

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Simara Mombelli

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

**Porto Alegre
2021**

Simara Mombelli

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

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

**Porto Alegre
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Mombelli, Simara Cristina
A SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL:
CARACTERÍSTICAS DO MERCADO / Simara Cristina
Mombelli. -- 2021.
40 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.
Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Suplementar. 3.
Beneficiários da Saúde Privada. 4. Rio Grande do Sul.
I. Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Simara Mombelli

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

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Daniel Triboli Vieira, meu maior incentivador e apoiador na minha formação continuada.

Ao meu orientador, Professor Roger dos Santos Rosa, que, por meio de suas aulas brilhantes de saúde suplementar, me inspirou e orientou na construção deste trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que, mesmo em um período de pandemia e com grandes desafios frente ao financiamento federal, manteve esta oportunidade de especialização aberta com exímia qualidade.

Muito obrigada.

RESUMO

A Saúde Suplementar está presente no Brasil desde a década de 1930 com empresas de autogestão, criadas pela iniciativa privada como um benefício aos trabalhadores brasileiros com a finalidade de conservação da sua mão de obra. São escassos os artigos e trabalhos acadêmicos com temática específica na saúde suplementar brasileira com enfoque no mercado do Rio Grande do Sul (RS). A presente monografia tem como objetivo contextualizar o mercado da saúde suplementar do RS e realizar uma caracterização atual (2021) do setor, por meio de pesquisa e revisão bibliográfica em publicações não convencionais, dados de pesquisas e relatórios governamentais. Os dados obtidos no presente estudo evidenciam a forte participação da saúde privada no Estado, que conta com 64 operadoras de saúde com registro ativo e 2.539.741 beneficiários abrangendo todos os 497 municípios gaúchos. Quanto à caracterização dos beneficiários, há uma concentração importante na faixa etária que compõe a população economicamente ativa e também nos principais polos econômicos do estado reforçando a conexão histórica entre saúde suplementar e trabalhadores formais.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Beneficiários da saúde privada. Rio Grande do Sul.

SUPPLEMENTAL HEALTH IN RIO GRANDE DO SUL: MARKET CHARACTERISTICS

ABSTRACT

Supplementary Health has been present in Brazil since the 1930s with self-management companies, created by the private sector as a benefit to Brazilian workers with the aim of conserving their workforce. There are few articles and academic papers with a specific theme about Brazilian private health with a focus on the market in Rio Grande do Sul (RS). This monograph aims to contextualize the supplementary health market in RS for the purpose of a current characterization (2021) of the sector, through research and literature review in non-conventional publications, research data and government reports. The data obtained in this study show the strong participation of private health in the state, which has 64 health operators with active registration and 2,539,741 beneficiaries covering all 497 municipalities. As for the characterization of beneficiaries, there is an important concentration in the age group that makes up the economically active population and in the main economic centers of the state, reinforcing the historical connection between supplementary health and formal workers.

Keywords: Supplementary Health. Private health care beneficiaries. Rio Grande do Sul.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária (%), RS, 2019-2021.	27
Tabela 2 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária e modalidade (%), RS, 2021.	28
Tabela 3 - Beneficiários da saúde suplementar em municípios selecionados (%), RS, 2019-2021.	29
Tabela 4 - Taxa cobertura da saúde suplementar em municípios selecionados, RS, 2021.	30
Tabela 5 - Participação e composição no conjunto de beneficiários de saúde suplementar por modalidade, RS, 2021.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BRF	Brasil Foods Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Cabergs	Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
Cassi	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CCG	Centro Clínico Gaúcho
COVID-19	Coronavirus disease-19 (Doença causada pelo vírus SARS-CoV-2)
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal
GNDI	Grupo NotreDame Intermédica
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBCM	Instituto Beneficente Coronel Massot
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAMERP	Plano de Assistência Médica às Entidades de Registro Profissional
PIB	Produto Interno Bruto
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SSI	Caixa de Assistência Sistema Saúde Integral
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	MÉTODOS	14
4	RESULTADOS	16
4.1	Saúde suplementar: um breve histórico até o momento atual	16
4.2	Regulação da saúde suplementar no Brasil: origem, contexto e ANS	19
4.3	A composição da saúde suplementar no Rio Grande do Sul	21
4.3.1	Cooperativas Médicas.....	22
4.3.2	Medicinas de Grupo.....	23
4.3.3	Autogestão.....	23
4.3.4	Seguradoras de Saúde.....	24
4.3.5	Filantropia.....	25
4.3.6	Autarquia e outros.....	25
4.4	Características dos beneficiários da saúde suplementar no Rio Grande do Sul	26
4.4.1	Faixas etárias dos beneficiários.....	26
4.4.2	Distribuição por sexo dos beneficiários.....	28
4.4.3	Localidades dos beneficiários.....	29
5	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA	38

1 INTRODUÇÃO

A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1946) prevê como um direito fundamental de todo ser humano o mais alto padrão de saúde alcançável que garanta componentes essenciais, tais como: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Para o alcance desse objetivo, 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.

O relatório da OMS (WHO, 2018) acerca do financiamento da saúde global informa que os gastos em saúde crescem acima da economia global e que já representam 10% do Produto Interno Bruto (PIB) de todos os países. Aproximadamente 51% dos gastos em saúde em todo o mundo têm financiamento público do Estado ao mesmo tempo que 35% do investimento é feito com recursos próprios dos cidadãos. Embora esse financiamento próprio esteja diminuindo, ainda é fator preocupante sob o ponto de vista de universalidade e equidade.

Em um relatório publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) sobre os gastos em saúde no Brasil, o percentual de despesas com consumo final de bens e serviços em saúde em relação ao PIB nacional foi estimado em 9,2% em 2017. Naquele ano, este percentual representava um investimento de R\$ 603,8 bilhões, sendo que 41,3% do montante vem de financiamento com recursos públicos e 58,7% de financiamento privado.

O Brasil está à frente dos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cuja média das despesas com saúde em relação ao PIB é de 8,8%, evidenciando uma boa performance nesse quesito. No entanto, peca quando se trata da participação de recursos privados no financiamento à saúde: enquanto a média global de gastos privados em saúde é de 26%, no Brasil este valor é mais que o dobro, sendo a única nação na lista da OCDE em que o gasto público não é predominante.

De acordo com o mesmo relatório do IBGE (2019), o gasto público *per capita* em Saúde foi de R\$ 1.226,80, enquanto no âmbito privado o valor foi R\$ 1.714,60. E é inserindo o Brasil neste contexto global sob a perspectiva de fonte de financiamento em saúde, que conseguimos observar 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 privada¹ (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 privada². 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 figura como um mercado potencial e ainda pouco explorado por estudos com enfoque regionalizado que discutam a saúde suplementar local.

Diante dessa situação e dada a participação robusta da saúde suplementar na assistência da população gaúcha, o presente estudo pretende caracterizar o mercado

¹ Excluem-se beneficiários de organizações não reguladas pela ANS.

² Excluem-se beneficiários de organizações não reguladas pela ANS.

gaúcho e seus beneficiários, operadoras e modalidades na saúde suplementar presentes nesta composição e a regulamentação do setor.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

A presente monografia tem como objetivo geral contextualizar o mercado da saúde suplementar bem como apresentar sua caracterização atual (2021) no Rio Grande do Sul (RS).

2.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos o presente estuda visa:

- Contextualizar a regulamentação da saúde suplementar;
- Explanar as modalidades de operadoras de saúde presentes no Estado e suas respectivas participações;
- Identificar as principais operadoras de saúde e sua participação por modalidade;
- Caracterizar os beneficiários do Rio Grande do Sul.

3 MÉTODOS

A fim de uma melhor sustentação teórica, duas estratégias de busca foram traçadas para a recuperação de artigos compatíveis ao tema nos sites de pesquisa PubMed e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram encontrados 68 e 95 artigos respectivamente, que abordavam o direito à saúde, saúde privada e saúde do trabalhador. Apesar do grande volume de materiais, nenhum teve enfoque específico na saúde suplementar brasileira, tão pouco no mercado do Rio Grande do Sul. Essa escassez de publicações na área, reforça a oportunidade de desenvolvimento deste trabalho. E como recurso para estruturação do mesmo, produções alternativas foram recuperadas para a construção teórica, chamadas de “literatura cinzenta”.

[literatura cinzenta] “É o que é produzido em todos os níveis do governo, institutos, academias, empresas e indústria, em formato impresso e eletrônico, mas que não é controlado por editores científicos ou comerciais.” (GL’99, 1999).

O trabalho está fundamentado em publicações não convencionais, dados de pesquisas e relatórios governamentais. 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. As publicações em saúde suplementar puderam auxiliar no desenvolvimento do contexto

deste estudo, entretanto literaturas regionalizadas que abordassem o Rio Grande do Sul e a saúde suplementar foram escassas e fragmentadas.

4 RESULTADOS

4.1 Saúde suplementar: um breve histórico até o momento atual

A Saúde Suplementar está presente no Brasil desde a década de 1930 com empresas de autogestão, criadas pela iniciativa privada como um benefício aos trabalhadores brasileiros com a finalidade de conservação da sua mão de obra. Os trabalhadores tinham descontado na folha salarial sua participação para seguridade, e essa dependia exclusivamente do vínculo formal empregatício.

Carvalho e Cecílio (2007) reconstroem a linha do tempo da saúde suplementar: mostrando a chegada das empresas de autogestão (1930), e duas décadas depois surgem as medicinas de grupo (1956), seguida pelas cooperativas médicas (Unimed em 1967). Os seguros de saúde, que embora estivessem legalizados desde 1966, só foram regulamentados a partir de 1977, para a população que pudesse adquiri-los.

Da mesma forma, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, deram origem aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1930, que por sua vez originaram o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966 e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977. Eram essas instituições, segundo Gusso e Gomes (2020), as responsáveis pela assistência médica aos trabalhadores formais e seus dependentes.

A parcela da população que não se enquadrava em alguma categoria profissional era atendida pelas Santas Casas de Misericórdia — presentes no país desde 1539 — e outras instituições filantrópicas. No entanto, é sabido que autônomos também tinham cobertura do INAMPS e mesmo na época pré-SUS a população não trabalhadora no mercado formal recebia assistência médica por meio de instituições públicas municipais e estaduais.

Bahia (2001a) conta que os sistemas assistenciais privados acompanharam a instalação da indústria automobilística no Brasil, em especial as estrangeiras. Esses sistemas particulares possuíam atendimento e serviços próprios ou trabalhavam por meio de reembolso. Os empregados dispunham de serviços médicos no interior da empresa, em ambulatórios das caixas de assistência ou provedores privados que eram pagos pelo cliente final sendo reembolsados pela empresa posteriormente. A utilização dos IAPs e da rede pública municipal e/ou estadual era proporcional à cobertura dos esquemas assistenciais de cada empresa financiadora.

Este cenário seguiu-se até meados da década de 1980, quando o acesso à saúde pode ser entendido em 3 grupos: (i) aqueles que disponibilizavam recursos próprios para autofinanciamento, (ii) os trabalhadores formais e seus dependentes segurados pelo INAMPS e, por fim, (iii) aqueles que não tinham nenhum direito ou recurso usando alternativas filantrópicas ou serviços públicos financiados pelo Estado ou município (BAHIA, 2001b).

É nesse contexto de saúde fragmentada, marcada por crises políticas e econômicas, que o movimento sanitário ganha força e resulta na criação do SUS: público, universal, integral e equitativo. De acordo com a legislação que o instituiu, a operacionalização deste sistema deve ser descentralizada, regionalizada, hierárquica e com participação social, de forma a garantir o acesso igualitário em qualquer região brasileira.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada que poderá atuar de forma complementar ao sistema único de saúde. A partir deste momento, o desenvolvimento do SUS e o crescimento da saúde privada iniciam uma jornada paralela com desafios e oportunidades pertinentes ao setor. Desde então, o SUS enfrenta desafios para a sua consolidação; desde o baixo financiamento até a sua deslegitimação promovida por alguns governantes e parcelas da população. E é nesse ambiente que a saúde suplementar se fortalece e passa a ser balizada por marcos regulatórios estabelecendo forte conexão com os trabalhadores formais ativos.

Em recente pesquisa sobre o desemprego no Brasil realizada neste ano, observa-se que o país apresentou maior taxa de desocupação desde 2012 (IBGE, 2021) No primeiro trimestre, este número chegou a 14,7%, com variação de 0,8% em relação ao último trimestre do ano anterior.

O crescimento do desemprego é vital a compreensão do cenário atual, pois 68% (IES, 2021) dos beneficiários da saúde suplementar têm esse acesso financiado, ao menos parcialmente, por seus respectivos empregadores através de contratos coletivos empresariais. Sendo assim, espera-se que o índice de desemprego levasse

a uma redução importante na adesão a saúde suplementar e uma possível sobrecarga ao SUS.

Vale ressaltar que esse universo de beneficiários da saúde privada exclui aqueles oriundos de organizações que não são reguladas pela ANS). Contudo, para a discussão de saúde suplementar e trabalhadores, essas organizações representam baixa flutuação já que visam atender predominantemente servidores públicos.

No que diz respeito ao tipo de contratação, 86% dos planos de saúde regulados pela ANS no RS têm financiamento empresarial, seja ele coletivo empresarial ou por adesão (ANS, 2021). Os planos de saúde são benefícios indiretos aos trabalhadores e representam um investimento importante para os empregadores, pois são muitas vezes tratados como uma ferramenta de atração e retenção de empregados. Da mesma forma, possuem papel fundamental na manutenção da saúde do trabalhador, garantindo assiduidade e melhor desempenho nas atividades laborais (MACHADO; ANDRADE; MAIA, 2012).

Como já vimos anteriormente, a relação entre a saúde privada e os trabalhadores formais antecede a criação do SUS. Diferentemente dos países europeus, nos quais a saúde se desenvolve a partir do acesso público, orientada para universalização, no Brasil o setor privado já atende os contribuintes celetistas desde os anos 1930 (PAIVA, 2021). Ao analisar a proporção da cobertura dos planos de saúde na população brasileira com empregabilidade, Malta *et al.* (2017) concluíram que o aumento da cobertura da saúde suplementar era reflexo da melhora de ofertas de empregos e do crescimento do país na época.

Em um estudo mais recente sobre o tema, Paiva (2021) relata o desequilíbrio financeiro das operadoras de saúde, em decorrência do acréscimo dos custos em saúde suplementar, consequência do alongamento da expectativa de vida e, com ela, o maior número de doenças crônicas não transmissíveis, somado ao declínio do número de beneficiários devido às altas taxas de desemprego no país.

Na contramão das expectativas decorrentes da pandemia por COVID-19, a ANS publicou em seu boletim de maio de 2021 que ocorreu um aumento (2,9%) no total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares — o que representa incremento de 1.334.781 vínculos registrados no naquele mês em comparação ao mesmo período de 2020³. Pode-se inferir, portanto, que o período de pandemia

³ As taxas de variação por tipo de contratação foram de 3,15% para planos coletivos empresariais, 0,92% por coletivos por adesão e 0,17% nos individuais ou familiares.

impactou principalmente os trabalhadores informais, dado o incremento da assistência em saúde suplementar nos modelos coletivos empresariais ou por adesão, já que este é geralmente contratado por grupos profissionais, sindicatos ou entidades de classe.

Em meio a esse contexto nacional, o Rio Grande do Sul apresentou uma taxa de 9,2% de desocupados no primeiro trimestre de 2021, um aumento de 0,8% em relação trimestre anterior (IBGE, 2021). Na saúde suplementar, o Estado apresentou tímido aumento de 0,4% na variação de beneficiários de abril de 2021 *versus* 2020, totalizando 2.532.326 vínculos, segundo a ANS (2021).

A população gaúcha, estimada em 11,431 milhões de habitantes, tem pouco mais de 22% de seus habitantes com acesso a saúde suplementar. 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. Um exemplo deste caso é o Instituto Beneficente Coronel Massot (IBCM), uma operadora de saúde no modelo de autogestão que contempla apenas servidores públicos segurados pelo IPE Saúde, atuando de maneira adicional e abrangendo familiares como dependentes.

4.2 Regulação da saúde suplementar no Brasil: origem, contexto e ANS

Anterior ao marco constitucional de 1988, o sistema de saúde brasileiro público e privado era marcado pela livre atuação no que diz respeito ao oferecimento, à operação e ao financiamento. Neste cenário, o setor privado em saúde se desenvolveu de maneira centralizada e não regulada, com baixa influência do Estado e nenhum, ou muito pouco, controle público (SALVATORI; ARENA VENTURA, 2012). Com o objetivo de regulamentar o setor e suas relações, Bahia (2001b) relata que o Decreto-Lei nº 73/1966 foi o primeiro instrumento que norteava a comercialização de

planos e seguros de saúde. Porém, medicinas de grupos e cooperativas médicas permanecerem praticamente sem nenhuma regulamentação até 1998.

A expansão da operação e comercialização de planos de saúde levou consigo a um aumento de conflitos na relação entre beneficiários e operadoras de saúde. Conflitos estes que, segundo Sato (2007), estavam concentrados em 3 grandes problemas: negativas de cobertura assistencial, interrupção de atendimento e aumento das mensalidades. O poder judiciário, fazendo uso do Código de Defesa do Consumidor, conseguia oferecer alguma proteção aos usuários, mas sem causar grandes mudanças no setor. É nesse ambiente de conflitos que o órgão de defesa do consumidor e entidades médicas se aliam e iniciam uma grande pressão social para a regulamentação do setor.

Moraes (2002) acredita que a origem das agências reguladoras pode ser identificada no Reino Unido no século XIX com o objetivo de controle e fiscalização de textos legais. Na sequência, os Estados Unidos acompanham esse movimento, com modelos administrativos estatais reguladores. Ventura (2004) descreve que a base jurídica administrativa dos Estados Unidos, desde a sua criação, se estruturou em um modelo intervencionista do Estado de forma indireta, propondo diretrizes públicas, mediando, fiscalizando e protegendo segmentos hipossuficientes.

Segundo Mashaw (1997), o modelo regulatório brasileiro tem grande conexão com o norte-americano e foi também influenciado pelo modelo britânico pós-privatização, com uma proposta mais transparente e que garantisse amplo debate por todos os atores envolvidos. Ventura (2004) aponta que as agências reguladoras surgiram no Brasil em um contexto de desestatização e de uma proposta de reforma do Estado, durante os dois mandatos sucessivos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Nessa ótica, a privatização crescente em vários segmentos poderia acarretar prejuízos ao Estado desde que não houvesse o controle e o monitoramento adequado das principais atividades econômicas privatizadas.

A proposta do Governo Federal, apresentada como uma inovação institucional no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foi a criação de entidades independentes para regulação de serviços públicos como energia, telecomunicações e saúde suplementar de forma independente das influências políticas e partidárias do então governo e sucessores. Uma forma em que essas entidades tivessem caráter isento na moderação dos segmentos, sem pressões políticas e abrindo portas ao amplo debate. E é nessa conjuntura que, por meio de leis federais, foram criadas as

primeiras agências regulatórias: a ANEEL- Agência Nacional de Energia Elétrica (1996), a ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações e ANP- Agência Nacional do Petróleo (1997) e, em 2000 (após conversão em lei da Medida Provisória nº 1.928/1999), a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Segundo Costa (2008), esse movimento proposto de reforma regulatória visava incentivar a eficiência macroeconômica, regulando áreas de monopólio, possibilitando o estímulo da concorrência e corrigindo falhas no mercado. Na saúde, essas falhas de mercado eram compostas por mecanismos de seleção adversa, risco moral, assimetria de informações entre agentes econômicos e as externalidades negativas.

Por meio da Lei Federal nº 9.961/2000, a ANS é criada como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, para regulação, controle, normatização e fiscalização de atividades na assistência suplementar a saúde. Essa mesma lei conferiu à ANS a finalidade institucional de 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).

4.3 A composição da saúde suplementar no Rio Grande do Sul

O departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) é um órgão do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre a saúde brasileira. Para o compartilhamento destes dados, o DATASUS desenvolveu o aplicativo TabNet, que subsidia análises objetivas da situação sanitária brasileira bem como a tomada de decisão baseada em evidência. No tocante aos dados da Agência Nacional e Saúde Suplementar (ANS), a atualização dos dados é trimestral e o TabNet permite a tabulação de dados dos diversos sistemas da referida agência.

Segundo dados do TabNet da ANS (jun/2021), as operadoras de saúde no 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%).

Abaixo estão descritas cada modalidade conforme seu propósito, regulamentação, operadoras ativas no Estado e participação por tipo de contratação.

4.3.1 Cooperativas Médicas

Segundo a RDC nº 39/2000 da ANS, “cooperativas médicas são sociedades sem fins lucrativos que operam planos de saúde, coordenadas por médicos e que ofereçam serviços médicos.”. São constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764/1971 e estão sob a regulamentação da ANS. As Unimed têm papel fundamental na saúde dos gaúchos, com mais de 1,5 milhão de beneficiários, sendo o maior *player* do mercado regional. Segundo Duarte (p. 1001, 2001), a fundação da primeira cooperativa Unimed em 1967, partiu da mobilização de dirigentes do sindicato da categoria, em Santos, no estado de São Paulo, como uma reação ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos não vinculados ao movimento da categoria.

Há uma tendência clara na verticalização de serviços nessa modalidade, a fim de redução de custos e priorização do próprio complexo. Segundo Junqueira (2016), a verticalização vem crescendo em virtude da necessidade urgente de equalização de despesas decorrentes dos altos custos em saúde. A verticalização é antiga; em 1988, alguns hospitais começaram a criar seus planos de saúde, mas ganhou força dos anos 2000 para cá, quando as operadoras de saúde passaram a identificar vantagens em ter os seus próprios serviços. Atualmente, há uma gama enorme de operadoras que oferecem serviços e estruturas próprias como hospitais, centros oncológicos e laboratórios.

No Rio Grande do Sul, 10 Unimed representam pouco mais de 80% dos beneficiários na modalidade. São elas: Unimed Porto Alegre (36%), Unimed Nordeste (12%), Unimed Vale do Taquari e Rio Pardo (9%), Central Nacional Unimed (6), Unimed Federação e Vale do Sinos (4% cada), Unimed Noroeste e Santa Maria (3% cada) e as Unimed Encosta da Serra e Litoral Sul com 2% cada (ANS, 2021). Quanto ao tipo de contratação, 65% são coletivos empresariais, 18% coletivos por adesão e 17% individual ou familiar (ANS, 2021). Esse é um dado relevante e que corrobora com a perspectiva de financiamento da saúde aos empregados formais, que remonta à época pré-SUS. Muito além de ser uma ferramenta tradicional de retenção de capital humano, é também a sustentação de mão-de-obra em atividade.

4.3.2 Medicinas de Grupo

Como entidades de medicina de grupo classificam-se “as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução” (RDC nº 39/2000, art. 15); ou seja, uma definição por exclusão visto que são aquelas que não se enquadram nas demais definições.

No Rio Grande do Sul, nove operadoras detêm aproximadamente 90% do mercado da modalidade, com atenção especial ao Centro Clínico Gaúcho, que sozinho, lidera 31% do mercado. Na sequência temos Doctor Clin (17%), Círculo Operário Caxiense (16%), Pro Salute (8%) e as operadoras Verde Saúde, Centro Médico Sapiranga, Amil, NotreDame e Porto Alegre Clínicas (cada uma com 3% do mercado de medicina de grupo) (ANS, 2021).

Em junho deste ano (2021) ocorreu uma aquisição que deve provocar alterações expressivas no panorama geral da saúde suplementar gaúcha. O Grupo Notredame Intermédica (GNDI) comprou o Centro Clínico Gaúcho (CCG) em uma movimentação avaliada em R\$ 1,06 bilhão. A fusão entre as duas operadoras somará beneficiários podendo representar 34% do mercado de medicinas de grupo (ANS, 2021; VIGNA, 2021). Também com uma tendência clara a verticalização, está na operação o Hospital Humaniza e demais clínicas próprias do complexo CCG. E é com essa fusão que uma empresa com capital estrangeiro se incorpora de maneira robusta na saúde suplementar gaúcha, um mercado com cenário altamente concentrado em cooperativas médicas e com predomínio de instituições locais na comercialização de planos de saúde.

4.3.3 Autogestão

Aqui se encontram iniciativas que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas que, obrigatoriamente, devam pertencer à mesma categoria profissional ou terem vínculo empregatício com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde (RN nº 137/2006 alterada pela RN nº 148/2007). Não possuem fins lucrativos e, podem ser administradas por entidades públicas ou privadas, e naquelas empresas que ofereçam

a modalidade para seus funcionários, podendo ser gerido por departamentos de recursos humanos e benefícios.

Nesta modalidade, nove operadoras representam mais de 80% do mercado no Rio Grande do Sul. São elas: Cassi (15%), IBCM (14%), Cabergs (14%), Saúde PAS, SSI e Saúde Caixa com 8% para cada, Postal Saúde (7%), BRF (5%) e GEAP (4%). Quanto aos tipos de contratações, 58% são coletivos empresariais e 42% coletivos por adesão (ANS, 2021).

Uma reflexão importante é que, com exceção ao SSI e BRF, todas iniciativas são voltadas para servidores públicos. E, dentre elas, o IBCM e Saúde PAS se lançam como planos “complementares” ao IPE, autarquia de assistência à saúde dos servidores públicos do Rio Grande do Sul.

Apesar dessa modalidade poder operar de forma verticalizada com rede própria, o comum é que sejam referenciadas redes credenciadas e contratadas pela administradora. Há possibilidade de alguns potenciais conflitos de interesse se a administradora e/ou patrocinadora for empregador da iniciativa privada quanto a tratamentos de alta complexidade e custos elevados, podendo o beneficiário ter que recorrer ao SUS.

4.3.4 Seguradoras de Saúde

As seguradoras especializadas em saúde são sociedades com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas. Os consumidores de seguros de saúde têm definido em contrato (denominado apólice) as condições e os limites de reembolso, cobertura, abrangência geográfica, entre outras (Lei nº 10.185/2001).

Nessa modalidade, os beneficiários escolhem seus prestadores de serviços e posteriormente podem ser reembolsados pelas operadoras, via de regra em forma parcial conforme previsto em contrato. Ainda assim, podem existir redes credenciadas referenciadas com coparticipação menor ou isenta, estimulando o uso de rede contratada.

No Rio Grande do Sul, três seguradoras dominam este mercado, sendo elas: Bradesco Saúde (56%), Unimed Seguros (26%) e Sul América (16%). No que se refere aos tipos de contratação, 95% são coletivos empresariais, 4% individuais e 1% coletivos por adesão (ANS, 2021).

4.3.5 Filantropia

Classificam-se como “filantropia” as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que tenham o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais (RDC nº 39/2000).

As entidades filantrópicas, que no período pré-SUS tiveram papel fundamental no acolhimento de pacientes trabalhadores informais ou desocupados, que não tinham direito à saúde, atualmente, têm participação pequena enquanto operadoras na saúde suplementar e centralizadas em três entidades: Associação Dr. Bartholomeu Tacchini (85%), Sociedade Portuguesa de Beneficência (9%) e Beneficência Camiliana do Sul (6%). Quanto ao tipo de contratação, os planos coletivos empresariais representam 59%, individuais ou familiares 34% e coletivos por adesão 5% (ANS, 2021).

4.3.6 Autarquia e outros

As autarquias são pessoas jurídicas de direito público, ou seja, apenas o poder público pode criá-las e, diferentemente das operadoras relacionadas anteriormente, essa modalidade não é regulamentada pela ANS. Sem a exigência do Rol de procedimentos mínimos a serem ofertados, as autarquias possuem legislação própria e definem a abrangência da sua cobertura.

O IPE-Saúde é conhecido de todos os gaúchos e também são sabidas as suas dificuldades e desafios financeiros. Com políticas de reembolsos baixos e prazos de pagamento alongados, o IPE-Saúde não se torna atrativo para os prestadores de serviços, reduzindo sua oferta de rede credenciada. Impulsionadas neste contexto, operadoras de autogestão como IBCM e Saúde PAS discutidas anteriormente, surgem para preencher essas lacunas de atendimento aos beneficiários e dependentes do Estado.

O IPE-Saúde que atualmente contempla pouco mais de 1 milhão de beneficiários, lançou recentemente (2021) uma estratégia para o aumento de receitas com a expansão da base de segurados. Trata-se do Plano de Assistência Médica às

Entidades de Registro Profissional (PAMERP) que visa abrir portas para o ingresso de novas categorias de usuários, não se restringindo somente aos servidores estaduais. Um primeiro termo de intenções⁴ foi assinado em julho de 2021 com a Ordem do Advogados do Brasil - RS (OAB/RS) firmando o passo inicial rumo a diversificação de origem dos seus usuários.

4.4 Características dos beneficiários da saúde suplementar no Rio Grande do Sul

Seguindo com a coleta de dados no TabNet, além da segmentação e identificação por modalidade das operadoras e planos de saúde ativos no Rio Grande do Sul, também é possível visualizarmos algumas características quanto aos seus beneficiários, tais como: (i) idade; (ii) sexo; e (iii) localidade.

Para uma visão mais ampla e que permeie os possíveis impactos da COVID-19 no perfil dos beneficiários, usaremos os dados do mês de junho dos anos de 2019, 2020 e 2021.

4.4.1 Faixas etárias dos beneficiários

A conexão da saúde suplementar e os trabalhadores, conforme vimos ao longo deste trabalho, é também evidenciada na distribuição etária dos beneficiários. É possível notar maior concentração nas faixas etárias da população economicamente ativa, com condensamento acima de dois dígitos nos intervalos de idades de 30 a 34 anos e 35 a 39 anos. 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 analisados, conforme tabela 1 abaixo:

⁴ Disponível em: <http://ipesaude.rs.gov.br/ipe-saude-e-oab-rs-assinam-termo-de-intencoes>. Acesso em: 10 nov. 2021.

Tabela 1 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária (%), RS, 2019-2021.

<i>Faixa etária</i>	<i>jun/2019</i>	<i>jun/2020</i>	<i>jun/2021</i>
Até 1 ano	1%	1%	1%
1 a 4 anos	6%	6%	5%
5 a 9 anos	6%	6%	6%
10 a 14 anos	5%	5%	5%
15 a 19 anos	5%	5%	5%
20 a 24 anos	6%	6%	6%
25 a 29 anos	8%	8%	8%
30 a 34 anos	10%	10%	10%
35 a 39 anos	11%	10%	11%
40 a 44 anos	8%	9%	9%
45 a 49 anos	7%	7%	7%
50 a 54 anos	6%	6%	6%
55 a 59 anos	6%	6%	6%
60 a 64 anos	5%	5%	5%
65 a 69 anos	4%	4%	4%
70 a 74 anos	3%	3%	3%
75 a 79 anos	2%	2%	2%
80 anos ou mais	3%	3%	3%
Total	100%	100%	100%
Beneficiários	2.558.779	2.505.196	2.539.741

Fonte: 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, temos 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, como vemos na tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária e modalidade (%), RS, 2021.

<i>Faixa etária</i>	<i>Autogestão</i>	<i>Cooperativas médicas</i>	<i>Filantropia</i>	<i>Medicinas de grupo</i>	<i>Seguro saúde</i>
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 anos ou +	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.

4.4.2 Distribuição por sexo dos beneficiários

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.

4.4.3 Localidades dos beneficiários

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, como é apresentado na tabela 3 a seguir:

Tabela 3 - Beneficiários da saúde suplementar em municípios selecionados (%), RS, 2019-2021.

<i>Município</i>	<i>jun/19</i>	<i>jun/20</i>	<i>jun/21</i>
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 esse exercício evidencie 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 notar uma maior abrangência nos municípios que compõe os maiores polos econômicos do estado⁵, conforme a tabela 4 abaixo:

⁵ Os maiores polos econômicos são classificados conforme o produto interno bruto. No RS, segundo o PIB de 2018 (publicado no portal do Estado em 2020), os municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul,

Tabela 4 - Taxa cobertura da saúde suplementar em municípios selecionados, RS, 2021.

<i>Município</i>	<i>Beneficiários</i>	<i>População</i>	<i>Cobertura</i>
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).

Dados por localidade, estimativas de cobertura e características da população são fundamentais para o entendimento do setor como um todo e um subsídio primordial para o desenvolvimento e planejamento de estratégias mais assertivas em saúde. As maiores concentrações de cobertura da saúde suplementar estão nas cidades com o maior produto interno bruto e, por outro lado, sugerem uma dependência mais ampla do SUS nos municípios mais pobres.

Canoas, Gravataí, São Leopoldo, Novo Hamburgo e Rio Grande estão entre os dez com maior participação. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/caxias-do-sul-e-rio-grande-registram-maiores-avancos-no-pib-do-rs-em-2018#:~:text=Na%20lista%2C%20Porto%20Alegre%20segue,9%25%20do%20PIB%20do%20Estado>. Acesso em: 16 nov. 2021.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A saúde suplementar se desenvolveu no Brasil antes mesmo da criação do SUS e se originou de forma conectada aos trabalhadores formais brasileiros, interligação fortemente presente até a atualidade. Dentro de um contexto histórico de reforma sanitária e pressões externas, sua atuação passa a ser regulada pela ANS a fim de melhorar a eficiência econômica, regular a atuação de monopólios, estimular a concorrência e corrigir falhas de mercado (COSTA, 2008).

Anteriormente ao marco constitucional de 1988, a saúde privada era marcada pela livre atuação, centralização e a baixa influência do estado. (SALVATORI; ARENA VENTURA, 2012) O crescimento desordenado e não regulado na comercialização de planos de saúde trouxe consigo o aumento de conflitos entre beneficiários e operadoras, criando uma nova demanda no judiciário brasileiro. Para que haja uma regulação do setor, o órgão de defesa do consumidor e entidades médicas se juntam em um pressão social para que o poder público tome partido da problemática. (SATO, 2007). É neste contexto que o governo federal inicia um movimento de reforma regulatória não só na saúde privada, mas também nos setores de energia elétrica, telecomunicações e petróleo. (COSTA, 2008). No ano de 2000 é criada a ANS, Agência de Saúde Suplementar, através da Lei Federal nº 9.961/2000, uma autarquia sob regime especial, para regulação, controle, normatização e fiscalização de atividades na assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2000).

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.

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 Unimed

que somam 62% dos beneficiários ativos⁶ 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 um operadora sob a forma de autarquia, não regulada pela ANS. A seguir, é apresentado uma tabela que resume a composição do setor saúde suplementar gaúcho a e principais operadoras⁷ em cada modalidade, com as suas respectivas participações.

Tabela 5 - 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).

Quanto à caracterização dos beneficiários no Rio Grande do Sul, percebemos uma concentração importante na faixa etária que compõe a população economicamente ativa e também nos principais polos econômicos do Estado. Quanto a 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

⁶ Os relatórios de beneficiários não excluem duplicidade, podendo um mesmo indivíduo ter dois planos de saúde, contando como dois beneficiários.

⁷ Três maiores operadoras em participação de beneficiários na modalidade.

seguradoras especializadas na mesma faixa etária. Quanto à distribuição por sexo, 47% do beneficiários são homens e 53% mulheres, não evidenciando achados relevantes.

A concentração de beneficiários nos polos econômicos do RS reforçam 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).

Relacionando com possíveis impactos da pandemia por COVID-19, as características dos beneficiários quanto a idade, sexo e localidade, aparentemente sofreram pouco ou nenhum impacto quando comparados os três períodos de 2019, 2020 e 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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, aparentemente, 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. Acesso em 15 set. 2021.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329–339, 2001a.
- BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. *In*: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. di (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001b. p. 325-361
- 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. Acesso em: 15 out. 2021.
- 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.
- CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. de O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2167–2177, 2007.
- COSTA, N. do R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, 2008.
- DUARTE, C. M. R. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 999–1008, 2001.
- GL'99 CONFERENCE PROGRAM. Fourth International Conference on Grey Literature: New Frontiers in Grey Literature. GreyNet, Grey Literature Network Service. Washington D.C. USA, 4-5 October 1999.
- GUSSO, G.; GOMES, S. R. Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde. *In*: REIS, A., *et al.* (Orgs). **Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua**. Londrina: Letra Certa, 2020.
- 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>. Acesso em: 25 set. 2021.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2021**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho.html>. Acesso em: 26 set. 2021.

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.

JUNQUEIRA, W. N. O que é a verticalização da saúde suplementar? **Revista Unimed**, n. 6, p. 2016, 2016.

MACHADO, A. F.; ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: Uma análise para 1998 e 2003. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 4, p. 758–768, 2012.

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.

MASHAW, J. L. **Greed, chaos and governance: using public choice to improve public law**. London: Yale University Press, 1997.

MORAES, A. de. **Agências reguladoras**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 13-38.

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.

SALVATORI, R. T.; ARENA VENTURA, C. A. A agência nacional de saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: Avanços e desafios. **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 115–128, 2012.

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.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 49–62, 2007.

VENTURA, C. A. A. **As agências reguladoras e seu papel na reestruturação do setor de telecomunicações: um estudo comparado da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) - Brasil e da Federal Communications Commission (FCC) – EUA**. 2004. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIGNA, R. Compra do CCG pelo GNDI demarca o ingresso de grupos de capital aberto e aguça apetite por novos ativos. **Zero Hora**. Porto Alegre, julho, 2021.

Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/economia/noticia/2021/07/como-o-rio-grande-do-sul-entrou-no-foco-de-grandes-investimentos-na-saude-privada-ckqpz9hvk004g013b7ntrdnig.html>. Acesso em: 20 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public spending on health: a closer look at global trends**. Geneva: WHO; 2018.

ANEXO 1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA

PUBMED: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>

(insurance, health[mh] OR Health Benefit Plans, Employee[mh] OR "Insurance Coverage"[mh] OR "Prepaid Health Plans"[mh] OR "Health Maintenance Organizations"[mh] OR "supplemental health"[tw] OR Employee Health Benefit Plan*[tw] OR "Group Health Insurance"[tw] OR "Health Insurance"[tw] OR "Insurance Coverage"[tw] OR "insurance status"[tw] OR Prepaid Health Plan*[tw] OR Health Maintenance Organization*[tw] OR Prepaid Group Health Organization*[tw] OR "supplementary health"[tw])

AND

(occupations[mh] OR occupation*[tw] OR vocation*[tw] OR employment[mh] OR "Employment Insecurity"[tw] OR "Employment Status"[tw] OR "Employment Termination"[tw] OR "Labor Force"[tw] OR "Marginal Employment"[tw] OR "Occupational Status"[tw] OR "Precarious Employment"[tw] OR Underemployment[tw] OR Occupational Groups[mh] OR Occupational Group*[tw] OR Employee*[tw] OR Personnel[tw] OR Worker*[tw])

AND

(Brazil[mh] OR brazil*[tw])

LILACS: <https://bvsalud.org/>

(mh:(N03.219.521.576.343* OR N01.824.417.700.325* OR N03.219.521.576.265* OR N03.219.521.576.343.925* OR N03.219.521.576.343.800.400*) OR ti:("Health insurance" OR "supplemental health" OR "Seguro saúde" OR "Seguro de Salud" OR "Planos de Assistência de Saúde para Empregados" OR "Planes de Asistencia Médica para Empleados" OR "Employee Health Benefit Plans" OR "Insurance Coverage" OR "Group Health Insurance" OR "Health Insurance" OR "Cobertura del Seguro" OR "cobertura do seguro" OR "Prepaid Health Plans" OR "Planos de Pré-Pagamento em Saúde" OR "Planes de Salud de Prepago" OR "Health Maintenance Organizations" OR "Sistemas Pré-Pagos de Saúde" OR "Sistemas Prepagos de Salud" OR "insurance status" OR "Prepaid Group Health Organization") OR ab:("Health insurance" OR "supplemental health" OR "Seguro saúde" OR "Seguro de Salud" OR "Planos de Assistência de Saúde para Empregados" OR "Planes de Asistencia Médica para Empleados" OR "Employee Health Benefit Plans" OR "Insurance Coverage" OR "Group Health Insurance" OR "Health Insurance" OR "Cobertura del Seguro" OR "cobertura do seguro" OR "Prepaid Health Plans" OR "Planos de Pré-Pagamento em Saúde" OR "Planes de Salud de Prepago" OR "Health Maintenance Organizations" OR "Sistemas Pré-Pagos de Saúde" OR "Sistemas Prepagos de Salud" OR "insurance status" OR "Prepaid Group Health Organization"))

AND

(mh:(N01.824.547* OR N01.824.245* OR M01.526*) OR ti:(Occupations OR Ocupações OR Ocupaciones OR vocation* OR employment OR Empleo OR empleo

OR "Employment Insecurity" OR "Employment Status" OR "Employment Termination"
OR "Labor Force" OR "Marginal Employment" OR "Occupational Status" OR
"Precarious Employment" OR Underemployment OR "Occupational Groups" OR
"Categorias de trabalhadores" OR "Grupos Profesionales" OR Employee* OR
Personnel OR Worker*) OR ab:(Occupations OR Ocupações OR Ocupaciones OR
vocation* OR employment OR Empleo OR emprego OR "Employment Insecurity" OR
"Employment Status" OR "Employment Termination" OR "Labor Force" OR "Marginal
Employment" OR "Occupational Status" OR "Precarious Employment" OR
Underemployment OR "Occupational Groups" OR "Categorias de trabalhadores" OR
"Grupos Profesionales" OR Employee* OR Personnel OR Worker*))

AND

(mh:(Z01.107.757.176*) OR ti:(Brazil* OR Brasil*) OR ab:(Brazil* OR Brasil*))