

Nota de Acompanhamento do Caderno de Informação da Saúde Suplementar

Dezembro 2008

1. Informações Gerais

Enquanto no primeiro semestre de 2008, os dados da ANS mostravam crescimento de 2,6%, compatível com o crescimento dos últimos anos do setor, o terceiro trimestre teve um desempenho muito forte, alcançando um crescimento de 4,5% acumulado em 3 trimestres de 2008, totalizando ao final de setembro 40.793.565 beneficiários.

	Período	Beneficiários	Δ%
Total	dez/07	39.026.565	
	set/08	40.793.538	4,5
Novos	dez/07	27.527.829	
	set/08	29.643.328	7,7
Antigos	dez/07	11.498.736	
	set/08	11.150.210	-3,0
Individuais	dez/07	8.422.852	
	set/08	8.382.029	-0,5
Coletivos	dez/07	28.117.619	
	set/08	29.981.472	6,6

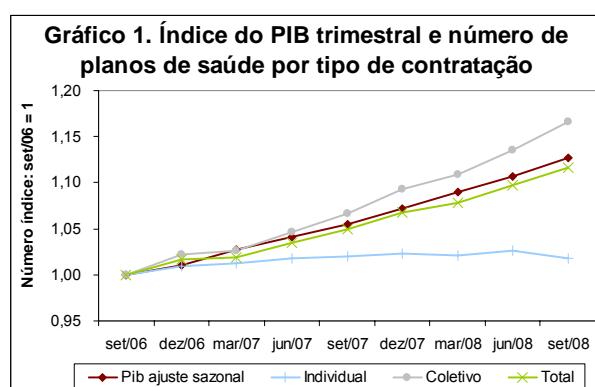
Fonte: Tabela 1.1

A diminuição de 0,5% no número de planos individuais deve-se à diminuição de 7% da carteira de planos antigos e crescimento de 1,8% dos planos novos. Nos planos coletivos também ocorreu diminuição na carteira dos antigos em 2%, com crescimento de 9,4% nos novos, que também impulsionou o crescimento do total de planos de assistência médica.

O maior crescimento no terceiro trimestre deve estar relacionado ao forte crescimento econômico neste trimestre, de 6,8% segundo o IBGE. Os planos exclusivamente odontológicos cresceram 12,4% no acumulado até setembro de 2008.

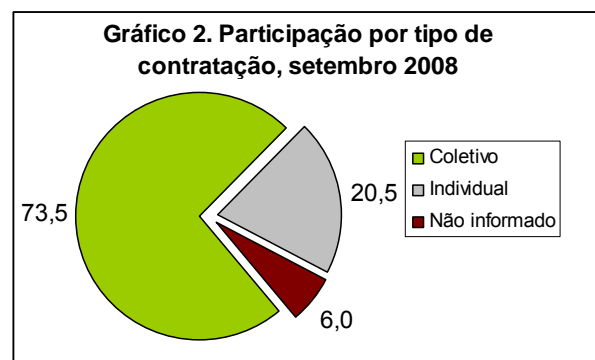
O Gráfico 1 mostra o crescimento trimestral do número de planos de saúde, por tipo de contratação, em número índice, e o crescimento do PIB a preços de mercado com

ajuste sazonal. Nota-se claramente que o número total de planos de saúde acompanhou o crescimento do PIB, embora com marcante diferença entre os individuais, que permaneceram estagnados, e os coletivos, que cresceram mais rapidamente. Esse comportamento sugere que no mercado os planos individuais estão sendo substituídos pelos coletivos (por adesão).



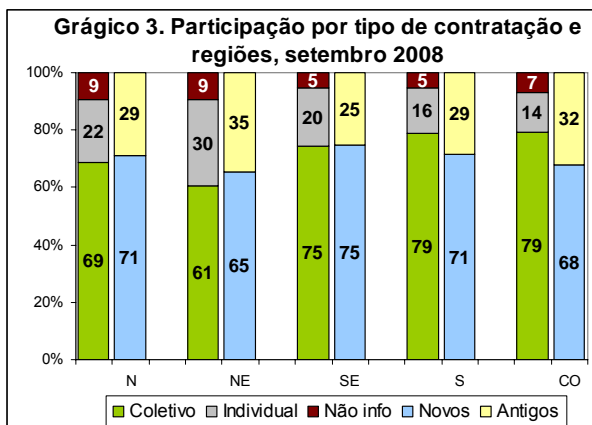
Fonte: Tabela 1.1 e IBGE.

A Participação dos planos coletivos no número total de planos de saúde já alcança 73,5%. Esse percentual chega a 78,2% se não forem considerados os planos não identificados, que representam 6% do total e seu número está em declínio (2,2% no acumulado do ano até setembro).



Fonte: Tabela 1.1

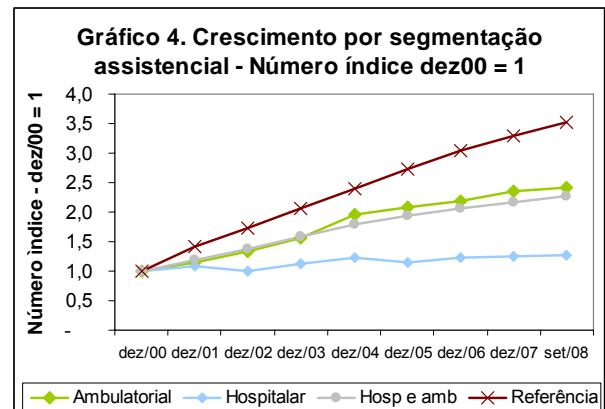
A composição dos planos por tipo de contratação varia entre as regiões, conforme se nota no Gráfico 3. No Nordeste, é maior a participação dos planos antigos e menor a dos coletivos do que nas outras regiões, restando também um maior percentual de não identificados. É igualmente alta a proporção dos não identificados no Norte, região que tem a segunda menor participação dos coletivos.



Fonte: Tabela 1.2

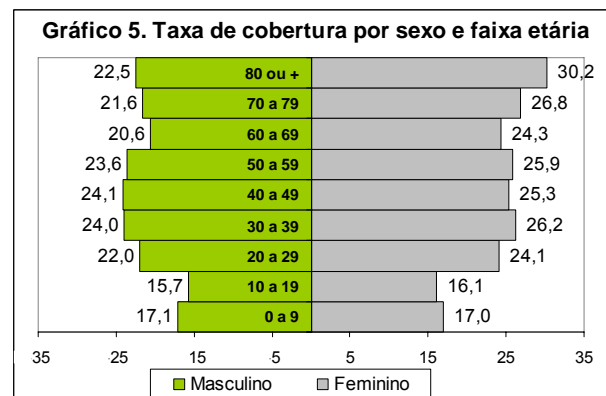
Distribuição geográfica: 67% dos beneficiários dos planos de saúde continuam concentrados na Região Sudeste, 13,5% no Sul, 12% Nordeste, e 3% e 4,5% no Norte e Centro Oeste respectivamente.

O crescimento dos planos de saúde tem se dado nas classes de renda mais baixa e isso pode ser percebido pela análise da segmentação assistencial. O plano referência (enfermaria) cresceu 7,2% frente ao crescimento de 4,8% do hospitalar e ambulatorial (quartos individuais). Os planos exclusivamente ambulatoriais apresentaram crescimento abaixo da média, 2,8%, e representam 5,5% do total dos planos. Os planos com menor apelo comercial são os planos hospitalares que cresceram apenas 1,4% e representam apenas 1,8% do total dos planos.



Fonte: Tabela 1.9

A novidade deste Caderno é a atualização da taxa de cobertura pela nova estimativa populacional divulgada pelo IBGE para 2008.



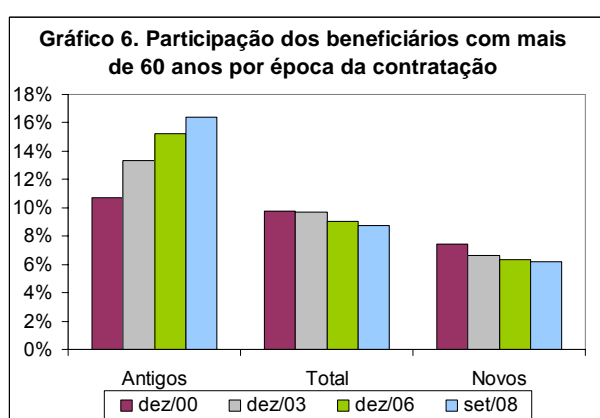
Fonte: Figura 3

A taxa de cobertura é mais alta para as mulheres do que para os homens em todas as faixas etárias e a diferença se amplia após os 60 anos. Uma das razões da mais alta taxa de cobertura das mulheres é sua maior propensão à busca de serviços de saúde. Na população masculina, o que chama a atenção são as menores taxas de cobertura para as idades acima de 60 do que na idade ativa (20 a 59 anos); na população feminina, a taxa é muito maior nas idades acima de 70 anos.

Na faixa dos 60 aos 69 anos há uma diminuição na taxa de cobertura, provavelmente causada pela aposentaria e fim da cobertura empresarial. A hipótese para explicar o aumento na taxa de cobertura verificada nas faixas etárias de 70 e mais anos

é que a população que tem plano de saúde tem menor taxa de mortalidade do que a população não beneficiária.

Notar a proporção crescente de idosos nos planos antigos, percentual que atingiu 16,4% em setembro de 2008. O contrário aconteceu com os planos novos, nos quais se observa um leve declínio da participação dos idosos, tendo chegado a 6,2% em setembro de 2008.



Fonte: Tabela 1.13

A modalidade Seguradoras foi a que apresentou o maior crescimento no número de beneficiários no período, 12,1% (Tabela 2), seguidos pelas Filantropias e Cooperativas. As Medicinas de Grupo vêm perdendo espaço nas vendas em 2008 com crescimento acumulado de apenas 1,6% no ano, apesar das notícias de expansão e aquisições na modalidade.

Tabela 2. Taxas de crescimento do nº de beneficiários por modalidade de OPS, setembro 2008.

	dez/07	jun/08	Δ%
Autogestão	5.270.967	5.301.006	0,6
Cooperativa	12.913.820	13.790.086	6,8
Filantropia	1.337.339	1.439.376	7,6
Med de Grupo	15.191.763	15.427.962	1,6
Seguradora	4.312.676	4.835.108	12,1

Fonte: Tabela 1.17

2. Seção em Pauta

A edição de dezembro do caderno da ANS trás na sua seção “Em Pauta” o tema “Avaliação de

Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil – desafios e perspectivas”. O texto discute a importância da ATS na definição de políticas, os desafios e princípios envolvidos nessa avaliação e divulga as últimas iniciativas do Brasil para a área.

Nesta seção apresentamos um resumo do texto disponível no Caderno de Informações, no qual constam as fontes de informação contidas nesta seção.

O texto enumera a importância da ATS na gestão do sistema de saúde para:

- Evitar o uso de tecnologias não efetivas
- Evitar o uso de tecnologias com potencial de gerar mais riscos do que benefícios
- Evitar gastos desnecessários
- Melhorar a qualidade da assistência

A ATS nasce da preocupação dos gestores de sistemas de saúde com o aumento dos gastos em saúde decorrentes do desenvolvimento científico-tecnológico, face à disponibilidade limitada de recursos e às restrições orçamentárias.

Assim, “a ATS é o estudo contínuo e sistemático dos atributos de uma tecnologia, tendo como objetivo prover informação para a tomada de decisão em saúde.” (pg 18).

Os programas de ATS surgiram nos anos 1980 e em 1993 foi criada a Agência Internacional (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment –INAHTA) com a missão de promover fóruns e debates entre os países para a incorporação de tecnologia. Hoje há 46 agências em 24 países associadas à INAHATA. O Brasil não faz parte.

No Brasil, a primeira iniciativa oficial ocorreu em novembro de 2003 com a criação do Grupo de Trabalho Permanente em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT-ATS). Trata-se de uma cooperação entre o Ministério da Saúde e o da Ciência e Tecnologia, com função principal de fomentar a pesquisa em saúde para subsidiar o processo de incorporação e monitoração de tecnologias em uso no SUS.

Em dezembro de 2005, foi instituída a Comissão para Elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde (PNGTS), formada por diferentes segmentos da sociedade e coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) em parceria com a SAS, cujas diretrizes são:

1. Utilização de evidência científica para subsidiar a gestão;
2. Avaliação de Tecnologias em Saúde;
3. Aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias;
4. Racionalização da utilização da tecnologia;
5. Apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde;
6. Sistematização e disseminação de informações;
7. Fortalecimento das estruturas governamentais;
8. Articulação político-institucional e intersetorial.

A Portaria No. 2.587/GM de outubro de 2008 reestrutura a Comissão de Incorporação de Tecnologia em Saúde (Citec), com objetivo de instituir a análise das conseqüências da incorporação de uma tecnologia no sistema de saúde, tendo por base evidências científicas e informações consolidadas em parecer técnico-científico. A Comissão avalia e elabora recomendação de incorporação ou não da tecnologia ao SUS e à Saúde Suplementar.

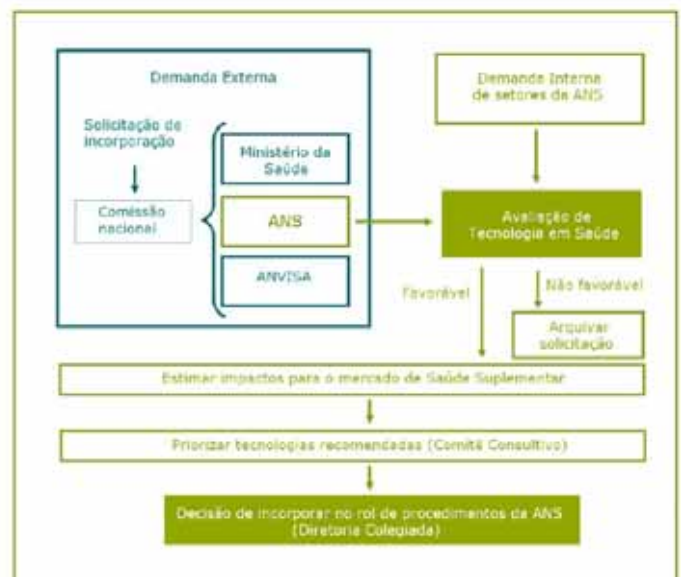
Outra iniciativa recente do Decit/SCTIE/MS foi o lançamento da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia (Rebrats), que reúne membros com objetivo de promover e difundir a ATS no Brasil.

Até o momento foram divulgados 5 estudos sobre os seguintes temas:

- o Entecavir para o Tratamento da Hepatite B Crônica;
- o Alfadrotrecogina para o Tratamento de Sepses Grave;

- o O Teste de Amplificação de Ácidos Nucléicos (NAT) e as demais estratégias para detecção dos vírus HIV-1 e HCV na triagem de sangue doado;
- o A Tomografia Computadorizada de Múltiplos Detectores no Diagnóstico da Doença Arterial Coronariana;
- o Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida.

Por fim a ANS apresenta um esquema proposto para o processo de incorporação de tecnologia no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS



3. Referência

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar** de dezembro de 2008, disponível em www.ans.gov.br.

4. Equipe Técnica

José Cechin – Superintendente Executivo

Carina Burri Martins – Consultora

Francine Leite – Consultora