

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

***O financiamento da saúde
no Brasil e a valorização
da saúde suplementar***



The logo for IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) features the letters 'IESS' in a bold, sans-serif font. The 'IE' is black, and the 'SS' is green.

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O financiamento da saúde no Brasil e a valorização da saúde suplementar

Supervisão Técnica

Antonio Delfim Netto

Coordenação

Fábio Pina

Levantamento de base de dados

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

Pesquisadores

Amanda Reis, Natalia Lara e Elene Nardi

Superintendente Executivo

Luiz Augusto Carneiro

Novembro de 2015

Introdução

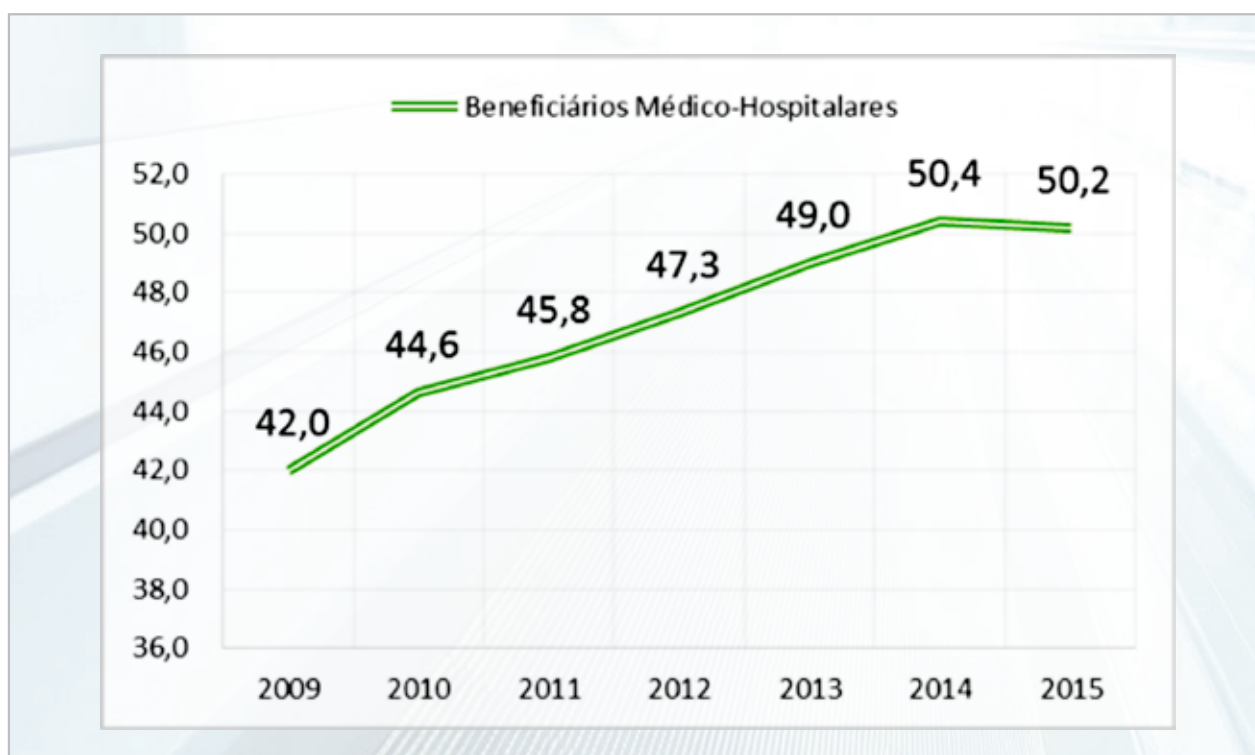
Determina a Constituição Federal do Brasil que a saúde é direito de todos e dever do Estado, também prevendo a atuação da iniciativa privada na assistência, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, o sistema de saúde brasileiro pode ser acessado pelo cidadão por meio do SUS, público e universal, financiado pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal; e por meio do sistema de saúde privado, seja pela contratação de planos privados de assistência junto a operadoras de planos de saúde (Sistema de Saúde Suplementar), ou pela contratação direta de serviços de saúde junto aos prestadores privados.

A cadeia de saúde do País consumiu, como um todo, em 2014, cerca de R\$ 557 bilhões, o equivalente a cerca de 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com dados da Euromonitor, algo que supera a somatória dos PIBs de Uruguai, Bolívia e Equador.

O SUS consumiu, em 2013, aproximadamente US\$ 701/per capita, prestando atendimento a cerca de 200 milhões de brasileiros. Por outro lado, o sistema de saúde privado arcou, no mesmo ano, com despesas de ordem de US\$ 754/per capita, destinadas a aproximadamente 50 milhões de beneficiários (OMS). Trazendo esses valores para a moeda brasileira, referente a 2013, respectivamente, o SUS e para a saúde suplementar teriam gastos per capita de: R\$ 1.640,34 e R\$ 1.764,36.

A saúde suplementar não apresenta apenas destaque em seus gastos per capita, mas também, na adesão de novos beneficiários a cada ano (Figura 1). Entre o período de 2009 a 2015 a taxa de crescimento foi de 19,5%. Apenas entre 2014 e 2015 apresentou um pequeno decréscimo (de 0,5%) em função da atual crise econômica que o país está atravessando. Cabe destacar que 66,66% dos contratos são coletivos empresariais, ou seja, aqueles contratados pelas empresas e concedidos a seus empregados.

Figura 1 - Número de beneficiários médico-hospitalares - entre setembro de 2009 a setembro de 2015



Fonte: ANS

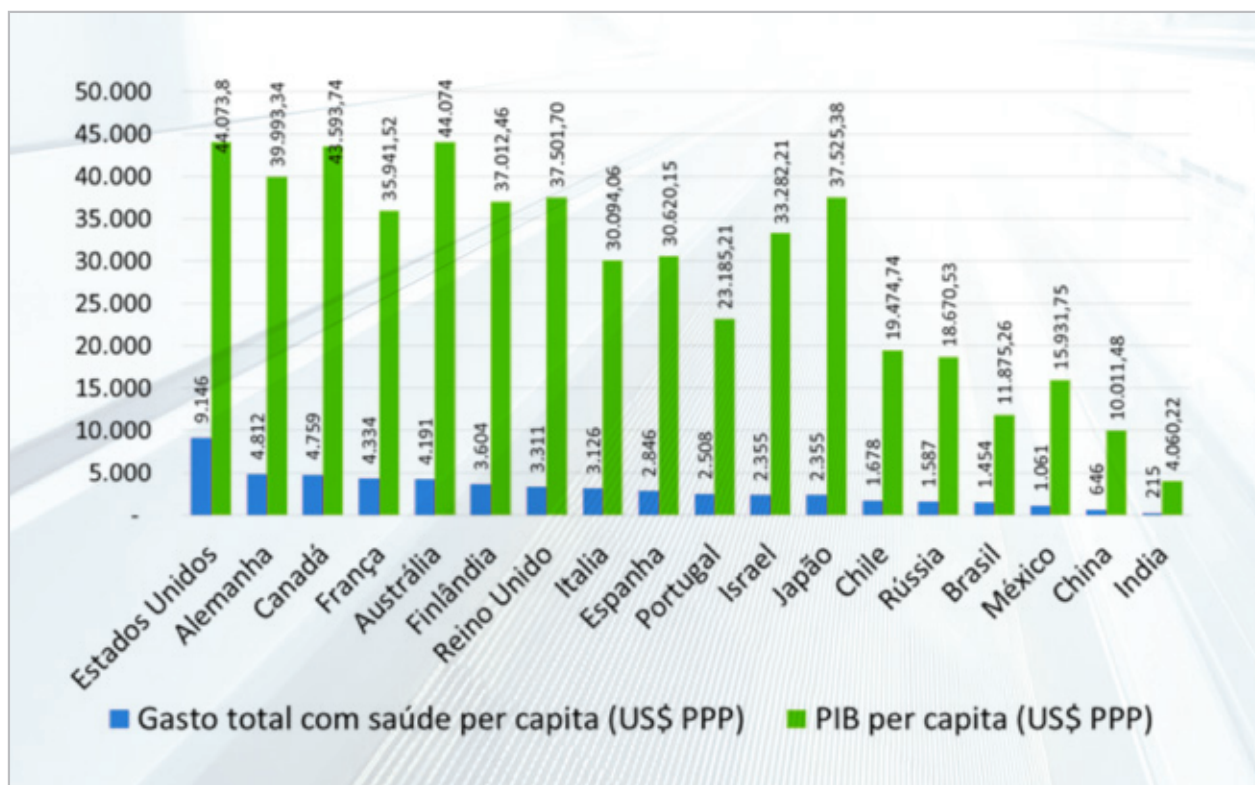
O atual momento do Brasil é de ajustes fiscais e de revitalização da saúde financeira. Cabe a esse trabalho analisar a relevância da saúde suplementar dentro do sistema de saúde do Brasil e das cadeias econômicas. Visa-se, dessa maneira, lançar um olhar sobre como tal participação tem colaborado para aliviar a demanda assistencial do SUS e tornar-se um elemento relevante de arrecadação tributária, indução a investimentos e promoção de emprego e renda no Brasil.

1. O Sistema de saúde brasileiro – o público e o privado

O sistema de saúde brasileiro é universal e público e permite a iniciativa privada no setor de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. O Ministério da Saúde é o órgão responsável por criar políticas públicas e leis para defender e incentivar o setor de saúde. Em relação ao setor de saúde suplementar, esse só foi regulamentado em 1998 pela lei nº 9.656. Após isso, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 pela lei nº 9.661. A ANS é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que tem como objetivo fiscalizar os planos de saúde no Brasil e corrigir e atenuar as falhas de mercado, como, por exemplo, a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de risco (BAHIA e VIANA, 2003).

O Brasil se assemelha à estrutura do sistema de saúde de atendimento universal e privado como de países europeus, do Canadá e da Austrália. No entanto, ao compararmos nossos gastos em saúde total per capita com os gastos de outros países (Gráfico 1), percebe-se que o dispêndio é inferior ao de países que são considerados pela OMS como referência de qualidade em atendimento ao paciente como, por exemplo, Alemanha, Canadá, França e Reino Unido.

Gráfico 1 – Gasto total com saúde per capita (US\$ PPP) e PIB per capita (2013)



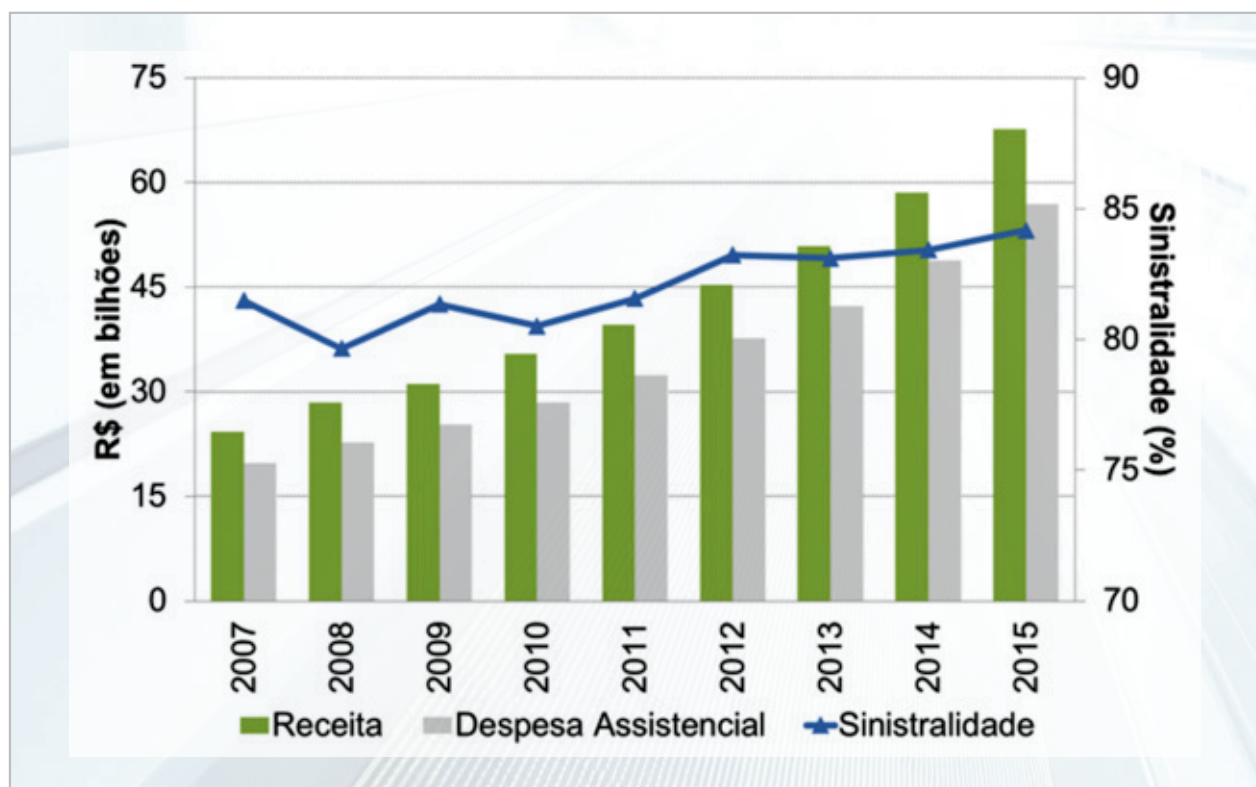
Fonte: OMS e FMI (Projeção do PIB)

2. A saúde suplementar

Os gastos com saúde per capita ao longo dos anos vêm crescendo no Brasil. Entre o período de 1995 e 2013, os gastos per capita públicos em saúde cresceram 212% e os gastos per capita privados em saúde cresceram 154%. No entanto, os gastos privados em saúde no período analisado são superiores aos gastos públicos: em 2013, a saúde suplementar teve gasto de US\$ 754/per capita (R\$ 1.764,36/per capita), comparado a US\$ 701/per capita (R\$ 1.640,34/per capita) na saúde pública (OMS).

Esse aumento do gasto per capita é causado, principalmente, pelo crescimento das despesas assistenciais em saúde. No caso da saúde suplementar, ao analisarmos as despesas assistenciais em saúde das operadoras, verifica-se uma taxa de crescimento de 148% no período de 2003 a 2015 (Gráfico 2). Em comparação, a receita das operadoras nesses 12 anos cresceu em ritmo inferior, de 140%.

Gráfico 2 – Receitas, Despesas, Assistências e Sinistralidade de Operadoras Médico-Hospitalares, 2003 a junho 2015



Fonte: ANS

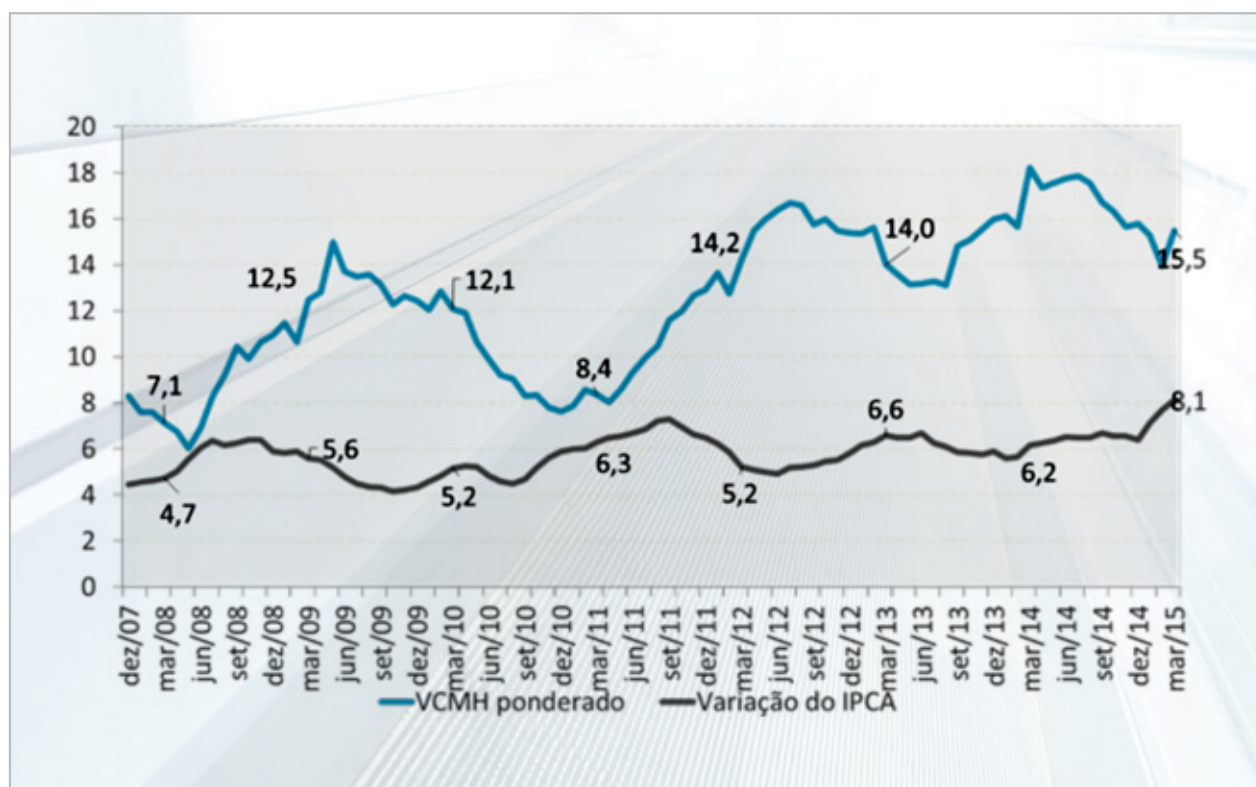
2.1 Fatores que influenciam o crescimento do custo da saúde suplementar

Um dos fatores que geram aumento nos custos das operadoras é o envelhecimento da população. Um estudo realizado pelo Instituto de Estudo de Saúde Suplementar (IESS), em 2012, analisou que até 2050 os custos com despesas assistenciais irão dobrar. O estudo analisou dois cenários. No primeiro, o número de beneficiários é constante e apenas os custos são projetados. Os gastos com os idosos, que já representava 53% das despesas em 2010, irá representar 56%, em 2030, e 61%, em 2050. No segundo cenário, foram projetados os custos e o número de beneficiários. A participação dos idosos para o gasto total é superior nesse cenário, passando de 33%, em 2010, para 49%, em 2030, e para 65%, em 2050. Dentro do grupo idoso destaca-se o gasto da faixa etária de 80 anos ou mais, que passa de 11% para 31% do gasto total para o ano de 2050.

Assim como os gastos assistenciais, a inflação do setor de saúde, mensurada, por exemplo, pelo indicador Variação dos Custos Médico-Hospitalares, apurado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (VCMH/IESS), também apresenta tendência de crescimento. O VCMH expressa a variação do custo per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada e capta a oscilação tanto da frequência de utilização pelos beneficiários quanto do preço médio dos serviços de assistência à saúde. Em números, entre dezembro de 2007 e março de 2015, o VCMH cresceu 118%.

Em comparação, no mesmo período, o IPCA, índice de preços utilizado pelo governo brasileiro para referência de cálculo e acompanhamento da meta de inflação, aumentou 72%. Ou seja, o aumento da inflação dos custos médicos-hospitalares (expressa pelo VCMH) foi superior em 46 pontos percentuais quando comparada à inflação geral do país.

Gráfico 3 - Evolução do VCMH ponderado e IPCA, 2007 a 2015



Fonte: IESS

Apesar de todos esses desafios, a saúde suplementar persiste e mais usuários são incorporados a cada ano. Para saber como é constituído esse setor que atende a tantos beneficiários, será descrito na próxima seção sua composição e utilização pelos usuários.

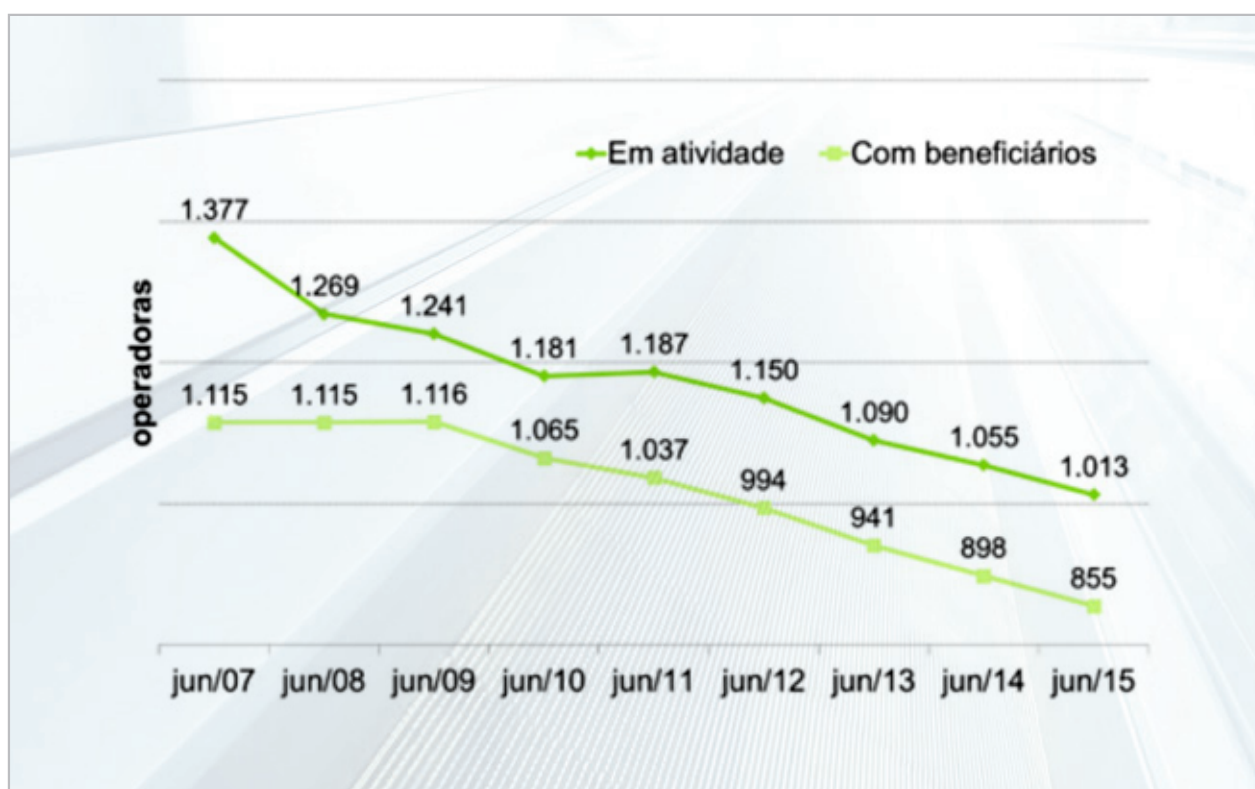
3. Composição do setor de saúde suplementar brasileiro

O mercado de saúde suplementar contava, em junho de 2015, com 1.013 operadoras médico-hospitalares em atividade, sendo que, dessas, 855 possuíam beneficiários em suas carteiras (Gráfico 4).

Entre dezembro de 2007 e junho de 2015, o número de operadoras em atividade diminuiu 26,8%, indicando um cenário de consolidação do setor, onde a tendência do mercado é a conservação daquelas operadoras mais sólidas e economicamente viáveis. Parte significativa dessa redução de operadoras decorreu de determinação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como o caso recente da cooperativa Unimed Paulistana, em setembro de 2015, que, por conta de problemas econômicos/financeiros e assistenciais, teve determinada a alienação compulsória da carteira e o fim das atividades. A empresa contava com cerca de 744 mil beneficiários.

Outros processos a marcar a consolidação do mercado de saúde suplementar foram as operações de fusão e aquisição entre concorrentes, bem como episódios de transferência voluntária (venda) de carteiras de beneficiários de uma empresa para outra.

Gráfico 4 – Número de operadoras em atividade e com beneficiários, 2007 a 2015



Fonte: ANS

O setor contempla uma estrutura de estabelecimento superior ao SUS, como é possível observar na Tabela 1. Esse é um dos fatores de maior relevância da atuação da iniciativa privada dessa cadeia de valor: ainda que o SUS seja um sistema universal, responsável por atender a mais de 200 milhões de brasileiros e financiado por meio da arrecadação de impostos dos contribuintes brasileiros, a saúde suplementar dispõe de uma infraestrutura de atendimento superior, ainda que voltada para cerca de um quarto da população.

Durante os anos de 2009 e 2015, a população brasileira usuária do SUS cresceu em 10,9 milhões de pessoas, chegando a 204,4 milhões de brasileiros. Já os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalar cresceram em 8 milhões de pessoas, alcançando 50,2 milhões de vínculos. Considerando essa população, há 36,6 estabelecimentos de atendimento ambulatorial por 100.000 usuários do SUS, enquanto essa relação para planos privados de saúde é superior: de 228,7 estabelecimentos por 100.000 beneficiários (Tabela 1).

Entre o período de 2009 e 2015, o número de estabelecimentos ambulatoriais subiu 11,1%, no SUS, e 37,7% na rede de atendimento dos planos de saúde privados. Os estabelecimentos de diagnose e terapia também apresentaram crescimento expressivo no período, com alta de 29,2% na saúde suplementar, enquanto que, no SUS, foi de 2,9%. Considerando os quatro principais tipos de estabelecimentos de saúde (ambulatorial, internação, diagnose e terapia e urgência), a disponibilidade é sempre maior no sistema de saúde suplementar em comparação ao SUS, exceto para as unidades de Urgência (Tabela 1).

Tabela 1 – Infraestrutura por 100 mil habitantes no SUS e na Saúde Suplementar, 2009 e 2015

Tipo de estabelecimento	2009		2015	
	SUS	Plano de Saúde Privado	SUS	Plano de Saúde Privado
Ambulatorial	33,0	166,1	36,6	228,7
Internação	3,1	3,8	2,8	4,6
Diagnose e Terapia	11,1	27,7	11,4	35,8
Urgência	3,7	3,1	4,9	4,0

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar – ANS

Tanto o aumento do número de beneficiários quanto a maior estrutura privada refletiram na expansão do atendimento assistencial ao beneficiário de plano de saúde. Na tabela 2 são apresentados os valores entre 2012 e 2013 da produção assistencial do setor privado em cinco segmentos diferentes.

Tabela 2 – Produção Assistencial do setor privado, 2012 a 2013

Produção Assistencial	1ºsem 2012	2ºsem 2012	1ºsem 2013	2ºsem 2013
Consultas médicas	122.165.666	121.795.440	129.307.393	132.426.545
Consultas médicas ambulatoriais	98.267.249	95.834.778	99.483.686	104.070.934
Exames complementares	286.558.133	295.931.728	315.910.579	351.572.264
Terapias	24.270.488	26.406.500	24.243.298	26.821.635
Internações	3.638.485	3.784.838	3.619.300	4.402.559

Fonte: Mapa Assistencial - ANS

A maior taxa de crescimento foi para os exames complementares que, entre o primeiro semestre de 2012 e o segundo semestre de 2013, aumentou 18,8%. Em seguida, as internações e as consultas médicas ambulatoriais foram as que mais cresceram, com 16,3% e 8,6%, respectivamente.

Como base para comparação, a Tabela 3 apresenta a oferta de equipamentos de diagnóstico tanto do setor público quanto do setor privado de diferentes países para o período de 2013: Austrália, Brasil, Canadá, Estados Unidos, França e Reino Unido. Para três tipos de equipamentos (ressonância magnética, tomógrafos computadorizados e mamógrafos), o Brasil apresenta oferta superior a recomendada pelo Ministério da Saúde. No entanto, a distribuição de equipamentos pode estar em sua maioria localizada nas capitais e ter uma menor densidade no interior dos estados.

O Ministério da Saúde recomenda 0,2 de aparelho de ressonância magnética por 100 mil habitantes, sendo que, em 2013, o Brasil tinha 0,82 aparelho, estando próximo aos números do Canadá, França e Reino Unido (Tabela 3).

O número de tomógrafos no Brasil, em 2013, foi de 1,76, sendo o recomendado 1 por 100 mil habitantes. Os números são superiores a países como Canadá, França e Reino Unido.

Por último, a oferta de mamógrafos no Brasil também supera a meta do Ministério da Saúde que é 0,42 mamógrafos por 100.000 habitantes. O País possui 2,33 equipamentos desse tipo para cada grupo de 100 mil habitantes, a segunda maior oferta per capita do conjunto de países analisado, só atrás do Reino Unido.

Tabela 3 - Índice de quantidade por 100.000 habitantes de equipamentos de diagnóstico, 2013

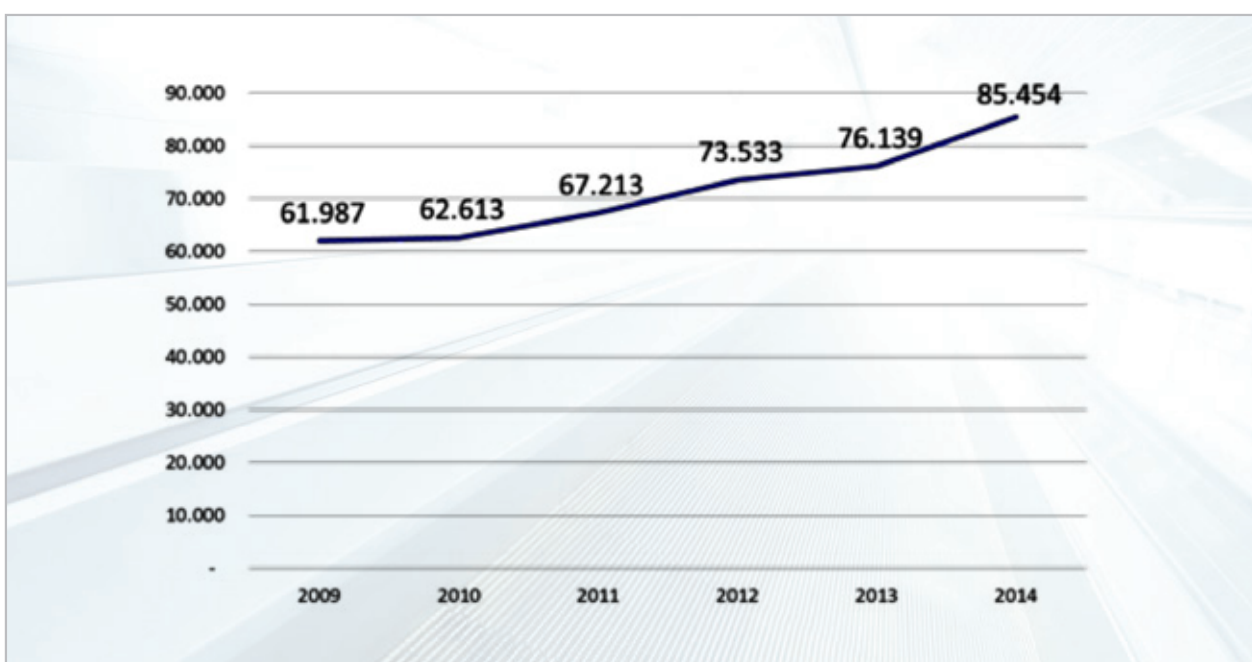
Países	Ressonância Magnética	Tomógrafos computadorizados	Mamógrafos
Austrália	1,34	5,37	2,25
Brasil	0,82	1,76	2,33
Canadá	0,89	1,47	1,64
Estados Unidos	3,55	4,34	-
França	0,94	1,44	-
Reino Unido	0,61	0,79	3,42*

Fonte: OCDE e CNES - *2011

4. Geração de Empregos

Além da importância no atendimento assistencial, o setor de saúde suplementar também tem seu papel na geração de empregos. Em números, os planos de saúde e as seguradoras de saúde admitiram, em 2014, 85.454 empregados com carteira assinada. Entre o período de 2009 a 2014 a taxa de crescimento de empregados admitidos na área da saúde suplementar com carteira assinada foi de 37,8% (Gráfico 5). Como pode ser observado no gráfico 4, a taxa de crescimento foi constante durante o período analisado, o que representa um setor estável e em expansão.

Gráfico 4 - RAIS - Admitidos em planos de saúde e seguro saúde, 2009 a 2014



Fonte: Ministério do Trabalho

5. A importância da saúde suplementar para a saúde pública

A Saúde Suplementar representa importante pilar de sustentação do próprio sistema nacional de saúde, tornando-se, hoje, indispensável para o Estado, que não teria, de outra forma, como suportar a incorporação dos gastos desse setor no orçamento da União.

Atualmente, o setor de Saúde Suplementar, componente do setor privado, fornece assistência a 50,2 milhões de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e a 21,8 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (dados referentes a Set/15). O atendimento a esses beneficiários gerou, em 2014, R\$ 106,3 bilhões em eventos de assistência à saúde pagos pelas operadoras médico-hospitalares e de R\$ 1,3 bilhão pelas operadoras exclusivamente odontológicas.

O maior gasto assistencial médio na Saúde Suplementar está relacionado ao serviço diferenciado prestado por esse sistema que, em geral, apresenta uma maior incorporação tecnológica e ao atendimento de uma população com uma estrutura etária mais envelhecida em relação aos usuários do SUS, o que gera maiores despesas. Além disso, os gastos do SUS são limitados pelo orçamento público, impactando sobre o gasto médio.

5.1. Deduções fiscais dos gastos com planos de saúde vs Contribuição da Saúde Suplementar para o governo

De acordo com a Lei nº 9.250, as despesas com saúde que podem ser deduzidas do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) são as despesas médicas ou de hospitalização, os pagamentos efetuados a médicos de qualquer especialidade, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais e as provenientes de exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. Além disso, pode ser deduzido o total dos valores das prestações mensais pagas para participação em planos de saúde que assegurem direitos de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica ou hospitalar, prestado por empresas domiciliadas no Brasil, em benefício próprio ou de seus dependentes relacionados na Declaração de Ajuste Anual (Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995). A dedução da mensalidade do plano de saúde pode ocorrer mesmo se o plano de saúde for coletivo empresarial, desde que os pagamentos sejam desembolsados pelo beneficiário.

Apesar do direito do cidadão de ter a dedução das despesas com saúde do imposto de renda, o montante de deduções ainda é pequeno em relação ao valor total dos eventos de assistência à saúde pagos pelas operadoras de planos de saúde (Tabela 4). De 2009 a 2012, as deduções fiscais de gastos com planos de saúde do IRPF somadas no período foram de R\$ 19 bilhões; e de R\$ 11,2 bilhões do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ); totalizando R\$ 30,2 bilhões. Enquanto que o faturamento da saúde suplementar no mesmo período foi de R\$ 263,4 bilhões. Alguns fatores impedem que as deduções sejam totalmente utilizadas pelo contribuinte como, por exemplo, a declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física simplificada e das Pessoas Jurídicas optantes pelos regimes tributários do Simples ou lucro presumido, que são impossibilitadas de fazer as deduções. Em 2012, 58% dos contribuintes fizeram declaração pelo método de desconto simplificado (ReceitaData), portanto, não houve a dedução fiscal direcionada a planos de saúde.

As deduções cresceram 34,9%, passando de R\$ 4,1 bilhões, em 2009, para R\$ 5,8 bilhões em 2012, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4: Deduções fiscais e Dispendios do setor de saúde suplementar e impacto sobre o orçamento público, 2009-2012 (R\$ bilhões)

Dispêndios do setor de saúde suplementar que desoneram o orçamento público e deduções fiscais (em R\$ bilhões)	2009	2010	2011	2012	Impacto sobre o orçamento público
Despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde	54,20	59,90	69,10	80,22	+
Ressarcimento ao SUS	0,01	0,02	0,08	0,07	+
Tributos diretos	2,30	2,80	3,40	3,70	+
Total (A)	56,51	62,72	72,58	83,99	+
Deduções fiscais das despesas com planos de saúde (IRPF)	4,10	4,30	4,80	5,80	-
Deduções fiscais das despesas com saúde (IRPJ)	2,30	2,70	2,90	3,30	-
Total (B)	6,40	7,00	7,70	9,10	-
Total (A) - Total (B)	50,11	55,72	64,88	74,89	+

Fonte: Dados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde/ANS e Receita Federal

Os dados aqui analisados foram obtidos por meio de solicitação de acesso à informação para a Receita Federal. Essa instituição não disponibilizou os dados referentes às deduções fiscais de gastos com planos de saúde do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ), apenas o total de deduções fiscais das despesas médicas das empresas com funcionários. Isso não compromete a análise, pois estima-se que as empresas gastam aproximadamente 10% do valor da folha de pagamento com benefícios para a saúde e bem-estar do trabalhador, sendo 8,5% só com planos de saúde (Amcham Brasil). Em 2012, as deduções com despesas de saúde do IRPJ totalizaram R\$ 3,3 bilhões. Isso significa que as deduções fiscais para planos de saúde totalizaram R\$ 9,1 bilhões naquele ano. Por outro lado, a despesa assistencial dos planos de saúde, tanto individuais quanto coletivos, cresceu 48,1% entre 2009 e 2012, sendo que nesse último ano as despesas totalizaram R\$ 80,2 bilhões. Considerando que o total das deduções fiscais (indivíduos e empresas) para planos de saúde cresceu 41,4% no mesmo período, pode-se dizer que a contribuição direta do setor de saúde suplementar para o setor de saúde como um todo cresceu mais do que as deduções.

Deve-se lembrar que as operadoras de planos de saúde ainda geram para o governo arrecadação de tributos, alguns dos quais constituem fontes para o financiamento do SUS. Entre os tributos pagos, destacam-se contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salários como COFINS, PIS, CSLL, além de impostos como o IRPJ e ISS. A arrecadação desses tributos forma o Orçamento da Seguridade Social, da qual uma parcela é destinada para a saúde pública.

De acordo com um estudo do IBPT (Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação), o pagamento de tributos das operadoras de planos de saúde médico hospitalares em 2013 foi de R\$ 4,3 bilhões (Tabela 5), considerando apenas tributos diretos. Em 2012, último ano para o qual há dados de deduções fiscais, o pagamento de tributos foi de R\$ 3,7 bilhões (Tabela 4). Os principais tributos pagos em 2013 são os que incidem sobre a folha de pagamento, que representam 36,2% do total, e os tributos federais sobre o faturamento, que representam 23,6% do total.

Na tabela 4 são apresentados todos os gastos da saúde suplementar nos anos 2009, 2010 e 2011 e as respectivas deduções fiscais. Somando as despesas assistenciais, ressarcimento ao SUS e tributos diretos, observa-se um montante de R\$ 83,99 bi de gastos pela saúde suplementar. Esse gasto é superior ao total de deduções fiscais do setor (R\$ 9,1 bilhões), de forma que a diferença positiva de R\$ 74,89 bilhões representa o montante que a Saúde Suplementar alivia o orçamento do governo para gastos com saúde.

Na ausência da Saúde Suplementar, todo o montante de R\$ 74,89 bilhões das despesas assistenciais, já excluído o que foi deduzido do IR e IRPJ, teriam de ser arcados pelo SUS.

Além disso, as operadoras de planos de saúde têm sido obrigadas a restituir ao SUS as despesas de eventuais atendimentos aos seus beneficiários, obedecendo ao chamado Ressarcimento ao SUS. De acordo com a Lei nº 9.656/1998, as operadoras são obrigadas a restituir as despesas do Sistema Único de Saúde com o atendimento de beneficiários que tenham cobertura contratual do plano para o procedimento realizado no SUS. É importante observar, entretanto, que há a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 1.931, impetrada no Supremo Tribunal Federal (STF) pela Confederação Nacional da Saúde (CNS), que contesta o dispositivo de ressarcimento ao SUS. O tema aguarda julgamento, mas, na prática, pode representar um risco relevante às finanças públicas caso o mérito seja favorável à parte contestadora.

Por outro lado, caso o STF confirme a constitucionalidade da cobrança, a decisão só reforçará a relevância da participação da saúde suplementar como um instrumento de alívio operacional e financeiro ao SUS. De 2008 a 2012, a ANS arrecadou R\$ 187,2 milhões devido ao recebimento de AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) cobradas das operadoras de planos de saúde.

Recentemente, além das AIHs, a ANS também passou a considerar exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade, que passarão a ter seus valores ressarcidos ao SUS, com base no atendimento identificado por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Com essa mudança, só no ano de 2014, o volume pago pelas operadoras ao ressarcimento ao SUS saltaram para um patamar de R\$ 393 milhões. No período de 2011 a 2014, os valores arrecadados com o ressarcimento ao SUS atingiram o montante de R\$ 731 milhões.

Tabela 5: Tributos pagos por operadoras médico-hospitalares por modalidade, 2009 a 2013 (R\$ bilhões)

	2009	2010	2011	2012	2013
Medicina de grupo	1,0	1,2	1,5	1,6	1,7
Cooperativas médicas	0,7	0,7	0,9	1,0	1,2
Seguradoras	0,6	0,9	1,0	1,1	1,1
Odontologia de grupo	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Cooperativa odontológica	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Total	2,5	2,9	3,6	4,0	4,3

Fonte: Adaptado de estudo do IBPT “Carga Tributária dos Planos de Saúde Suplementar”, 2014

Além do ressarcimento ao SUS, a contribuição do setor de Saúde Suplementar pode ser considerada ainda maior do que o exposto na Tabela 4, pois há a tributação indireta, que o IBPT estima ter sido de R\$ 19 bilhões em 2013. A tributação indireta é constituída por impostos aplicados nos insumos de produção e que, por isso, são repassados para frente em cada estágio da cadeia de produção e circulação (Siqueira et al., 2012). Os principais tributos indiretos são PIS, COFINS, IPI e ICMS (Paes, 2012).

6. O setor de saúde suplementar como fonte de investimento

Desde 1998, a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656, de 1998) permitiu o capital estrangeiro nos negócios de saúde suplementar. Ao longo da trajetória do mercado, notou-se que o ingresso de grandes organizações internacionais, em especial fundos de investimento e operadoras com experiência em grandes mercados, promoveram significativas mudanças nesse mercado. Em 2010, o Carlyle Group, fundo de investimentos americano, adquiriu por R\$ 1,9 bilhão (segundo fontes do mercado noticiadas pela imprensa) o controle da Qualicorp, administradora de benefícios líder na oferta de planos de saúde coletivos por adesão. Outra operação significativa foi a aquisição, em 2012, da Amil pela United Health, maior operadora do mercado dos EUA, por cerca de R\$ 10 bilhões; um negócio benéfico ao ingresso de novos investimentos estrangeiros diretos no País.

Outros casos também continuaram a acontecer nesse mercado. É significativo observar, entretanto, que toda essa dinâmica proporcionou também o debate a respeito da abertura ao investimento estrangeiro em atividades hospitalares.

No início de 2015, foi promulgada a Lei nº 13.097 de 2015, a qual alterou a Lei nº 8.080 de 1990 no que diz respeito à disciplina de serviços de assistência à saúde. Pelo artigo 142 dessa nova lei, é permitida agora a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, antes restringido pela lei.

Algumas dúvidas surgiram sobre possíveis impactos na saúde pública do país e em relação aos dizeres contrários da lei nº 13.097 em relação à Constituição. No entanto, o que é visto é que o modelo fundamentalmente público já não existe mais e há grande participação do setor privado na saúde, com destaque para os planos de saúde.

Nesse cenário, a participação de capital estrangeiro tem a vantagem de permitir maior investimento financeiro dentro da prestação de serviços em saúde, que terá o potencial de trazer, por exemplo, melhoria na infraestrutura de hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros. Além disso, um maior aporte financeiro para a saúde no Brasil, somado à experiência em gestão em saúde de grandes grupos estrangeiros, pode fazer com que aumente a oferta e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Por si só, a entrada de novos participantes pode contribuir para aumentar a competitividade do setor de saúde privada, o que é benéfico para o setor.

Na lei nº 13.097 é citado que a participação de capital estrangeiro pode acontecer na prestação de serviços de assistência à saúde, inclusive naqueles filantrópicos. Portanto, outro benefício da entrada do capital estrangeiro pode ser no auxílio à atenuação da crise de financiamento e de gestão da rede filantrópica, notadamente nas Santas Casas.

Por fim, haverá impacto na geração de empregos diretos e indiretos na área por meio da construção de serviços de saúde e do investimento em pesquisa e em produção de medicamentos e produtos para saúde. Os benefícios, portanto, não serão apenas assistenciais, mas também estruturais para a economia brasileira.

7. Considerações Finais

O sistema brasileiro de saúde consumiu, em 2014, recursos da ordem de R\$ 557 bilhões, equivalendo a cerca de 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com dados da Euromonitor, com base em recente estudo produzido pelo Insper e contratado pelo IESS (INSPER).

Ainda que o Brasil tenha um sistema de saúde universal e gratuito, financiado com os recursos dos contribuintes, ele vive uma situação extremamente particular. Segundo a OMS, em 2013, o setor público respondia por cerca de 48,2% dos gastos per capita com saúde no País. A iniciativa privada respondeu pelos 51,8% restantes, sendo que a saúde suplementar, via planos de saúde, é o principal agente financiador dessas despesas.

Em 2013, o SUS consumiu aproximadamente R\$ 1.640,34/per capita, prestando atendimento a cerca de 200 milhões de brasileiros. Por outro lado, o sistema de saúde privado arcou, no mesmo ano, com despesas de ordem de R\$ 1.764,36/per capita, destinadas a aproximadamente 50 milhões de beneficiários (OMS). Como se pôde notar, esse é um setor de grande impacto social e que tem enfrentado grandes desafios.

O recente ciclo de queda de dinamismo da economia brasileira, verificado a partir de 2014 e projetado a perdurar, pelo menos, até 2016, mostra que esse é um segmento que deve merecer uma atenção redobrada pelas autoridades governamentais.

A saúde suplementar é um fator crucial de financiamento do sistema brasileiro de saúde. Em suma, constata-se que o setor de saúde suplementar no país não apenas tem importância na prestação de serviços assistenciais, mas também, como alternativa para a grande demanda que o setor público enfrenta, assim como para geração de investimentos (diretos e indiretos), recolhimento de tributos e promoção de emprego e renda. Torna-se, dessa forma, de grande relevância e merecedor da atenção dos gestores públicos, legisladores e até mesmo do Poder Judiciário, de modo a assegurar, cada qual dentro de seus campos específicos de atuação, mecanismos que suportem sua atividade e, principalmente, colaborem para sua sustentabilidade econômico, financeira e assistencial. Por fim, ressalta-se a importância de preservar a qualidade e segurança de atendimento aos mais de 50 milhões de beneficiários da saúde suplementar, uma vez que sua fragilização e inexistência podem representar um risco de aumento de demanda ao SUS o que incorreria, sem margem de dúvida, em maior comprometimento operacional e financeiro do sistema público de saúde.

8. Referências

ALMEIDA NETO, A. ET AL. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. *Fisioter Pesq.*, n.19, v. 4, p. 332-338, 2012.

BAHIA, L. e VIANA, A. Capítulo Introdução IN: Regulação & Saúde. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, ANS, 2003.

Capital estrangeiro na saúde? Falta debate. <http://brasildebate.com.br/capital-estrangeiro-na-saude-falta-debate/>. Acesso em 05/11/2015

Capital estrangeiro na saúde: ter ou não ter? <http://pensesus.fiocruz.br/capital-estrangeiro-na-sa%C3%BAde-ter-ou-n%C3%A3o-ter>. Acesso em 05/11/2015

Investe SP cria projeto de atração de investimentos estrangeiros para saúde. <http://www.investe.sp.gov.br/noticia/investe-sp-cria-projeto-de-atracao-de-investimentos-estrangeiros-para-saude/>. Acesso em 05/11/2015

Lei facilita investimento estrangeiro no mercado de saúde brasileiro. <http://anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/lei-facilita-investimento-estrangeiro-no-mercado-de-saude-brasileiro>. Acesso em 05/11/2015

LEI Nº 13.097, DE 19 DE JANEIRO DE 2015. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm. Acesso em 05/11/2015

PAES, N. O custo da ineficiência da tributação indireta brasileira. *R. Bras. Eco. de Emp.* V.12, n. 2, p. 67-84, 2012.

SIQUEIRA, R. et al. O custo marginal social da tributação indireta no Brasil: identificando direções de reforma. *Economia Aplicada*. V.16, n.3, Ribeirão Preto July/Sept. 2012

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(4):663-666, abr, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>

INSPER - CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR - Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas - <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/83uu5a8slc4tbs72.pdf> - Acesso em 05/11/2015

