

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Ellen Cima

**A INSTITUIÇÃO DA LEI Nº 9.961/00: IMPACTOS SOBRE A
ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Santa Maria, RS

2017

Ellen Cima

**A INSTITUIÇÃO DA LEI Nº 9.961/00: IMPACTOS SOBRE A ESTRUTURA E
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Ciências Econômicas**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sibele Vasconcelos de Oliveira

Santa Maria, RS
2017

Ellen Cima

**A INSTITUIÇÃO DA LEI Nº 9.961/00: IMPACTOS SOBRE A ESTRUTURA E
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Ciências Econômicas**.

Aprovado em 07 de Dezembro de 2017:

Sibele Vasconcelos de Oliveira, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Kalinca Léia Becker, Dra. (UFSM)

Irina Mikhailova, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela dádiva da vida e por, sempre, me dar forças para enfrentar cada desafio.

Aos meus pais Eloi e Adriane por todo o apoio, incentivo, e principalmente por não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. A vocês todo o meu amor, admiração e orgulho. Serei eternamente grata por tudo.

A minha irmã Letícia pelo incentivo, carinho, compreensão e apoio em todos os momentos.

Ao meu namorado Plínio, que sempre esteve ao meu lado durante esta etapa. Por todo amor, paciência, carinho e amparo nas horas que precisei.

Agradeço a minha orientadora, professora Sibeles Vasconcelos de Oliveira, pela paciência, dedicação, ensinamentos e palavras de conforto nos momentos difíceis. Sem dúvida, você foi fundamental para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos que tornaram o caminho até aqui menos árduo. Agradeço imensamente por toda a ajuda, paciência, pelas palavras sinceras, pelas incontáveis horas de estudos, e principalmente por estarem ao meu lado nesta jornada.

RESUMO

A INSTITUIÇÃO DA LEI Nº 9.961/00: IMPACTOS SOBRE A ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

AUTORA: Ellen Cima

ORIENTADORA: Sibeles Vasconcelos de Oliveira

O atual sistema de saúde brasileiro está dividido em dois subsistemas: o público e privado. O público é representado pelo Sistema Único de Saúde, e segue alguns princípios, tais como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade e a equidade. O subsistema privado pode ser contratado através de planos privados, que passaram a ser regulamentados em 2000 após a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diante deste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar as transformações na oferta e demanda dos serviços de saúde suplementar no Brasil após a regulamentação do subsetor pela ANS. Para tanto, procedeu-se com a coleta de dados secundários e a realização de análises estatísticas descritivas. Os resultados obtidos demonstram que, desde a criação da ANS, o número de operadoras médico-hospitalares do subsistema de saúde suplementar vem caindo, sendo que 61% as organizações operam com sede na região Sudeste. No que se refere à demanda de serviços, constatou-se aumento da taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica, assim como se verificou que a faixa etária que mais contrata planos de saúde compreende a população economicamente ativa. Dentre os planos de saúde mais contratados pelos brasileiros, estão os da modalidade de medicina de grupo, com predominância de planos de abrangência num grupo de municípios. Além disso, observou-se a existência de correlação linear positiva entre o número de beneficiários de assistência médica, o número de empregos formais e o PIB no Brasil.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde Suplementar. Brasil.

ABSTRACT

THE FOUNDATION OF LAW Nº 9.9961/00: IMPACTS ON THE STRUCTURE AND DEVELOPMENT OF BRAZIL'S SUPPLEMENTARY HEALTH SYSTEM

AUTHOR: Ellen Cima

ADVISOR: Sibeles Vasconcelos de Oliveira

The current Brazilian health system is divided into two subsystems: the public and the private. The public is represented by the Unified Health System (SUS), and follows some principles, such as universality of access to health services at all levels of care, integrality and equity. The private subsystem can be contracted through private plans, which began to be regulated in 2000 after the implementation of the National Agency of Supplementary Health (ANS). Given this context, the present study aims to analyze the changes in the supply and demand of supplementary health services in Brazil after the beginning of regulation of the subsector by ANS. Therefore, it proceeds with the collection of secondary data and the performance of descriptive statistical analyzes. The results show that, since the creation of the ANS, the number of medical and hospital operators in the supplementary health subsystem has been falling, with 61% of organizations operating in the Southeast region. With regard to the demand for services, there was an increase in the coverage rate of health care health plans, as well as the fact that the age group that most contracts health insurance plans comprises the economically active population. Among the health plans most contracted by Brazilians are those of the group medicine modality, with predominance of coverage plans in a group of counties. In addition, there was a positive linear correlation between the number of health care recipients, the number of formal jobs and the GDP in Brazil.

Keywords: Health Economics. Supplementary Health. Brasil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - junho/2011- junho/2016)	24
Figura 2 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – junho/2016)	25
Figura 3 - Número de operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil	32
Figura 4 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – março/2017)	33
Figura 5 - Distribuição percentual dos planos privados de assistência médica, segundo número de beneficiários (junho/2017)	35
Figura 6 - Distribuição percentual das operadoras em atividade, por Grandes Regiões da sede (junho, 2017)	37
Figura 7 - Taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica no Brasil	40
Figura 8 - Beneficiários de planos de saúde privado no Brasil (Março de 2000 Março de 2017)	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese das principais variáveis selecionadas para análise descritiva do setor de saúde suplementar no Brasil.....	29
Tabela 2 - Variáveis selecionadas para análise de medidas de associação linear.....	30
Tabela 3 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação e abrangência geográfica.....	36
Tabela 4 - Operadoras em atividade, por grandes regiões da sede, segundo a modalidade (junho, 2017)	38
Tabela 5 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano	42
Tabela 6 - Beneficiários de planos privados de assistência médica por faixa etária.....	43
Tabela 7 - Coeficientes de correlação linear entre as variáveis macroeconômicas e o número de beneficiários e operadoras de planos de saúde no Brasil	45
Tabela 8 - Número de operadoras de planos médico-hospitalares e participação de mercado nas 10 principais regiões metropolitanas do país - 2012 e 2016.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ABrES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
BCB	Banco Central do Brasil
BIREME	Biblioteca Regional de Saúde
CADOP	Sistema de Cadastro de Operadoras
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CF	Constituição Federal
DRG's	<i>Diagnostic Related Groups</i>
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
MS	Ministério da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RPS	Sistema de Registro de Produtos
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	12
1.1.1	Objetivo geral	12
1.1.2	Objetivos específicos	12
1.2	JUSTIFICATIVA.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ENSAIOS SOBRE A ECONOMIA DA SAÚDE	15
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1	BREVES DISCUSSÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VINCULADAS AO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL	18
3.2	A EMERGÊNCIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	21
4	METODOLOGIA.....	28
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1	CARACTERÍSTICAS DAS OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	31
5.2	BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: NOTAS SOBRE O PERFIL E O ACESSO	39
5.3	DESEMPENHO DA ECONOMIA E DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: EVIDÊNCIA DE RELAÇÕES	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	51
	Anexo A – Variáveis utilizadas para análise do coeficiente de correlação.....	57

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o Brasil possui 190.755.799 habitantes, sendo que 160.925.792 residem em área urbana e 29.830.007 na área rural, distribuídos irregularmente em um território com extensão de 8.515.692,272 km² (IBGE, 2010). Ao comparar estes resultados com os estimados pelo Censo Demográfico de 2000, pode-se observar que a população do Brasil cresceu 12,3%, sendo que as maiores taxas de crescimento foram nas Regiões Norte e Centro-Oeste. As informações obtidas através das estatísticas oficiais evidenciam que as regiões mais populosas do país permanecem sendo, respectivamente, Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (IBGE, 2010).

Além do crescimento das últimas décadas, observam-se também alterações na composição do perfil da população brasileira. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população de 60 anos ou mais de idade que, em 2004, representava 9,7% da população total, em 2015 apresentou crescimento, de tal forma a representar 14,3% do total populacional. De acordo com Nunes (2004), a ampliação absoluta e relativa da população idosa no Brasil gera diversas consequências, dentre estas, cita-se uma das mais importantes, que diz respeito às demandas de saúde.

Vale destacar que a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assim como a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (Art. 199). O atual sistema de saúde brasileiro pode ser dividido em dois subsistemas: público e privado. O público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. É composto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, além de serviços privados contratados ou conveniados.

De acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, o sistema de saúde público brasileiro segue alguns princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e equidade. Em especial, o princípio da universalidade estabelece que todos os cidadãos brasileiros, sem distinção de raça, cor, etnia ou religião, tem direito ao acesso de serviços de saúde. A integralidade refere-se à ação integral em saúde, independentemente do nível de complexidade. A equidade busca a

imparcialidade no direito dos indivíduos, reconhecendo as diferenças e procurando atender as necessidades de cada um.

Ainda, salienta-se que o subsistema privado pode ser contratado por meio de planos privados junto a operadoras de planos de saúde (Sistema de Saúde Suplementar), ou pela contratação direta de prestadores de assistência privada, conhecido como liberal clássico. Pode-se destacar a predominância da Saúde Suplementar nessa esfera.

A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde foi definida por meio da Lei nº 9.656/1998¹ e a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fundamentada através da Lei nº 9.961/2000¹. A Agência Nacional de Saúde Suplementar está vinculada ao Ministério da Saúde e tem por finalidade: “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (BRASIL, 2000).

Considerando as diferenças existentes entre o sistema público e privado de saúde no Brasil, a problemática da presente pesquisa consiste em verificar: “Após a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2000, como se desenvolveu o sistema de saúde suplementar no Brasil?”. Buscando responder a tal questionamento, por meio de pesquisa bibliográfica, coleta e análise de dados secundários, avalia-se o comportamento de variáveis relacionadas à oferta e demanda dos serviços de saúde suplementar no Brasil.

Destaca-se que esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos, a começar pela introdução, que busca contextualizar o Brasil e a importância da saúde, bem como os objetivos e a justificativa da presente pesquisa. No segundo capítulo, apresenta-se o referencial teórico acerca da Economia da Saúde. Já no terceiro capítulo, tem-se uma revisão bibliográfica em relação às políticas públicas vinculadas ao setor saúde e a saúde suplementar no Brasil. O capítulo seguinte refere-se aos procedimentos metodológicos utilizados. Na sequência, trata-se da análise e discussão de dados do setor de saúde suplementar, visando explorar tanto aspectos referentes à oferta como à demanda por serviços de saúde suplementar. Por fim, apresentam-se as considerações finais referentes a este estudo.

¹ Alterada pela Medida Provisória Número 2177-44, de 24 de agosto de 2001.

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as transformações ocorridas na oferta e demanda por serviços de saúde suplementar, no Brasil, após a regulamentação do subsetor pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.1.2 Objetivos específicos

- I. Analisar o escopo dos principais programas e políticas públicas e privadas em saúde no Brasil;
- II. Descrever as características da rede de serviços privados de saúde nas diferentes regiões do Brasil;
- III. Identificar o perfil dos beneficiários/ demandantes dos serviços privados de saúde no Brasil;
- IV. Identificar indícios de relacionamento entre o desenvolvimento do subsistema de saúde suplementar e as variáveis de desempenho econômico do Brasil.

1.2 JUSTIFICATIVA

As transformações observadas no modo de vida, bem como a transição demográfica denotam novas características à população brasileira. De acordo com estatísticas oficiais, em 2050, haverá 100 milhões de indivíduos com mais de 50 anos no Brasil, resultando em inúmeras consequências para o campo da saúde. Espera-se que a demanda por serviços de saúde amplie-se de forma expressiva, com a necessidade de ampliação de organizações que ofereçam atendimento médico em várias regiões (ALMEIDA, 2013).

Pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2011) apontou a cesta de bens e serviços desejados pelo brasileiro. Segundo a referida pesquisa, dentre os 12 principais bens de consumo e serviços desejados pela população, os planos de saúde aparecem em segundo lugar, atrás apenas da casa própria. Ainda de acordo com o IESS, as três principais razões que levam um indivíduo a ter um plano privado de saúde são: i) o entendimento de que a saúde

pública é precária; ii) a percepção positiva quanto à qualidade de atendimento dos planos privados de saúde; e iii) a noção de segurança, visto que o plano de saúde disponibiliza aos usuários tranquilidade em caso de doença (IESS, 2011).

Vale lembrar que o sistema de saúde brasileiro é representado por dois segmentos: um setor suplementar, contratualmente acessado, e um sistema público, disponível para todos, inclusive para os usuários da saúde suplementar. Isso quer dizer que essa divisão não é interdependente ou oposta, uma vez que o indivíduo pode utilizar os serviços prestados pelo Estado e pelas organizações privadas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), serviço prestado pelo Estado, baseia-se nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e é financiado através de tributos. Apesar de toda a população ter direito de utilizar esse sistema, há dificuldades em garantir o acesso aos bens e serviços do SUS a todos os brasileiros. Dentre os condicionantes para a demanda reprimida existente, estão a insuficiência em investimentos no setor e a má gestão de recursos financeiros para a prestação de serviços em saúde.

Almeida (2013) destaca que o SUS apresenta múltiplas deficiências, dentre as quais, cita-se a escassez de recursos financeiros e a incapacidade de otimização do uso do dinheiro público. O autor argumenta ainda que, atualmente, é investido o dobro de recursos no tratamento de doenças do que nas ações básicas de saúde que previnem enfermidades. Os problemas mais frequentemente observáveis no SUS são a falta de médicos, a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (ALMEIDA, 2013).

Neste sentido, destaca-se que os recursos oriundos da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), criada em 1997 especialmente para o financiamento das ações e serviços de saúde, foram recorrentemente usufruídos por outros setores. Em 1997, foram designados para a saúde R\$ 5,2 bilhões dos R\$ 6,9 bilhões arrecadados pela CPMF. Do mesmo modo, em 2006, R\$ 19,7 bilhões foram destinados ao orçamento da saúde e da previdência social, porém a CPMF arrecadou R\$ 32 bilhões (UNAFISCO SINDICAL, 2007). Assim, observa-se que ao

longo do tempo, a destinação de recursos para a saúde vem sendo aquém da disponibilidade de verbas arrecadadas para o setor².

Além do mais, Paim et al. (2011) destacam que a despesa federal com saúde, em termos nominais, tem aumentado desde 2003. Apesar do crescimento contínuo dos últimos anos, o ajuste pela inflação aponta uma redução líquida, ou seja, o SUS possui efetivamente menos recursos públicos para o financiamento dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que as despesas com saúde pública no país correspondem a 3,83% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto outras nações com sistema de saúde semelhante ao do Brasil, como é o caso da Dinamarca e Canadá, gastam respectivamente 9,16% e 7,41% do PIB. Destaca-se que os Estados Unidos, que possui um sistema de saúde predominantemente privado, gasta 8,28% do PIB em saúde pública (WHO, 2014).

Outro ponto a ressaltar é que a legislação brasileira permite a atuação complementar da iniciativa privada no SUS, por meio de contrato de direito público ou convênio. Contudo, verifica-se que as despesas com saúde privada representam 4,5% do PIB, ultrapassando a condição complementar prevista em lei (WHO, 2014).

Destarte, a Economia da Saúde, de acordo com Del Nero (1995, p. 11), “lança mão da colaboração multidisciplinar para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda”. Nesse sentido, “a contribuição desta disciplina transforma os investimentos em melhores condições de saúde, estabelecendo assim a base para o crescimento econômico futuro” (DEL NERO, 1995, p. 20).

Nessa perspectiva, o acesso por parte das famílias aos serviços em saúde suplementar e a evolução da oferta desses serviços compreendem questões da Economia da Saúde, que constitui um campo relevante de discussão dentro das Ciências Econômicas. Considerando a importância do tema saúde para o desenvolvimento econômico e social das nações, o presente estudo realiza análise das condições de oferta dos serviços privados de saúde, bem como as condições de acesso por parte da população brasileira.

² A Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), é embasada na Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, e refere-se a uma contribuição sobre movimentação bancária, com a finalidade de arrecadar recursos destinados integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1996). Porém a PEC nº 89/07, de 13 de junho de 2007, que trata da renovação da CPMF foi rejeitada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente tópico tem por objetivo apresentar alguns conceitos associados aos estudos em Economia da Saúde, com o intuito de acentuar a significância deste tema para a população brasileira e para o processo de desenvolvimento humano do país.

2.1 ENSAIOS SOBRE A ECONOMIA DA SAÚDE

O aumento do interesse dos economistas brasileiros pela saúde é recente, principalmente em relação à análise dos serviços prestados pelas organizações públicas e privadas no campo da atenção à saúde. Esse interesse aumentou com o crescimento dos gastos em serviços de saúde, com entrada de planos e seguros privados no subsistema da saúde suplementar.

Contudo, desde a segunda metade do século passado, a Economia da Saúde vem crescendo como disciplina e um dos trabalhos clássicos foi desenvolvido por Kenneth J. Arrow, publicado na *American Economic Review*, em 1963. O artigo apresenta conceitos na área e questões sobre financiamento, dando suporte às discussões futuras sobre o tema. Em 1981, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) elaborou relatório de apoio aos administradores da saúde, no qual apresenta levantamento bibliográfico sobre economia da saúde, em bibliotecas médicas e administrativas, com destaque para a Biblioteca Regional de Saúde (BIREME) em São Paulo, que criou arsenal com cerca de 250 trabalhos.

Nos Estados Unidos, a partir da década de 1960, autores como John Thompson e Robert Fetter foram responsáveis pelo desenvolvimento dos conceitos e aplicações dos *Diagnostic Related Groups* (DRG's), que são recursos muito empregados no pagamento e controle de custos hospitalares. No Reino Unido, destaca-se a contribuição ao desenvolvimento teórico da Economia da Saúde, influenciado por Abel-Smith (1976), com a publicação de seu livro *Valeu for Money in Health Service*, que é um marco teórico na Economia da Saúde.

Na França, destacam-se Emile Levy, Dominique Jolly e Michelle Fardeau, especialistas que produzem continuamente trabalhos na área. Em Portugal, ressalta-se Antônio Correia de Campos, da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa,

com um trabalho precursor para o início da disciplina de Economia da Saúde, e posterior contribuição para outros países de língua portuguesa.

Diante do exposto, Samuelson (1976) estabelece a Economia como a análise por meio da qual os homens e a sociedade fazem a utilização de recursos produtivos limitados. Pode-se aplicar essa definição também ao setor saúde, onde os recursos são escassos.

Conforme Del Nero (1995, p. 20), a Economia da Saúde é “o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar a população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta, meios e recursos limitados”. No Brasil, um marco importante na economia da saúde foi a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), fundada em Brasília, em 1989, um ano após a criação do SUS. A ABrES tem como objetivo reunir profissionais com interesse na área, e contribuir para o desenvolvimento da economia da saúde.

Para Del Nero (1995), um dos assuntos mais discutidos por especialistas da área é a controvérsia sobre se os serviços de saúde devem ser prestados pelo Estado ou pela iniciativa privada. Os resultados dessas discussões são diferentes formas de combinação de recursos públicos e privados sendo testadas.

Silva (2003) enfatiza que diversas reformas ocorreram nos sistemas nacionais de saúde. Dentre os fatores que impulsionaram tais reformas, citam-se o aumento dos custos com os serviços de saúde, a transição demográfica e a transição epidemiológica. Ainda conforme Silva (2003), essas transformações colaboraram para tornar ainda mais relevante as relações no âmbito do setor saúde, chamando a atenção de profissionais preocupados com temas relacionados à gestão dos sistemas de saúde. O resultado dessa preocupação, aliado a princípios de teoria econômica aplicados à área da saúde, deram origem a Economia da Saúde.

De acordo com Arrow (1963), o mercado de cuidados da saúde engloba diferentes peculiaridades, resultantes do alto grau de incerteza, assimetria de informações, restringindo a capacidade do mercado em oferecer serviços de assistência à saúde eficientes. Para o autor, a natureza da demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, diferente da demanda por alimentação e vestuário, por exemplo.

No lado da oferta, a assistência à saúde também apresenta especificidades, tais como o produto ser idêntico à atividade de produção e o cliente não poder testar

o produto antes de consumi-lo. Desta forma, é estabelecida uma relação de confiança entre médico e paciente, os quais são os principais agentes deste mercado (ARROW, 1963).

O setor saúde constitui uma importante área de desenvolvimento científico e tecnológico acarretando em possibilidades de investimentos, renda e emprego. Nesse cenário estão inseridos os fornecedores, hospitais, seguradores e fabricantes, componentes do denominado complexo industrial da saúde. Para Gadelha (2003, p. 523):

a delimitação do complexo industrial da saúde constitui, mais do que uma simples seleção de setores de atividade a partir de sua linha de produto (como medicamentos e equipamentos médicos) ou da propriedade do capital (segmento privado), um corte analítico que representa um olhar diferenciado frente à forma tradicional de abordar o setor saúde, representando uma percepção da área como um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista (GADELHA, 2003, p. 523).

Considerando os elementos apresentados nesta revisão teórica, denota-se a importância do campo científico da Economia da Saúde, que vem evoluindo em instrumentos de análise, na avaliação da área da saúde e, de certa forma, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade.

A seguir, apresentam-se alguns resultados de pesquisa empírica realizados com foco nas organizações e instituições do Brasil.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O presente capítulo trata das particularidades das políticas públicas brasileiras vinculadas ao setor de saúde, bem como as especificidades do setor de saúde suplementar. Busca-se apresentar os referidos temas por meio de pesquisa bibliográfica e a apresentação de alguns dados estatísticos para o caso do Brasil e suas diferentes regiões.

3.1 BREVES DISCUSSÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VINCULADAS AO SETOR DA SAÚDE NO BRASIL

As discussões acerca da justiça, no âmbito da saúde pública intensificaram-se nas últimas décadas, especialmente nas sociedades latino-americanas. Ainda na década de 1970, em meio à severa crise econômica que acometia muitos países, emergiam questões políticas relativas à organização de um sistema de saúde capaz de atender as demandas da população, que fosse capaz de otimizar gastos e a alocação de recursos em um cenário de escassez de subsídios (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Viana et al. (2003) ressaltam que as reformas da política de saúde foram conduzidas no Brasil para responder a duas questões centrais: como otimizar os escassos recursos destinados ao setor e como organizar um sistema de saúde eficaz e com envergadura suficiente para atender às necessidades de saúde da população.

Em fins dos anos 1970 e início dos 1980, diversos países, inclusive o Brasil, questionavam as saídas para o setor público decorrentes de severa crise econômica que atingia as nações e que exigiam um redimensionamento do papel do Estado (VIANA et al., 2003). Lembra-se que, diante de um cenário de crise no Brasil, associado ao quadro social de desigualdade, de condições de vida insalubres e saneamento precário, a Previdência Social também passou a enfrentar vários desafios.

Destarte, em síntese, a má aplicação de recursos, a predominância de assistência baseada em atendimentos hospitalares, a existência de privilégios ao setor privado, desencadeou a expansão dos movimentos sociais e o fortalecimento do movimento da reforma sanitária. Esse movimento buscava mudar o sentido da

assistência à saúde, baseado em alguns princípios como: universalização do direito à saúde, promover a saúde preventiva, descentralizar a gestão administrativa e financeira (CONASS, 2011).

Conforme destacam Viana et al. (2003), o sistema de saúde vigente no Brasil até a década de 1980 deixava a população mais pobre, em condições de desvantagem social, à margem do sistema. Portanto, no período de redemocratização houve aumento nos debates assegurando ampliação da participação social e do exercício da cidadania. Este processo culminou na promulgação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988 (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Nesse contexto, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco importante da reforma sanitária brasileira, onde foi formulado o conceito de saúde, que enuncia:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Para Sen (2010, p. 61), “a criação de oportunidades sociais por meio de serviços como educação pública, serviços de saúde e desenvolvimento de uma imprensa livre e ativa pode contribuir para o desenvolvimento econômico”. Ainda, salienta-se a importância da liberdade como determinante da iniciativa individual e da eficácia social, bem como possuir mais liberdade aumenta o potencial dos indivíduos de cuidar de si mesmo e influenciar o mundo, temas essenciais para o processo de desenvolvimento (SEN, 2010).

O relatório da VII Conferência Nacional de saúde foi considerado na discussão da reforma do setor saúde, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, onde foi aprovado o SUS. O Sistema Único de Saúde constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, conforme está previsto no Art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Em suma, argumenta-se que esse sistema único surgiu diante da necessidade de um sistema de saúde que atendesse a população de forma

igualitária e em todo o território nacional. Além disso, essa Lei estabelece no Art. 2º que “A saúde³ é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Destaca-se ainda que no Artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê-se que o Estado deve trabalhar na formulação de política de saúde para promover e executar políticas econômicas e sociais, de acesso universal e igualitário, visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos. De toda forma, assim como é dever do Estado dedicar-se à oferta de saúde, não se exclui o compromisso das pessoas, da família, das empresas e da sociedade neste processo.

Os objetivos do SUS estão fundamentados no Art. 5º da Lei nº 8.080/1990 e são:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Ademais, conforme definições estabelecidas no Art. 6º, cabe salientar que é de atribuição do SUS executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Com isso, observa-se que o papel do SUS não está diretamente restrito ao tratamento de doenças, como também nos campos econômico e social, atuando em políticas de proteção e prevenção para uma saúde de qualidade.

A promulgação desta lei, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, ocorreu somente dois anos após a constituição, sendo que o Executivo começou o processo de operacionalização do SUS em 1992. Portanto, verifica-se a importância de um sistema de saúde disponível para todos, como o SUS, porém percebe-se que o financiamento deste está aquém da demanda da população brasileira por serviços de assistência à saúde. Sendo assim, valem pesquisas que explorem as especificidades do mercado de saúde suplementar no Brasil.

³ O Artigo 3º da referida normativa apresenta que a saúde depende de fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, renda, educação, acesso aos bens e serviços, entre outros.

3.2 A EMERGÊNCIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a saúde suplementar pode ser entendida como a atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do poder público (BRASIL, 2012). Esse setor surgiu em meados dos anos 1960, apresentando significativa expansão nos anos 1980, atuando praticamente sem a intervenção estatal, a partir de medidas próprias do mercado. Sobretudo, a regulamentação do setor ocorreu em junho de 1988, através da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Pode-se constatar quatro fases no processo de regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil (BRASIL, 2002), a saber:

- a) A primeira fase refere-se aos dez anos entre a aprovação da Constituição de 1988 e a Lei nº 9.656/98, considerada o marco legal do setor;
- b) A segunda fase se dá ao longo do ano de 1999, através de um processo de negociação com o Congresso Nacional sobre a regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência à saúde;
- c) No final de 1999, inicia-se a terceira fase, onde a regulação do setor fica sob responsabilidade do Ministério da Saúde, com a criação da ANS, através da Lei nº 9.961/00, considerada um marco na regulamentação, que assume todas as ações de regulação da saúde privada, criando normas e fiscalizando o setor;
- d) A quarta etapa constitui um aperfeiçoamento e ampliação da efetividade, para garantir qualidade e melhoria constante na assistência à saúde dos usuários (BRASIL, 2002).

Os objetivos da regulamentação do setor de saúde suplementar surgem com o marco regulatório e desenvolvem-se com a evolução do conhecimento sobre o setor. Dentre os principais objetivos da regulamentação do setor, citam-se (BRASIL, 2002):

- a) A oferta de cobertura assistencial integral aos consumidores de planos privados;

- b) Monitoramento da entrada e saída de empresas e entidades que operam no setor;
- c) Estabelecimento dos mecanismos que possibilitem a continuidade da prestação de serviços no setor;
- d) Controle de preços abusivos;
- e) Integração entre o setor de saúde suplementar e o SUS, bem como a restituição dos gastos de usuários dos planos privados no sistema público e a determinação da regulamentação, fiscalização e normatização do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2002).

Conforme Araújo, M., (2004), o mercado de saúde suplementar no Brasil é formado por um grande número de empresa, operando sob diferentes modalidades. As operadoras possuem características próprias no que diz respeito à forma de atuação no mercado, além de estarem estruturadas de acordo com modelos jurídicos-institucionais. Desta forma, o marco regulatório do setor classifica as operadoras em oito modalidades principais:

- a) Medicina de grupo: empresas ou entidade que operam planos privados de assistência à saúde com fins lucrativos para empresas ou indivíduos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia (ANS, 2000);
- b) Odontologia de grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica (ANS, 2000);
- c) Cooperativas médicas: constitui-se de sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas (ANS, 2000);
- d) Cooperativas odontológicas: sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei nº 5.764/71, que operam exclusivamente planos odontológicos (ANS, 2000);
- e) Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio do seu departamento de recursos humanos, ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo planos privado de assistência à saúde, oferecendo exclusivamente cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, e aos

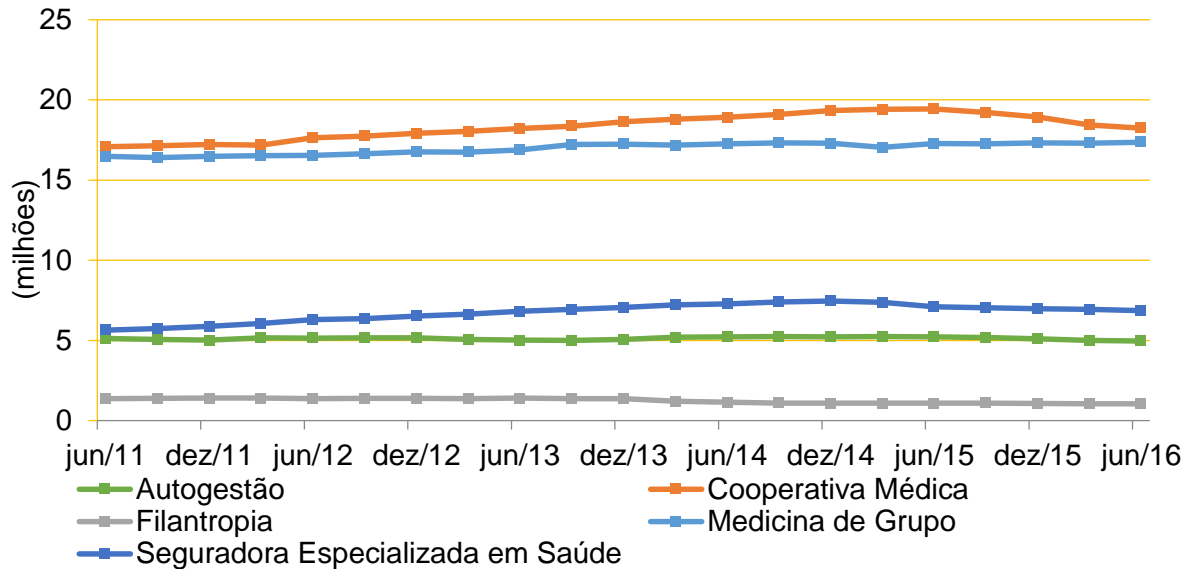
respectivos familiares, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe de profissionais ou assemelhados (ANS, 2000);

- f) Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais (ANS, 2000);
- g) Administradoras: conforme a Resolução Normativa nº 196/09, que dispõe sobre a administradora de benefícios, são pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde (BRASIL, 2012).
- h) Seguradoras: são empresas constituídas em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde (BRASIL, 2012).

Atualmente, a distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora, conforme a modalidade de plano, está representada na Figura 1.

As modalidades de operadoras ofertam diversos tipos de planos de saúde, através de diversas formas de cobertura assistencial. A cobertura assistencial depende do tipo de plano privado de assistência à saúde contrato com a operadora. Os planos podem ser classificados de acordo com a cobertura assistencial oferecida, sendo planos de assistência médica com ou sem odontologia, que inclui assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, e planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2009). Estes planos são facultativos, porém a Lei nº 9.656/98 determina a obrigatoriedade da oferta do plano referência, que consiste em plano privado de assistência à saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermagem (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - junho/2011- junho/2016)



Fonte: Adaptado de Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Setembro de 2016.

O plano hospitalar com obstetrícia refere-se ao plano privado de assistência à saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e à cobertura do recém-nascido (BRASIL, 2012). Ainda, o plano hospitalar sem obstetrícia inclui o atendimento em unidade hospitalar, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação (BRASIL, 2012).

O plano ambulatorial os atendimentos e procedimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

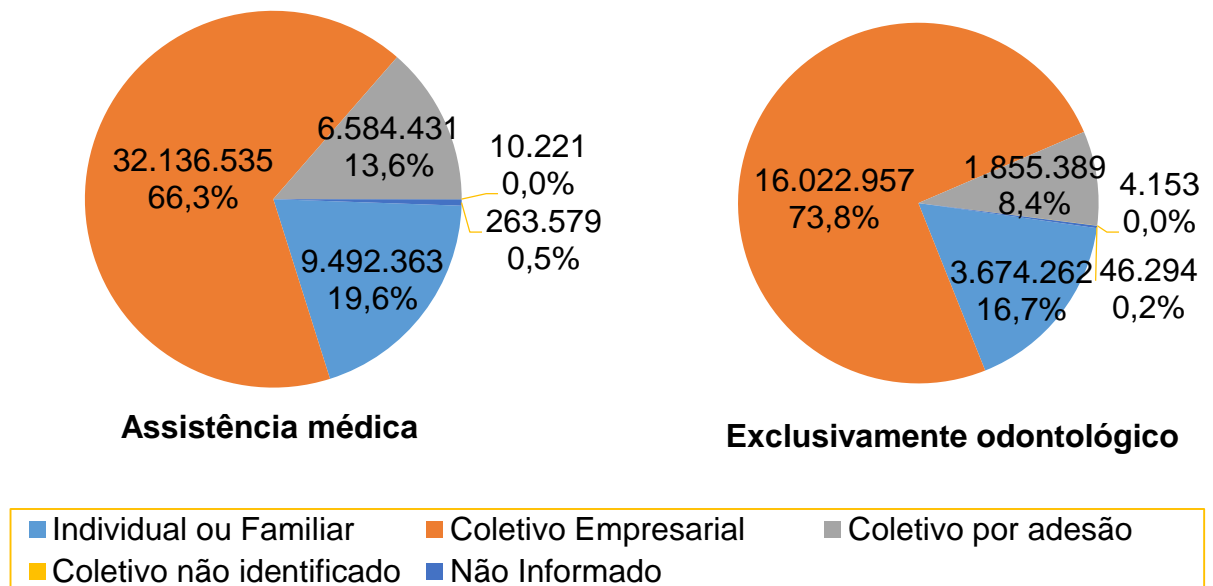
O plano odontológico abrange todos os procedimentos realizados em consultório odontológico, incluídos nesse plano exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia (BRASIL, 2012).

Outra diferenciação a ser considerada é em relação aos planos contratados até 31/12/98, anteriores a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados, chamados de planos antigos, e os contratados a partir de 1999, que contam com toda a proteção legal, chamados de planos novos – divididos em planos individuais e coletivos (CONASS, 2007). Além desses, há os planos adaptados, que são aqueles contratados antes de 2/1/1999 e, posteriormente, adaptados às regras

da Lei nº 9.656/98, passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos (FLORÊNCIO, 2006).

Conforme a medida provisória nº 2.177-44, que altera a Lei nº 9.656/98, o regime ou tipo de contratação dos planos de saúde no Brasil podem ser individual ou familiar, coletivo empresarial ou ainda coletivo por adesão. O contrato de plano de saúde individual ou familiar é firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar. Já o contrato coletivo empresarial oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária, firmado legalmente por pessoa jurídica. E o contrato coletivo por adesão é firmado legalmente por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que oferece cobertura da atenção à população que mantenha vínculo.

Figura 2 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – junho/2016)



Fonte: Caderno de Informação de Saúde Suplementar – Setembro de 2016.

Os planos empresariais abrangem a maior parcela dos planos privados de saúde, sendo que, em 1998, representavam em torno de 60% do total de planos privados e, em 2016, representaram 80% conforme Figura 2 (ANS, 2016). Segundo

Pilotto (2016), a diminuição da contratação de planos individuais pode estar associada ao maior efeito da regulação exercida pela ANS a estas modalidades de contratação, diferente do que ocorre com os planos coletivos.

A partir da revisão bibliográfica referente ao tema, constatou-se a existência de alguns estudos no Brasil que contemplam a evolução do subsistema de saúde suplementar no Brasil (PIETROBON ET AL., 2008; OCKÉ-REIS, 2007; LIMA, 2013; MACHADO, 2015). Em especial, a pesquisa elaborada por Pietrobon et al. (2008) teve como objetivo contextualizar a saúde suplementar no Brasil, como a estruturação e regulação do setor, fazendo uso de uma análise da literatura e visão crítica acerca do assunto. Pode-se perceber que a construção do sistema de saúde suplementar levou anos e disputas entre diferentes setores. Apesar de levar anos, o seu avanço resultou na criação e implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Pietrobon et al. (2008), a ANS é uma realidade e uma necessidade no setor de saúde no Brasil, com beneficiários ultrapassando os 40 milhões. No entanto, o autor enfatiza que a ANS precisa aprimorar seu rol de atuação a todos os tipos de contratos de planos de saúde. Para o autor, há urgência de que a ANS aja diretamente nas relações conturbadas entre as operadoras de planos de saúde prestadores de serviços e beneficiários, auxiliando assim para a evolução do sistema de saúde como um todo.

Outro estudo sobre o tema foi desenvolvido por Ocké-Reis (2007), que procurou examinar os principais efeitos sobre a concentração dos planos de saúde. O autor discutiu as características econômicas gerais do mercado de planos de saúde, os desafios da ANS diante da concentração desse mercado, pois tal movimento pode ocasionar a consolidação das grandes operadoras, com efeitos imprevisíveis para a organização e financiamento do SUS.

Ocké-Reis (2007) concluiu que a concentração do mercado de planos de saúde pode modificar o critério de concorrência do mercado, se ampliar as barreiras à entrada e o nível de preços. O estudo aponta a necessidade de fortalecer a política de saúde universalista, através da alocação mais eficiente dos recursos destinados ao SUS, para os planos privados de saúde desempenhar um papel apenas suplementar.

Já a pesquisa realizada por Lima (2013) teve como foco demonstrar em âmbito geral o setor de saúde e sua evolução no Brasil, analisando o período de

1990 a 2009. O objetivo geral foi determinar os principais pontos do setor e dados estatísticos que comprovem a sua evolução. Para tanto, o autor averiguou o setor por meio de dados de 1990 até 2009, utilizando fontes como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde e estudo de diversos autores, apontando dados que podem influenciar o setor de saúde.

Os principais resultados do estudo desenvolvido por Lima (2013) destacam a importância da Constituição Federal de 1988 para a saúde, que atribuiu à saúde como um bem público e igualitária a todos os brasileiros. Além disso, o autor concluiu que apesar de ser dever do Estado oferecer saúde gratuita a todos os cidadãos, o setor é atrativo para investimento por parte de corporações privadas, que vem crescendo com o avanço da medicina, tecnologia e principalmente o aparecimento de novas doenças e epidemias, onde o setor privado atua na oferta de cuidados médicos, exames rotineiros e de alta complexidade.

Tendo como foco abordar os gastos públicos e privados com saúde das famílias brasileiras, Machado (2015), através de uma pesquisa explicativa, com caráter qualitativo, evidencia o campo da Economia da Saúde, o processo de estruturação e financiamento do SUS, bem como os gastos com saúde do Estado. Para descrever o contexto das perspectivas e desafios do SUS, o autor comparou os sistemas de saúde de outros países.

Nesse estudo, Machado (2015) concluiu que os gastos das famílias brasileiras compõem a maior parte dos gastos totais em saúde, visto que o financiamento estatal está longe de atender o princípio da universalidade. Além disso, o que contribui para a expansão da atividade privada e o déficit no financiamento do SUS é a renúncia fiscal às pessoas físicas e jurídicas.

Ademais, a referida pesquisa revelou a dificuldade em garantir a eficiência do SUS, ressaltou a necessidade do Estado priorizar essa política pública e a importância de mais estudos no campo da Economia da Saúde (MACHADO, 2015). É neste sentido que a presente monografia tenta contribuir, apresentando análise acerca da realidade de estruturação e desenvolvimento do subsistema da saúde suplementar do Brasil após a regulamentação do setor em 2000.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa, que tem por objetivo analisar o desenvolvimento da oferta e do acesso aos serviços de saúde suplementar no Brasil, após a regulamentação do subsetor pela ANS, pode ser classificada como uma pesquisa descritiva. Conforme Gil (2008), este tipo de pesquisa tem como orientação a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Quanto aos procedimentos utilizados, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Para Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é elaborada com base na contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, enquanto a pesquisa documental utiliza-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico.

Para avaliação da evolução da oferta dos serviços de saúde suplementar no Brasil, pretende-se coletar e examinar informações e dados estatísticos sobre o setor. Discute-se ainda sobre conceitos e definição relacionados ao campo da Economia da Saúde, sobre as orientações das Políticas Públicas Brasileiras em prol da oferta de serviços de saúde à população, dentre outros.

Os dados estatísticos manipulados fazem referência à evolução das variáveis desde a criação da ANS, em 2000. Foram examinadas variáveis com temporalidade mensal ou anual. Ainda, os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema de Cadastro de Operadoras (Cadop) e Sistema de Registro de Produtos (RPS), divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde.

Para análise dos dados estatísticos do setor de saúde, pretende-se aplicar instrumentos de estatística descritiva. Neste sentido, foram empregadas ferramentas de medidas de tendência central, de avaliação de variabilidade e medidas de associação estatística. Os dados foram manipulados pelo *software* livre *Libre Office*.

Na tabela 1, sintetiza-se o conjunto de variáveis selecionadas para análise.

Tabela 1 - Síntese das principais variáveis selecionadas para análise descritiva do setor de saúde suplementar no Brasil

Variáveis	Período de análise
Número de operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil	Dezembro 2000 - Março 2017
Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano	Março 2017
Distribuição percentual dos planos privados de assistência médica, segundo número de beneficiários	Junho 2017
Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação e abrangência geográfica	Março 2017
Distribuição percentual das operadoras em atividade, por Grandes Regiões da sede	Junho 2017
Operadoras em atividade, por grandes regiões da sede, segundo a modalidade	Junho 2017
Taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica no Brasil	Junho 2000 e Junho 2017
Beneficiários de planos de saúde privado no Brasil	Março 2000 - Março 2017
Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano	Março 2000 e Março 2017
Beneficiários de planos privados de assistência médica por faixa etária	Março 2000 e Março 2017

Fonte: Elaboração própria (2017).

Buscando estimar as potenciais associações lineares entre as variáveis de desempenho econômico e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar do Brasil, optou-se pelo cálculo do coeficiente de correlação linear. Conforme Field (2005), tal coeficiente pode assumir qualquer valor entre o intervalo delimitado pelos valores -1 e +1.

Um coeficiente de +1 indica que as duas variáveis são perfeitamente correlacionadas de forma positiva, assim, enquanto uma variável aumenta, a outra aumenta proporcionalmente. Inversamente, um coeficiente de -1 indica um relacionamento negativo perfeito: se uma variável aumenta, a outra diminui por um valor proporcional. Um coeficiente 0 indica ausência de relacionamento linear, isto é, se uma variável muda, a outra permanece praticamente igual (FIELD, 2005, p.129).

Na presente pesquisa, utiliza-se o *software* Stata para estimação do coeficiente de correlação entre as variáveis relacionadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis selecionadas para análise de medidas de associação linear

Variáveis	Período de análise
Beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia	2000-2016
Operadoras Médico-hospitalares em atividade	2000-2016
Gasto per capita em saúde pública	2000-2016
Número de empregos formais	2000-2016
Produto Interno Bruto	2000-2016

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS, FNS, IBGE, CAGED, BCB (2017).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A construção da presente seção tem por objetivo apresentar e verificar os dados referentes à oferta e demanda por serviços de saúde suplementar no Brasil. Para tanto, na primeira subseção, discorre-se sobre os operadores ofertantes dos serviços em saúde suplementar. Já na segunda subseção, avalia-se o perfil dos beneficiários do subsistema de saúde suplementar. Por fim, na terceira subseção, analisa-se as relações estabelecidas entre variáveis macroeconômicas selecionadas e a expansão dos serviços em saúde suplementar no Brasil nos últimos anos.

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Apresentam-se a seguir algumas características das operadoras de saúde suplementar no Brasil. As informações aqui analisadas foram extraídas dos *sites* institucionais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Registro de Produtos (RPS) e Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP).

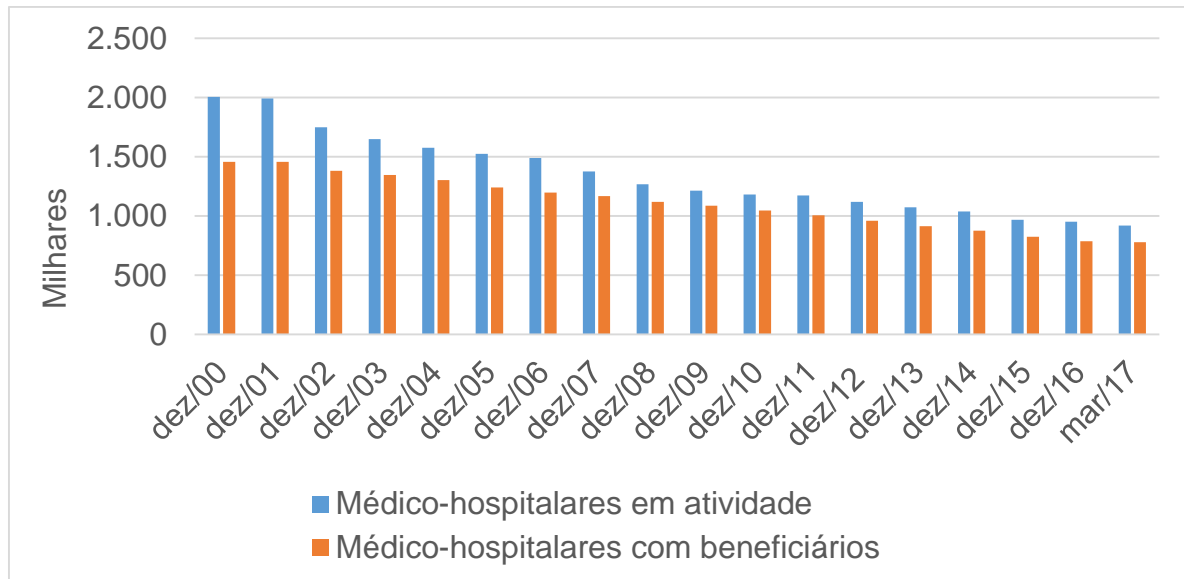
A Figura 3 apresenta o número de operadoras médico-hospitalares em atividade, que não possuem registro de beneficiários junto a ANS, entre os anos de 2000 a 2017, além de demonstrar quais dessas operam com beneficiários. Percebe-se que, ao longo do tempo, o número de operadoras vem caindo, assim como as operadoras com beneficiários. Em dezembro de 2000, o número de operadoras em atividade era de 2.004 e, em março de 2017, esse número caiu para 920, das quais 780 contavam com beneficiários.

Conforme Aguiar (2009, p. 49), esta tendência de decréscimo no número de operadoras no sistema de saúde suplementar no Brasil “pode decorrer da criação de barreiras à entrada resultantes da regulação do setor, tais como, exigências financeiras, cobertura mínima de assistência (a qual é constantemente revisada e ampliada pela ANS) e a consequente elevação dos custos”.

Por outro lado, Araújo, A., (2004) aponta que a ausência de regulamentação foi um dos motivos do crescimento de operadoras, que em 1999 somava mais de 2.700. Porém, segundo a autora, essa liberdade demonstrou ser ineficiente para o

mercado, aos consumidores e prestadores de serviços, visto que a ANS estabeleceu um novo formato para o mercado, mais profissional, mais competitivo e estável.

Figura 3 - Número de operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil



Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017)⁴.

Estudo realizado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE, 2016), afirma que o próprio processo de regulação gera concentração de mercado, devido ao aumento nas exigências a serem cumpridas e realiza constantes mudanças de regras, o que acarreta em aumento do custo da operação, provocando redução de operadoras no mercado e barreiras à entrada. Ainda, o estudo salienta que a oferta de plano de saúde em diferentes regiões geográficas necessita de aprovação da ANS, bem como a criação de uma rede credenciada no local (ABRAMGE, 2016).

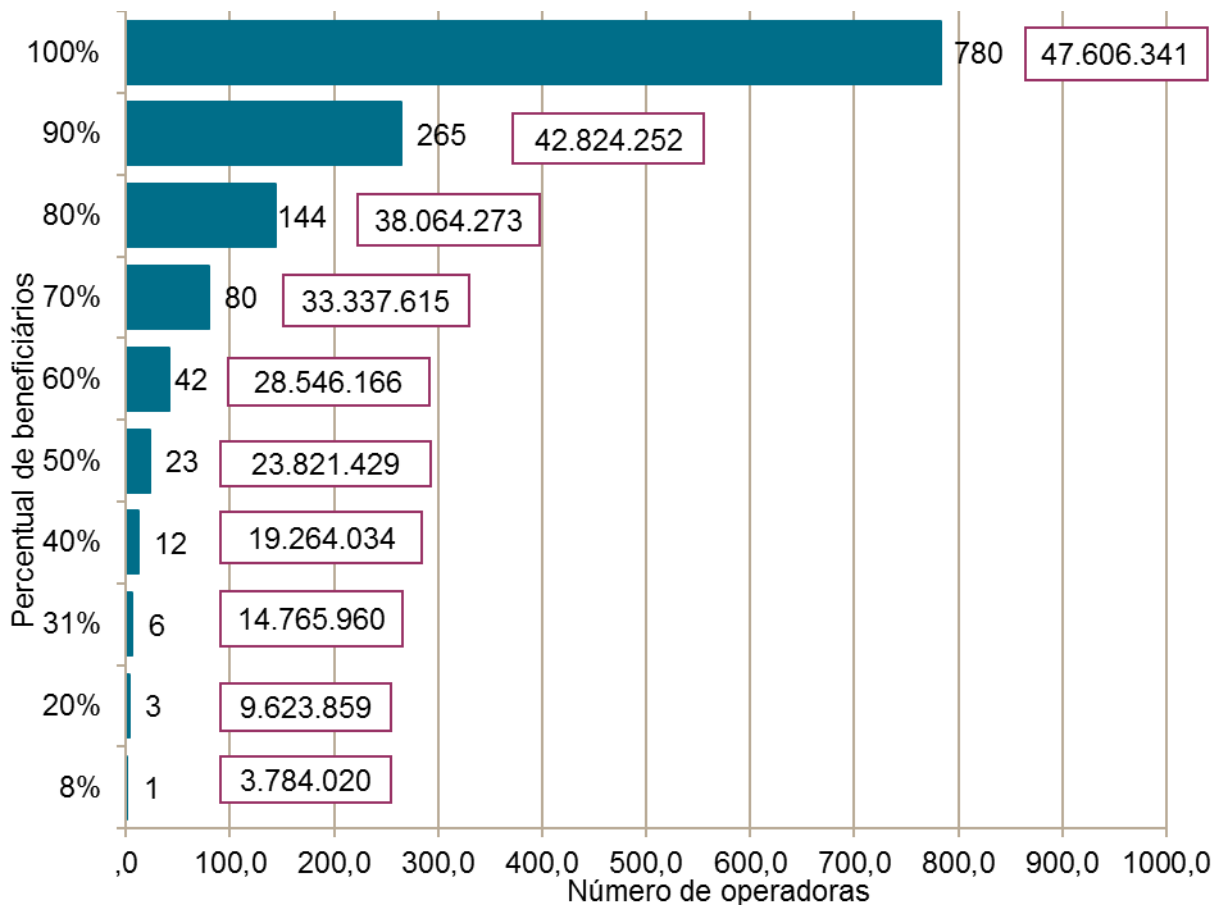
Observa-se na Figura 4 que, embora o número de beneficiários seja relativamente grande, os beneficiários estão concentrados em um número restrito de operadoras. Em março de 2017, 82,5% dos beneficiários de planos privados de assistência médica concentravam-se em 168 das 780 operadoras com beneficiários.

⁴ As informações constantes nas tabelas e figuras neste trabalho de monografia foram extraídas do portal ANS TABNET (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_03a.def). Ainda, segundo o referido portal, os dados estatísticos foram construídos a partir do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Registro de Produtos (RPS) e Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP).

Ao mesmo tempo, as 515 operadoras menores juntas somam 4,8 milhões de beneficiários.

A Figura 4 denota que 50% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil estão vinculados a 23 operadoras. Os dados estatísticos demonstram ainda que uma única operadora detêm 8% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil. Logo, conclui-se que o setor é relativamente concentrado no que concerne à questão da oferta de serviços.

Figura 4 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – março/2017)



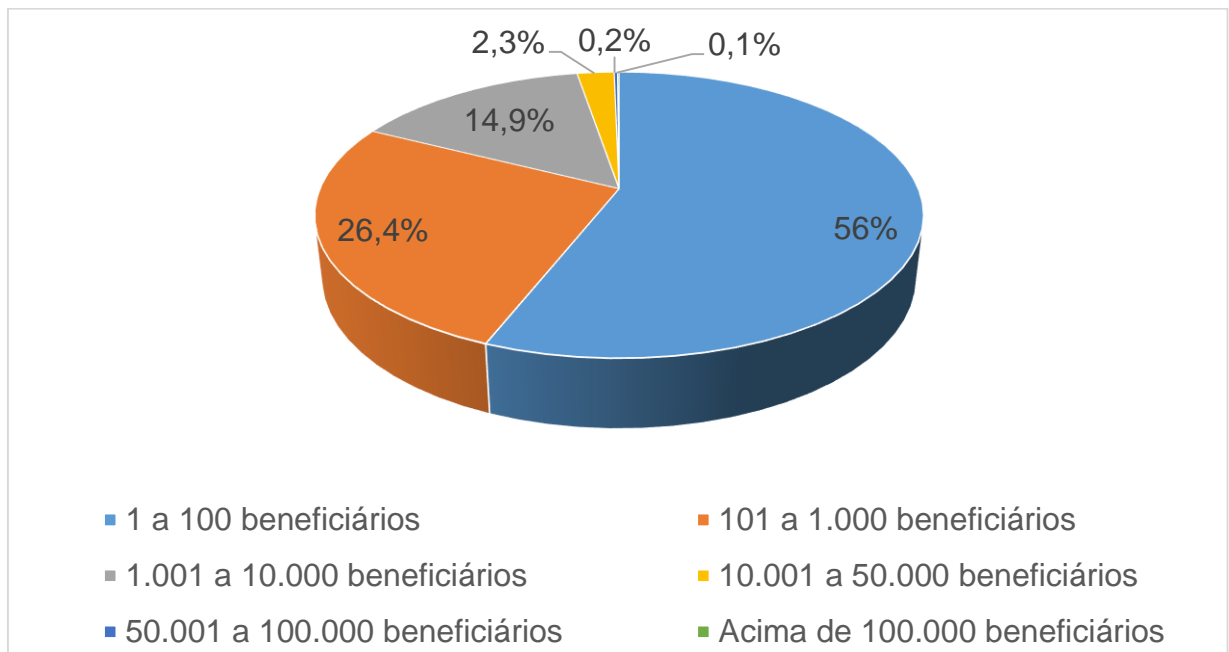
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março de 2017.

Além disso, chama a atenção o número de operadoras canceladas nos últimos anos no Brasil. Em 1999, encerraram suas atividades 186 operadoras e, em 2004, 1.043 deixaram de operar no país. A explicação para tal fato pode estar relacionada à alteração da estrutura de risco das operadoras, introduzida pela Lei nº 9.656/98 (MACERA; SAINTIVE, 2004). Dada a necessidade de ofertar um pacote

mínimo de serviços, as operadoras não puderam mais criar grupos de usuários com distintos graus de cobertura. Ademais, doenças pré-existentes e outras de custo elevado, como câncer e AIDS, não puderam mais ser consideradas barreiras para o acesso de novos usuários aos planos de saúde. Isto implicou um significativo aumento de custos para as operadoras, tanto pelo lado operacional quanto pela necessidade de manter uma provisão de capital mais elevada para garantir a continuidade do serviço (MACERA; SAINTIVE, 2004; VIANNA, 2003). Ainda, a ANS criou uma série de normas relativas ao funcionamento das operadoras, por exemplo, a exigência de garantias financeiras (RDC, 2001). Por estas razões, justifica-se o fato de o número de operadoras em atividade no país ser atualmente menor do que em anos anteriores (MACERA; SAINTIVE, 2004).

É possível verificar a distribuição percentual dos planos privados de assistência médica, por perfil do número de beneficiários dos planos através da Figura 5. Salienta-se que, a maioria das operadoras possui até 100 beneficiários e estão enquadradas nas operadoras de pequeno porte. Conforme destaca Mascarenhas (2007, p. 100) “A presença de um grande número de empresas com baixo número de beneficiários indica potencial risco para a continuidade das operações em caso de sinistro de alto valor, devido a sua menor capacidade de diluição”.

Figura 5 - Distribuição percentual dos planos privados de assistência médica, segundo número de beneficiários (junho/2017)



Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Na Tabela 3, apresentam-se os planos privados de assistência médica conforme o tipo de contratação e sua abrangência geográfica. Segundo normas da ANS, os planos privados podem ser divididos em coletivo empresarial, coletivo por adesão ou individual. Vale lembrar que o contrato de plano de saúde coletivo empresarial proporciona cobertura à determinada população ligada a um vínculo empregatício ou estatutário. Já o contrato coletivo por adesão é assegurado por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, proporcionando cobertura à população que mantenha vínculo. Por fim, o contrato de plano de saúde individual é acordado entre operadora e pessoa física para cobertura assistencial à saúde de um indivíduo ou grupo familiar (BRASIL, 2012).

Tabela 3 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação e abrangência geográfica

Abrangência geográfica	Coletivo			Individual	Total
	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Nacional	3.743	1.864	2	4.721	10.330
Grupo de estados	531	148	10	571	1.260
Estadual	1.049	625	7	1.205	2.886
Grupo de municípios	5.970	2.970	26	7.229	16.195
Municipal	963	521	1	1.793	3.278
Total	12.256	6.128	46	15.519	33.949

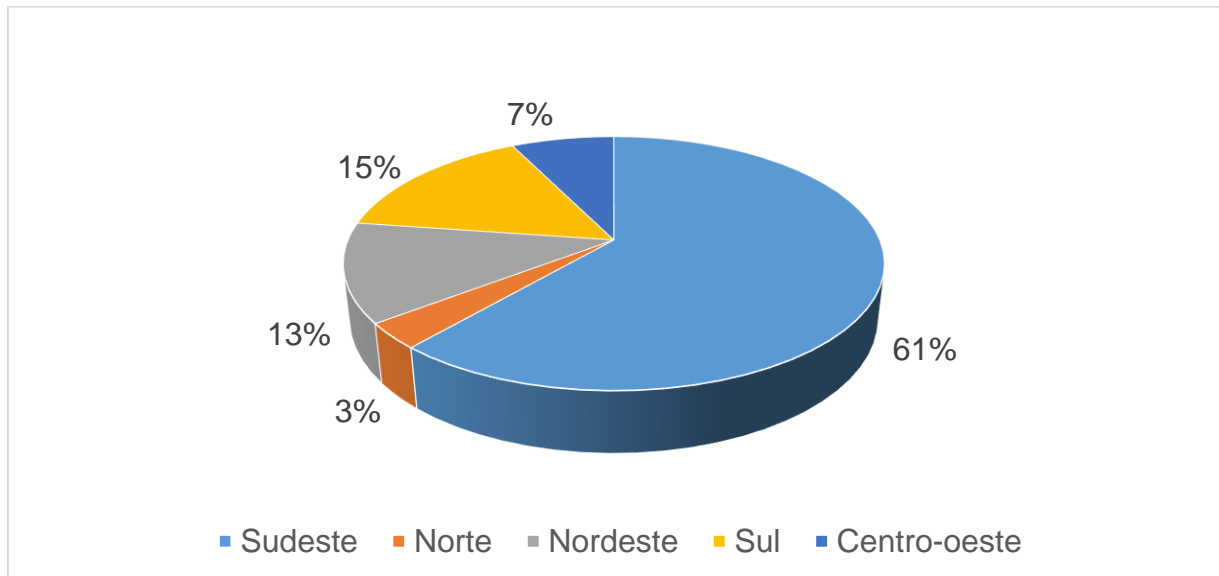
Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Ao analisar a Tabela 3, pode-se dizer que a maioria dos contratos de planos de saúde é de caráter coletivo, subdivididos em empresarial e por adesão, os quais totalizam 18.384 planos. Ainda, destaca-se que a maior parte desses contratos tem abrangência em um grupo de municípios⁵. Nos contratos individuais há um número baixo de contratos que abrangem um grupo de estados, enquanto que há o predomínio dos contratos que possuem cobertura num grupo de municípios.

A Figura 6 ilustra a distribuição percentual das operadoras em atividade, segundo as grandes regiões da sede. Observa-se que a região Sudeste apresenta o maior percentual de operadoras, seguida da região Sul e Nordeste. Tal fato pode ser explicado pela alta demanda nessas regiões, visto que, conforme dados da ANS (junho, 2017), a Região Sudeste contava com 29.011.182 beneficiários, a Região Sul 6.909.272 e a Região Nordeste 6.593.752, do total de 47.383.248 beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia.

⁵ A abrangência geográfica dos planos de saúde faz referência ao espaço territorial em que os contratantes terão acesso aos serviços em saúde suplementar. Fora destes territórios, não há cobertura assistencial aos beneficiários prevista pelos contratos.

Figura 6 - Distribuição percentual das operadoras em atividade, por Grandes Regiões da sede (junho, 2017)



Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

As informações apresentadas pela Figura 6 vão ao encontro dos dados divulgados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008. Conforme a referida pesquisa desenvolvida pelo IBGE (2008), as famílias da região Sudeste são as que mais tem despesa com assistência à saúde, dado que de um total de R\$ 2.529,30 de despesas, R\$ 198,89 são destinados à saúde. Isto é, em média, 7,86% das despesas das famílias na região Sudeste são em saúde. Enquanto que as despesas das famílias da região Norte somam R\$ 1.683,77 e são destinados à assistência à saúde apenas 4,88% do total.

A Tabela 4 evidencia as operadoras em atividade segundo a modalidade, por grandes regiões. Constatase que na Região Sudeste há predomínio de operadoras na modalidade medicina de grupo, sendo equivalente a 187 operadoras em atividade do total de 274. É pertinente enfatizar que somente nesta região há presença de seguradora especializada em saúde.

Tabela 4 - Operadoras em atividade, por grandes regiões da sede, segundo a modalidade (junho, 2017)

Modalidade	Sudeste	Norte	Nordeste	Sul	Centro-oeste
Autogestão	85	7	25	34	24
Cooperativa Médica	161	15	38	60	26
Filantropia	39	1	0	7	0
Medicina de Grupo	187	4	24	44	15
Seguradora Especializada em Saúde	10	0	0	0	0
Cooperativa Odontológica	59	6	21	17	6
Odontologia de Grupo	134	8	47	29	12
Administradora de Benefícios	113	1	7	7	11
TOTAL	788	42	162	198	94

Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Identifica-se que nas Regiões Norte, Sul e Centro-oeste há preponderância da modalidade cooperativa médica. Na Região Nordeste, por fim, a modalidade que apresenta o maior número de operadoras refere-se à odontologia de grupo, seguida de cooperativa médica.

Segundo Côrrea (2016), algumas características das modalidades restringem sua atividade. Por exemplo, as seguradoras especializadas em saúde tem atuação nacional e estão associadas a grandes seguradoras, porém não podem dispor de estabelecimentos de saúde próprios. Já as operadoras da modalidade medicina de grupo tem acesso mais fácil a recursos financeiros, principalmente aquelas de capital aberto, em comparação, por exemplo, às cooperativas médicas. Além de se caracterizarem por atuar com serviços próprios (BALDASSARE, 2014; CÔRREA, 2016).

A partir da análise dos dados referentes à oferta no sistema de saúde suplementar, pode-se dizer que desde a criação da ANS o número de operadoras vem caindo e poucas operadoras detêm um grande número de beneficiários de planos de saúde. Ainda, destaca-se que 61% das operadoras em atividade tem sede na região Sudeste, a maioria atuando na modalidade de medicina de grupo, com predominância de planos de abrangência num grupo de municípios.

Debatidos algumas dimensões da oferta de serviços em saúde no Brasil, apresenta-se a seguir análise sobre o acesso à saúde suplementar.

5.2 BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: NOTAS SOBRE O PERFIL E O ACESSO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável por regular o setor de planos de saúde no Brasil. Tem como objetivo a regulação, normatização, fiscalização e controle de atividades que envolvam a saúde suplementar, bem como a divulgação de informações deste setor que envolve o sistema de saúde brasileiro.

Através do Caderno de Informações da Saúde Suplementar, a ANS divulga trimestralmente dados do setor como o perfil dos beneficiários, dos planos e das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Segundo dados da ANS, o mercado de saúde suplementar fechou o primeiro trimestre de 2017 com 47,6 milhões de vínculos de beneficiários dos planos de assistência médica, com ou sem odontologia. O número de operadoras em atividade totalizou 1.290, sendo que 1.076 operavam com beneficiários.

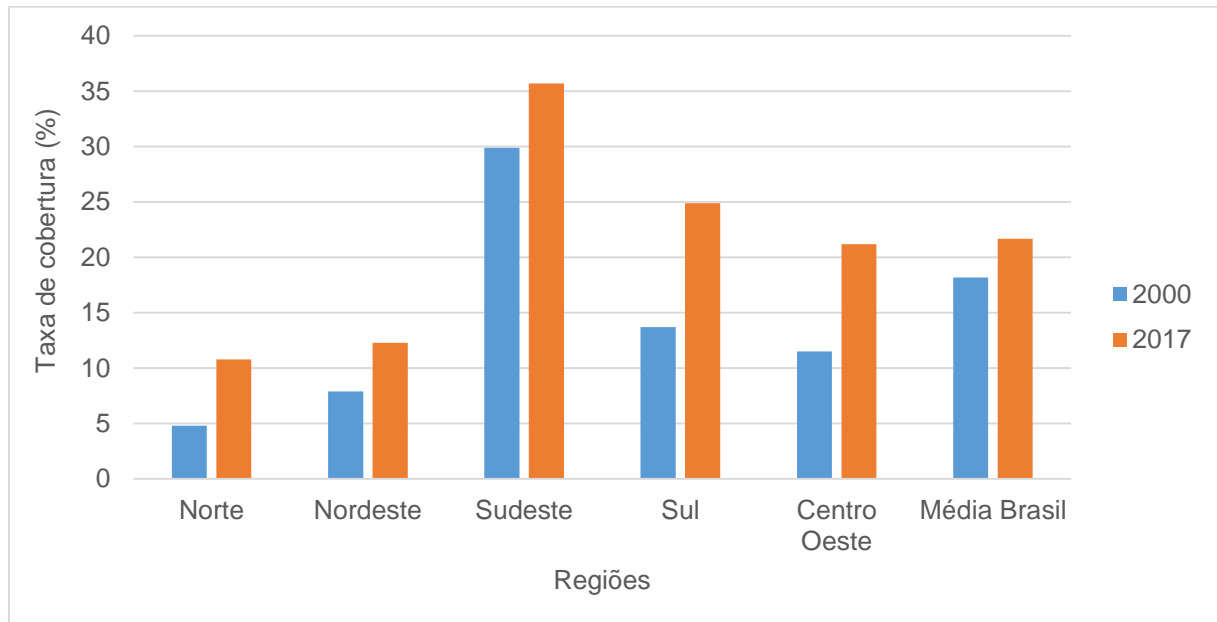
A taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica é calculada pela ANS, a partir de dados provenientes do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e das estimativas da população brasileira obtidas no Datasus. Trata-se da razão, apresentada em porcentagem, entre número de beneficiários e a população em determinada área. Vale ressaltar, que essa taxa é calculada de forma aproximada, visto que um indivíduo pode estar presente no cadastro de beneficiários da ANS mais de uma vez, por possuir mais de um vínculo com plano de saúde.

A Figura 7 evidencia a taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica por região nos anos 2000 e 2017, bem como a média brasileira no mesmo período. Constata-se que em todas as regiões analisadas a taxa de cobertura em 2017 apresentou crescimento quando comparada com a de 2000. A região Norte possui a menor taxa de cobertura, apesar de ter apresentado a maior variação de 2000 para 2017, sendo equivalente a 125%, enquanto que a região Sudeste apresenta a maior taxa de cobertura (35,7%), porém refere-se a uma variação de 19% no período analisado, sendo a menor variação entre todas as regiões.

O crescimento da taxa de cobertura dos planos de saúde vem acompanhado do próprio crescimento da população brasileira. Segundo o Censo de 2000, a população das Regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste são, na devida ordem, 12.893.561, 47.693.253, 72.297.351, 25.089.783 e 11.616.745. Enquanto,

conforme estimativas do IBGE em 2017, a população de tais regiões passou para 17.936.201, 57.254.159, 86.949.714, 29.644.948 e 15.875.907, respectivamente.

Figura 7 - Taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica no Brasil



Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

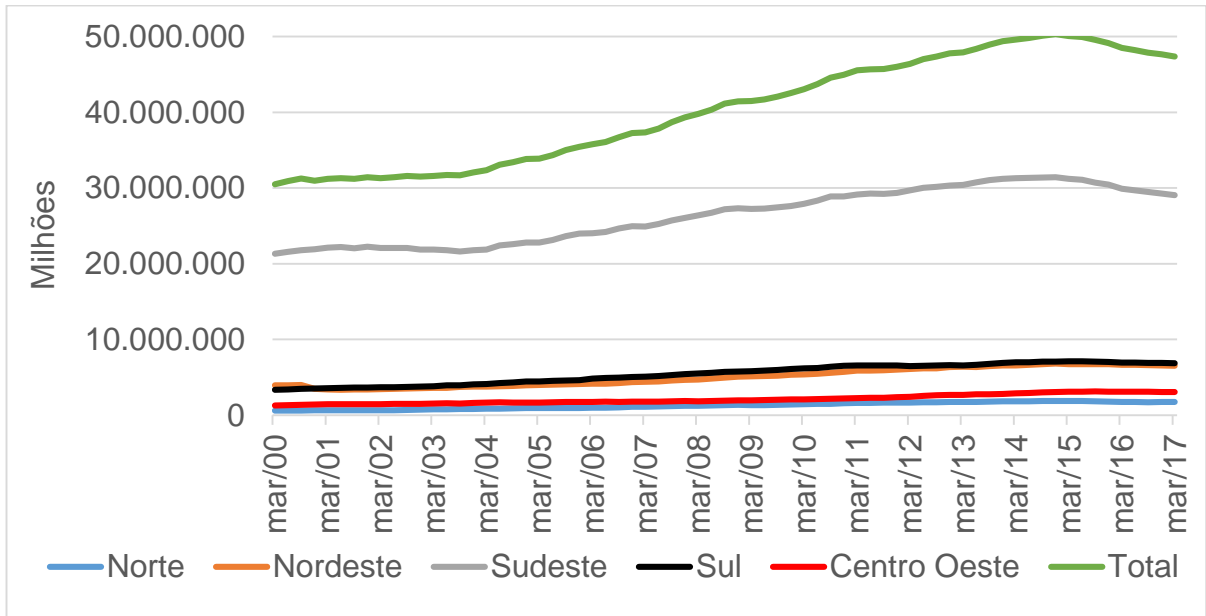
A Figura 8 apresenta o número de beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial nas diferentes regiões do Brasil. Observa-se que entre março de 2001 a março de 2015 o crescimento da quantidade de beneficiários foi contínuo. Após este período, houve uma desaceleração relativamente pequena, e que possivelmente esteja associada ao próprio ritmo de crescimento da economia brasileira, modesto entre os anos de 2015 e 2016⁶. Salienta-se que em março de 2017 mais de 47 milhões de brasileiros acessavam o subsistema de saúde privada.

Ainda, percebe-se que as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram maior crescimento do número de beneficiários de planos privados no período analisado. Em síntese, as regiões acima mencionadas cresceram 195% e 141%, respectivamente, nos últimos 17 anos. Sobretudo, é importante destacar que as demais regiões também apresentaram crescimentos expressivos, a citar, a região

⁶ No ano de 2015, o Produto Interno Bruto da economia brasileira cresceu 1,6%. Em 2016, houve um recuo da atividade econômica no patamar de 3,6% (IBGE, 2017).

Sul (com crescimento de 106%), a região Nordeste (com crescimento de 66%) e a região Sudeste (com crescimento de 36%).

Figura 8 - Beneficiários de planos de saúde privado no Brasil (Março de 2000 a Março de 2017)



Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Pode-se comparar o aumento no número de beneficiários ao crescimento da renda per capita nas diferentes regiões brasileiras. Por exemplo, a região Centro-oeste, que apresentou um dos maiores crescimentos na análise dos beneficiários, demonstrou aumento de 79% na renda per capita do ano 2001 para 2014. Já a região Sudeste apresentou crescimento de apenas 52% na renda per capita no período analisado, da mesma forma que o crescimento do número de novos beneficiários nesta região também foi mais modesto, relativamente às demais regiões (IPEADATA, 2017).

Quando se observa a cobertura assistencial médica, a Tabela 5 apresenta a distribuição relativa dos beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação. Dentre as modalidades de contratação, existem as dos tipos: individual ou familiar, coletivo empresarial, coletivo por adesão e outros tipos coletivos, que referem-se a acordos firmados entre pessoa física ou jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde. Entende-se por contrato de plano de saúde individual ou familiar a assistência à saúde de um indivíduo ou grupo familiar,

enquanto o contrato coletivo empresarial oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária, e o contrato coletivo por adesão é firmado legalmente por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que oferece cobertura da atenção à população que mantenha vínculo (BRASIL, 2012).

Tabela 5 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano

Regiões	Anos	Individual ou Familiar	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Coletivo não identificado	Não Informado
Norte	2000	14%	25%	11%	0%	50%
	2017	25%	61%	13%	0%	1%
Nordeste	2000	17%	22%	8%	0%	51%
	2017	28%	62%	10%	0%	0%
Sudeste	2000	15%	18%	9%	1%	57%
	2017	18%	67%	14%	0%	0%
Sul	2000	19%	24%	14%	1%	43%
	2017	19%	66%	15%	0%	1%
Centro-oeste	2000	15%	25%	15%	0%	44%
	2017	15%	70%	15%	0%	0%

Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Na Tabela 5, pode-se acompanhar a evolução em termos relativos do número de beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, nos anos 2000 e 2017. Observa-se que houve aumento no número de beneficiários em todos os tipos de contratação e em todas as regiões analisadas. Destaca-se que a maior parte dos contratos são do tipo coletivo empresarial, com aproximadamente 1,7 milhão de beneficiários na região Norte, 6,5 milhões na região Nordeste, 29 milhões na região Sudeste, 6,8 milhões na região Sul e 3 milhões na região Centro-oeste. Este fenômeno é justificado pelo fato dos planos privados estarem, em geral, sendo ofertados por mecanismos que preveem vínculos empregatícios ou estatutários.

Na Tabela 6 apresenta-se a distribuição etária dos beneficiários para os planos de assistência médica da saúde suplementar. Pode-se observar que a faixa etária que mais contrata planos de saúde, em todas as regiões, compreende a

população economicamente ativa (PEA) que, segundo o IBGE, é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade.

Tabela 6 - Beneficiários de planos privados de assistência médica por faixa etária

Regiões	Anos	Até 9 anos	10 a 64 anos	65 anos ou mais
Norte	2000	19%	75%	6%
	2017	17%	77%	6%
Nordeste	2000	16%	77%	7%
	2017	16%	76%	8%
Sudeste	2000	16%	76%	8%
	2017	13%	77%	10%
Sul	2000	16%	78%	6%
	2017	13%	78%	9%
Centro-oeste	2000	15%	76%	9%
	2017	15%	78%	7%

Fonte: Adaptado de ANS TABNET (2017).

Vale destacar que os idosos, de acordo com a Lei nº 10.741/2003 que institui o estatuto do idoso, são as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo Vieira Junior e Martins (2015), essa faixa etária compreende a população portadora de múltiplas doenças crônicas, logo necessita utilizar os serviços de saúde com mais frequência e com maior chance de que esse cuidado exija grande intensidade de recursos e conseqüentemente incorra em custos mais elevados. Além disso, ao atingir a última faixa etária existe o reajuste da mensalidade, que pode chegar a aumentos de até 100% da mensalidade, o que pode inviabilizar o pagamento e resultar na migração do idoso para o SUS.

A razão monetária pode ser uma das justificativas pelas quais se observa que a faixa etária a partir dos 65 anos compreende o menor número de beneficiários de planos privados de saúde. Embora o número de beneficiários de 2000 para 2017, manteve-se ou cresceu, ainda representa menos de 10% do total de beneficiários. Além disso, cita-se que na região centro-oeste, o número de idosos contemplados pelos planos de saúde caiu 2% no último ano.

Alguns estudos realizados no campo da Economia da Saúde salientam que existem relações estabelecidas entre a capacidade de crescimento do setor e as dinâmicas de transformações socioeconômicas das regiões. Neste sentido, vale

refletir sobre as características da população brasileiras e suas conseqüentes transformações nas últimas décadas.

A população brasileira vem passando por importantes transformações demográficas nos últimos anos, denunciadas pela análise da taxa de fecundidade e esperança de vida ao nascer. De acordo com o IBGE (2017), a taxa de fecundidade da mulher brasileira em 2000 era de 2,39 e passou para 1,69 em 2016. Por outro lado, a esperança de vida ao nascer do indivíduo brasileiro em 2000 era de 69,9 e passou para 75,1 anos em 2016.

Nessa perspectiva, percebe-se que a redução na taxa de fecundidade decorre do aumento das medidas preventivas adotadas pela população, bem como alterações no padrão cultural. Enquanto que o avanço na esperança de vida ao nascer implica em maiores gastos nos serviços de saúde, devido aos idosos compreenderem a faixa etária com o maior número de doenças crônico-degenerativas e, portanto, utilizarem mais os serviços de saúde. Conforme ressalta Vieira Junior e Martins (2015), as organizações de saúde precisam priorizar as ações preventivas, visando manter as pessoas saudáveis por mais tempo. Este fato, exigirá das organizações em saúde planejamento estratégico para sobreviverem em um mercado competitivo e marcado por importantes especificidades.

5.3 DESEMPENHO DA ECONOMIA E DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: EVIDÊNCIA DE RELAÇÕES

O presente tópico visa identificar a relação do crescimento de indicadores macroeconômicos e o sistema de saúde suplementar. Para isso utiliza-se do ferramental analítico da correlação linear que, conforme Gujarati (2011, p. 43), “o principal objetivo é medir a força ou o grau de associação linear entre duas ou mais variáveis”. As variáveis aqui analisadas referem-se ao número de beneficiários e operadoras do subsistema de saúde suplementar, o gasto público *per capita* em saúde, o PIB e o número de empregos formais no Brasil.

Vale destacar que gasto público com saúde está definido na quinta e sexta diretrizes da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde e diz respeito às despesas com ações e serviços públicos de saúde referente à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, bem como outras despesas de custeio e de capital. Na presente pesquisa, será utilizado o gasto público per capita

em saúde, que se refere ao gasto público com saúde por habitante. Assim sendo, estimou-se a razão entre o total do gasto público em saúde e o número de habitantes no Brasil.

Ainda, o número de empregos formais retrata o número vínculos empregatícios com carteira profissional assinada, que pode o trabalhador usufruir de alguns benefícios como plano de saúde, auxílio alimentação e transporte, entre outros. Por outro lado, de acordo com Gremaud et al. (2003), o Produto Interno Bruto refere-se a renda correspondente à produção, dentro do território do país.

Ressalta-se que todas as variáveis examinadas apresentaram aumento no período de 2000 a 2016. Destaca-se o expressivo crescimento do gasto *per capita* em saúde, uma vez que em 2000 esse gasto era de R\$ 6,84 e passou a ser R\$ 84,93 em 2016. Enquanto que o número de empregos formais e o PIB apresentaram variação de 75,61% e 46,10%, respectivamente, no período analisado.

A partir da manipulação dos dados através do *software* Stata, obtém-se o grau e sentido de associação linear entre as variáveis estudadas, como verificado na Tabela 7.

Tabela 7 - Coeficientes de correlação linear entre as variáveis macroeconômicas e o número de beneficiários e operadoras de planos de saúde no Brasil

	Beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia	Operadoras Médico-hospitalares em atividade
Beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia	1,0000	-0,9540
Operadoras Médico-hospitalares em atividade	-0,9540	1,0000
Gasto per capita em saúde pública	0,9606	-0,9781
Número de empregos formais	0,9965	-0,9625
Produto Interno Bruto	0,9951	-0,9514

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS, FNS, IBGE, CAGED, BCB (2017).

A Tabela 7 demonstra que o maior coeficiente linear estimado foi o associado às variáveis 'beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia' e 'número de empregos formais'. Para este caso, o relacionamento linear foi na ordem de

0,9965, indicando que quanto maior o número de empregos formais, tanto maior é o número de beneficiários de planos de saúde (e vice-versa). Da mesma forma, espera-se que quanto menor o número de empregos formais, menor o número de beneficiários em planos de saúde. Este fato pode ser justificado pela natureza das contratações em saúde, que em maioria são do tipo coletivo. Assim sendo, é recorrente no Brasil os beneficiários em planos de saúde estarem vinculados a ocupações profissionais que ofertam benefícios em serviços de saúde.

Vale ressaltar também que o maior número de empregos formais gera a maior capacidade de renda aos indivíduos. Ao acessarem uma renda maior, há disponibilidade de recursos para alocação em várias dimensões do consumo, o que inclui a possibilidade de gastos em saúde suplementar. Logo, infere-se que quanto maior o número de empregos formais, maiores são as chances de geração de renda e de acesso aos mercados em saúde.

Neste mesmo sentido, é possível verificar pela Tabela 7 que o coeficiente linear entre PIB e o número de beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia é 0,9951. Logo, o PIB e o número de beneficiários tem um grau de relacionamento quase perfeito, visto que se tem um coeficiente de correlação próximo à +1 (um). Portanto, pode-se dizer que na medida em que aumenta o PIB, o número de beneficiários também aumenta (e vice-versa).

Ao analisar os resultados supracitados, estima-se que quando o produto da economia cresce, a renda ou o poder aquisitivo da população também cresce. Com mais recursos disponíveis, é natural que os indivíduos vejam por bem investir em um plano de saúde que se adeque às suas necessidades, pessoais e familiares, bem como ao seu novo orçamento.

Além disso, percebe-se que há um alto grau de relacionamento entre as variáveis 'beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia' e 'gastos *per capita* em saúde pública'. Nesta correlação, o valor estimado foi de 0,9606, sinalizando que à medida que aumenta o número de beneficiários, também eleva-se o gasto *per capita* em saúde pública (e vice-versa). Ainda, pode-se dizer que se houver redução no número de beneficiários de planos de saúde, também há queda no gasto *per capita* em saúde pública. Dessa forma, argumenta-se que uma vez que o produto da economia aumenta, é natural esperar que tanto os potenciais usuários de planos de saúde quanto o próprio governo ampliem seus gastos na área, uma vez que passam a dispor de maiores recursos.

O grau de relacionamento das operadoras médico-hospitalares em atividade com as variáveis: beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia, gasto per capita em saúde pública, número de empregos formais e PIB, observado na Tabela 7, é respectivamente, -0,9540, -0,9781, -0,9625, -0,9514. Observa-se que todos os coeficientes apresentaram sinal negativo, indicando que as variáveis relacionadas se comportam de maneira inversa.

O sinal negativo descreve a situação de mercado evidenciada nas seções anteriores deste estudo. Em síntese, percebe-se que, à medida que o setor foi se estruturando, houve uma ampliação da concentração de mercado, dado que as empresas maiores passaram a deter uma parcela maior do mercado.

Conforme estudo da Abramge (2016, p.5), “Esse processo de consolidação já toma forma nos mercados locais, com redução do número de operadoras atuando e aumento da participação de mercado das principais empresas”. Tal fato pode ser observado na Tabela 8, que mostra o número de operadoras médico-hospitalares e a participação de mercado nas dez principais regiões metropolitanas do Brasil.

Tabela 8 - Número de operadoras de planos médico-hospitalares e participação de mercado nas 10 principais regiões metropolitanas do país - 2012 e 2016

Região Metropolitana	Nº de operadoras c/ beneficiários		Região Metropolitana	Part. de mercado das 4 maiores empresas (em %)	
	Mar/12	Mar/16		Mar/12	Mar/16
São Paulo	252	244	Fortaleza	78,5	82,6
Rio de Janeiro	192	189	Curitiba	63,9	70,8
Campinas	138	127	Grande Vitória	62,2	69,7
Belo Horizonte	124	132	Porto Alegre	57,6	62,5
Curitiba	112	102	Belo Horizonte	54,0	69,8
Porto Alegre	110	115	Campinas	50,0	55,5
Salvador	93	86	Recife	49,5	75,1
Grande Vitória	89	85	São Paulo	49,1	56,0
Recife	80	76	Rio de Janeiro	48,4	55,2
Fortaleza	67	67	Salvador	45,3	64,9

Fonte: Abramge (2016).

Vale mencionar que a saída das operadoras de planos de saúde do mercado, ou seja, o cancelamento do registro junto à ANS, pode se dar por cinco motivos: compulsório, compulsório-liquidação, voluntário, adequação ou por incorporação. Os

motivos 'voluntário' e 'por incorporação' referem-se ao pedido de cancelamento que parte da própria operadora. Os cancelamentos voluntários dizem respeito ao cancelamento do registro após a venda da carteira para outra empresa, enquanto que o motivo 'por incorporação' refere-se às fusões e aquisições (ABRAMGE, 2016).

No caso do motivo 'adequação', o cancelamento do registro é provisório, devido ao não cumprimento de regras definidas para a aquisição do registro definitivo. Já a suspensão de forma compulsória, refere-se às operadoras que continuam registro, mas não comercializavam. Por outro lado, o cancelamento do registro por motivo compulsório-liquidação, a liquidação é determinada pela ANS, por problemas econômico-financeiro (ABRAMGE, 2016).

Ainda, segundo a Abramge (2016), é imprescindível ressaltar que ainda há uma grande quantidade de operadoras atuando, o que gera concorrência. Dessa forma, constata-se que apesar da concentração no mercado de operadoras de planos de saúde, onde poucas empresas detêm uma parcela significativa no mercado, ainda assim este pode ser considerado um mercado concorrencial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica da população brasileira e as transformações no modo de vida ampliaram a demanda por serviços de saúde, havendo a necessidade de um expressivo aumento na oferta de ações e serviços de saúde de qualidade. A descrição dessa realidade soma-se às evidências apresentada neste estudo, permitindo uma reflexão a respeito do crescimento do subsistema suplementar.

Através da Economia da Saúde, foi possível discutir o desenvolvimento do setor de saúde suplementar levando-se em conta meios e recursos limitados. Para isso, utilizaram-se recursos da estatística descritiva para avaliar as transformações do setor de saúde suplementar no Brasil após a regulamentação do setor pela ANS.

Vale destacar que o sistema de saúde brasileiro é representado por dois subsistemas: suplementar e um sistema público. Sendo que o indivíduo pode acessar os serviços prestados pelo Estado e pelas organizações privadas, de modo que esse acesso pode ocorrer concomitantemente.

Nesta pesquisa ficou exposto que, ao longo do período analisado, houve um significativo declínio do número de operadoras do subsistema suplementar, indicando uma concentração dos beneficiários em operadoras com contratos abrangendo um grupo de municípios. Ainda, verificou-se que as operadoras concentram-se na região Sudeste, com predomínio da modalidade de medicina de grupo.

Ao pesquisar a demanda do setor de saúde suplementar, constatou-se um aumento na taxa de cobertura de planos de saúde de assistência médica ao comparar os anos 2000 e 2017. Além disso, a região Norte apresentou a maior variação no período analisado, apesar de possuir a menor taxa de cobertura entre as regiões analisadas. Também verificou-se que a faixa etária que mais contrata planos de saúde compreende a população economicamente ativa.

A análise da estrutura e desenvolvimento do setor de saúde suplementar do Brasil permite a constatação do crescimento no número de beneficiários de planos de saúde, apesar da população brasileira ter direito à saúde e um acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Ademais, evidencia-se a existência de correlação linear positiva e forte entre as variáveis 'beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia' e 'número de

empregos formais'. Tal fato pode ser explicado porque boa parte dos planos são contratados de forma coletiva.

Outro ponto a ser ressaltado é o grau de relacionamento entre a variável 'número de operadoras médico-hospitalares em atividade' e as algumas variáveis macroeconômicas selecionadas, que apresentou sinal negativo, indicando a uma possível concentração de mercado no subsistema suplementar, dado que as empresas maiores detêm maior parcela do mercado. Este fenômeno corrobora com o estudo feito pela Abramge (2016), o qual salienta que a consolidação já assume forma nos mercados locais.

As limitações encontradas ao realizar este trabalho referem-se ao aprofundamento das análises com a exploração de dados mais específicos, o que não foi possível pela disponibilidade de dados. Dada a importância do assunto, torna-se necessária a realização de estudos que identifiquem relações de causalidade entre variáveis macroeconômicas e variáveis relacionadas ao sistema de saúde suplementar.

São ainda pertinentes estudos que avaliem o desempenho das operadoras, tanto no que diz respeito às reclamações emanadas dos beneficiários quanto ao que se refere aos ganhos financeiros. Além disso, seriam válidas pesquisas para melhorias no marco regulatório do setor, visando corrigir falhas oriundas da assimetria de informações.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. S. **Análise da estrutura e do desempenho do setor de saúde suplementar a partir da criação da agência nacional de saúde suplementar.** 2009. 112 p. Dissertação (Programa de pós-graduação em ciências econômicas) - Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2009.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013.
- ARAUJO, A. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** 2004. 116 p. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2004.
- ARAUJO, M. L. C. **Gerência de Assistência à Saúde no Setor de Saúde Suplementar: Uma Experiência.** 2004. 58 p. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2004.
- ARROW, Kenneth Joseph. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (American Economic Review, 1963). **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 26, n. 5, p. 851-883, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE (ABRAMGE). **Aspectos da Consolidação do Mercado de Saúde Suplementar: Principais motivadores e perspectivas.** Ano I. N. 02 julho 2016. Disponível em: <<https://www.abramge.com.br/portal/images/dados-setoriais/estudo-tecnico/estudo-tecnico-2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- BALDASSARE, R. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro.** 2014. 97 p. Dissertação (Escola de Administração de Empresas de São Paulo) - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. São Paulo: 2014.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Indicadores econômicos consolidados. 2017. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/Indeco/Port/indeco.asp>>. Acesso em 13 nov. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** Rio de Janeiro: 2002.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009.** Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ#revogações>>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ano 11, n. 1 (jun.) 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS TABNET**: Informações em saúde suplementar. Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ano 10, n. 3. (Set) 2016.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2009_mes12_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39 de 31 de outubro de 2000**. Dispõe sobre a Definição, Segmentação e a Classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=159&id_original=0>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/reso322.doc>. Acesso em: 16 out. 2017.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: 2007.

BRASIL. **Constituição da república Federativa do Brasil**. Art. 196 a 200. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 20, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996: Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira-CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1996.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2000.

BRASIL. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2003.

BRASIL. Medida provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: saúde suplementar**. 2. ed. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p. 382.

BRASIL. Presidência da República. Proposta de Emenda à Constituição nº 89, de 2007. Prorroga os prazos previstos no caput dos arts. 76 e 84 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. (Prorrogando a vigência da Desvinculação de Receitas da União - DRU e da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF). **Diário do Senado Federal**. 2007.

CÔRREA, R. A. **Análise de aspectos que influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde privados**. 2016. 71 p. Dissertação (Curso de Mestrado em Administração, da Universidade FUMEC) - Faculdade de Ciências Empresariais – FACE. 2016.

DEL NERO, C. R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995, cap. 1, p. 5-23.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS-2**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORÊNCIO, L. P. **Setor Privado de Planos de Assistência à Saúde: Identificação das ações de atenção à saúde voltadas à população idosa, no município de Belo Horizonte**. 2006. 105 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2006.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS). Consulta Consolidada. Disponível em: <<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>>. Acesso em 13 nov. 2017.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GREMAUD, A. P.; PINHO, D. B.; VASCONCELLOS, M. A. S. de. **Manual de economia**. São Paulo: Saraiva, 4. ed., 2003.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria Básica-5**. AMGH Editora, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: Características da População e dos Domicílios. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**: Séries Históricas. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=9858&t=series-historicas>>. Acesso em 05 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de trabalho e rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de população. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=publicacoes>>. Acesso em: 05 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociais Mínimos**: Conceitos. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 05 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). SIDRA Banco de tabelas estatísticas. **Tabela 1174** – Esperança de Vida ao Nascer. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1174#resultado>>. Acesso em: 05 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). SIDRA Banco de tabelas estatísticas. **Tabela 1799** – Despesa de consumo monetária e não monetária média mensal familiar, valor e distribuição por tipos de despesa. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1799#resultado>>. Acesso em: 05 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). SIDRA Banco de tabelas estatísticas. **Tabela 3727** - Taxa de fecundidade total. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3727#resultado>>. Acesso em: 05 set. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Pesquisa IESS/Datafolha aponta que o plano de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro. **Saúde Suplementar em Foco**, São Paulo, n. 14, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA (IPEA). Ipeadata. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em 05 set. 2017

LIMA, D. H. L. **O setor da saúde e a sua evolução no Brasil**: análise do período de 1990 a 2009. 2013. 60 p. Monografia (Curso de Pós-Graduação em Contabilidade) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2013.

MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**. Documento de trabalho, n. 31, 2004.

MACHADO, F. G. **Os gastos públicos e privados com saúde das famílias Brasileiras de 2000 a 2015**. 2015. 52 p. Monografia (Curso de Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

MASCARENHAS, N. P. **Análise de um processo em construção**: a regulação da saúde suplementar no Brasil. 2007. 335 p. Tese (Faculdade de Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2007.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**, n. 2, p. 427-449, 2004.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PILOTTO, L. M. **Os planos privados de saúde no Brasil e sua influência no uso de serviços de saúde**: análise dos dados da PNAD 1998, 2003, 2008 e da PNS 2013. 2016. 93 p. Tese (Programa de pós-graduação em odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2016.

SAMUELSON, Paul A.; NORDHAUS, W. Economics (10th edn). **New York and London: McGraw-Hill**, 1976.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, H. P. Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. **Leituras de Economia Política**, p. 193-226, 2003.

SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL (UNAFISCO SINDICAL). Departamento de Estudos Técnicos. **Nota técnica 6/2007**: A arrecadação e o destino dos recursos da CPMF. Brasília: 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005.

VIANA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D.. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANNA, C. M. M. **O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador**. 2003. Documento elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em 18 out. 2017.

VIEIRA JR, W. M.; MARTINS, M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3817-3826, 2015.

THE WORD BANK. **World Health Organization Global Health Expenditure database**: Health expenditure, public (% of GDP). 2014. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>>. Acesso em 16 out. 2017.

ANEXO A – VARIÁVEIS UTILIZADAS PARA ANÁLISE DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO

	Gasto público em saúde	População	Gasto per capita	Beneficiários	Operadoras	Empregos formais	PIB
2000	R\$ 1.160.013.894,46	169.590.693	R\$ 6,84	30.966.522	2.004	26.228.629	4 289 348,54
2001	R\$ 1.796.512.940,83	172.385.826	R\$ 10,42	31.420.006	1.992	27.189.614	4 348 966,0
2002	R\$ 2.115.564.183,09	174.632.960	R\$ 12,11	31.513.309	1.749	28.683.913	4 481 760,06
2003	R\$ 3.729.528.466,98	176.871.437	R\$ 21,09	32.074.667	1.648	29.544.927	4 532 889,28
2004	R\$ 7.031.936.060,02	181.581.024	R\$ 38,73	33.840.716	1.576	31.407.576	4 793 982,10
2005	R\$ 8.907.877.505,78	184.184.264	R\$ 48,36	35.441.349	1.524	33.238.617	4 947 491,68
2006	R\$ 9.806.525.757,08	186.770.562	R\$ 52,51	37.248.388	1.488	35.155.249	5 143 510,75
2007	R\$ 10.946.116.532,79	183.989.711	R\$ 59,49	39.316.313	1.377	37.607.430	5 455 715,20
2008	R\$ 11.918.810.903,99	189.612.814	R\$ 62,86	41.468.019	1.269	39.441.566	5 733 639,99
2009	R\$ 13.971.094.846,97	191.480.630	R\$ 72,96	42.561.398	1.215	41.207.546	5 726 426,38
2010	R\$ 14.677.401.139,47	190.747.855	R\$ 76,95	44.937.350	1.182	44.068.355	6 157 524,68
2011	R\$ 14.263.244.293,54	192.379.287	R\$ 74,14	46.025.814	1.172	46.310.631	6 402 250,76
2012	R\$ 16.439.970.893,60	193.946.886	R\$ 84,77	47.814.411	1.118	47.458.712	6 525 249,27
2013	R\$ 16.216.553.085,78	201.032.714	R\$ 80,67	49.435.589	1.073	48.948.433	6 721 321,44
2014	R\$ 17.233.694.877,85	202.768.562	R\$ 84,99	50.409.378	1.037	49.571.510	6 755 193,92
2015	R\$ 17.761.798.579,82	204.450.649	R\$ 86,88	49.259.250	967	48.060.807	6 500 573,40
2016	R\$ 17.503.676.725,60	206.081.432	R\$ 84,94	47.740.783	952	46.060.198	6 266 894,74

Fonte: ANS, FNS, IBGE, CAGED, BCB (2017).