

Nota de Acompanhamento do Caderno de Informação da Saúde Suplementar

Março 2009

1. Informações Gerais

A partir de setembro de 2008 o cenário econômico mundial e o brasileiro mudaram e com eles se reverteu a tendência de elevado crescimento do número de beneficiários do setor de Saúde Suplementar.

Nos três primeiros trimestres de 2008, segundo os dados da ANS, observou-se um crescimento de 4,6%, com média trimestral de 1,5%. Em razão do novo cenário, ocorreu uma forte desaceleração dessa taxa de crescimento - no quarto trimestre foi de apenas 0,3%. No acumulado do ano, esse crescimento foi de 4,9%, totalizando, em dezembro 40.910.631 beneficiários.

Tabela 1. Taxas de crescimento do n° de beneficiários – acumulado trimestres de 2008

	Período	Beneficiário	$\Delta\%$ com dez07	$\Delta\%$ trimestre
Total	dez/07	38.994.937		
	set/08	40.793.538	4,6	
	dez/08	40.910.631	4,9	0,3
Novos	dez/07	27.671.039		
	set/08	29.643.328	7,1	
	dez/08	30.338.716	9,6	2,3
Antigos	dez/07	11.323.898		
	set/08	11.150.210	-1,5	
	dez/08	10.571.915	-6,6	-5,2
Individual	dez/07	8.562.218		
	set/08	8.382.029	-2,1	
	dez/08	8.490.488	-0,8	1,3
Coletivo	dez/07	28.182.184		
	set/08	29.981.472	6,4	
	dez/08	30.262.594	7,4	0,9

Fonte: Tabela 1.1

Destacam-se algumas reversões de tendências neste último trimestre. Nota-se uma intensificação na substituição de planos antigos por planos novos, especialmente nos planos individuais. Neste trimestre, o número

de planos antigos caiu 5,2%, comparado com queda de 1,5% no acumulado dos três trimestres anteriores. O número de planos individuais caiu 0,8% no ano (2,1% até o terceiro trimestre e recuperação de 1,3% no quarto trimestre). Dessa forma, a participação dos planos novos no total aumentou de 71,0% em dezembro de 2007, para 74,2% em dezembro de 2008.

Os planos coletivos continuam liderando o crescimento do setor, com 7,4% no ano (mas apenas 0,9% no quarto trimestre).

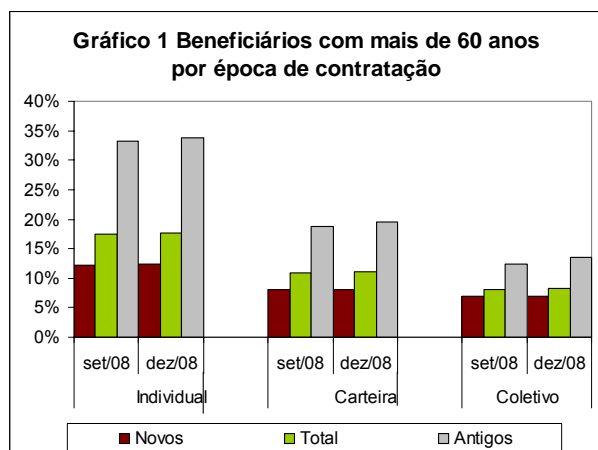
Comentou-se na última NACISS e na 6ª Edição da Conjuntura – Saúde Suplementar a forte correlação entre o crescimento do PIB e a expansão da saúde suplementar. A crise se instalou no quarto trimestre e já se nota um desaceleração brusca na taxa de crescimento do número de beneficiários de planos coletivos (de 2,1% na média dos trimestres anteriores para 0,9% no quarto trimestre).

No último trimestre do ano o Produto Interno Bruto se retraiu 3,6% e o número de planos cresceu 0,3%. Devia-se esperar queda maior? Por que isso não ocorreu?

Levantam-se duas hipóteses possíveis. A primeira, as demissões não acarretam a imediata cessação do plano de saúde dos demitidos. A Lei garante o direito de permanência no plano para segurados contribuintes por um prazo mínimo de seis meses e acordos de incentivo ao desligamento podem oferecer a manutenção de benefícios por tempo determinado após a demissão. A segunda, o plano de saúde é considerado por parte da população como despesa essencial, levando-a a continuar com o plano, mesmo que isso signifique comprometer o orçamento familiar no curto prazo.

Cabe verificar se nesses movimentos de entrada e saída de planos de saúde ocorreu seleção adversa revelada pelo aumento da concentração de idosos.

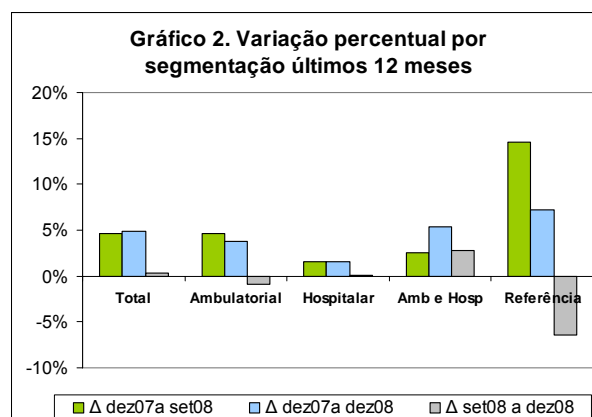
Entre setembro e dezembro de 2008, a participação de indivíduos com mais de 60 anos cresceu 0,1 p.p. no total de planos, mas nos planos antigos a variação foi muito maior (0,7 p.p.), produto da passagem de mais um ano em carteiras que têm apenas saídas sem novas admissões. No quarto trimestre, só não ocorreu aumento do percentual de idosos na carteira de planos coletivos novos.



Fonte: Tabela 1.10

Há mais idosos nas carteiras de planos antigos do que na de novos. Os extremos de concentração são: a menor nos planos coletivos novos (6,9%) e a maior nos planos individuais antigos (33,9%).

Ocorreu também importante alteração de tendência na segmentação de planos. Enquanto nos três primeiros trimestres de 2008 o crescimento dos planos referenciais foi muito acima da média, neste último trimestre ocorreu forte decréscimo destes. A única segmentação que apresentou crescimento foi a Hospitalar e Ambulatorial.



Fonte: Tabela 1.9

Dentre as modalidades de Operadoras, o destaque cabe às Seguradoras, que tiveram crescimento de 16,0% no ano (Tabela 2). Seguiram-se as Filantropias e as Cooperativas. As Medicinas de Grupo perderam espaço nas vendas em 2008.

Tabela 2. Taxas de crescimento do n° de beneficiários por modalidade de OPS, dezembro 2008

	dez/07	dez/08	Δ%
Autogestão	5.186.377	5.206.505	0,4
Cooperativa	12.964.200	13.944.239	7,6
Filantropia	1.317.077	1.430.219	8,6
Med de Grupo	15.258.962	15.380.162	0,8
Seguradora	4.268.321	4.949.506	16,0

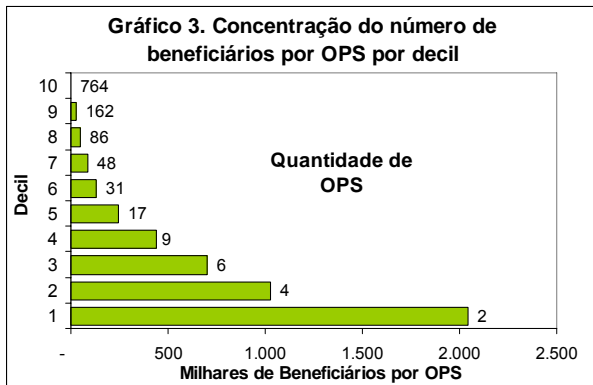
Fonte: Tabela 1.17

O ano de 2008 também foi marcado pelo aumento do número de direções fiscais em OPS e liquidações de carteiras. Em 2008, foram fechadas 39 OPS com beneficiários, ante 37 em 2007.

Essas ações racionalizadoras da ANS promovem a diluição do risco e reduzem as flutuações percentuais dos sinistros. Ainda sobrevivem no setor 764 OPS cujo número médio de beneficiários é de apenas 5.361. As modalidades com o menor número de beneficiários são as Autogestões e as Medicinas de Grupo.

O Gráfico 3 a seguir mostra a quantidade de beneficiários por OPS, pela concentração de

beneficiários por decil. No primeiro decil, duas OPS detêm 10% do mercado, média de 2 milhões de beneficiários.

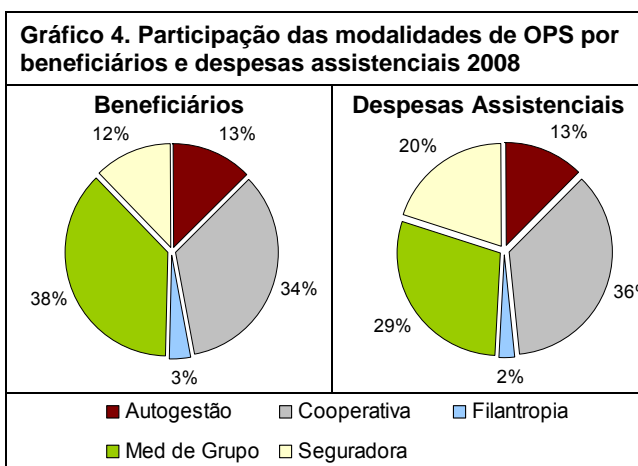


Fonte: Tabela 1.15

2. Informações econômico-financeiras

Neste Caderno, a ANS atualizou as informações econômico-financeiras para o ano de 2008. O Faturamento do segmento cresceu 10,4% no ano, tendo alcançado R\$ 55,8 bilhões. O prêmio médio aumentou 5,1%, tendo chegado a R\$ 116,46.

As despesas assistenciais somaram R\$ 44,8 bilhões, ou R\$ 1.122,40 por beneficiário/ano (computando-se o número médio de beneficiários no ano, incluídos os não expostos por estarem em carência).



Fonte: Tabela 1.17 e Tabela 2.8

As Seguradoras concentram 12% dos beneficiários e respondem por 20% das despesas assistenciais. Em contrapartida, as Medicinas de Grupo concentram 38% dos beneficiários e 29% das despesas assistenciais.

As despesas administrativas representam 17% do total das despesas. O menor percentual de despesas administrativas está no segmento das Seguradoras com 10%, seguido pelas Autogestões 12%. Cooperativas e Medicinas de Grupo ficam próximo à média e Filantropia é o segmento que tem a maior proporção de despesas administrativas com 62%. A taxa de sinistralidade média do setor foi de 80,3% e a lucratividade média foi de 3,2%.

3. Nova seção: Prestadores

A ANS lançou mais uma seção neste Caderno, denominada “Prestadores”. Nesta seção, a partir dos dados do CNES, o Caderno reporta a quantidade de estabelecimentos em saúde por tipo e se atende ou não planos de saúde.

A taxa de cobertura de planos de saúde para a população brasileira é de 21,6%. Pouco mais da metade (51%) dos estabelecimentos de saúde no Brasil atendem aos planos de saúde. Os Pronto Socorros Gerais são a única modalidade que tem baixo atendimento para planos de saúde, com apenas 11% (Tabela 3).

Tabela 3. Estabelecimentos de saúde por tipo de atendimento prestado

	Brasil	Atendem OPS	Part. OPS
Clinica ou amb esp	24.858	11.615	47%
Consultório Isolado	90.740	49.218	54%
Hosp. esp	1.270	907	71%
Hosp. geral	5.187	3.551	68%
Policlínica	4.195	1.649	39%
PS esp	145	89	61%
PS geral	588	62	11%
Diagnose e terapia	15.015	5.305	35%

Fonte: Tabelas 5.1 e 5.2

O sistema hospitalar tem 509 mil leitos para internação, 27,6% dos quais não atendem ao SUS. Disso resulta que há 3,4 leitos para cada mil beneficiários de planos e saúde, enquanto o SUS dispõe de 1,9 leitos por mil habitantes. Os dados de utilização de serviço ainda não foram atualizados para 2008.

4. Planos exclusivamente Odontológicos

Os planos odontológicos cresceram 19% em 2008, atingindo em dezembro 11.085.201 de beneficiários - 90% são planos posteriores à Lei e 86,7% são planos coletivos. O número de planos exclusivamente odontológicos já alcança 27,1% do número de planos de saúde com ou sem odontologia.

Em 2008, faturaram R\$ 1,1 bilhão, o que representa apenas 1,9% do faturamento total do setor. Apresentam baixa sinistralidade, 48,9%, mas elevado custo administrativo 40% do total das despesas e lucratividade média de 18,4%. Atuam hoje 411 operadoras de planos exclusivamente odontológicos com beneficiários.

5. Seção em Pauta

Neste caderno, a seção em pauta elegeu o tema “A atenção à saúde da mulher e o mercado de planos privados de saúde: análise dos planos obstétricos no Brasil”, com dados de dezembro de 2007.

A ANS adotou a saúde da mulher como uma das linhas de cuidado prioritárias para o monitoramento da atenção prestada. Essa postura reflete a importância que a ANS dá para a atenção à saúde da mulher no Programa de Qualificação de Saúde Suplementar e no programa de incentivo ao parto natural. Em âmbito nacional, a primeira política de atenção à mulher foi implementada em 1984.

Como introdução, o texto apresenta um diagnóstico sócio-econômico das mulheres do Brasil - principais características de morbidade e atenção obstétrica. Destaca que as mulheres são mais longevas, utilizam mais os serviços de saúde e relatam morbidades com mais frequência.

Em dezembro de 2007, dos 39,2 milhões de vínculos, 80,3% incluíam cobertura obstétrica e 13,5% não incluíam (6,2% não identificados). Essa cobertura obstétrica é idêntica para homens e mulheres, está concentrada nos planos coletivos posteriores à Lei, e em menor frequência nos planos individuais anteriores à Lei. As Seguradoras oferecem à quase totalidade de sua população essa cobertura, enquanto as Autogestões apenas para 72%. As demais modalidades ficaram bem próximas à média.

A taxa de cobertura de mulheres com plano de saúde é de 21,7%, em idade fértil este número diminui para 17,4% e combinando com cobertura obstétrica a cobertura é de 16,9%. Em 2007, o crescimento dos planos com cobertura obstétrica foi de 5,1% enquanto os sem foi de 5,8%, lembrando a grande diferença no número absoluto.

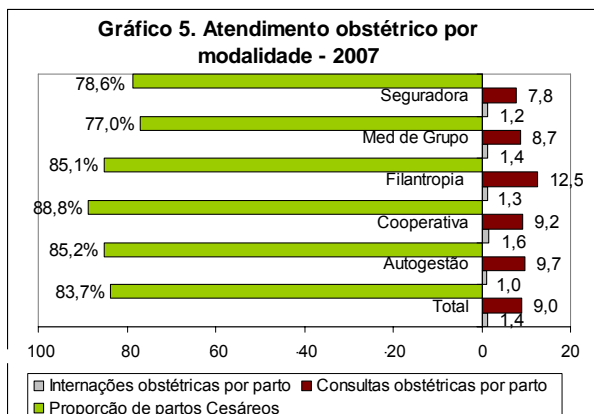
Com base no número de crianças com até um ano de idade, a ANS estimou a taxa de natalidade da população beneficiária. Encontrou uma taxa inferior do que a nacional, explicada pela menor natalidade associada ao maior nível de educação e renda.

A ANS também verificou a rotatividade das beneficiárias em idade fértil e crianças até um ano. Percebeu-se que a rotatividade desses beneficiários não é diferente da que ocorre para todas as mulheres em idade fértil e crianças a partir do quinto mês. A diferença na taxa para crianças de até cinco meses se deve ao bem mais elevado número de adesões do que cancelamentos, o que está relacionado à não exigência de carência para adesão de

recém nascidos até os primeiros trinta dias 30 dias de vida.

Na atenção obstétrica, chama atenção a alta proporção de partos cesáreos, que aumentaram sua participação de 77,5% em 2005 para 83,7% em 2007.

Com relação ao número de internações verificou-se 1,4 entre pessoas com planos (dados do SIP/ANS), e 1,2 entre as pessoas sem plano (dados do SIH/SUS). Entre as pessoas com planos, a frequência de internações foi 15% maior. Já o número de consultas pré-natal é bastante elevado no sistema suplementar, com média de 9 consultas, número acima do mínimo de 6 recomendado pelo Ministério da Saúde e muito superior ao realizado no SUS, 3,2.



Fonte: Figura 9 e 10

O índice de internações (número de internações por 100 partos) em UTI em menores de 28 dias foi de 4,9 (SIP/ANS) no sistema suplementar em comparação a 2,1 (SIH/SUS).

A ANS relaciona esse indicador mais elevado ao maior acesso a esse serviço bem como à elevada taxa de operações cesarianas. Porém relata que a maioria dos dados coletados se referem às internações cujo código diagnóstico principal está contido no Capítulo XVI do CID-10 (Algumas afecções originadas no

período perinatal), que exclui causas como malformações congênitas, lesões, doenças endócrinas e metabólicas, entre outras. A ANS destaca que “*altas taxas de internação por causas descritas no capítulo mencionado estão geralmente relacionadas a insatisfatórias condições de saúde materna assim como à inadequada assistência ao pré-natal, parto e puerpério.*”

No entanto, pode-se questionar essa visão. Os próprios dados da ANS revelam que são feitas em média 6 consultas de pré-natal a mais em usuárias do sistema suplementar do que nas parturientes atendidas pelo SUS. No Texto de Discussão 0020 do IESS verificou-se que as beneficiárias de plano de saúde têm melhor acompanhamento pré-natal e melhor assistência ao parto e puerpério do que as mulheres atendidas pelo SUS.

A ANS também destaca que um dos aspectos relevantes para o alcance de bons resultados perinatais é a disponibilidade (superior na rede privada) de uma rede hierarquizada, estruturada e aparelhada, bem como de maternidades com uma ambiência que favoreça a evolução fisiológica do parto.

A forma de remuneração por serviços prestados induz à sobre-utilização. De fato 94% das OPS pagam por procedimento, apenas 15% delas também optam por pagamento por pacotes, e apenas 0,5% delas por desempenho.

Por fim, a ANS não observou diferenciação entre beneficiárias de planos privados de saúde em idade reprodutiva do restante da população de beneficiários. Assim como não observou diferenças por gênero quanto à distribuição da população por tipos de planos, taxa de crescimento e rotatividade.

4. Referência

Agência Nacional de Saúde Suplementar –
ANS - **Caderno de Informações de Saúde
Suplementar** de março de 2009, disponível
em www.ans.gov.br.

5. Equipe Técnica

José Cechin – Superintendente Executivo

Carina Burri Martins – Consultora

Francine Leite – Consultora