

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)

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

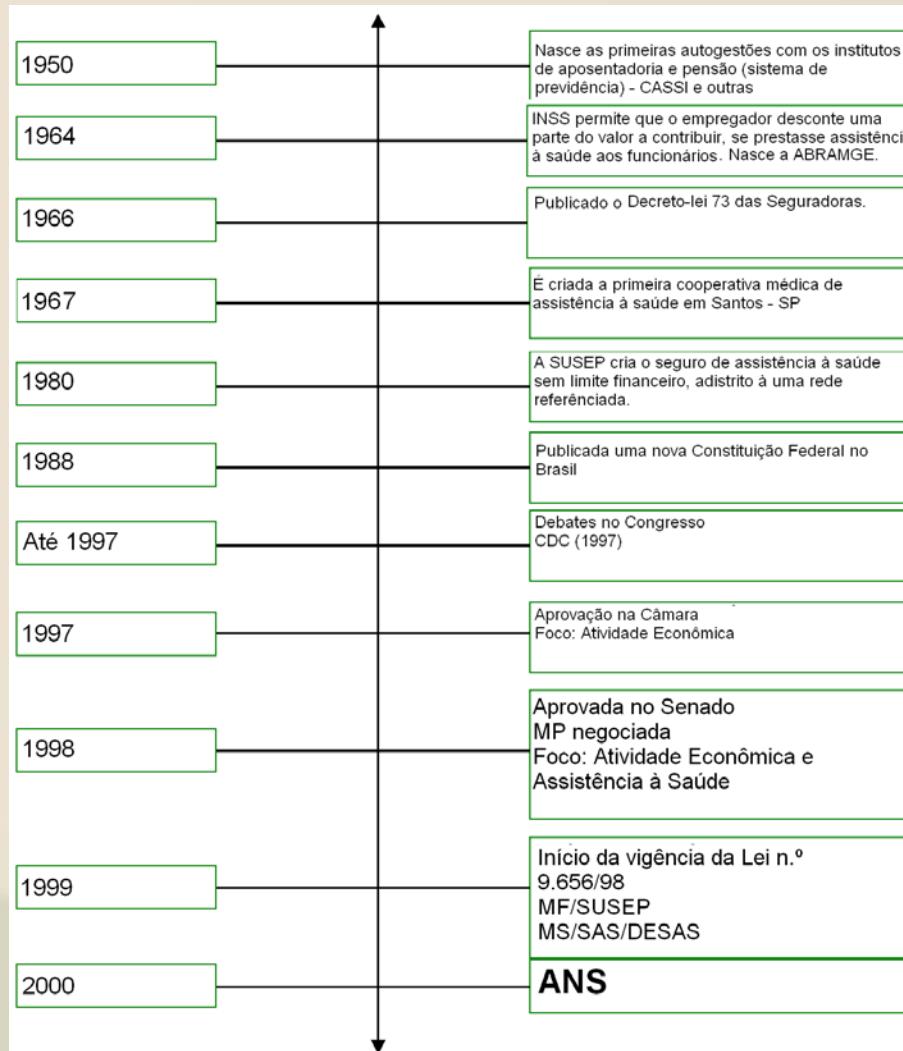
Fonte: Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2008.

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

COBERTURA DO SEGURADO PRIVADO	ELEGIBILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO	
	indivíduos estão cobertos pelo sistema público	indivíduos não cobertos pelo sistema público
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\$)
Total	94.952.230.683	79.892.527.383	13.845.496.972	64.849.544	84,1	122,02
Operadoras médico-hospitalares	92.703.738.667	78.794.245.906	13.213.720.779	50.002.624	85,0	154,50
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
Operadoras exclusivamente odontológicas	2.248.492.016	1.098.281.477	631.776.193	14.846.920	48,8	12,62
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

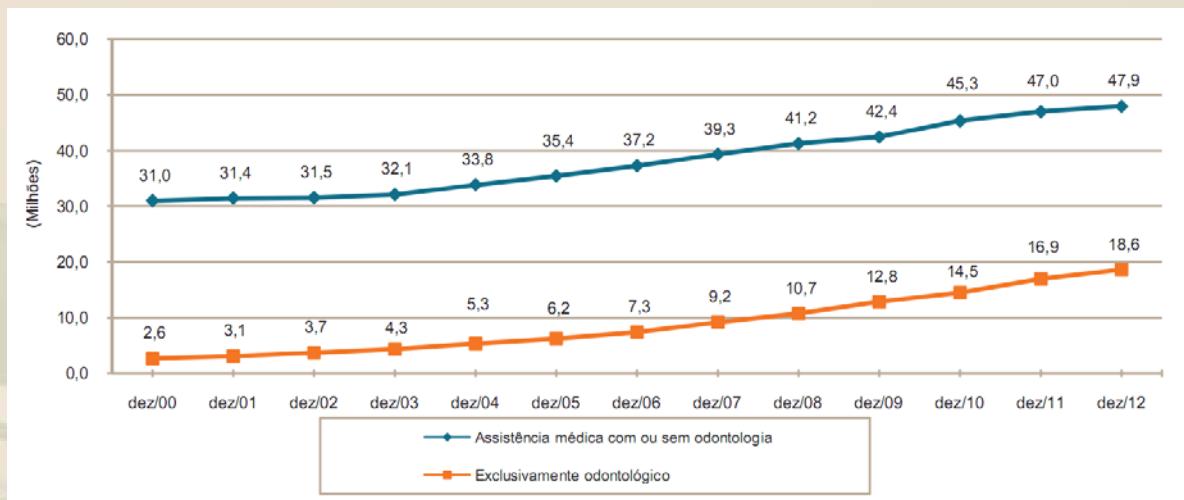
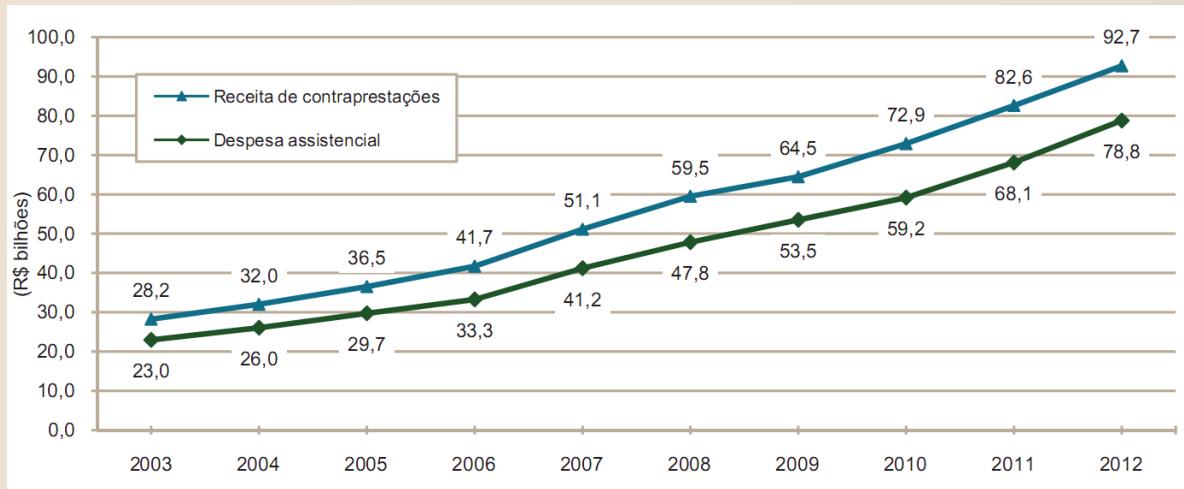
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2013 e SIB/ANS/MS - 12/2012

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) ⁸ 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)

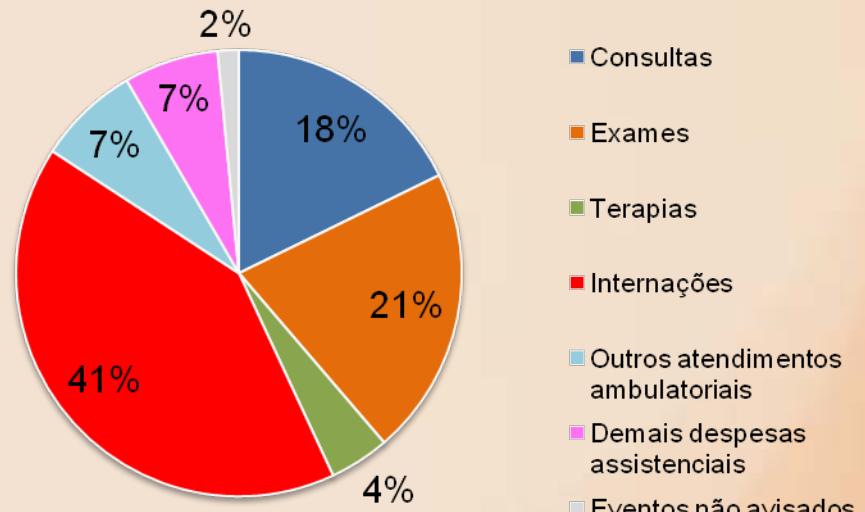


Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2013

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

ITENS DE DESPESA ASSISTENCIAL	OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES
Total	78.794.245.906
Despesas médico-hospitalares	77.625.913.785
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
Despesas odontológicas	419.464.942
Procedimentos odontológicos	307.639.410
Demais despesas assistenciais	91.200.576
SUS	666.536
Eventos não avisados	19.958.418
Despesas assistenciais não especificadas	748.867.180

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 Internações		Percentual notificado frente ao SUS	Valor		Percentual notificado frente ao SUS
	SUS	Notificadas		SUS	Valor SUS Notificado*	
2008	10.743.603	191.013	1,77%	3.286.055.941,00	207.597.594,97	2,50%
2009	11.128.809	218.624	1,96%	10.124.918.629,00	273.126.540,73	2,69%
2010	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
Total	160.523.823.823,00

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
2010	560.000.000,00	59.168.859.638,00	0,94%	62.000.000.000,00	0,90%

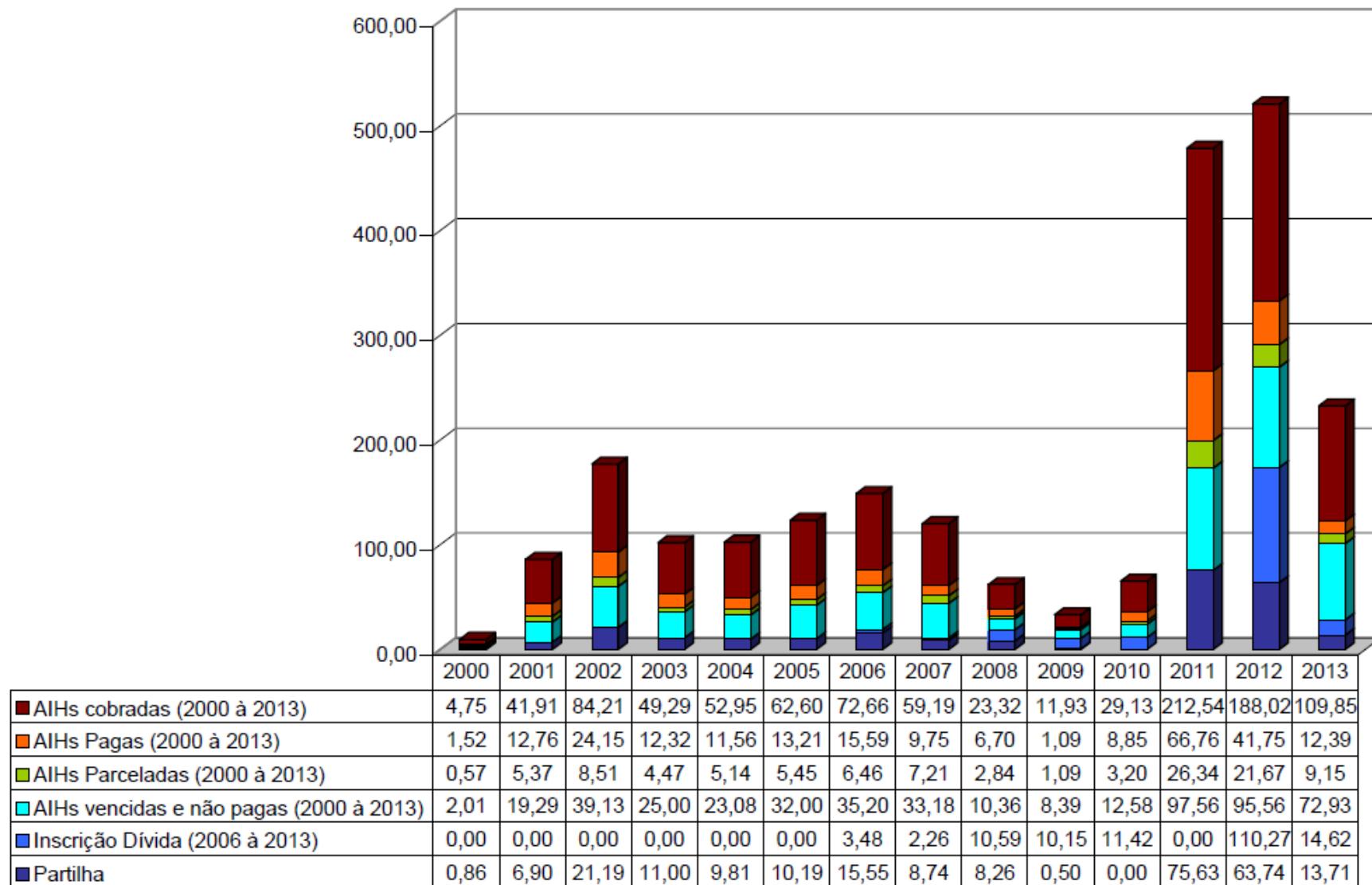
Ressarcimento ao SUS - APAC

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	
APAC	131.614	R\$ 171.397.062,00	
AIH	191.884	R\$ 311.395.939,00	Excluídos medicamentos que não são devidos no ressarcimento.
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)



Medidas inovadoras: Intensificação do monitoramento das operadoras

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

Natureza da Inscrição	Total	Ativa	Inativa
Operadoras	1.332	575	757
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
Operadoras	1.332	575	757
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
Número de inscrições	7.400	3.421	3.979
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

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**.

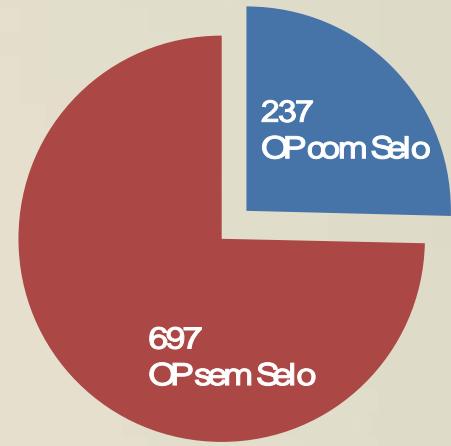
Publicidade e Divulgação:

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.

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.

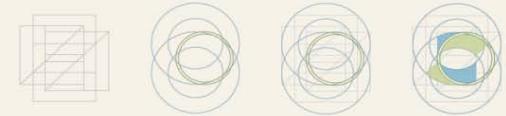
Próximos Passos Informação Regulatória

- 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



Ministério da
Saúde

