



## **Comissão Temporária destinada a debater e propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil**

Brasília, 23 de maio de 2013

# Saúde no Brasil

- O Brasil tem um sistema público e universal de saúde que atende a todos os seus mais de 190 milhões de habitantes.
- Junto com o sistema público coexistem outras formas de financiamento e de acesso na assistência à saúde:
  - Planos privados de saúde
  - Planos públicos de saúde
  - Privado (privado)

*“Art. 196. 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 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

*Art. 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...”*

**Planos privados de saúde cobrem 25,1% da população do Brasil**  
**Uma em cada quatro pessoas no país tem plano privado de saúde**

# Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público

*No modelo de análise de Mossialos e Thompson, o seguro privado pode ser:*

- *Complementar quando oferece serviços não disponíveis no sistema estatutário, inclusive para co-pagamento a serviço oferecido pelo sistema público.*
- *Substitutivo quando grupos de pessoas devem escolher se vão ser protegidas pelo sistema estatutário ou se pelo seguro privado.*
- **Suplementar** quando proporciona maior rapidez no acesso aos serviços, maior poder de escolha do provedor, cobertura para amenidades e acomodação hospitalar superior. Com frequência o tipo suplementar corresponde a semelhantes serviços cobertos pelo sistema estatutário, quando é chamada de **cobertura duplicada**.

## Tipos de Sistemas de Saúde “O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada” – Santos, I (2009)

<b>Sistemas</b>	<b>Público de acesso universal</b>	<b>Seguro Social</b>	<b>Privado</b>
<b>Forma de Financiamento</b>	Tributos	Contribuição sobre as folhas de pagamento das empresas	Privado
<b>Forma de acesso</b>	Universal	Múltiplo, de acordo com as categorias profissionais	Individual
<b>Condição de acesso</b>	Direito de cidadania	Benefício correspondente a contribuições pagas	Pagamento pelo serviço
<b>Prestação dos serviços</b>	Pública e/ou privada	Pública e/ou privada	Privada
<b>Organização</b>	Pública	Semi-pública	Privada
<b>Países (exemplo)</b>	Suécia, Reino Unido, Itália, Portugal e Espanha.	Alemanha, França, Argentina e Japão.	EUA, Nova Zelândia e Suíça.

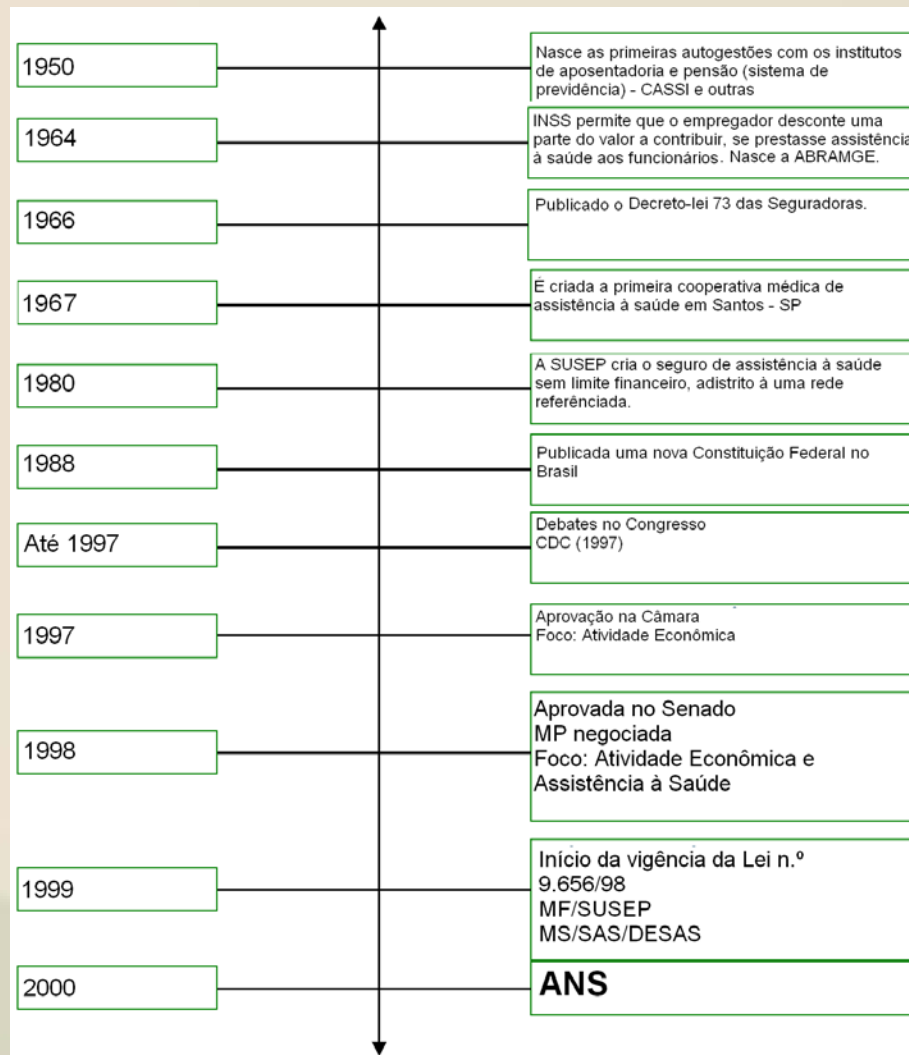
Fonte: Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2008.

# Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público

		ELEGIBILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO	
		indivíduos estão cobertos pelo sistema público	indivíduos não cobertos pelo sistema público
COBERTURA DO SEGURO PRIVADO	Mesmos Serviços cobertos pelo sistema público (curativos e não curativos)	DUPLICADO	PRIMÁRIO: -Principal -Substituto
	Co-pagamento aplicado aos serviços cobertos pelo sistema público	COMPLEMENTAR	
		Serviços não oferecidos pela cobertura do sistema público ou do ou pela cobertura do seguro privado primário (serviços <i>top-up, extras, adicionais</i> )	SUPLEMENTAR

Fonte: Adaptado de OECD, 2004

# Saúde “Suplementar” no Brasil





# Dimensão da Saúde Suplementar hoje

## 47,9 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

- 77% em planos coletivos (63% empresariais e 14% por adesão)
- 21% em planos individuais
- 2% contratação não informada
- 85% em planos novos e 15% em planos antigos

## 18,6 MILHÕES EM PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

- 82% em planos coletivos (68% empresariais, 13% por adesão e 1% não identificado)
- 17% em planos individuais
- 1% contratação não informada
- 97% em planos novos e 3% em planos antigos

## 1.538 OPERADORAS

- 1.121 médico-hospitalares e 417 exclusivamente odontológicas

## 59.866 PLANOS REGISTRADOS OU CADASTRADOS

- 55.145 planos de assistência médica e 4.721 planos exclusivamente odontológicos

## MÉDICO-HOSPITALARES - RECEITA:

R\$ 92,7 bilhões; Despesa Assistencial: R\$ 78,79 bilhões; Taxa de Sinistralidade: 85,0%

## EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS - RECEITA:

R\$ 2,25 bilhões; Despesa Assistencial: R\$ 1,09 bilhões; Taxa de Sinistralidade: 12,6%

## 31.874 PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CERCA DE 103.000 PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

244 MILHÕES DE CONSULTAS MÉDICAS

7,4 MILHÕES DE INTERNAÇÕES

582,5 MILHÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES

50,6 MILHÕES DE TERAPIAS

# Receita de contraprestações e despesas das operadoras, segundo porte (Brasil - 2012)

Porte da operadora	Receita (R\$)	Despesa assistencial (R\$)	Despesa administrativa (R\$)	Beneficiários	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)
<b>Total</b>	<b>94.952.230.683</b>	<b>79.892.527.383</b>	<b>13.845.496.972</b>	<b>64.849.544</b>	<b>84,1</b>	<b>122,02</b>
<b>Operadoras médico-hospitalares</b>	<b>92.703.738.667</b>	<b>78.794.245.906</b>	<b>13.213.720.779</b>	<b>50.002.624</b>	<b>85,0</b>	<b>154,50</b>
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	6.798.703.353	5.574.851.155	2.440.031.735	3.828.885	82,0	147,97
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	19.796.145.308	16.746.253.335	3.537.991.351	11.801.595	84,6	139,78
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	66.108.890.006	56.473.141.416	7.235.697.693	34.372.144	85,4	160,28
<b>Operadoras exclusivamente odontológicas</b>	<b>2.248.492.016</b>	<b>1.098.281.477</b>	<b>631.776.193</b>	<b>14.846.920</b>	<b>48,8</b>	<b>12,62</b>
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	236.557.887	116.893.745	110.438.342	1.506.359	49,4	13,09
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	348.735.754	194.763.257	129.074.583	1.924.187	55,8	15,10
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	1.663.198.375	786.624.475	392.263.268	11.416.374	47,3	12,14

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2013 e SIB/ANS/MS - 12/2012

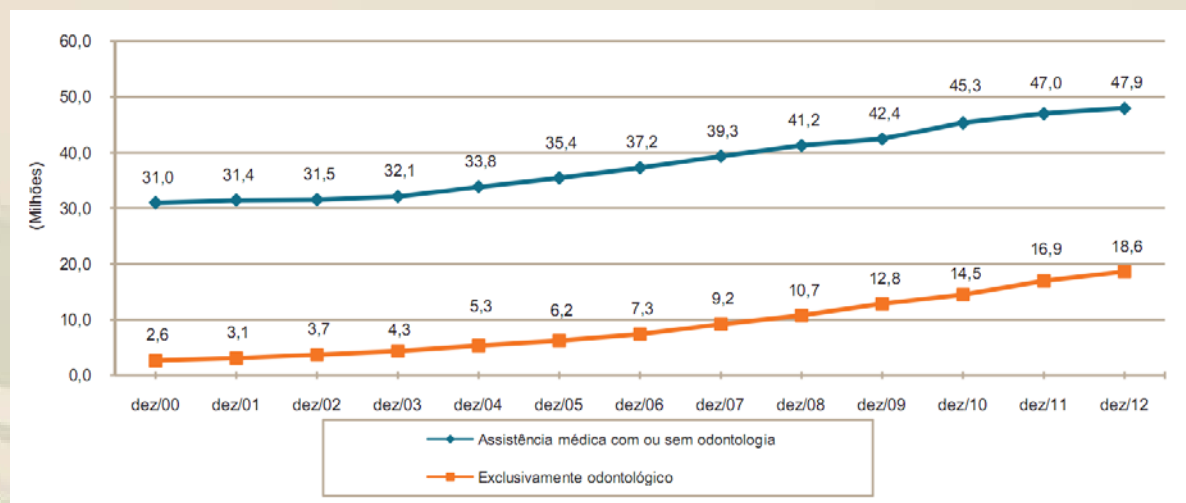
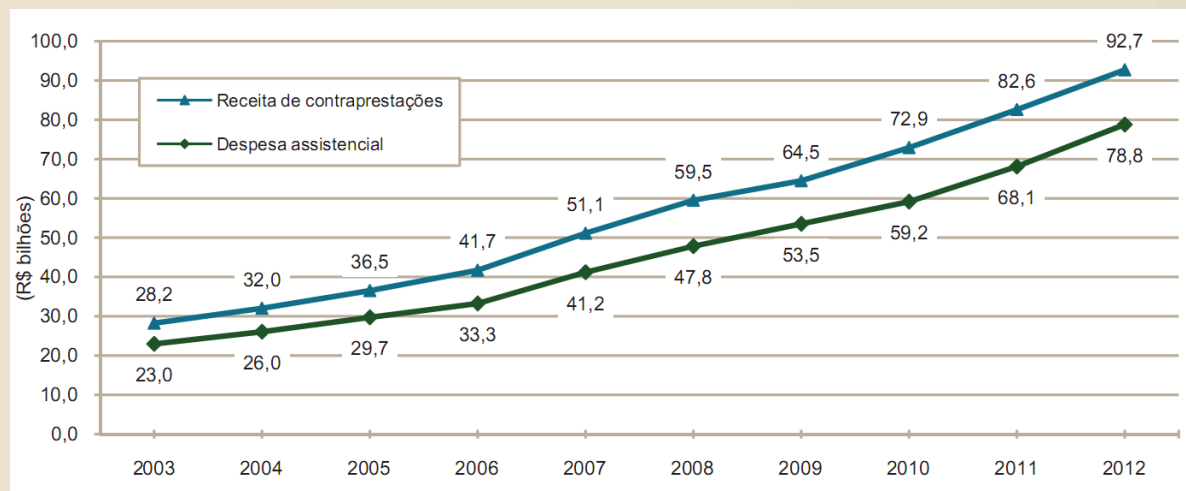
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2013

Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Não inclui receitas, despesas e beneficiários de Autogestões por RH (Recursos Humanos), não obrigadas a enviar informações financeiras.



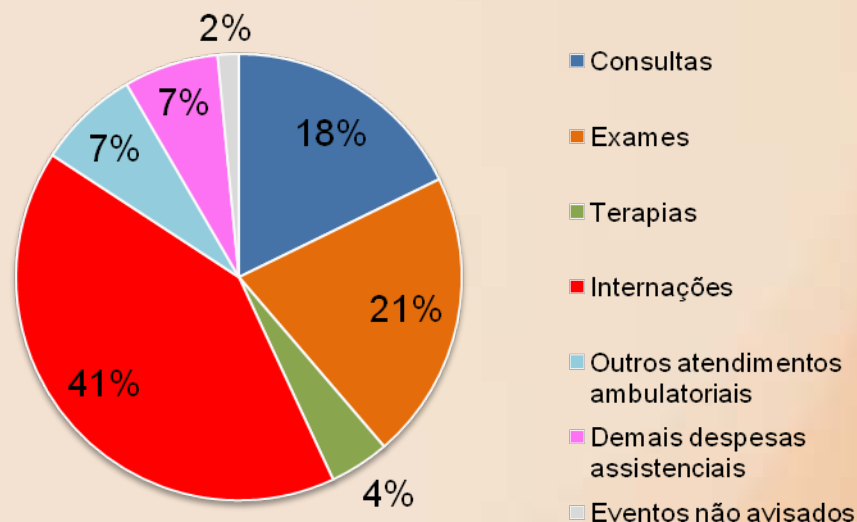
# Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (Brasil – 2003/2012) e Beneficiários de planos por cobertura assistencial (Brasil – 2000/2012)



# Despesa assistencial das operadoras, por grupos de modalidade da operadora, segundo itens de despesa (Brasil - 2012)

ITENS DE DESPESA ASSISTENCIAL	OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES
<b>Total</b>	<b>78.794.245.906</b>
<b>Despesas médico-hospitalares</b>	<b>77.625.913.785</b>
Consultas	13.724.012.359
Exames	16.178.429.379
Terapias	3.356.513.953
Internações	31.797.526.147
Outros atendimentos ambulatoriais	5.708.420.748
Demais despesas assistenciais	5.300.081.933
Eventos não avisados	1.183.094.969
<b>Despesas odontológicas</b>	<b>419.464.942</b>
Procedimentos odontológicos	307.639.410
Demais despesas assistenciais	91.200.576
SUS	666.536
Eventos não avisados	19.958.418
<b>Despesas assistenciais não especificadas</b>	<b>748.867.180</b>

## Despesas médico-hospitalares



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2013

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2013

Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

(1) Não inclui despesas de Autogestões por RH (Recursos Humanos), não obrigadas a enviar informações financeiras.

# Ressarcimento ao SUS

## Notificações X Despesas Assistenciais X Orçamento SUS

Ano	Qtde Interações		Percentual notificado frente ao SUS	Valor		Percentual notificado frente ao SUS
	SUS	Notificadas		SUS	Valor SUS Notificado*	
<b>2008</b>	10.743.603	191.013	1,77%	8.286.055.941,00	207.597.594,97	2,50%
<b>2009</b>	11.128.809	218.624	1,96%	10.124.918.629,00	273.126.540,73	2,69%
<b>2010</b>	11.357.965	277.148	2,44%	10.740.754.368,00	356.674.437,20	3,32%

Fonte: Tabnet e GESTI

\*Sem a aplicação do Índice de Valoração de Ressarcimento – IVR.

Ano	Despesas Assistenciais Operadoras Médico-Hospitalares (R\$)
2008	47.839.107.217,00
2009	53.515.856.968,00
2010	59.168.859.638,00
<b>Total</b>	<b>160.523.823.823,00</b>

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março 2013

Ano	Valor apto à cobrança (AIH+APAC)	Despesas Médico-Hospitalares	Percentual apto frente às despesas	Orçamento SUS 2010	Percentual apto frente ao orçamento
<b>2010</b>	560.000.000,00	59.168.859.638,00	0,94%	62.000.000.000,00	0,90%

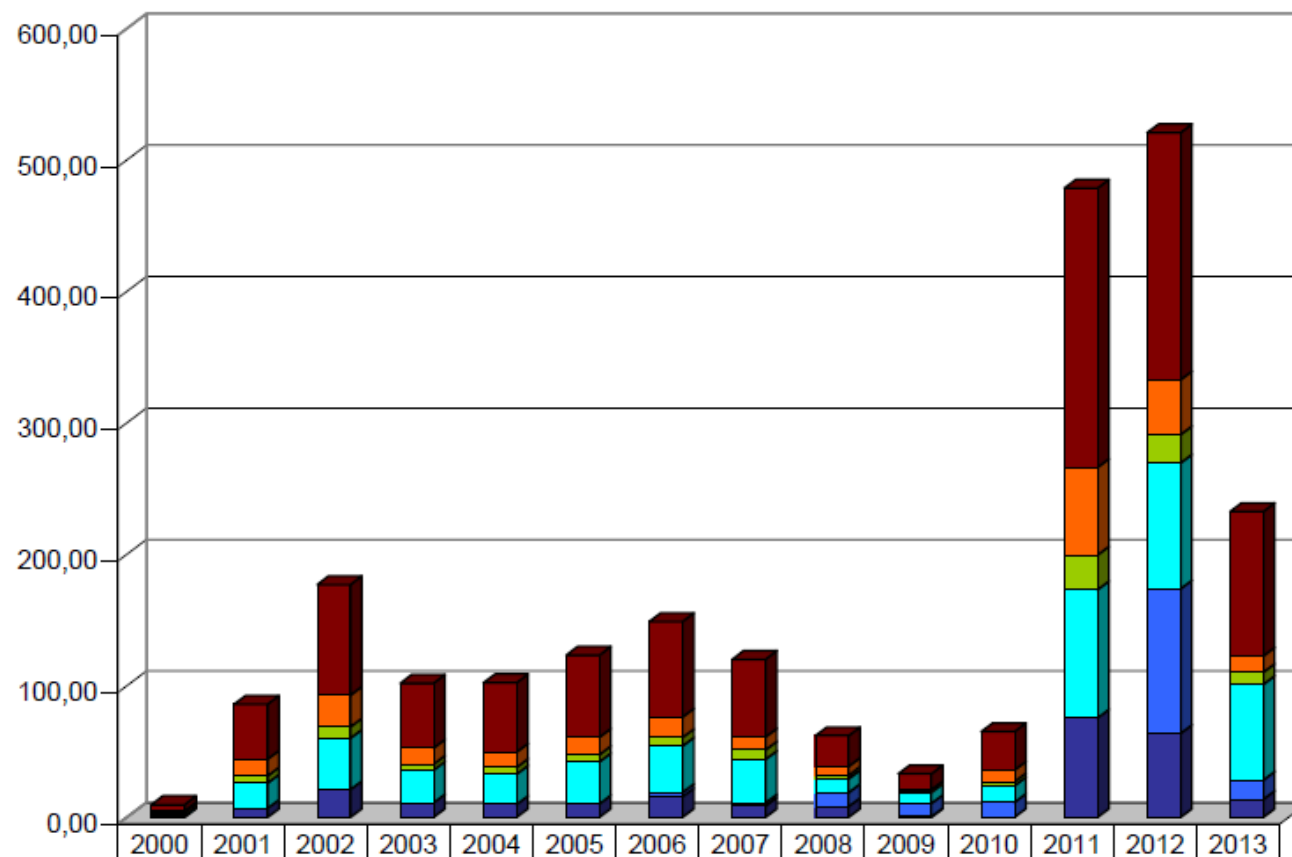
# Ressarcimento ao SUS - APAC

Estudo preliminar realizado pela ANS, sobre a viabilidade e metodologia de cobrança de APAC, considerando os anos de 2008 a 2010 evidencia que após o *record linkage* das bases de dados do SIA enviados pelo DATASUS com o SIB da ANS e após a aplicação dos filtros estabelecidos na metodologia de ressarcimento, o total de APAC que seriam notificadas no período é de 500.878, no valor total de R\$ 663.453.375,00 (**frente à R\$ 1.253.092.781,00 que seria de AIH referente ao mesmo período**).

2008	Quantidade	Valor	Excluídos medicamentos que não são devidos no ressarcimento.
APAC	131.614	R\$ 171.397.062,00	
AIH	191.884	R\$ 311.395.939,00	
2009	Quantidade	Valor	
APAC	169.352	R\$ 226.805.112,00	
AIH	218.622	R\$ 409.686.102,00	
2010	Quantidade	Valor	
APAC	199.912	R\$ 265.251.201,00	
AIH	276.850	R\$ 535.010.740,00	

# Financeiro Global – Ressarcimento ao SUS

## Valor de 2000 a 2013 (em R\$ milhões)



■ AIHs cobradas (2000 à 2013)	4,75	41,91	84,21	49,29	52,95	62,60	72,66	59,19	23,32	11,93	29,13	212,54	188,02	109,85
■ AIHs Pagas (2000 à 2013)	1,52	12,76	24,15	12,32	11,56	13,21	15,59	9,75	6,70	1,09	8,85	66,76	41,75	12,39
■ AIHs Parceladas (2000 à 2013)	0,57	5,37	8,51	4,47	5,14	5,45	6,46	7,21	2,84	1,09	3,20	26,34	21,67	9,15
■ AIHs vencidas e não pagas (2000 à 2013)	2,01	19,29	39,13	25,00	23,08	32,00	35,20	33,18	10,36	8,39	12,58	97,56	95,56	72,93
■ Inscrição Dívida (2006 à 2013)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,48	2,26	10,59	10,15	11,42	0,00	110,27	14,62
■ Partilha	0,86	6,90	21,19	11,00	9,81	10,19	15,55	8,74	8,26	0,50	0,00	75,63	63,74	13,71

# Medidas inovadoras: Intensificação do monitoramento das operadoras

## Número de operadoras inscritas em dívida ativa, segundo motivo da inscrição

Natureza da Inscrição	Total	Ativa	Inativa
<b>Operadoras</b>	<b>1.332</b>	<b>575</b>	<b>757</b>
MULTA ADMINISTRATIVA PECUNIÁRIA	675	236	439
MULTA DESC. DE AJUSTE DE CONDUTA	2	0	2
MULTA DESCUMP. DE TERMO DE COMPROMISSO	4	3	1
PARCELAM. DE RESSARC. AO SUS RESCINDIDO	23	15	8
PARCELAMENTO DE MULTA RESCINDIDO	8	1	7
PARCELAMENTO DE TAXA-TPS RESCINDIDO	14	5	9
RESSARCIMENTO AO SUS	726	464	262
RESSARCIMENTO DE REGIMES ESPECIAIS	64	3	61
TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR - TPS	489	109	380

## Número de operadoras inscritas em dívida ativa no período de 01/01/2003 a 03/04/2013

Forma de identificação	Total	Ativas	Inativas
<b>Operadoras</b>	<b>1.332</b>	<b>575</b>	<b>757</b>
Identificadas pelo número de registro	1.233	575	658
Identificadas pelo CNPJ	99	0	99

## Número de inscrições em dívida ativa

Forma de identificação	Total	Ativas	Inativas
<b>Número de inscrições</b>	<b>7.400</b>	<b>3.421</b>	<b>3.979</b>
Pelo registro da operadora	7.289	3.421	3.868
Pelo CNPJ/Razão social	111	0	111

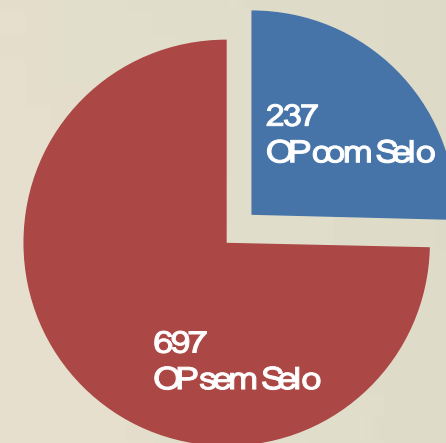
Nota: Natureza da inscrição: uma mesma operadora pode ser inscrita mais de uma vez por motivos diferentes.

Fonte: Procuradoria Geral da ANS, abril 2013



## Próximos Passos Selo SUStentabilidade

Quantidade de operadoras



O gráfico se refere a todas as Operadoras ativas identificadas ao longo dos anos de Ressarcimento ao SUS, com exclusão das odontológicas e ambulatoriais.

### Principais objetivos:

Certificação positiva de Operadoras adimplentes;  
Transparência da atitude de responsabilidade social.

### Principais requisitos:

Adimplência superior a **90% dos débitos** com o ressarcimento ao SUS;  
Beneficiários identificados na base da ANS com o **Cartão Nacional de Saúde**.

### Publicidade e Divulgação:

A ANS manterá listagem completa das Operadoras certificadas;  
As Operadoras certificadas poderão divulgar, em seus sítios eletrônicos e anúncios comerciais o Selo SUStentabilidade;  
O Selo SUStentabilidade poderá ser utilizado para a concessão de benefícios às Operadoras.

## Próximos Passos Informação Regulatória

- Carta SUS – inclusão de item para identificação de beneficiário de saúde suplementar
  - Se tem plano de saúde, porque usou o SUS?

- Negativa de cobertura
- Proximidade com a Residência
- Expectativa de melhor atendimento / qualidade

Carta SUS – inclusão de item para identificação de beneficiário de saúde suplementar

Se tem plano de saúde, porque usou o SUS?

Negativa de cobertura

Proximidade com a Residência

Expectativa de melhor atendimento / qualidade



# Obrigado!

## Disque ANS 0800 701 9656