6%), Sergipe (11,1%) e Ceará (10,3%) possuem grau de cobertura mais elevado. Considerando as empresas que operam planos exclusivamente odontológicos, a taxa de cobertura atinge somente 3,6% da população do Nordeste.

Tabela 6 – Grau de Cobertura por Região – Beneficiários de Todas as Operadoras

Região/UF	Assistência Médica	Excl. Odontológico
<b>BRASIL</b>	<b>21,5</b>	<b>6,1</b>
<b>Região Norte</b>	8,5	2,8
<b>Região Nordeste</b>	<b>9,5</b>	<b>3,6</b>
Maranhão	4,5	1,1
Piauí	5,4	0,6
Ceará	10,3	3,8
Rio Grande do Norte	14,0	3,1
Paraíba	8,2	3,6
Pernambuco	13,6	2,8
Alagoas	8,6	4,4
Sergipe	11,0	4,9
Bahia	9,1	5,7
<b>Região Sudeste</b>	<b>33,6</b>	<b>9,4</b>
<b>Região Sul</b>	<b>20,4</b>	<b>3,8</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>14,1</b>	<b>5,3</b>

**Fonte:** ANS, informação em saúde suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). Acesso em 14/12/2009.

**Nota 1:** grau de cobertura: percentual de beneficiários em relação à população.

**Nota 2:** O termo "Beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

A ANS controla o aumento dos valores dos planos de saúde que poderá ocorrer por causa da variação dos custos assistenciais, da mudança de faixa etária do consumidor ou ainda pela reavaliação do plano.

A receita das operadoras de planos de saúde advém das contraprestações pecuniárias que correspondem ao pagamento de uma importância pelo contratante de um plano. Por outro lado, as operadoras incorrem em despesas administrativas e assistenciais (aquelas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde, como consultas médicas, exames laboratoriais, terapias, atendimentos ambulatoriais, despesas médico-hospitalares, consultas odontológicas). Os custos ambulatoriais, hospitalares e de exames clínicos oscilam com a taxa de câmbio já que muitos equipamentos e insumos são importados.

A obrigatoriedade das operadoras de formarem reserva técnica e o controle pela ANS da correção dos planos, limitam as margens de lucro das operadoras.

As operadoras adotam, então, como estratégia para se manterem ou se consolidarem no mercado, o investimento em tecnologia para reduzir as fraudes, a negociação da remuneração com prestadores de serviços do setor, a captação de novos usuários, a verticalização dos serviços e a incorporação de pequenas operadoras. A verticalização dos serviços compreende a aquisição de serviços aos quais os planos oferecem como atendimento em hospitais, clínicas e laboratórios próprios.

#### 4. Considerações Finais

A proposta de universalização do acesso à saúde para a população brasileira, através do SUS, representa um notável avanço nas políticas públicas do Brasil. Contudo, o SUS, devido à limitação de recursos financeiros, físicos e humanos não tem conseguido atingir plenamente seus objetivos de equidade, integralidade e universalidade.

Por seu turno, as operadoras trabalham limitadas aos reajustes aprovados pela ANS, os hospitais e a classe médica têm sua receita dependente das operadoras ou do SUS e como os custos e a demanda por serviços de saúde são crescentes, o setor enfrenta um conflito de interesses que envolvem as operadoras, usuários, prestadores e gestores de serviços públicos e privados, mostrando as fragilidades do setor.

As operadoras de planos e seguros de saúde alegam por sua vez que a ANS impõe uma regulamentação excessiva e que controla os preços das mensalidades dos planos de saúde complementar enquanto os custos e a necessidade de investimentos aumentam. Por outro lado, as operadoras tendem a controlar o número de procedimentos requeridos pelos médicos como forma de reduzir os custos, o que desagrade aos usuários e prestadores de serviços.

Os usuários, por seu turno, reclamam do preço dos planos e exigem dos médicos diferentes tipos de exames e procedimentos, por vezes desnecessários.

A rede credenciada (hospitais, clínicas e laboratórios de análises clínicas), quando não conveniada ao SUS, tem a maior parte de sua receita oriunda dos planos e seguros de saúde que tentam reduzir ou atrasar pagamentos, glosar faturas e limitar procedimentos médicos. Os prestadores de serviços alertam que se do lado das receitas, o preço dos serviços está atrelado às relações contratuais, do lado das despesas, os custos sobem devido os preços de muitos equipamentos estarem atrelados à taxa de câmbio, à necessidade de investimentos em novas tecnologias, aos reajustes dos insumos hospitalares, aos dissídios coletivos e à pesada carga tributária.

Os médicos, também, tentam obter melhor remuneração pelos serviços prestados às operadoras e alegam que as mesmas atrasam o pagamento pelos serviços prestados aos usuários dos planos de saúde.

Assim, a precariedade do sistema público de saúde estimula o aumento da demanda por planos de saúde, fortalecendo o setor de saúde suplementar. Além disso, os serviços privados de saúde têm potencial de crescimento, em médio prazo, à medida que consumidores obtenham renda para adquirir planos privados ou entrem no mercado formal de trabalho com o crescimento da economia e com a consolidação dos melhores planos.

A melhoria e expansão do sistema público de saúde dependem de investimentos na área de saúde, o que representa uma decisão da sociedade brasileira.



## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – **Caderno de Informações de Saúde Suplementar** de dezembro de 2009, disponível em:

[http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno\\_informaca\\_12\\_2009.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_12_2009.pdf).

Acesso: em dezembro/2009.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **Texto para discussão nº 599**. IPEA: 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

CONASS. **Para Entender O Pacto Pela Saúde 2006**. Volume I Portaria GM/MS 399/2006 e Portaria GM/MS 699/2006. Disponível em: nota técnica 06/2006 <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2006-06.pdf>

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde – Brasil – 2005-2007**. Série Contas Nacionais nº 20. Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, Gilson. **Financiamento da Saúde no Brasil – Estado da Arte**. XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Belém-PA, abril 2008. Disponível em:

[http://www.conasems.org.br/files/GC\\_CONJUNTURA\\_MAR\\_CONASEMS\\_PARA.ppt#1](http://www.conasems.org.br/files/GC_CONJUNTURA_MAR_CONASEMS_PARA.ppt#1).

Acesso: em dezembro/2009.