

Ronaldo Bordin
Guilherme Dornelas Camara
(Organizadores)

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 4)

Editora Evangraf
Porto Alegre, 2022

© 2022, dos autores

Produção Gráfica e Impressão: Editora Evangraf

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
Atividade conjunta da Escola de Administração e da Faculdade de Medicina/
UFRGS.

Coordenador: Ronaldo Bordin

Corpo docente: Claunara Schilling Mendonça, Fernando Dias Lopes, Guilherme Dornelas Camara, Maria Ceci Araújo Misoczky, Paul Douglas Fisher, Paulo Antônio Barros Oliveira, Paulo Ricardo Zilio Abdala, Mellina da Silva Terres, Rafael Kunter Flores, Ricardo de Souza Kuchenbecker, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin e Takeyoshi Imasato.

Tutores de orientação a distância: Bruna Hentges, Bruno Silva Kauss (coordenador), Bruna Campos De Cesaro, Camila Guaranha, Liara Saldanha Brites e Pamela Ferreira Todendi.

Secretaria do curso: Fernanda Bordignon Soares.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão em saúde no Rio Grande do Sul : casos, análises e práticas
(volume 4) / Ronaldo Bordin, Guilherme Dornelas Camara
(organizadores). – Porto Alegre : Evangraf, 2022.
200 p. : il.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5699-165-8

1. Gestão em Saúde - Rio Grande do Sul. 2. Atenção primária em saúde. 3. Telemedicina. 4. Tecnologia. 5. Epidemiologia - Serviços de saúde. 6. Violência. 7. Saúde pública. 8. COVID-19. I. Bordin, Ronaldo. II. Camara, Guilherme Dornelas.

CDU 614:658(816.5)

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 8/10213)

A SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL: CARACTERÍSTICAS DO MERCADO

SIMARA MOMBELLI
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê como direito fundamental de todo ser humano o mais alto padrão de saúde alcançável que garanta componentes essenciais, tais como disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (WHO, 1946). Para tanto, os países traçam estratégias e modelos de gestão com predominância de recursos públicos ou privados. Nenhum país adota uma forma exclusiva de custeio; o que o caracteriza cada modelo é a fonte prevalente de recursos para o financiamento em saúde. Os gastos em saúde crescem acima da economia global e representam 10% do Produto Interno Bruto (PIB) de todos os países, dos quais aproximadamente 51% têm financiamento público. Embora o financiamento pelos próprios cidadãos esteja diminuindo, ainda é fator preocupante sob o ponto de vista de universalidade e equidade (WHO, 2018).

No Brasil, as despesas com consumo final de bens e serviços em saúde foram estimadas em 9,2% do PIB em 2017 (IBGE, 2019). O percentual representa R\$ 603,8 bilhões, sendo 41,3% financiado com recurso público e 58,7% privado. O país está à frente dos integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cuja média é de 8,8% do PIB, evidenciando uma performance relativa boa. No entanto, enquanto a média global de gastos privados em saúde é de 26% na OCDE, este percentual é mais que o dobro no Brasil, sendo a única nação da OCDE em que o gasto público não é predominante. Em 2017, o gasto público *per capita* em saúde brasileiro foi de R\$ 1.226,80, enquanto no âmbito privado atingiu R\$ 1.714,60 (IBGE, 2019). Somente examinando sob a perspectiva

de fonte de financiamento no contexto global que se observa a importância da fração privada na composição do sistema de saúde brasileiro.

Como consequência da pandemia de COVID-19, a saúde brasileira enfrenta um dos principais momentos de debate na sua história. A saúde como um direito universal e dever do Estado se desdobra em novas reflexões. O direito à saúde na relação privada tem forte participação neste cenário, considerando que aproximadamente 23% da população tem cobertura privada (ANS, 2021) e com crescimento, mesmo que modesto, mas importante dado o contexto em que se insere.

Para Sarlet (2008), mesmo que a relação de saúde seja privada, a assistência à saúde não perde o seu caráter público devendo ser impostas obrigações típicas do regime de direito público. Portanto, o direito fundamental social à saúde enquanto objeto de uma relação privada deve submeter-se a princípios constitucionais em decorrência de sua natureza e relevância. Mecanismos de garantia desse direito se dão por meio da regulação do setor, no papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Discutir saúde suplementar é discutir saúde pública. Mesmo que haja estratégias de financiamento distintas, ambas estão vinculadas uma a outra. E entender a composição das operadoras de saúde que integram o mercado, o financiamento e sua participação é fundamental para que tenhamos um panorama atualizado e necessário na construção do cenário real em saúde.

O Rio Grande do Sul, com uma população total de 11.466.630 habitantes (IBGE, 2021) e 2.539.741 beneficiários da saúde suplementar, apresenta aproximadamente 22% de cobertura da população pela saúde privada. Um fator importante na construção desse número é que ANS somente tem alcance sobre aquelas operadoras de saúde sujeitas à sua regulação, excluindo algumas organizações como autarquias. Nesse sentido, merece destaque o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (IPE SAÚDE) que contempla cerca 1.012.062 beneficiários (IPE, 2020), abrangendo sozinho quase 9% deste total. Assim, quando somados aos beneficiários das operadoras de saúde regulamentadas pela ANS, aproximadamente 31% da população gaúcha possui algum tipo de cobertura assistencial na saúde suplementar. Apesar de ser um número expressivo, este dado deve ser olhado com cautela pois um mesmo usuário pode ser beneficiário em mais de um plano de saúde.

Em 2020 (ANS, 2021) foram realizados 16.779 atendimentos de beneficiários da saúde suplementar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no RS. Entre procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares, a utilização do SUS pelos beneficiários da saúde privada e o acumulado de 2.293 reclamações registradas na ANS em 2020, denotam grandes oportunidades de melhorias e desenvolvimento no setor.

Com 65 operadoras de saúde ativas no estado (ANS, 2021) e sendo o 4º colocado em números absolutos de beneficiários entre as unidades federativas, o Rio Grande do Sul têm as seguintes concentrações de beneficiários por modalidade: Cooperativas médicas (62%), Medicina de Grupo (21%), Autogestão (9%), Seguradoras de saúde (5%) e Filantropia (3%).

Diante dessa situação e dada a participação robusta da saúde suplementar na assistência da população gaúcha, este estudo contextualiza o mercado da saúde suplementar bem como apresentar sua caracterização atual (2021) no Rio Grande do Sul (RS). Para uma visão mais ampla e que permeie os possíveis impactos da COVID-19 no perfil dos beneficiários, serão empregados os dados do mês de junho dos anos de 2019, 2020 e 2021.

Dados quantitativos do setor foram obtidos a partir da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nas salas situacionais e no TabNet, tabulador disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Dados populacionais e taxas de ocupação (desemprego) nacional e regional foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados quantitativos foram divididos por modalidades de operadora de saúde, selecionando somente aquelas ativas no RS. As informações quantitativas da entidade Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (IPE-Saúde) foram coletadas em relatório da própria instituição e, com exceção dos próprios documentos, há poucos materiais que caracterizem a autarquia.

Publicações da ANS e do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) contribuíram para a fundamentação qualitativa do setor além de projeções de perspectivas. Ainda no campo qualitativo, foram analisados artigos e publicações que abrangessem a “saúde suplementar” (ou “Supplemental Health” ou “Salud Complementaria” no DeCS) brasileira, sendo este o principal descritor para estratégias de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e PubMed.

CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL

A distribuição por sexo dos beneficiários é equilibrada e não aponta grandes achados. Assim como nas faixas etárias, não há mudanças entre os períodos analisados (meses de junho de 2019, 2020 e 2021). Em todos, a distribuição foi de 47% homens e 53% mulheres. Apesar do aumento dos índices de desocupação em 2021, conforme o IBGE, como reflexo da pandemia de COVID-19, não há oscilações importantes entre os períodos (ANS, 2021).

Segundo o IBGE em pesquisa sobre desemprego (2021), participam da força de trabalho as pessoas que têm idade para trabalhar (14 anos ou mais) e que estão trabalhando ou procurando trabalho (ocupadas e desocupadas). Considerando que no Brasil, pelas regras atuais (2021), homens com 65 anos e mulheres com 60 anos têm o direito a aposentadoria, há uma concentração de população economicamente ativa entre 15 e 64 anos. Esta faixa etária, em junho de 2021, concentrava 71% dos beneficiários saúde suplementar no Rio Grande de Sul. Em junho de 2019 e 2020 este índice se repetia, mesmo que houvesse uma pequena flutuação no número absoluto de beneficiários.

Ainda sob o ponto de vista de faixa etária dos beneficiários, é possível determiná-los quanto à modalidade da operadora de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária e modalidade (%), RS, 2021.

Faixa etária	Autogestão	Cooperativas médicas	Filantropia	Medicinas de grupo	Seguro saúde
Até 1 ano	5%	67%	4%	18%	6%
1 a 4 anos	6%	67%	3%	19%	5%
5 a 9 anos	7%	64%	3%	20%	6%
10 a 14 anos	9%	61%	2%	22%	5%
15 a 19 anos	10%	59%	2%	24%	5%
20 a 24 anos	7%	63%	3%	23%	6%
25 a 29 anos	5%	65%	3%	21%	6%
30 a 34 anos	6%	64%	3%	20%	6%
35 a 39 anos	7%	63%	3%	21%	6%
40 a 44 anos	8%	62%	3%	22%	6%
45 a 49 anos	8%	60%	3%	23%	5%
50 a 54 anos	10%	58%	3%	25%	4%
55 a 59 anos	13%	56%	3%	24%	4%
60 a 64 anos	17%	55%	3%	22%	3%
65 a 69 anos	18%	56%	3%	20%	3%
70 a 74 anos	17%	58%	4%	18%	2%
75 a 79 anos	16%	60%	4%	18%	2%
80 e + anos	15%	63%	4%	17%	2%

Fonte: ANS (2021).

As modalidades de operadoras de saúde apresentam flutuação de participação por faixa etária conforme o envelhecimento dos seus beneficiários. Na modalidade de autogestão, a média de participação de 8% mostra incremento importante a partir dos 50 anos, aumentando sua base de beneficiários mais velhos. Em contrapartida, as seguradoras especializadas em saúde têm sua participação reduzida nesta mesma faixa etária, encolhendo para apenas 2% nas três últimas faixas.

As cooperativas médicas predominam em número de beneficiários no Rio Grande do Sul, independentemente da faixa etária. Sua participação média de 61% confirma a importância e relevância desta modalidade de saúde suplementar no estado.

O Rio Grande do Sul é composto por 497 municípios e todos apresentam beneficiários ativos segundo o TabNet (junho, 2021). Dentre as cidades, nove apresentam participação maior do que 2% e juntas totalizam 53% dos beneficiários do RS. Porto Alegre, a capital do estado, concentra 24% desse montante sendo a maior participação isolada (Tabela 2).

Tabela 2 - Beneficiários da saúde suplementar em municípios selecionados (%), RS, 2019-2021.

Município	jun/19	jun/20	jun/21
Porto Alegre	24,31%	24,46%	24,06%
Caxias do Sul	9,32%	9,39%	9,31%
Canoas	4,25%	4,29%	4,31%
Gravataí	3,25%	3,32%	3,26%
São Leopoldo	2,99%	2,93%	3,04%
Novo Hamburgo	2,88%	2,80%	2,86%
Rio Grande	2,35%	2,15%	2,30%
Pelotas	2,17%	2,17%	2,19%
Santa Maria	2,19%	2,17%	2,11%
Demais 488 municípios do RS	46,29%	46,32%	46,56%
Total	100%	100%	100%
Beneficiários	2.539.741	2.505.196	2.558.779

Fonte: ANS (2021).

Explorando um pouco mais os dados por localidade, conseguimos encontrar percentuais aproximados de cobertura da população (IBGE, 2021) pela saúde suplementar. Ainda que com uma série de limitações, como a impossibilidade de estratificação de usuários únicos e exclusão de autarquias e outras operadoras não reguladas pela ANS, é possível se calcular a taxa de cobertura da saúde em saúde suplementar nos municípios que

compõe os maiores polos econômicos do estado (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxa cobertura da saúde suplementar em municípios selecionados, RS, 2021.

Município	Beneficiários	População	Cobertura
Porto Alegre	611.166	1.492.530	41%
Caxias do Sul	236.544	523.716	45%
Canoas	109.433	349.728	31%
Gravataí	82.914	285.564	29%
São Leopoldo	77.102	240.378	32%
Novo Hamburgo	72.519	247.303	29%
Rio Grande	58.295	212.881	27%
Pelotas	55.686	343.826	16%
Santa Maria	53.555	285.159	19%

Fonte: ANS (2021); IBGE (2021).

Conforme análise de dados da OMS (2018), a saúde de maneira global tem diminuído sua dependência do financiamento privado, caminhando mesmo que em pequenos passos para modelos públicos mais universais e equitativos de financiamento do Estado. Neste contexto, o Brasil parece trilhar o caminho contrário, visto que ao longo dos anos a participação da saúde suplementar aumentou em volume de beneficiários e, principalmente, como detentora do maior volume de recursos em saúde, 58,7%, quando comparado ao investimento público.

Tabela 4 - Participação e composição no conjunto de beneficiários de saúde suplementar por modalidade, RS, 2021.

RIO GRANDE DO SUL		
População: 11.466.630 habitantes		
Beneficiários saúde suplementar: 2.539.741		
Modalidade	Participação	Composição
Cooperativas médicas	62%	Unimed Porto Alegre 36% Unimed Nordeste 12% Unimed Vale do Taquari e Rio Pardo 9%
Medicina de grupo	22%	Centro Clínico Gaúcho 31% Doctor Clin 17% Círculo Operário Caxiense 16%
Autogestão	9%	Cassi 15% IBCM 14% Cabergs 14%
Seguradoras de saúde	5%	Bradesco 56% Unimed Seguros 26% Sul América 16%
Filantropia	3%	Associação Dr. Bartholomeu Tacchini 85% Sociedade Portuguesa de Beneficência 9% Beneficência Camiliana do Sul 6%

Fonte: ANS (2021); IBGE (2021).

Apesar da limitação de dados regionais, o Rio Grande do Sul está muito alinhado aos números nacionais, evidenciando a forte participação da saúde privada no estado e perspectivas de crescimento. Segundo a ANS (2021), são 64 operadores de saúde com registro ativo no RS e todos os 497 municípios do estado contam com beneficiários da saúde suplementar. O mercado gaúcho tem grande concentração de consumidores na modalidade de cooperativas médicas, representadas pelas Unimeds que somam 62% dos beneficiários ativos (os relatórios de beneficiários não excluem duplicidade, podendo um mesmo indivíduo ter dois planos de saúde, contando como dois beneficiários) regulados pela ANS (2021). Além disso, vemos grande participação da autogestão IPE-Saúde que possui mais de um milhão de beneficiários conforme relatório de 2020. O IPE-Saúde é uma operadora sob a forma de autarquia, não regulada pela ANS. A tabela 4 resume a composição do setor saúde suplementar gaúcho e as três maiores operadoras em cada modalidade, com as suas respectivas participações.

CONCLUSÃO

Quanto à caracterização dos beneficiários no Rio Grande do Sul, foi encontrada uma concentração na faixa etária que compõe a população economicamente ativa e nos principais polos econômicos do Estado. Quanto à modalidade, é esperado que haja uma concentração em todas as idades nas cooperativas, visto a maior participação no Estado. Neste quesito, um achado importante é o crescimento em volume de beneficiários acima de 50 anos na modalidade de autogestão, e, em caminho oposto, a redução de beneficiários nas seguradoras especializadas na mesma faixa etária.

A concentração de beneficiários nos polos econômicos do RS reforça a conexão histórica, vista neste trabalho, entre a saúde suplementar e os trabalhadores formais. Porto Alegre e Caxias do Sul possuem mais de 40% de cobertura da sua população pela saúde suplementar, um dado relevante quando comparado à média nacional de 23% (ANS, 2021).

Apesar de haver crescimento positivo no âmbito do país, o aumento do volume de beneficiários não pareceu ter repercussão importante no Rio Grande do Sul. Conforme aventado por Malta *et al.* (2017) e Paiva (2021), o crescimento da economia e a geração de empregos caminham em vetor paralelo ao desenvolvimento da saúde suplementar. Contudo, aparentemen-

te, os desdobramentos da pandemia na redução de ocupação acumulada (IBGE, 2021) não surtiram efeitos negativos na base de beneficiários no Rio Grande do Sul. Esta é uma situação que oportunizaria novos estudos que pudessem melhor explorar o perfil dos trabalhadores ocupados e desocupados e o impacto no seu acesso à assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ANS. Boletim COVID-19 – saúde suplementar. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-numero-de-beneficiarios-e-o-maior-em-quase-cinco-anos/boletim-covid-19-ans_2021-maio_ok.pdf.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

IBGE. Conta-Satélite de Saúde, Brasil: 2010-2017. Nº 71. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101690>.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho.html>.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Análise especial. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/periodico/analise-especial-da-nab/o-peso-dos-planos-empresariais>. Acesso em: 15 nov. 2021.

IPE SAÚDE. Prestação de Contas 2020. Disponível em: <http://ipesaude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/29170225-relatorio-de-gestao-ipe-saude-exercicio-2020-1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 179–190, 2017.

PAIVA, R. L. Serviços de atenção primária implantados na saúde suplementar em Porto Alegre/RS. 2021. 44 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor* n. 67, p. 125- 172, 2008.

WHO - World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.

WHO - World Health Organization. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018.