



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO TRÊS RIOS

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: PANORAMA ATUAL NA RELAÇÃO
PÚBLICA E PRIVADA

Três Rios

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: PANORAMA ATUAL NA RELAÇÃO
PÚBLICA E PRIVADA**

LUIZ ANTÔNIO SOUZA DAUD

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Instituto Três Rios.

Três Rios

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar todas as minhas dificuldades.

Agradeço a todos os professores, por tanto que se dedicaram a mim.

Ao meu orientador Prof. Cicero, pelo suporte e pela cobrança no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A minha mãe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha filha Júlia por existir em minha vida

A minha companheira Paula por estar em todos os momentos ao meu lado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Três Rios

2014

LUIZ ANTÔNIO DE SOUZA DAUD

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Instituto Três Rios
Orientador: Cícero Augusto Prudêncio Pimenteira

APROVADA: 10 de Dezembro de 2014.

Cícero Augusto Prudêncio Pimenteira
Presidente da Banca

Corbiniano Silva
Primeiro Membro

Rafael Vieira da Silva

RESUMO

Saúde é um direito de todos, de acordo com a Lei nº 8.080, de 1990, da Constituição Federal, "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". Sendo assim, é dever do estado garantir e amparar os cidadãos prestando-lhes serviços na área da saúde. Atualmente, o brasileiro sofre com uma das mais altas cargas tributárias do planeta e, em tese, isso lhe garantiria um atendimento de saúde universal e decente. Assim está previsto em Lei, mas na realidade não funciona como deveria. Entretanto, em que pesem os louváveis diplomas legais criados para garantir e viabilizar a efetivação do direito à saúde no Brasil, enquanto direito fundamental de todos e dever do Estado, é observada atualmente pela sociedade a decadência da saúde pública em todos os estados brasileiros e o consequente sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assistido na mais completa inércia ao longo dos anos pelos sucessivos governos brasileiros. Prova disso é o aumento da procura por planos de saúde, principalmente por parte das classes média e alta. Neste sentido, o presente trabalho busca dissertar sobre a saúde pública no Brasil, e a urgente necessidade dos cidadãos na aquisição de planos de saúde complementares, na tentativa de resguardar a vida e o bem estar.

Palavras-chave: Saúde Pública. SUS. Planos de Saúde. Saúde Complementar.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	10
1.1 HISTÓRICO.....	10
CAPÍTULO 2 - SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA	14
2.1. A LEI Nº 8080 e a RESOLUÇÃO DA ANS.....	18
2.2. DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA	20
CAPÍTULO 3 - SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	22
3.1. O CRESCIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE	27
3.2. CASO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS.....	32
CONCLUSÃO.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36

INTRODUÇÃO

A saúde é certamente é uma das mais complexas questões do Brasil, país já tão marcado por todo o tipo de demandas social, política e econômica. A Constituição da República, em seu artigo 196, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas essa também, como tantas outras obrigações do Estado brasileiro diante dos seus cidadãos, tem sido historicamente esquecida.

Quando se trata de saúde pública, há um grande caminho a percorrer, seja sob o aspecto do equacionamento da capacidade do Estado de financiar sua obrigação constitucional, seja pela necessidade de efetiva regulamentação da Saúde Suplementar, alimentada pela falha de mercado e ausência de políticas públicas de qualidade.

O sistema de saúde no Brasil é misto com oferta de serviços públicos por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, financiado indiretamente pelos próprios cidadãos, e que garante atendimento a qualquer cidadão sem nenhuma contrapartida financeira direta, e, por outro lado, oferta de serviços privados de prestadores de serviços de saúde diretamente ou intermediadas por operadoras e seguradoras especializadas em saúde (MS).

O SUS é composto por centros de saúde, postos de saúde, hospitais públicos - incluindo os universitários e conveniados, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (Ministério da Saúde).

O sistema denominado de Saúde Suplementar é principalmente organizado por um conjunto de interações e relações contratuais, pelo lado da oferta representado pelas operadoras de planos de saúde, seguradoras especializadas em saúde, prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde, indústria de medicamentos e a indústria de insumos para assistência à saúde que juntas se apropriam de grande parte dos recursos alocados neste setor. Pelo lado da demanda, temos os consumidores individuais, pessoas físicas, os clientes corporativos, pessoas jurídicas e os beneficiários das autogestões em saúde. O financiamento do setor privado é responsabilidade integral dos usuários deste sistema que arcam com os custos da contratação de um plano ou seguro de saúde (ANS).

O funcionamento e financiamento do sistema de saúde brasileiro são certamente duas questões das mais complexas num país marcado por um elevado grau de desigualdade na distribuição de renda. A crise do financiamento dos sistemas de saúde se alastra na maioria dos países pelo mundo, seja pelo envelhecimento da população associado à incorporação e acumulação de tecnologias na assistência à saúde que ampliam a expectativa de vida a custos bem elevados. Seja pela opção que grande parte dos sistemas mundiais adotou de tratar a doença ao invés de investir maciçamente na atenção à saúde primária e preventiva sabidamente mais econômica a longo prazo. Outro aspecto que contribui para a crise é a utilização de recursos de forma ineficiente decorrente das falhas de funcionamento deste mercado em que prevalece uma competição baseada na lógica de transferência de custos entre seus agentes.

A falha de mercado no setor da saúde no Brasil criou uma situação em que o custo marginal social com os gastos públicos não se mostrava igual ao benefício marginal. Podem ser exemplificadas a concorrência imperfeita, externalidades, informação assimétrica e mercados incompletos como falhas. Essas falhas, no contexto normativo, podem ser corrigidas por políticas públicas e com uma legislação eficiente. Outras formas de correção das falhas que decorrem da função estatal está o controle dos preços por meio do tabelamento e fixação dos reajustes dos planos de saúde.

A construção de um sistema de saúde suplementar ocorreu ao longo de muitos anos, culminando na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que exerce o papel de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais, inclusive em suas relações com os prestadores de serviço e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. Com o número de beneficiários ultrapassando os 40 milhões, a ANS é uma realidade e uma necessidade no setor de saúde pública e privada no Brasil.

Dada a problematização, o objetivo desta monografia é fazer uma retrospectiva dos antecedentes e relatar as principais mudanças ocorridas na questão da saúde pública no Brasil, dentro da conjuntura de reformas do modelo econômico e do Estado, iniciada, no País, na década de 1990.

No primeiro capítulo, será apresentado um breve histórico sobre o sistema de saúde brasileiro e a forma de organização deste sistema. As características principais e a evolução histórica do sistema de saúde pública e privada no Brasil, evidenciados pelo

importante papel do Sistema Único de Saúde neste segmento e a necessidade de regulamentação de todo o sistema de Saúde.

No segundo capítulo, serão mostrados os dados sobre o Sistema de Saúde Pública, bem como a contrapartida da gestão participativa e a descentralização de órgãos gestores.

No terceiro capítulo, será apresentado o surgimento do Sistema de Saúde Suplementar, entrada da ANS no País como principal órgão regulador de todo o setor de saúde e o cenário social brasileiro e suas nuances, seguindo-se com o crescimento dos planos de saúde no País, estabelecendo um breve comparativo com outros países (EUA e México) e especificamente, é apresentado o caso de uma operadora do município de Três Rios, evidenciando o aumento da adesão aos planos de saúde pela população local.

CAPÍTULO 1 - O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais (Ministério da Saúde).

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, constituído por dois sub-setores: o da Saúde Suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde; e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos.

Num país em que constitucionalmente a saúde é um direito e o sistema público de saúde, o SUS, é um sistema universal, observar alguns dados sobre esses diferentes subsistemas pode subsidiar a definição de estratégias para garantir os preceitos constitucionais que informam os princípios desse Sistema Único de Saúde. A magnitude do setor privado, e em particular do mercado de Saúde Suplementar, sem dúvida, torna-o um importante setor do sistema de saúde brasileiro.

1.1. *Histórico*

Temos no Brasil, como principais marcos regulatórios da construção da saúde pública, a Constituição Federal, promulgada em 1988 e o Projeto da Reforma Sanitária, os quais foram os responsáveis pela idealização e implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, tornando o acesso à saúde universal para todos os cidadãos (SILVA, 2003).

A implementação das políticas públicas de saúde no Brasil se deu com a vinda da família Real para o Brasil, no século XVI. Essa prática sofreu obstáculos como a carência de profissionais e o medo da população em relação ao tratamento oferecido por esses profissionais, que preferiam ser tratados por curandeiros.

Em 1892 foram criados os primeiros laboratórios bacteriológicos que tinham o intuito de gerar melhores condições sanitárias para as cidades urbanas.

Com o surgimento de epidemia de várias doenças, foram implantadas medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória anti-varíola, doença que desagradou a população, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

No ano de 1920, foram criados órgãos especializados no combate a doenças como tuberculose, lepra e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Nas primeiras décadas do século XX, surgiram as Caixas beneficentes, que eram uma espécie de poupança coletiva, onde os trabalhadores depositavam uma quantia mensal e funcionavam como um seguro para a família dos mesmos.

Por volta de 1934, com a finalidade de garantir a força produtiva, primordial na época, pois havia um crescente aumento do processo de industrialização e dos centros urbanos, foi preciso que a saúde da população fosse mais bem cuidada. Neste período, a implementação de programas e serviços auxiliares de assistência médica foi realizada através de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas.

Em maio de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que contou com verbas irrisórias, confirmando com isso o descaso para com a saúde da população. No ano de 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERu, com o intuito de promover a educação sanitária da população rural.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS que originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho.

O Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS foi criado em 1974 com o objetivo de controlar os pagamentos ilegais, frutos da corrupção, e de serviços médicos fantasmas e garantir a saúde da população segurada. Posteriormente, o INPS foi transformado no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, onde a saúde e a previdência passaram a ser tratadas juntas.

No fim do século XVII, surgiu no Brasil um movimento pela redemocratização do país, com ideais pela reforma da sociedade e envolvimento de diversos atores, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária,

avanzando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde.

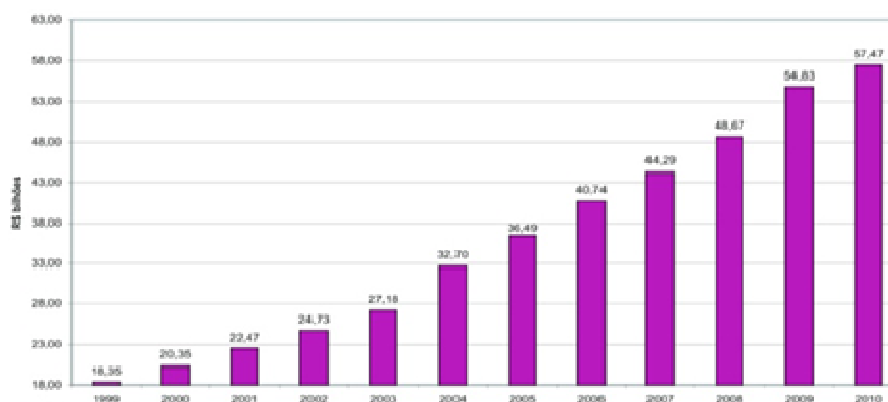
O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP e as Ações Integradas de Saúde - AIS foram criados na década de 1980 e buscavam evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.

Conforme nos traz Almeida (2008), anos depois o movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, a nova ordem jurídica, assentada na Constituição, definiu o Brasil como um Estado Democrático de Direito, proclamou a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais na busca pela garantia do direito individual e social.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, o Brasil tinha, em 2007, um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do PIB (IBGE, 2009). O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral.

Esse gasto foi estimado em 3,5% do PIB em 2007 (IBGE, 2009). A participação das fontes públicas no gasto total com saúde foi 42% em 2007, sendo, possivelmente, o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público.

Gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde – 1999 a 2010



Fonte: Ministério da Saúde, SIOPS (2011).

Conforme o estudo apresentado à Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2011) e documento do Ministério Público Federal (2009), demonstraram que, em determinados anos, a União e parte dos Estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido em saúde. No caso dos Estados, as análises de balanço feitas pela equipe do Siops têm indicado que, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser no mínimo de 12%. A estimativa de déficit de aplicação dos Estados – quando os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação – atinge cerca de R\$ 6 bilhões no período 2004 a 2008, com base nos dados declarados ao Siops (antes da verificação baseada na análise dos balanços).

CAPÍTULO 2 - SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

O SUS – Sistema Único de Saúde pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma política de Estado, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

Em 1990, foi editada a Lei nº 8.080/90 que, em seus artigos 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o artigo 200 da Constituição Federal.

Resumidamente, podemos dizer que são objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos e a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve atuar em campo demarcado pela lei e não tem o condão de abranger as condicionantes socioeconômicas da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infindáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico (TEIXEIRA, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo, além do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Os serviços contratados e conveniados seguem os mesmos princípios e as mesmas normas do serviço público, vez que todos os elementos que integram o sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em todo o país, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido na Constituição como um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde.

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, visando

garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral.

Do Sistema Único de Saúde (SUS) fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais (incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos (LUZ, 1991).

Em relação à competência do Sistema Único de Saúde (SUS), temos a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica; o controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, homoderivados e outros insumos; ordenação e a formação de recursos humanos para atuar na saúde; participação da formulação da política e ações de saneamento básico, incrementador do desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizador e inspecionador de alimentos para verificar o teor nutricional, bebidas e águas para consumo humano. O SUS deverá, ainda, participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, finalmente atuará na proteção do meio ambiente, aí compreendendo o meio ambiente do trabalho.

Vê-se, assim, que é uma competência vastíssima que se atribuiu ao SUS, onde atuará cumprindo o seu dever para com a saúde, dever que há de ser cumprido, e bem cumprido segundo vetores do Decreto nº 3.507/2000, revogado para o Decreto nº 6.939/2009 que dispõe sobre a simplificação do atendimento público prestado ao cidadão, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma em documentos produzidos no Brasil, institui a "Carta de Serviços ao Cidadão" e dá outras providências. O texto estabeleceu os padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e entidades da administração pública federal, entre outros, atenção, respeito e cortesia, verificação de prioridades, tempo de espera, limpeza, conforto das dependências, além de controle e avaliação periódicas (NOGUEIRA, 2001).

Em suma, o SUS deveria ter a capacidade física e econômica para atender toda a população brasileira e fazer valer o que determina a Constituição. Trata-se de um objetivo ambicioso e o maior programa de inclusão social do país. Todavia, mesmo que tenha avançado ao longo dos anos, ainda não atingiu seu objetivo de se tornar universal.

Também não se garantiu o acesso homogêneo de toda a população a ações e serviços de saúde e persistem as desigualdades regionais na distribuição dos estabelecimentos de saúde e das tecnologias médicas.

Segundo Cordeiro (2004) as tentativas de consolidação do sistema idealizado enfrentam ainda problemas de natureza estrutural, entre as quais as dificuldades de estabelecer uma relação hierárquica, já que na mesma Constituição estados e municípios são entes federados sem relação hierárquica, dificultando a formação da desejada rede regionalizada e hierarquizada.

Todavia, o mais relevante obstáculo é a incapacidade do Brasil em elevar os gastos com saúde, que, segundo dados de do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) apresentados no gráfico abaixo, os mais recentes dados os gastos públicos em saúde representaram apenas 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), percentual menor que o de muitos países da América Latina.



Fontes: IBGE, Tesouro Nacional, Ministério de Planejamento, Orçamento da União, 2009.

Nos últimos anos, os Estados, municípios brasileiros e a União tem mantido as suas despesas em saúde em torno de 1,75% do PIB. A incapacidade de atingir a universalização também ocorre devido a determinadas políticas públicas adotadas nos últimos anos e à falta

de eficiência na gestão do sistema. Nesse contexto, não há uma distribuição de recursos contemplando de forma igualitária todos os estados brasileiros.

Segundo análise recente de técnicos do Ministério da Saúde (2012), o desempenho do SUS em cada cidade do país leva em conta a condição econômica e a estrutura de saúde disponível (hospital, posto de saúde, laboratório). Dos 5.563 municípios, 1.150 (20,7% do total) receberam pontuação abaixo de 5, em uma escala de 0 a 10 estabelecida pelo índice. Nessas cidades, onde a infraestrutura de saúde é classificada de alta, média ou baixa, vivem mais de 50 milhões de brasileiros.

Índice de Desempenho do SUS por estado



Fonte: Ministério da Saúde, 2012

2.1. A Lei 8080 e a Resolução da ANS

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regula em todo o território nacional os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Dispõe que "as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal", obedecendo aos princípios organizativos e doutrinários como o de universalidade de acesso aos serviços; integralidade de assistência e serviços preventivos e curativos; e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Outras diretrizes indicam a igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a alocação de recursos.

Devem ainda ser ressaltados os princípios de participação da comunidade; a regionalização e hierarquização da rede de serviços; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

O relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993 do Banco Mundial apresentou o diagnóstico dos principais problemas dos sistemas de saúde naquele período: má alocação de recursos, desigualdade social, ineficiência e custos estratosféricos. Neste sentido, dentre as ações governamentais que visam a incentivar a assistência médica privada um elemento essencial é a regulamentação.

Na maioria dos países os governos têm importante papel a cumprir em referência à qualidade da assistência médica prestada pelo setor privado. As regulamentações garantem padrões de qualidade, sem fraudes financeiras e outras irregularidades na administração.

O marco referencial da mudança no modo de regulação é a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da Lei Federal n. 9.961/00, que assume todas as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar. A ANS é uma agência vinculada ao Ministério da Saúde, incorporando ao processo vantagens deste instrumento de intervenção do Estado: maior poder de ação; autonomia administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros tem mandato definido em lei; e poder legal em relação a efetivação de suas resoluções.

A ANS é pessoa jurídica de direito público criada na estrutura da Administração Indireta Federal, por um critério de descentralização administrativa, sob a forma de autarquia em regime especial, para exercer a autoridade estatal, normatizando as relações existentes entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os seus respectivos beneficiários consumidores (função quase legislativa), atribuindo direitos de ingresso no mercado, fiscalizando, determinando condutas específicas (função quase executiva) e aplicando sanções, após o devido processo legal, inclusive com a retirada de operadoras do setor regulado (função quase judicial).

As atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000 ganhou efetividade neste modo de regulamentação e de regulação do mercado. A unidade das estratégias de regulação, maior velocidade no processo decisório, maior respaldo legal das decisões e o maior poder de capturar e sistematizar as informações do setor permitiram rápido avanço nessa fase.

2.2. Descentralização e gestão participativa

A descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal (Medici, 1990).

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo. Normas aprovadas pelo Ministério da Saúde – destinadas a redefinir responsabilidades – estabeleceram mecanismos de repasse financeiro (como o Piso da Atenção Básica – PAB –, um valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios de modo a financiar a atenção básica) e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo.

Desde 2006, algumas dessas normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde. Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos (ALVES, 2008).

Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso.



Fonte: DATA SUS

Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde.

CAPÍTULO 3 - SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O cidadão brasileiro – assim como os dos mais diferentes países – há décadas usa os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfaz às suas necessidades. Desde seu início, a saúde suplementar exibe uma enorme diversidade estrutural. As chamadas empresas de medicina de grupo foram mundialmente as pioneiras nesse mercado e começaram nos Estados Unidos, por volta de 1920.

No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 1960 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados. Estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. O conceito evoluiu e prosperou em todo o país e, em 1997, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros (SAYD, 2003).

No início da década de 70 nasceu uma proposta de legislação específica e surgiram associações civis de defesa do consumidor. Em 1976, surge o Sistema Estadual de Proteção ao Consumidor do Estado de São Paulo, cujo Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor – PROCON – foi o precursor no país. Nos anos 80, o tema ganhou força na agenda pública, no contexto do processo de democratização do país. Em 1985, nasceu o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor e se promulgou a Lei Federal n. 7.347, dos interesses difusos, relativa à proteção do meio ambiente e do consumidor. Multiplicaram-se também as organizações civis de defesa do consumidor.

Com a ampliação do mercado de saúde suplementar, as questões com beneficiários de planos privados de assistência começaram a se intensificar no final dos anos 80, a regulamentação tornou-se uma demanda de consumidores, organizações profissionais médicas e governo.

A Lei Federal n. 9656/98 estabelece normas específicas aplicáveis ao sistema de saúde suplementar, direitos dos consumidores e deveres dos fornecedores, estabelecendo

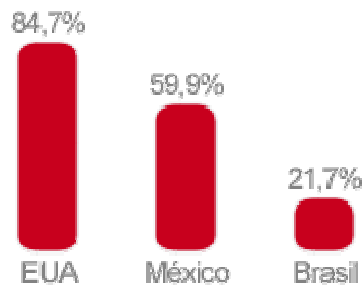
parâmetros mínimos de atendimento, tendo por objeto o “plano privado de assistência à saúde”, definido como a prestação continuada de serviços de cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem a atribuição de agir em todo o território nacional.

A partir daí, foi apontada a questão dos limites e das possibilidades de parceria entre o PROCON e a ANS no sentido de defender os interesses e os direitos dos consumidores. A Agência Nacional de Saúde Suplementar pretende disciplinar um mercado que estipulava as condições de ingresso com elevados custos de manutenção e exclusão de diversas coberturas. A regulação pretende reequilibrar as relações existentes entre os consumidores de planos de saúde, como parte mais fraca na relação de consumo, e as operadoras privadas, inequivocamente como parte mais forte.

Em comparação a outros países (como mostra o gráfico a seguir), pode-se notar uma maior penetração de planos privados de saúde devido às políticas das ações regulatórias de cada país e o funcionamento do setor de serviços de medicina diagnóstica. Neste setor de serviços no Brasil existem diversas semelhanças com mercados internacionais, como o norte americano.

Nesses mercados, os padrões de controle e avaliação de qualidade dos serviços, os fornecedores de equipamentos médicos, a tecnologia utilizada e os tipos de exames e procedimentos, são praticamente os mesmos. Nos EUA, o sistema de saúde tem caráter predominantemente privado.

Penetração dos Planos de Saúde Privados



Fonte: ANS; IBGE; U.S. Census Bureau; Instituto Nacional de Salud Pública

FONTE: DATA SUS

Mas podemos encontrar segmentos populacionais atendidos pelo Estado, a partir de medidas focalizadoras financiadas por meio de tributos, voltadas para a parcela pobre da população – Medicaid e para a de idosos – Medicare.

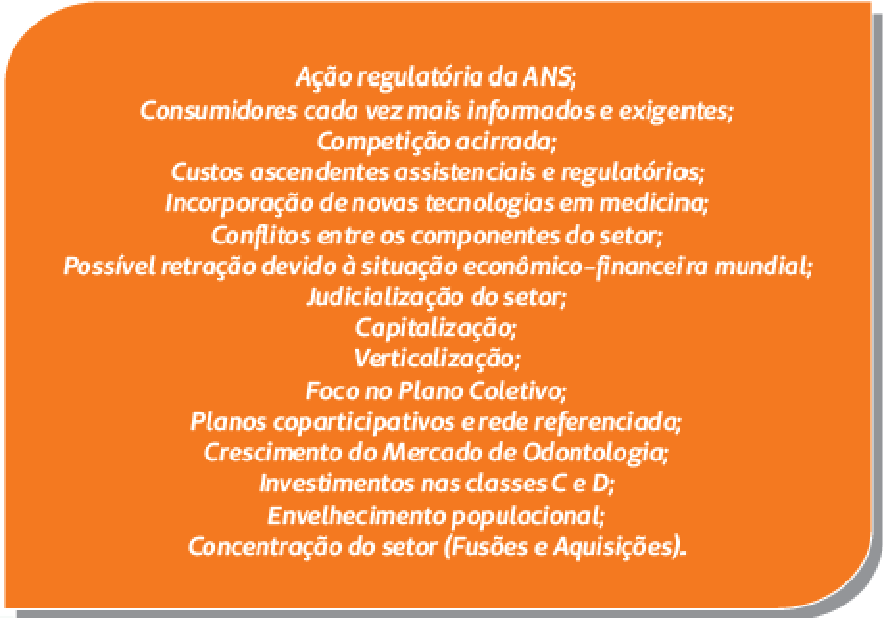
Comparativamente, o Brasil mostra algumas distinções em relação ao atendimento ambulatorial ou hospitalar, dentro do mesmo setor em relação aos Estados Unidos. No País, os clientes procuram um prestador de serviços para realização dos seus exames de análises clínicas ou procedimentos por imagem. Já nos Estados Unidos, o processamento de exames é realizado predominantemente em ambiente hospitalar.

No México, país mais populoso da América Latina, depois do Brasil, somente 3% da população têm plano de saúde, apesar de que o índice de penetração de planos de saúde privados seja maior do que no Brasil. Em 2005, o Brasil tinha 23% da população com cobertura de planos privados de assistência à saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que de 2000 a 2005, os vínculos a planos de saúde aumentaram 16,5%, enquanto a população do país cresceu apenas 8,5%.

Os planos de saúde coletivos são oferecidos no México, normalmente por grandes bancos e algumas empresas de grande porte. Mas os empregados colaboram com uma parte das prestações. E outra alternativa é o caso das pessoas que têm direito a assistência pública de saúde, mas buscam também a segurança do plano de saúde privado. Os gastos com a saúde privada no México representam 6% do total. A saúde pública naquele país é muito boa para os

casos que requerem exames mais sofisticados, mas para procedimentos rotineiros é igual ao Brasil. As filas são uma constante e as pessoas demoram, muitas vezes, para serem atendidas.

Cenário atual da Saúde Suplementar no Brasil



*Ação regulatória da ANS;
Consumidores cada vez mais informados e exigentes;
Competição acirrada;
Custos ascendentes assistenciais e regulatórios;
Incorporação de novas tecnologias em medicina;
Conflitos entre os componentes do setor;
Possível retroção devido à situação econômico-financeira mundial;
Judicialização do setor;
Capitalização;
Verticalização;
Foco no Plano Coletivo;
Planos coparticipativos e rede referenciada;
Crescimento do Mercado de Odontologia;
Investimentos nas classes C e D;
Envelhecimento populacional;
Concentração do setor (Fusões e Aquisições).*

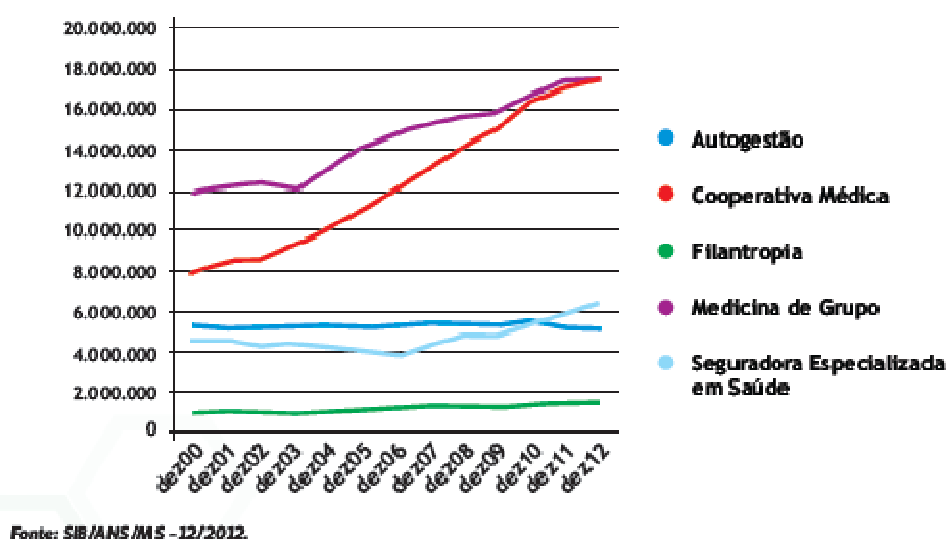
Fonte: Unimed Federação Rio de Janeiro

Dentre as modalidades de saúde suplementar estão as cooperativas médicas, regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo. Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e individuais. As cooperativas prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados (médicos e outros profissionais da área de saúde), segundo suas contribuições ao esforço comum. Em 1997, cerca de dez milhões de brasileiros estavam filiados a esse sistema.

Há também a modalidade da autogestão. Como o próprio nome dá a entender tem origem entre os grandes empregadores, que gerenciam planos próprios de saúde para seus funcionários mediante contratação ou credenciamento de médicos e serviços, e de convênios com hospitais. A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e coberturas. Em 1997, o sistema de autogestão atendia no Brasil cerca de nove milhões de pessoas.

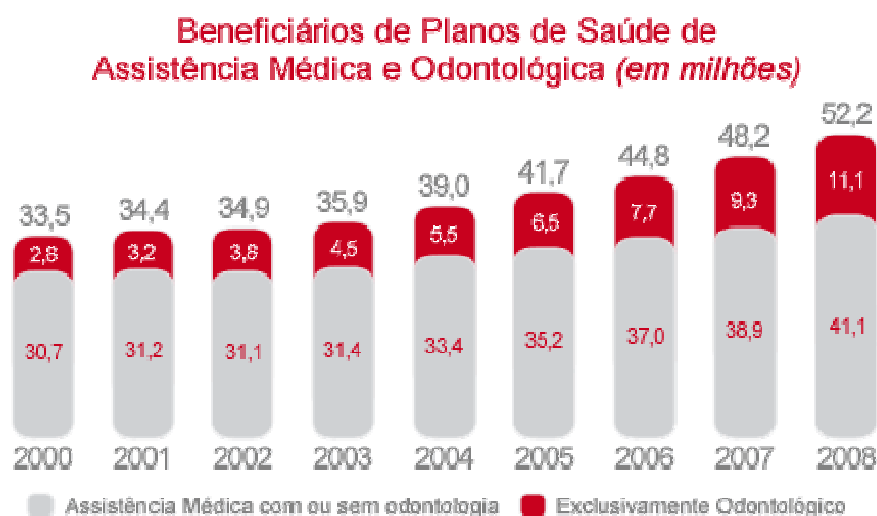
Finalmente, tem-se o modelo do seguro de saúde, inteiramente diverso do conceito dos planos de saúde. Nesse caso, são empresas seguradoras que atuam na área da saúde suplementar, da mesma forma que em seus outros segmentos. O seguro de saúde surgiu como planos de custeios, garantindo aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais por meio do reembolso de despesas. Os seguros de saúde evoluíram e atualmente, além do sistema de reembolso, trabalham com hospitais, médicos e laboratórios referenciados, sem prejuízo da livre escolha. O segurado é assistido sem a necessidade de desembolso prévio. Em 1997, as seguradoras já assistiam a cerca de 5,3 milhões de brasileiros (COSTA, 1999).

Beneficiários de planos privados (Saúde Suplementar) de assistência médica segundo modalidade das operadoras (Brasil – 2000 - 2012)



De acordo com dados apresentados no gráfico, no período entre os anos 2000 e 2012, mesmo sujeitas a políticas de âmbito nacional, as Cooperativas Médicas do país são independentes e crescem mais do que outras modalidades de operadoras, apresentando autonomia e liberdade de administração. Segundo dados de 2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as cooperativas representam em torno de 17% do total de Operadoras registradas e ainda assim é responsável por 25% do mercado de saúde brasileiro, sendo considerada a maior rede de assistência médica do país, possuindo mais de 13 milhões de usuários.

Com base em dados mais atualizados do IBGE (gráfico abaixo) relativos à população brasileira em 2008 e os dados da ANS de dezembro de 2008 relativos aos beneficiários de planos de saúde, o número de brasileiros cobertos por operadoras de planos de saúde, excluindo planos exclusivamente odontológicos, tem crescido ao longo da última década, passando de 30,7 milhões em 2000 para 52,2 milhões de brasileiros em dezembro de 2008.



Fonte: ANS/IBGE, 2008

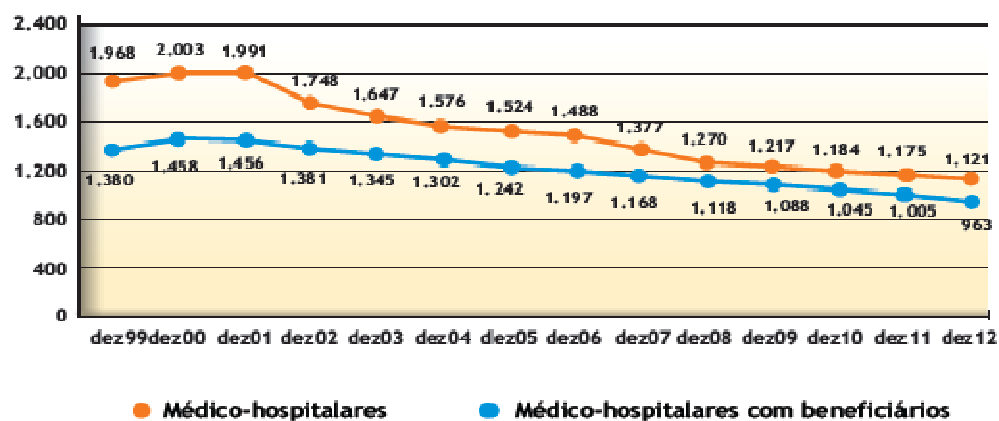
3.1. O CRESCIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde.

O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários.

Em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). Os planos privados de atenção odontológica também cresceram consideravelmente (ANS, 2009).

Evolução do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dezembro/99–dezembro/12)



Fontes: CAD-OP/ANS/MS – 12/2012 e SB/ANS/MS – 12/2012

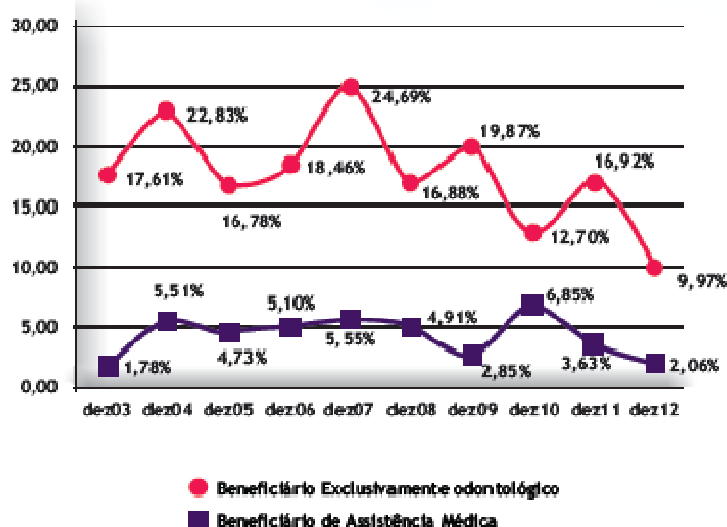
No início do ano 2000, estavam registradas 1.968 operadoras médico-hospitalares (gráfico acima). Vale observar, entretanto, que o maior movimento ocorreu nos primeiros anos da regulamentação, época em que as novas normas ainda não estavam completamente compreendidas, tendo sido registradas como operadoras algumas empresas de prestação de serviços médicos, empresas que financiavam planos de saúde para seus empregados, empresas que pretendiam criar planos de saúde e mesmo algumas empresas que nada tinham a ver com a saúde suplementar. Hoje, ainda podem ser encontradas no cadastro da ANS 236 operadoras sem beneficiários.

Ao longo deste período, até 2006, 329 novas operadoras foram registradas e 810 canceladas. O maior número de cancelamentos em relação aos novos registros pode estar associado ao processo de regulação e regulamentação, que impôs exigências econômico-financeiras e de prestação de serviços para as operadoras, ou seja, ao estabelecimento de padrões aceitáveis para operação no setor.

Tal como mostra o gráfico a seguir, o mercado de planos privados é expressivo no sistema de saúde brasileiro. Em dezembro de 2006, envolvia 44,7 milhões de vínculos de beneficiários, dos quais 82,7% a planos de assistência médica e 17,3% a planos exclusivamente odontológicos, 2.070 empresas operadoras, mais de vinte mil planos e milhares de prestadores de serviços (ANS, 2007).

Ainda que o número de beneficiários de planos de saúde esteja em constante crescimento, houve uma redução das taxas de crescimento no ano de 2012 evidenciada no gráfico abaixo.

Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – dezembro/2003 – dezembro/2012)

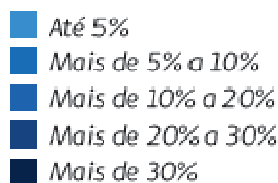


Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2012

Na sua distribuição em território nacional, de acordo com dados mostrados no gráfico abaixo, o mercado de planos e seguros de saúde privados se concentra na região Sudeste, onde estão instaladas 61,5% das empresas de saúde e são realizados 65,5% de todos os contratos. Além disso, das 1.017 empresas de saúde existentes, umas poucas dominam o mercado: 8,2% das empresas oferecem planos e seguros de saúde para 80,3% dos clientes – muitas empresas menores estão localizadas nas periferias das grandes cidades e em cidades menores (ANS, 2010).

População Brasileira e Beneficiários de planos privados de assistência médica por localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil – 2012)

Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil – dezembro/2012)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2012

2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Dot asus.

Notas: 1. (ANS) Da dos preliminares, sujeitos a revisão

2. (IBGE) População residente: é constituída pelos moradores do domicílio na data de referência.

Como mostra o mapa acima, todas as demais unidades geográficas, em particular, todas as capitais do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, apresentam dupla porta de entrada no sistema de saúde, mais uma vez, destacando a existência de clientela de planos privados de saúde apenas nessas localidades.

A maior parte dos planos e seguros de saúde privados (tanto de empresas estatais quanto de privadas) é provida por empresas comerciais. Alguns empregadores que oferecem planos de saúde a seus empregados (planos de autogestão) constituem o segmento não comercial do mercado.

Assim como mostra a tabela abaixo, os planos de saúde privados atendem fundamentalmente uma população mais jovem e saudável (como mostra a tabela abaixo) e oferecem planos com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde. A demanda maior aparece na faixa entre 30 e 39 anos de idade e o índice menor surge entre menores de um ano de idade.

População Brasileira e Beneficiários de planos privados de assistência médica,
segundo faixas etárias (Brasil – 2012)

Competência	População Residente - Brasil		Beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia	
	Total	%	Total	%
Total	199.976.530	-	42.943.091	-
Menor 1 ano	2.762.274	1,4%	509.927	1,1%
1 a 4 anos	11.282.319	5,6%	2.701.389	5,6%
5 a 9 anos	15.231.147	7,6%	3.103.914	6,5%
10 a 14 anos	17.465.169	9,0%	2.860.849	6,0%
15 a 19 anos	17.822.045	8,9%	2.964.038	6,2%
20 a 29 anos	34.955.804	18,0%	9.059.209	18,9%
30 a 39 anos	30.147.112	15,5%	9.522.992	19,0%
40 a 49 anos	25.251.896	13,0%	6.811.369	14,2%
50 a 59 anos	18.726.915	9,6%	5.024.140	10,5%
60 a 69 anos	11.519.216	5,9%	2.849.156	5,9%
70 a 79 anos	6.394.669	3,3%	1.611.714	3,4%
80 anos e mais	2.975.964	1,5%	920.213	1,93%
inconsistente	-	-	4.381	-

Fontes: População - IBGE/DATASUS/2012

Beneficiários - SIB/ANS/MS-12/2012

De acordo com a tabela acima, a demanda é estratificada pela faixa etária, situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos empregados de uma mesma empresa. Pode variar consideravelmente, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços até planos básicos direcionados aos empregados situados mais abaixo na hierarquia ocupacional.

As pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros. Entretanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS.

A cada ano se observa através de indicadores divulgados em diversas pesquisas de mercado, um crescimento da população de idosos. No Brasil, este aumento vem ocorrendo de forma acelerada como resultado do aumento da expectativa de vida. Dados do IBGE (2012) indicam que o número de idosos é superior ao número de crianças com idade de até 4 anos.

A população de idosos corresponde a 10,8% enquanto que a de crianças com até quatro anos equivale a 7,2%. Em relação a Saúde Suplementar, a parcela de idosos (idade igual ou superior a 60 anos) em planos de assistência médica é de 11,2%, bem próxima a distribuição de idosos da população brasileira.

Conforme nos traz Andrade (2011) com a promulgação da Lei 9.656/98 tornaram-se ilegais a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde.

Ainda assim, como a expansão contínua do setor privado é subsidiada pelo Estado, o setor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços.

3.2. CASO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS

De acordo com dados recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), houve um crescimento na adesão aos planos de saúde na cidade de Três Rios no ano de 2011, de 9,5%. O forte aumento do número de beneficiários no município tem duas razões: a primeira deriva do crescimento de planos empresariais. Por outro lado, a rede pública de saúde, apesar da melhoria da qualidade, continua não sendo capaz de atender toda a demanda da população, o que leva as famílias a investirem em um plano de saúde para a cobertura de serviços como consultas médicas, exames e internações.

O total de beneficiários passou de 18.610 em 2010 para 20.383 em 2011. As mulheres formam a maioria com 10.849 contra 9.534 homens. Em destaque, a faixa etária com maior número de beneficiários está entre um e quatro anos. Nesse grupo, o aumento foi de 16,6%. A única faixa imediatamente anterior, até um ano, registrou queda nos beneficiários femininos (5,5%) contra um forte aumento da adesão dos homens (9,7%). A única faixa em que houve queda no número de beneficiários foi entre 75 e 79 anos, com redução de 0,3% (queda de 1,6% entre os homens e crescimento de 0,5% entre as mulheres).

O maior número de beneficiários tem entre 30 e 34 anos. O crescimento entre a população feminina foi de 14,4% e entre os homens, de 12,1%. O maior crescimento entre os

homens foi na faixa entre 20 e 24 anos (18,5%) e entre as mulheres na faixa entre um e quatro anos (16,1%).

Beneficiários de Planos de Saúde - Três Rios - Total por Sexo, segundo Faixa etária											
Junho - 2011				Dezembro - 2010				Variação (%) jun/2011 vs. Dez/2010			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total	Faixa etária	Masculino	Feminino	Total	Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	9.534	10.849	20.383	TOTAL	8.557	10.062	18.619	TOTAL	11,4	7,8	9,5
30 a 34 anos	1.000	1.125	2.125	30 a 34 anos	892	983	1.875	30 a 34 anos	12,1	14,4	13,3
25 a 29 anos	878	1.030	1.908	25 a 29 anos	783	972	1.755	25 a 29 anos	12,1	6,0	8,7
35 a 39 anos	814	950	1.764	35 a 39 anos	702	865	1.567	35 a 39 anos	16,0	9,8	12,6
40 a 44 anos	711	897	1.608	40 a 44 anos	647	828	1.475	40 a 44 anos	9,9	8,3	9,0
20 a 24 anos	780	687	1.467	45 a 49 anos	620	713	1.333	20 a 24 anos	18,5	9,7	14,3
45 a 49 anos	685	781	1.466	20 a 24 anos	658	626	1.284	45 a 49 anos	10,5	9,5	10,0
1 a 4 anos	637	672	1.309	50 a 54 anos	534	621	1.155	1 a 4 anos	17,1	16,1	16,6
15 a 19 anos	663	582	1.245	5 a 9 anos	551	590	1.141	15 a 19 anos	17,1	8,8	13,1
50 a 54 anos	558	661	1.219	1 a 4 anos	544	579	1.123	50 a 54 anos	4,5	6,4	5,5
5 a 9 anos	615	597	1.212	15 a 19 anos	566	535	1.101	5 a 9 anos	8,7	11,6	10,1
10 a 14 anos	593	585	1.178	10 a 14 anos	560	527	1.087	10 a 14 anos	5,9	11,0	8,4
55 a 59 anos	447	574	1.021	55 a 59 anos	394	563	957	55 a 59 anos	13,5	2,0	6,7
60 a 64 anos	304	472	776	60 a 64 anos	309	461	770	60 a 64 anos	-1,6	2,4	0,8
65 a 69 anos	263	343	606	65 a 69 anos	242	322	564	65 a 69 anos	8,7	6,5	7,4
80 anos ou mais	146	298	444	70 a 74 anos	149	273	422	80 anos ou mais	8,1	6,0	6,7
70 a 74 anos	157	278	435	80 anos ou mais	135	281	416	70 a 74 anos	5,4	1,8	3,1
75 a 79 anos	125	197	322	75 a 79 anos	127	196	323	75 a 79 anos	-1,6	0,5	-0,3
Até 1 ano	158	120	278	Até 1 ano	144	127	271	Até 1 ano	9,7	-5,5	2,6

FONTE: SIB/ANS/MS

CONCLUSÃO

Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde tinha um objetivo claro: universalizar o atendimento aos brasileiros, que, em troca, pagam altos impostos. Como é de conhecimento público, não foi isso o que aconteceu. Passados anos, usuários enfrentam filas e esperam meses e até anos para conseguir realizar uma cirurgia eletiva - os procedimentos não emergenciais. Seria ainda pior se parte da população não tivesse abandonado o SUS, pagando um valor extra por planos privados de saúde.

O que se percebe é que a demanda por planos de saúde vem crescendo rapidamente no Brasil, em resposta a uma série de fatores como o ambiente macroeconômico favorável, o aumento da criação de empregos formais e de profissionais liberais, crescente poder aquisitivo, envelhecimento da população e um histórico de limitações na qualidade e no acesso a serviços públicos de saúde. Tal demanda, aliada a um histórico de limitações de acesso a planos de saúde individuais ou familiares (principalmente em razão de preços, qualidade e disponibilidade), resultou em um forte crescimento da base de beneficiários nos últimos anos.

Em um quadro de pobreza absoluta e desigualdade social, precisamos indagar, então, quais seriam os setores sociais mais prejudicados pela relação estabelecida entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde no Brasil: de uma parte, o Estado não consegue responder aos problemas políticos de legitimidade decorrentes da precária cobertura pública da atenção médica, em um quadro de restrição orçamentária, impedindo o necessário fortalecimento do SUS e deixando espaço para atuação do mercado desregulado. De outro, o mercado de planos de saúde apresenta uma trajetória de custos crescentes, em um contexto de baixos salários da economia brasileira, exigindo a ampliação de subsídios regressivos e expulsando a clientela de alto risco, sem nenhum planejamento prévio do SUS.

Nesse contexto, não se pode ignorar que uma das vias para se consolidar o SUS estará marcada pela capacidade em promover a universalização, incorporando, a um só tempo, os consumidores de baixa-renda e as classes médias, mediante o aumento do gasto público em saúde e a melhoria da qualidade do gasto.

Mesmo com o aumento de beneficiários de planos de saúde privados no Brasil, nos últimos anos, as organizações de defesa do consumidor afirmam que não conseguiram

reduzir o número de reclamações contra as operadoras privadas de planos de assistência à saúde. O principal motivo das queixas refere-se aos reajustes dos planos, tanto dos contratos antigos quanto dos novos. A legislação diz que as operadoras podem reajustar o valor do plano anualmente, de acordo com percentagem estabelecida pela ANS ou quando há mudança de faixa etária.

Isso cria uma situação inusitada: consumidores passam a enfrentar operadoras e a agência, que tem a função de protegê-los. A situação em que se encontram as operadoras de planos de saúde dificilmente é detectada pelos usuários de planos de assistência à saúde. As agências reguladoras não cumprem o papel de proteger os consumidores, não agem com transparência ao tomar decisões para fiscalizar e regulamentar o setor em que atuam e precisam facilitar o acesso à informação e ao emaranhado de leis que ainda confundem os consumidores.

A defesa do consumidor pressupõe a proteção do destinatário da cadeia econômica, que é a parte mais fraca da relação contratual, cabendo ao Estado reequilibrar tal relação fixando regras de proteção. A fraqueza neste caso não é só econômica, mas de informação, haja vista que o fornecedor conhece melhor o produto que o consumidor.

Considerando que a regulação se caracteriza pela busca do equilíbrio dos interesses do Poder Público, do fornecedor e do consumidor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar deve articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, evitando assim conflitos e duplicidade de regulações. A ANS deve coordenar a fiscalização do mercado de saúde suplementar, pois tem legitimidade e competência para exercer a defesa dos interesses dos consumidores.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar.** Brasília: IPEA, 2008 (Texto para Discussão, 598).

ALVES, S.L. **Eficiência das Operadoras de Planos de Saúde.** Revista Brasileira de Risco e Seguro, Rio de Janeiro v. 4, n. 8, p. 87-112, out 2008.

ANDRADE, M., LISBOA, M. **A economia da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica.** Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, T. **O cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde.** Brasília, 1999.

LUZ, M. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da “transição democrática”.** Anos 80. Physis, 1991.

MEDICI, A. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: a dimensão, estrutura e funcionamento.** Rio de Janeiro, 1990

NOGUEIRA, R. **Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea.** São Paulo, 2001.

SAYD, P. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde.** Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003 (Tese de Mestrado em Saúde Pública).

SILVA, P. **O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, A., BAHIA, L., WERNECK VIANNA, M. **Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: ANS (org.). Regulação & sociedade. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica.** Rio de Janeiro: ANS, p. 19-35, 2002.

VIANNA, S., PIOLA, S., OCKÉ-REIS, C. O. **Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento.** Planejamento e Políticas Públicas, n. 17, p. 105-171, 2008.

ANS – www.ans.gov.br

Legislação

Resolução Normativa – RN nº 211, de 11 de Janeiro de 2010

http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1575

Resolução Normativa – RN nº 262, de 1º de Agosto de 2011

http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1786

Decreto nº 6.939/2009. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6939.htm

Lei nº 8.080/90. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Artigos publicados na internet

História da Saúde Pública no Brasil. Disponível em:

<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaio/Hist%C3%B3ria-Da-Sa%C3%BAde-P%C3%ABlica-No-Brasil/710730.html>

Número de beneficiários de planos de saúde em Três Rios cresceu 9,5%. Disponível em:

<http://entrieriosjornal.com.br/tres-rios/numero-de-beneficiarios-de-planos-de-saude-em-tres-rios-cresceu-95/>. Acesso em 06 de dezembro de 2014.

Minoria tem plano de saúde no México. Disponível em:

http://www.revistacobertura.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=45358&furl=-Minoria-tem-plano-de-saude-no-Mexico-: Acesso em 06 de dezembro de 2014.

Relações com Investidores. Disponível em:

http://ri.fleury.com.br/fleury/web/conteudo_pt.asp?idioma=0&tipo=28865&conta=28