

Nota de Acompanhamento do Caderno de Informação da Saúde Suplementar

Junho 2009

1. Informações Gerais

O crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica foi de apenas 0,3%.

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

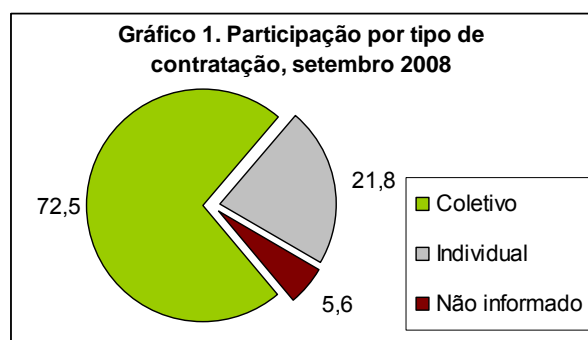
	Período	Beneficiário	$\Delta\%$ 12 meses	$\Delta\%$ trimestre
Total	dez/07	38.999.104		
	dez/08	41.274.985	5,8%	
	mar/09	41.392.020		0,3%
Novos	dez/07	27.680.813		
	dez/08	30.486.366	10,1%	
	mar/09	30.772.426		0,9%
Antigos	dez/07	11.318.291		
	dez/08	10.788.619	-4,7%	
	mar/09	10.619.594		-1,6%
Individual	dez/07	9.062.259		
	dez/08	9.044.296	-0,2%	
	mar/09	9.040.040		0,0%
Coletivo	dez/07	27.513.242		
	dez/08	29.875.347	8,6%	
	mar/09	30.025.951		0,5%

Fonte: Tabela 1.1

A expansão do número de beneficiários de planos de saúde está fortemente associada ao crescimento econômico, acompanhando o mercado formal de emprego e a renda real. Comentou-se 7ª Edição da Conjuntura – Saúde Suplementar, que o número de empregos com carteira assinada diminuiu 2,3% no primeiro trimestre de 2009, após queda abrupta no último trimestre de 2008.

Os planos coletivos apresentaram leve crescimento no primeiro trimestre (0,5%), inferior ao crescimento já reduzido do quarto trimestre (0,9%). Os planos individuais tiveram leve redução, após crescimento de 1,3% no quarto trimestre de 2008.

Os dados deste caderno mostram que a participação dos planos coletivos no total é de 72,5% do total, enquanto os dados do Caderno de março de 2009 apontavam para uma participação de 74%. Essa mudança foi devida à reclassificação de 332 mil vidas em dezembro de 2004 no caderno de junho de 2009.



Fonte: Tabela 1.1

Cabe verificar se nesses movimentos de entrada e saída de planos de saúde ocorreu seleção adversa revelada pelo aumento da concentração de idosos. De fato, a carteira de jovens (até 18 anos de idade) diminuiu 0,7%, enquanto a de idosos cresceu 1,3% e a dos beneficiários em idade ativa cresceu 0,5%, acarretando o ganho de 0,1 p.p. na participação de cada uma dessas carteiras no total de planos.

A tendência que se vinha observando nos dados anteriores continua a mesma: acelerado envelhecimento nos planos individuais, em especial os antigos, e diminuição do número de jovens nos planos coletivos.

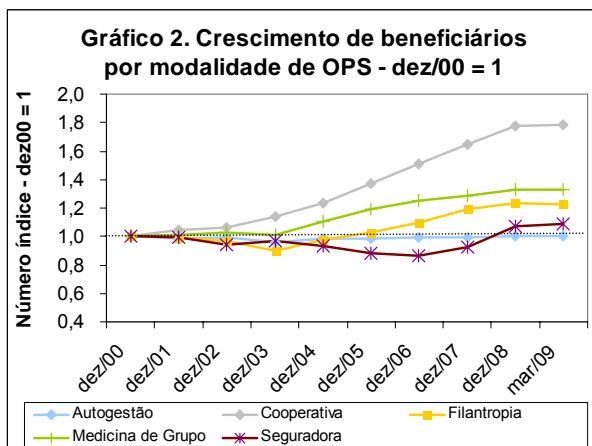
Os planos de saúde, por serem majoritariamente coletivos empresariais, se concentram nas regiões que também concentram a atividade econômica. Assim, na Região Sudeste estão 66,4% de todos os planos do País. Visto de outra forma, as

Regiões Metropolitanas concentram 58,8% de todos os planos.

Em relação ao trimestre anterior, não houve mudança expressiva nas tendências de crescimento dos diferentes segmentos de planos: crescimento no Hospitalar e Ambulatorial (0,5%), retomada do crescimento dos planos Referência (0,3%) e retração no segmento Ambulatorial e no Hospitalar. Esses dois últimos segmentos representam aproximadamente 7% do mercado. Essa baixa participação revela o baixo interesse das pessoas por esse tipo de plano. Do lado das operadoras, esses planos embutem um elevado potencial de risco judicial, pois o portador de plano ambulatorial pode demandar cobertura de internação (excluída do contrato pactuado pelo beneficiário) e o de plano hospitalar, a cobertura ambulatorial (também excluída do contrato pactuado pelo beneficiário).

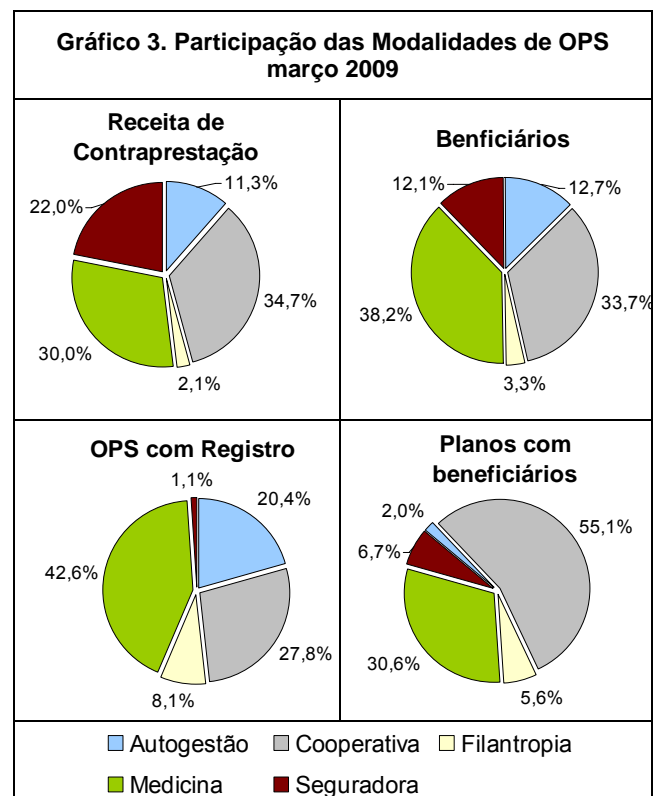
2. Modalidade de Operadoras

Dentre as modalidades de Operadoras, o destaque cabe às Seguradoras, que mantiveram o crescimento no número de beneficiários de 1,5% no trimestre, bem acima da taxa total de 0,3. As cooperativas vieram em seguida com 0,8% e as demais modalidades perderam beneficiários no trimestre.



Fonte: Tabela 1.17

O Gráfico 3 mostra a participação de cada modalidade de operadora nas receitas de contraprestação, no número de beneficiários, no número de operadoras com registro e no número de planos com beneficiários. Observa-se uma grande variação na participação das modalidades entre essas dimensões.



Fonte: Tabela 1.17, 2.4, 2.6 e 3.4

As Seguradoras são poucas (1,1% do total), têm 6,7% dos planos, 12,1% dos beneficiários e 22,0% das receitas – caracterizam-se por terem porte médio mais alto e mensalidades superiores à média do setor.

As Medicinas de Grupo são as mais numerosas (42,6% do total), têm 30,6% dos planos, 38,2% dos beneficiários e 30,0% das receitas – caracterizam-se por terem porte médio e mensalidades menores.

As Cooperativas Médicas representam 27,8% das operadoras, em torno de 34% das receitas

e dos beneficiários e oferecem a maior diversidade de planos (55%).

As Autogestões respondem por 20,4% das operadoras mas apenas 2,0% dos planos.

Essas características são importantes para entender o porte médio das empresas de cada segmento, a variabilidade do risco das carteiras que depende do número de beneficiários, como foi mostrado na edição de março de 2009 da NACISS.

3. Planos exclusivamente Odontológicos

Os planos odontológicos cresceram 1,3% no primeiro trimestre de 2009 atingindo 11.261.698 de beneficiários, desses 90,3% são planos novos. Ao contrário dos planos médico-hospitalares, nos odontológicos o crescimento dos planos individuais foi de 3,9%, muito superior ao crescimento de 1,0% dos coletivos. Por isso a participação dos planos coletivos diminuiu um pouco, mas ainda é elevada atingindo 84,8% dos planos.

O conjunto dos planos exclusivamente odontológicos representa 21,4% do total de planos do setor de saúde suplementar (planos médicos com ou sem odontologia e exclusivamente odontológicos) mas respondem por apenas 1,8% do faturamento total desse setor. Em março de 2009, havia 489 operadoras com registro para comercializar produtos, dessas 403 operadoras tinham beneficiários de planos exclusivamente odontológicos que podiam escolher entre 2.263 tipos de planos. Assim, havia uma média de 27.945 beneficiários por operadora e 4.976 beneficiários por plano.

4. Informações assistenciais

A ANS reformulou subseção 4 do Caderno, agora denominada “Cobertura”. Essa seção era

atualizada anualmente e continha informações sobre “Utilização dos Serviços” de 2002 e 2007. As informações sobre internações hospitalares deixaram de constar do Caderno a partir de setembro de 2008.

A ANS descontinuou as séries das despesas assistenciais por tipo de serviço tanto para assistência médica (consultas, exames complementares, terapias, outros atendimentos ambulatoriais e internações) como para cobertura odontológica, (consultas, exames e procedimentos preventivos). Essas informações para os anos de 2002 a 2007 constavam do Caderno até março de 2009. Não é mais possível acompanhar essa importante informação de como são compostas as despesas assistenciais das operadoras. A descontinuidade está relacionada à mudança ocorrida no SIP entre 2006 e 2007 e ao trabalho estatístico para melhorar a consistência do banco de dados.

Agora, a ANS apenas traz informações referentes a consultas médicas (2005 a 2008) e internações (2007 e 2008). Em 2008, o setor foi responsável por 212 milhões de consultas médicas e 4,8 milhões de internações.

Em 2008, o número médio de consultas nos planos médicos foi 5,3 por beneficiário, média essa menor nos planos coletivos (5,2) do que nos planos individuais cuja população é mais idosa (6,6 ou 27% mais consultas por beneficiário). Essas frequências não estão ajustadas pelo número dos efetivamente expostos, isto é, com carência já cumprida.

O pagamento médio por consulta foi de R\$ 40,20, havendo pouca diferença de valor entre planos individuais e coletivos. A modalidade que mais bem remunera são as Seguradoras com R\$ 52,22 (modalidade com maior incidência de contratos com reembolso), seguida das Cooperativas R\$ 43,49, Autogestões R\$ 38,75, Medicinas de Grupo R\$ 33,55 e Filantropia R\$ 31,39.

A taxa de internação foi de 13,2% por qualquer causa em relação ao total de expostos para internação, o que corresponde a 0,132 internações por beneficiário exposto para esse tipo de serviço. Novamente, os planos individuais tiveram uma ocorrência maior de eventos (16,3% ou 0,163 por exposto).

O pagamento médio por internação foi de R\$ 3.480,75, destaque para o gasto de R\$ 7.246,68 por internação das Seguradoras, mais do dobro do gasto das Autogestões, de R\$ 3.555,78, segundo maior custo de internação. O gasto com internação na Filantropia foi o menor, totalizando R\$ 2.153,88 por evento.

Tabela 2. Variação acumulada (%) na média de consultas médicas por beneficiário e no custo médio das consultas - 2005 a 2008

	Δ Consultas			Δ Gasto médio		
	Total*	Col.	Ind.	Total*	Col.	Ind.
Total	0	-1,9	-1,5	26,1	23,1	33,2
Autogestão	7,1	7,1	...	7,2	7,2	...
Coop.	-3,1	-7,7	-3,8	28,5	25,9	34,6
Filantropia	-13,3	-19,0	-18,2	27,1	23,9	30,7
Medicina	2,1	0	1,8	29,1	27,0	32,1
Seguradora	-3,6	-1,9	1,4	31,8	29,6	41,5

Fonte: Tabela 4.3

* A média referente ao total inclui beneficiários em planos com tipo de contratação não identificado, conforme explicação da ANS.

Na Tabela 2 observa-se que o reajuste das consultas de todas as modalidades de operadoras entre 2005 e 2008 superou a inflação do período (de 20,6%), à exceção das Autogestões. O reajuste praticado foi de cerca de 30% – nas Autogestões foi de 7,2%.

A Tabela 3 mostra que a variação do custo médio das internações entre 2007 e 2008, de 7,5% também superou a inflação que em 2008 foi de 5,9%.

Tabela 3. Variação (%) na taxa de internação e no custo médio das internações - 2007 a 2008

	Δ Taxa Internação			Δ Gasto médio		
	Total*	Col.	Ind.	Total*	Col.	Ind.
Total	0,0	-1,5	1,3	7,5	8,5	5,2
Autogestão	13,3	13,3	...	1,8	1,8	...
Coop.	1,9	-1,3	8,4	17,5	21,3	11,2
Filantropia	-4,0	-2,1	-6,9	11,3	14,3	10,6
Medicina	-6,0	-8,5	-5,5	9,5	14,2	2,4
Seguradora	-10,0	-11,4	5,5	4,1	2,6	10,7

Fonte: Tabela 4.2

* A média referente ao total inclui beneficiários em planos com tipo de contratação não identificado, conforme explicação da ANS.

Nesta edição, o Caderno informa os resultados do monitoramento da prestação de serviços de assistência à saúde relacionados a ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento oportuno e educação para a saúde), que compõem os indicadores do IDSS. Os indicadores são apresentados por área de atenção, com dados a partir de 2006. Nesta edição, apenas uma parte foi dos indicadores foi apresentada, conforme abaixo.

Indicador
Saúde da Mulher
Proporção de parto cesáreo (por 100 partos)
Taxa de citologia oncológica de colo de útero (por 100 expostas de 25 a 59 anos)
Taxa de mamografia (por 100 expostas de 50 a 69 anos)
Saúde do Adulto e do Idoso
Taxa de internação por diabetes mellitus (por 10.000 expostos)
Taxa de internação por infarto agudo do miocárdio (por 10.000 expostos)
Taxa de internação por doenças cerebrovasculares (por 10.000 expostos)
Saúde Bucal
Taxa de terapia periodontal básica (por 100 expostos)
Taxa de aplicação de flúor (por 100 expostos de 15 anos ou mais)
Taxa de exodontias de permanentes (por 10 expostos de 12 anos ou mais)

Analisando a série histórica apresentada no Caderno, os dados referentes a 2006 e 2007 apresentam variações que não encontram respaldo no mundo real, como por exemplo o aumento de 50% na taxa de internação por infarto agudo no miocárdio ente 2006 e 2007.

Deve haver inconsistência nos dados de 2006. Acreditamos que com a implementação do IDSS e a continuidade do PQSS, as bases de dados das empresas ao longo dos anos se aperfeiçoaram e os dados de 2007 e 2008 têm maior consistência para compor uma série histórica.

Entre 2007 e 2008, aumentou a taxa de mamografia de 25,2 para 36,2 para cada 100 expostas com idades entre 50 a 69 anos; diminuiu a taxa de internação por diabetes *mellitus* em 2 p.p.; e aumentou a taxa de aplicação de flúor em 9 p.p..

Apesar dos esforços da ANS e sua campanha de mídia e das próprias operadoras para incentivar o parto normal, a taxa de cesáreas subiu de 81,3 para 82,3, o que mostra que a questão do parto na saúde suplementar ainda depende de alinhamento de incentivos. Além do mais, é preciso vencer barreiras como a questão da dor e da conveniência do parto com hora marcada tanto para a parturiente como para o médico. É preciso esclarecer as conseqüências de cada procedimento sobre a saúde da parturiente e da criança. Esses são desafios a serem vencidos no longo prazo com oferecimento de informação e incentivos adequados.

5. Seção em Pauta

No Caderno de junho de 2009, a ANS aborda na Seção em Pauta o tema “Rede de serviços de saúde segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)”, série incluída a partir do Caderno de março de 2009.

O comentário sobre os dados apresentados foi feito na NACISS de março de 2009 e não ocorreram alteração significativas na base de dados. Importa notar que os 21,5% da população brasileira tem cobertura dos planos de saúde têm acesso a mais da metade dos estabelecimentos de saúde no Brasil. A única

modalidade de estabelecimento de saúde a que os beneficiários têm acesso em percentual inferior à taxa de cobertura são os Pronto Socorros Gerais.

Nesta NACISS será dado destaque aos comentários sobre metodologia e características da base de dados CNES.

O CNES é um sistema de registros administrativos gerido pelo Ministério da Saúde, que organiza informações dos estabelecimentos públicos e privados de saúde no país, caracterizando-os conforme estrutura física e funcional, inclusive no que tange a sua participação em programas de saúde.

A ANS destaca que apesar das exigências do SUS e da própria ANS para o cadastramento dos estabelecimentos e da relevância deste cadastro como ferramenta de planejamento, ainda há lacunas nos dados do CNES que podem ser relacionadas à sua recente implantação. Dessa forma, recomendam evitar análises de série histórica, pois podem mostrar crescimento irreal, resultante do povoamento incompleto da base de dados. Ainda, a qualidade destes dados cadastrais depende muito da atuação dos gestores das instâncias estadual e municipal, responsáveis pela atualização e validação dos dados informados pelos próprios estabelecimentos de saúde. Por fim, é provável que alguns estabelecimentos ainda não registrados no CNES estejam em funcionando.

O CNES apresenta dados relativos aos estabelecimentos cujos cadastros incluem os tipos de atendimento, classificados em função dos convênios que os financiam, segundo classes apresentadas, conforme figura abaixo elaborada pela ANS.

Outro destaque feito pela ANS alerta para a ausência de informação quanto ao volume de recursos que financia a assistência prestada pelas unidades. Contudo o registro dos tipos de

convênios permite identificar as fontes de financiamento dessas unidades.

Quadro 1 Classes de convênio utilizadas segundo combinações de convênios em março de 2009

Classes utilizadas	Convênios cadastrados	Subdivisão	
Plano privado	Exclusivamente Plano privado	Plano	
SUS	Exclusivamente SUS	Não-plano	
Plano privado e SUS	Plano privado e SUS	Plano	
	Plano privado, SUS e Particular		
	Plano privado, SUS e Plano público		
Particular	Plano privado, SUS, Particular e Plano público	Plano	
	Exclusivamente Particular		Não-plano
	Plano privado e Particular		Plano
Plano privado e Outros	Plano privado e Plano público	Plano	
	Plano privado, Plano público e Particular		
	SUS e Particular		Não-plano
SUS e Outros	SUS e Plano público	Não-plano	
	SUS, Plano público e Particular		
	Plano público		Não-plano
Outros	Plano público e Particular	Não-plano	

Os dados são apresentados em quantidade de estabelecimentos em números absolutos. Existem profundas diferenças na forma como se organizam os sistemas públicos e privados de saúde.

A ANS alerta que estas diferenças de organização devem ser consideradas para a análise da rede no país, uma vez que a mera quantificação de estabelecimentos não é suficiente para caracterizar a capacidade de atendimento. Para tanto, seria necessário considerar também elementos como número de consultórios, salas de atendimento e profissionais de saúde em cada estabelecimento, dados não disponíveis na base de dados.

Independente das limitações da base de dados do CNES, essa é uma importante ferramenta para monitoramento e avaliação da rede assistencial do país.

6. Referência

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

7. Equipe Técnica

José Cechin – Superintendente Executivo

Carina Burri Martins – Consultora

Francine Leite – Consultora