



Sistemas de Saúde no Brasil

(Parte 1/5)

MBA Executivo

Professor: Fernando Fernandes
Coordenadora: Adriana Maria André



Sistemas de Saúde no Brasil

Histórico, desenvolvimento e modelos de análise de
sistemas de saúde

Curso: MBA Executivo

Professor: Fernando Fernandes
Coordenadora: Adriana Maria André



Apresentação



Fernando Fernandes

Médico cirurgião geral formado e especializado pela Santa Casa de SP (1997), especialista em homeopatia pela UNAERP (1998), Administração hospitalar e serviços de saúde, auditoria e serviços de saúde pela FGV de SP (2000)

- Experiência de 26 anos em serviços de saúde na saúde suplementar
- Conhecimentos em programas de prevenção, home healthcare, medicina baseada em evidências, transformação digital e gestão de custos em saúde
- Líder de Curso de Transformação Digital para Saúde pelo Instituto Emeritus (Harvard Medical School)
- Professor das disciplinas de MBA Live em Sistemas de Saúde no Brasil e Mercado de Saúde e Operadoras pela FGV

Empreendedor em saúde:

- Experiência em processos de M&A, investimentos anjo e venture capital em startups
- Fundador de 4 empresas de saúde:

Atualmente:

- Consultor da Maat Health Intelligence
- COO da SleepUp



Informações e Recados

Disclaimer

1. Não temos e nem pretendemos ter vieses políticos – direita, esquerda, norte, sul, leste e oeste
2. Vamos respeitar a opinião dos colegas
3. Trabalhamos com fatos sobre o cenário mundial e no Brasil
4. Importante que todos participem, comentem e perguntuem
5. As opiniões do professor não representam a opinião da FGV

DISCLAIMER

Trabalho Individual e Prova

1. Não teremos trabalho nesta matéria
2. A prova terá 5 questões discursivas, onde será valorizado o raciocínio do aluno e suas conexões entre as ideias
3. Não deixem questões em branco, pois alguma resposta/raciocínio pode garantir alguns pontinhos



Conceito de Sistema de Saúde



Conjunto de:

- Organizações
- Indivíduos
- Ações
- Relações políticas
- Relações econômicas
- Relações institucionais
- Entidades da comunidade
- Entidades filantrópicas
- Entidades privadas

Promovem:

- Saúde
- Prevenção
- Cura
- Tratamentos paliativos
- Reabilitações

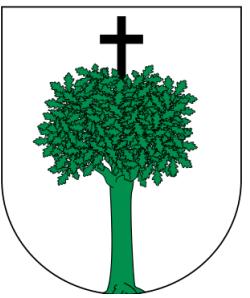
Por meio de:

- Regras e Normas (Ministério da Saúde)
- Vigilância Sanitária (ANVISA)
- Vigilância Epidemiológica (notificações de doenças)
- Saneamento Básico
- Programa Nacional de Imunização (PNI)
- Assistência Farmacêutica

PÚBLICO / PRIVADO / FILANTRÓPICO

Dimensões Históricas e Sociais

Brasil Colônia (1500 - 1816)

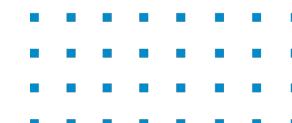


- Primeiro problema ocorreu com a vinda das doenças europeias aos indígenas
- Os únicos profissionais de saúde existentes eram estrangeiros
- Por mais de 3 séculos, existiam aproximadamente 10 Santas Casas de Misericórdia (SCM)
- Desde sua origem, até a década de 1960, as SCM foram criadas e mantidas pelas doações das comunidades
- População contava apenas com serviços de urgência e tratamentos hospitalares precários

Brasil Império (1816 - 1889)



- 1808 - Criação das primeiras escolas de saúde no país (RJ e BA)
- Preocupações se restringiam às epidemias e às condições sanitárias dos portos
- D. Pedro II - Criação de Faculdades Médicas
- 1904 - População da capital do Império (RJ) se mobilizam numa revolta contra a vacinação compulsória contra Varíola (Oswaldo Cruz)

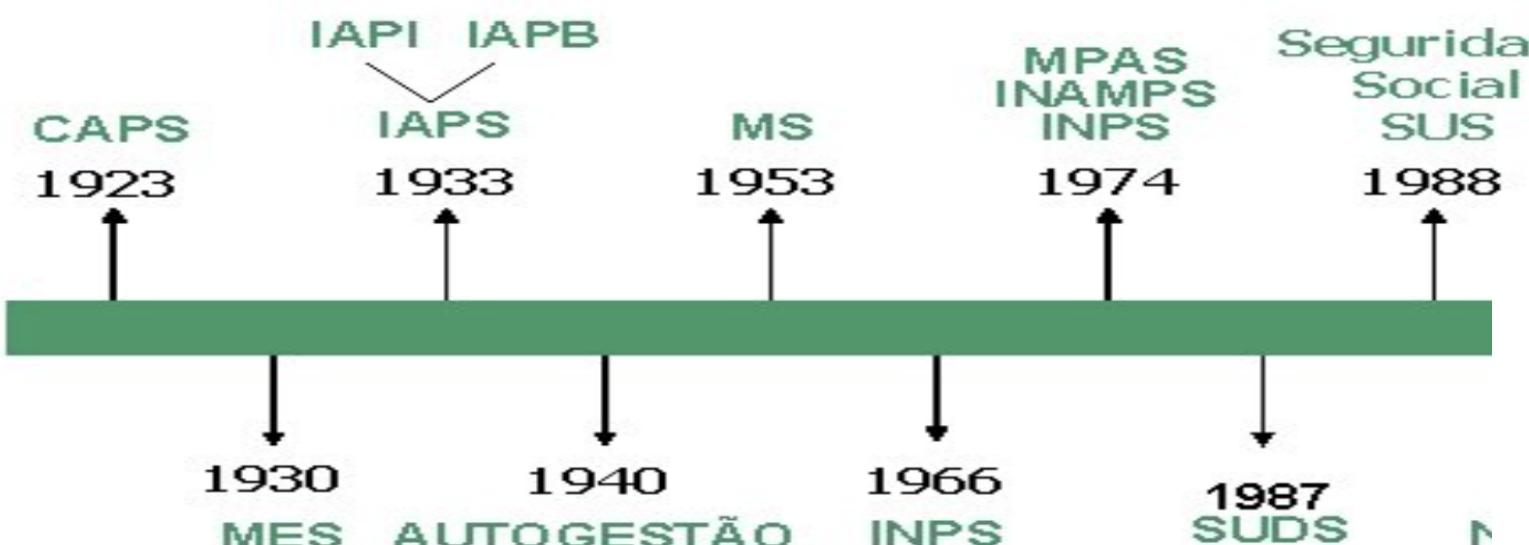


Dimensões Históricas e Sociais

Brasil República (1889 – Atualidade)

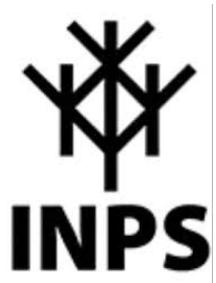


- Na década de 1920 – Iniciaram atendimentos médico-hospitalares
- 1923 - Surgiam as Caixas de Pensão (CAPs) – Fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões, financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes:
 - ✓ Aposentadoria
 - ✓ Remédios
 - ✓ Assistência de saúde
- ✓ 1943 – Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)
- Algumas destas CAPs foram unificadas em IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) – Getúlio Vargas
- 1953 – Criado o Ministério da Saúde – Getúlio Vargas
- 1960 – IAPs foram unificados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)

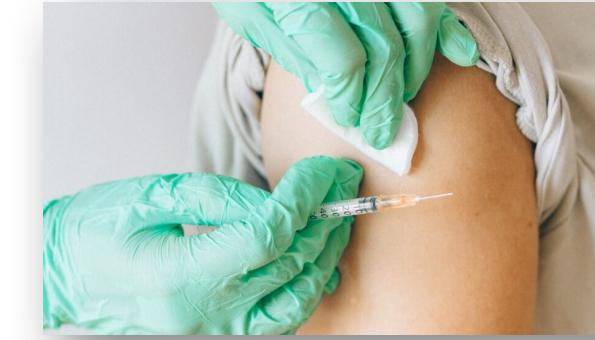


Dimensões Históricas e Sociais

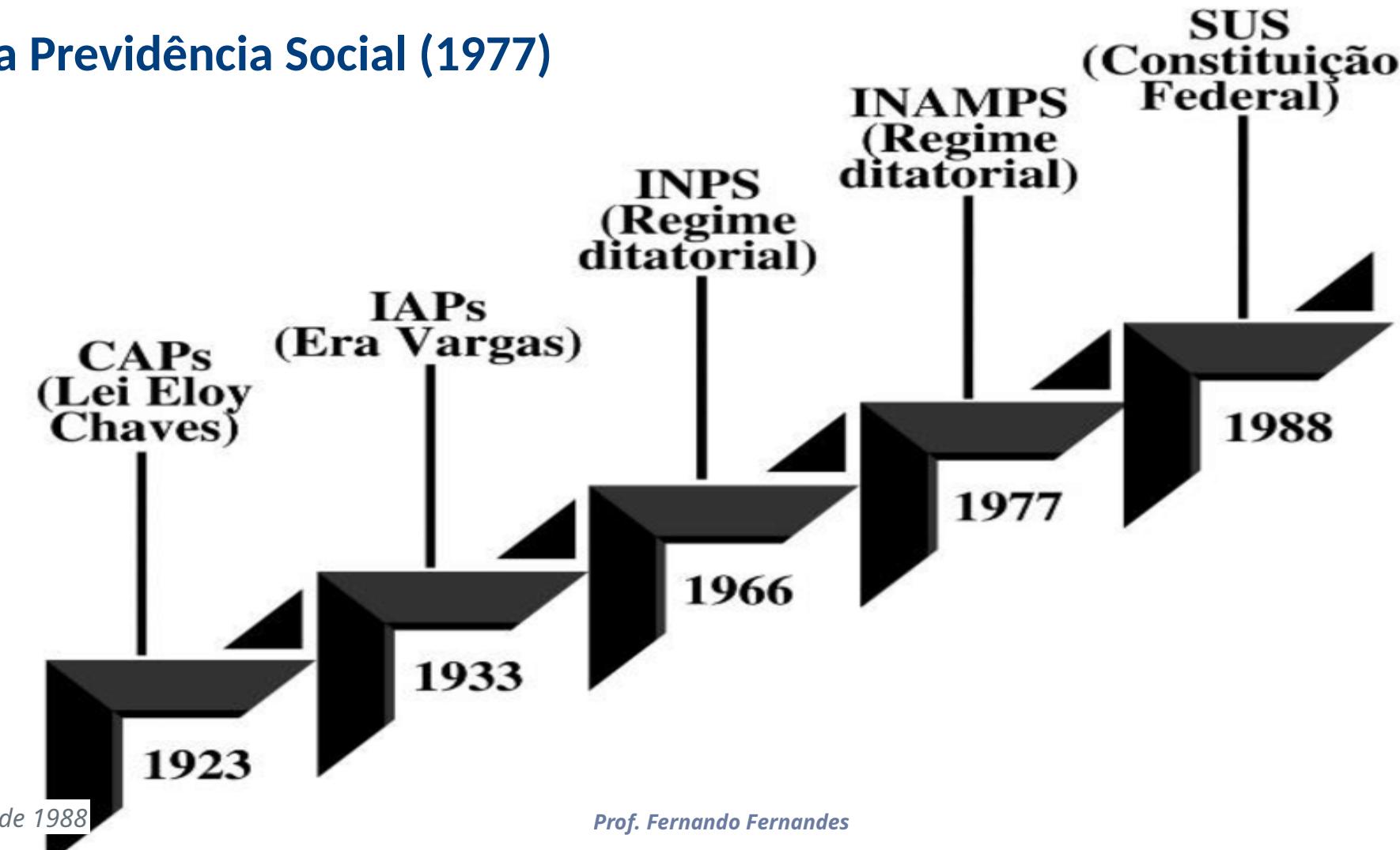
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (1966) +



Ministério da Saúde



INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1977)



Dimensões Históricas e Sociais

UMA BREVE EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO



Dimensões Históricas e Sociais



- Entre 1964 e 1987 o sistema foi muito discutido no período militar
- Saúde era provida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)
- Na década de 80, somente 45% da população brasileira tinha algum tipo de cobertura
- Trabalhadores CLT tinham acesso a hospitais e recursos do INAMPS

- ✓ 60% dos recursos da saúde eram destinados ao Sudeste do país
- ✓ 2% destinado ao Nordeste

Dimensões Históricas e Sociais



- 1986 – 8º Conferência Nacional de Saúde no DF
- Surgiram as bases para um sistema de saúde UNIVERSAL
 - Saúde como um direito
 - Reformulação do sistema
 - Financiamento dos serviços de saúde

Sistema Público de Saúde



SUS – Sistema Único de Saúde

- 1988 - Criado na Constituinte daquele ano
- 1990 – Lei orgânica da saúde (direito à saúde universal e gratuita - Lei nº 8080/1990)
- 1999 – Criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

- 2000 – Emenda Constitucional 29 (sistema tripartite)
 - ✓ Orçamento da União
 - ✓ Orçamento dos Estados
 - ✓ Orçamento dos Municípios

De acordo com a Lei 141/2012 os municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas e, os estados 12%.



Sistema Público de Saúde



FNS – Fundo Nacional de Saúde

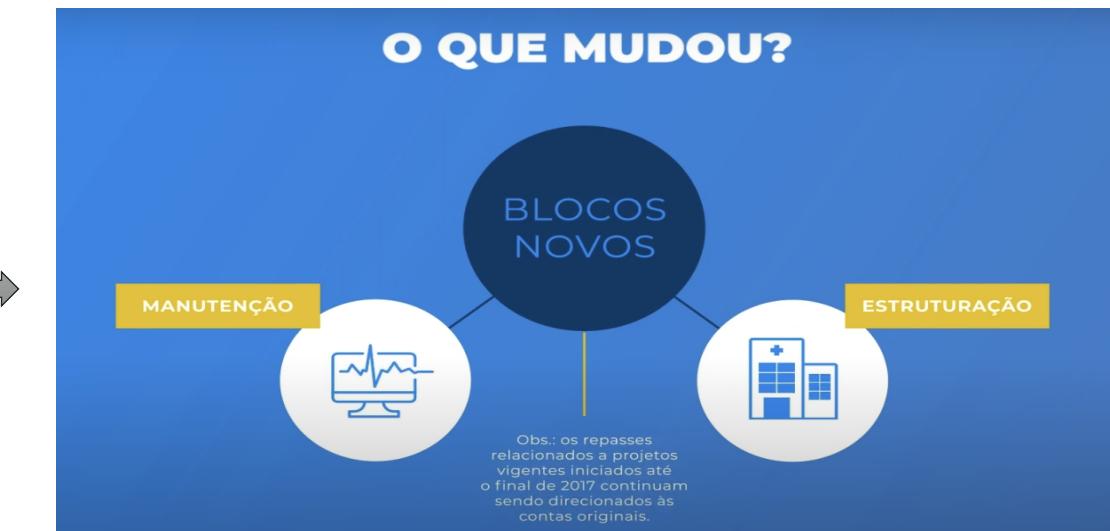
- Composição dos recursos
 - ✓ 12% do Orçamento dos Estados
 - ✓ 15% do Orçamento dos Municípios
 - ✓ 45% do arrecadado pelo DPVAT
 - ✓ % advindo do INSS (empenhado no ano anterior, ajustado pelo % do crescimento do PIB)
 - ✓ % advindo do Ressarcimento ao SUS (feito pelas operadoras privadas de saúde)



Repasses dos Recursos – Até 2018



Repasses dos Recursos – Após 2018



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=dlsOCRYU794>

Prof. Fernando Fernandes

Sistema Público de Saúde



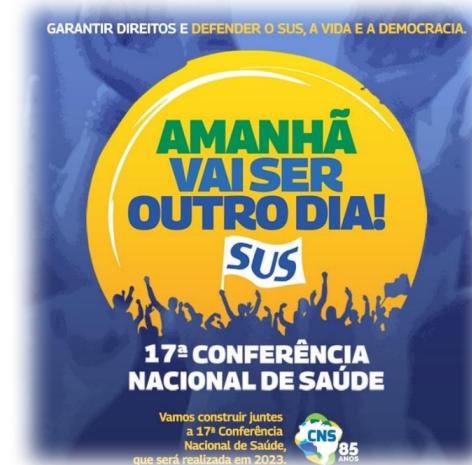
SUS – BASES e DIRETRIZES

- I. UNIVERSALIDADE (todos os tratamentos existentes)
- II. EQUIDADE (para qualquer pessoa, independente de que raça, gênero, idade, classe social etc.)
- III. INTEGRALIDADE (garantia de tratamento mínimo, preventivo e contínuo)
- IV. HIERARQUIZAÇÃO e REGIONALIZAÇÃO (centralidade nos municípios e outras esferas)
- V. DESCENTRALIZAÇÃO (atendimento descentralizado, mas com comando único nacional)
- VI. PARTICIPAÇÃO POPULAR (para controle de eficiência do sistema)
- VII. RESOLUBILIDADE (capacidade de resolver os desafios existentes)

SUS – DECISÕES



Conselho
Permanente



Cada 4 anos



Sistema Público de Saúde



Atenção Básica à Saúde (Atenção Primária à Saúde)

- 2006 – Política Nacional de Atenção Básica
- 2 Principais Pilares da Atenção Básica



Coberturas do PNI – que fazem a diferença

- PNI – Programa Nacional de Imunização (19 vacinas para mais de 20 doenças)
- Redução da mortalidade infantil
- Cobertura para Doença Renal Crônica
- Cobertura para HIV, Tuberculose e Hanseníase
- Equipes de saúde de família (1994)
- Vigilância permanente de condições sanitárias (ANVISA)
- Registro de medicamentos, insumos e equipamentos (ANVISA)
- Controle de alimentos (ANVISA)



Sistema Público de Saúde



RAS (Redes de Atenção à Saúde)

5 Grandes Problemas

1. Sub Financiamento
2. Má gestão
3. Escassez de Profissionais qualificados
4. Tempo de espera para especialidades
5. Falta de leitos para procedimentos



Sistema Público de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde.

Ela tem um papel central no cuidado contínuo e integral, promovendo saúde, prevenindo doenças, tratando problemas comuns e gerenciando condições crônicas.

Principais Características da APS

1. Acesso ao primeiro contato

- É a porta de entrada preferencial no sistema de saúde
- Deve ser acessível e estar próxima da população

2. Longitudinalidade

- Foca no acompanhamento contínuo ao longo da vida do paciente
- Baseia-se na construção de uma relação de confiança entre profissionais e usuários

3. Integralidade

- Engloba a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos
- Cuida da pessoa como um todo, não apenas de doenças específicas

4. Coordenação do cuidado

- Organiza o cuidado em outros níveis (secundário e terciário), referenciando e contrareferenciando conforme necessário

5. Centralidade na pessoa e na comunidade

- Valoriza as necessidades, preferências e contexto de vida do paciente e da população



Segundo o Ministério da Saúde (MS), a resolutividade esperada dos serviços de APS é de 85%.

Uma vez que esse índice é atingido, significa que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) conseguem resolver grande maioria dos problemas sem a necessidade de especialista

Sistema Público de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

Resultados Médios

País	Resolutividade da APS (%)
Reino Unido	85-90%
Canadá	80-85%
EUA	60-70%
Itália	80-90%
Portugal	85-90%
Brasil	70-80%
Argentina	65-75%
Chile	70-85%
Alemanha	80-85%
Japão	60-70%

É complicado a mensuração correta dos resultados apresentados pela APS em diversos países, mas existem divulgações esparsas citando resultados médios

Na teoria a APS deveria garantir pelo menos 80% de resultado, evitando seguir com o paciente a cuidados mais especializados e tecnológicos



Fonte: Imagem gerada pelo Copilot, 2025

Fontes:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>

<https://www.scielo.br/j/tes/a/ytt7PQmYhD7QBkvDp3tBmYM/?format=pdf&lang=pt>

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Resolutividade_aten%C3%A7ao_basica.pdf?utm_source=chatgpt.com

Prof. Fernando Fernandes



Sistema Único de Saúde (SUS)

Programa Nacional de Imunização viabilizou importantes conquistas

19 vacinas,
20 doenças

80% de
cobertura
vacinal média

Cobertura
nacional,
gratuita

Transferência
de tecnologia

Impacto significativo no controle ou erradicação de doenças

Exemplos

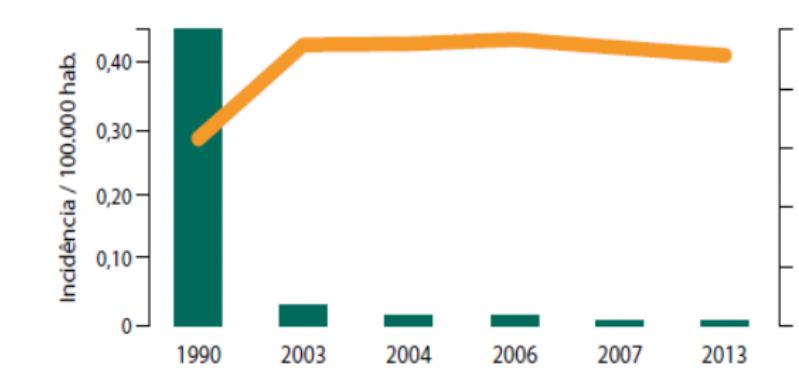
Rubéola

Incidência x Cobertura vacinal da vacina tríplice viral
(Brasil, 2000 a 2013)



Difteria

Incidência x Cobertura vacinal com DTP; DTP+Hib; (DTP+Hib+HB) Penta
(Brasil, 1990 a 2013)



Meningite por Hib

Incidência x Cobertura vacinal com DTP; DTP+Hib; (DTP+Hib+HB) Penta
(Brasil, 2001 a 2013)



Fonte: Como as vacinas mudaram um País. INTERFARMA 2018. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)

Fonte: IQVIA e Observatório de Oncologia, 2018

Observatório
de Oncologia

IQVIA™

Prof. Fernando Fernandes

Sistema Único de Saúde (SUS)

O Brasil foi pioneiro no tratamento do HIV/Aids

Avanço no atingimento da meta 90/90/90 até 2020

84%

Parcela dos pacientes vivendo com HIV/Aids que foram diagnosticados

72%

Parcela dos pacientes diagnosticados que estão em tratamento antirretroviral

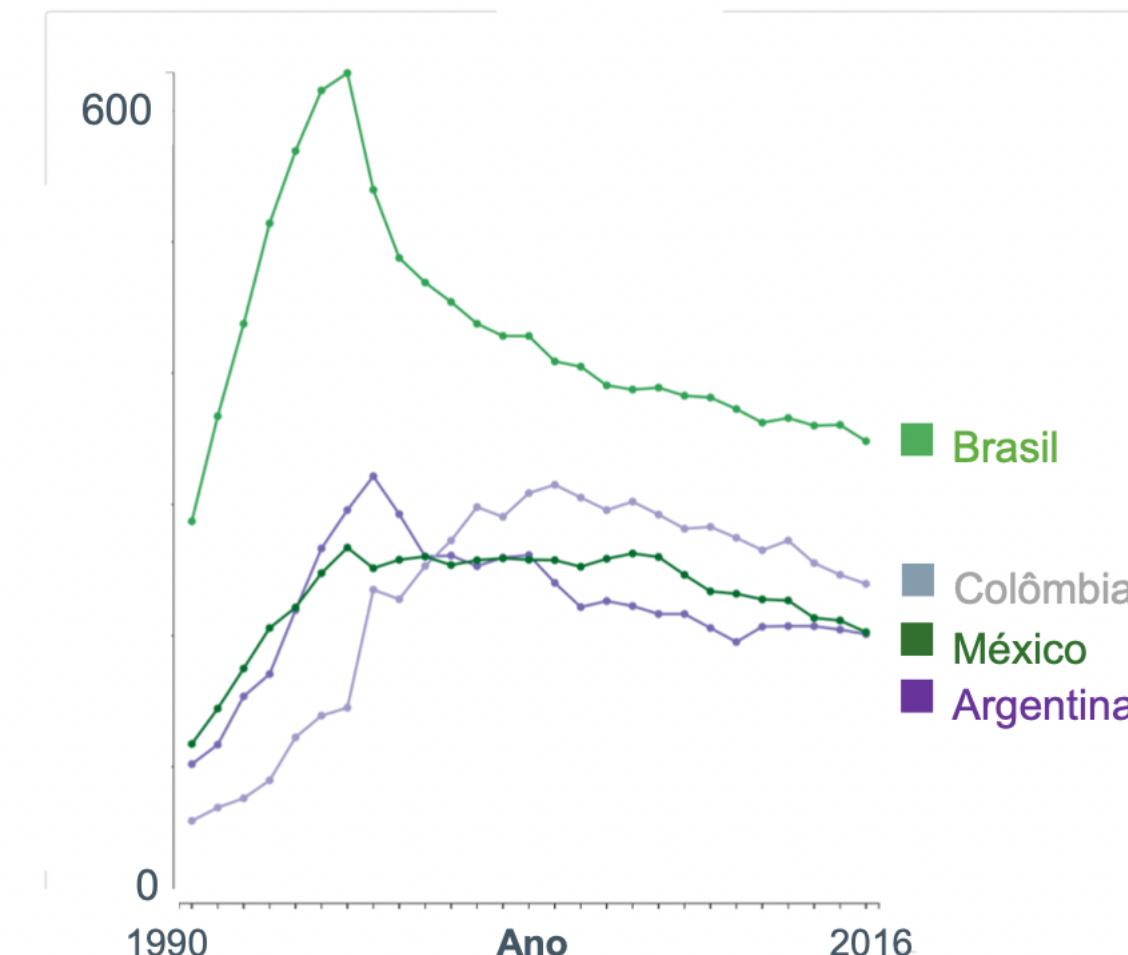
88%

Parcela dos pacientes em tratamento que alcançaram supressão da carga viral

Fonte: Relatório de monitoramento clínico do HIV. Ministério da Saúde. 2017. Nota: o indicador 90/90/90 mede as perdas entre as etapas do tratamento; preve que 90% dos pacientes vivendo com HIV/Aids deveriam ser diagnosticados; destes 90% deveriam entrar em tratamento antirretroviral; por fim, 90% dos pacientes em tratamento antirretroviral deveriam alcançar a supressão da carga viral.

Fonte: IQVIA e Observatório de Oncologia, 2018

DALYs por 100,000 habitantes



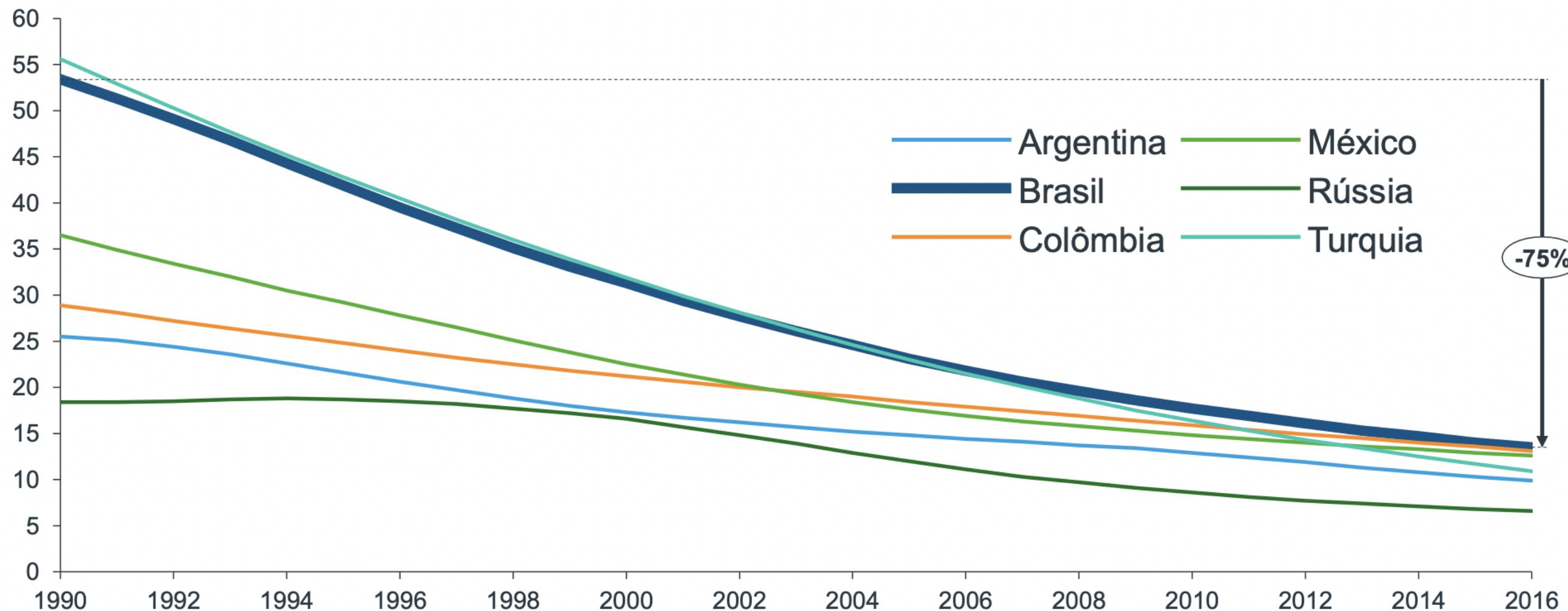
Fonte: IHME; Nota: DALY é uma métrica que mede perda de anos de vida saudável em uma população devido à morte precoce ou anos vividos com debilidade.



Sistema Único de Saúde (SUS)

A taxa de mortalidade infantil diminui em 75% nos últimos 26 anos

*Evolução da mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos no Brasil e países comparáveis**



* Países diretamente comparáveis: Sistemas de saúde, nível de desenvolvimento e gastos similares, conforme detalhado no estudo *Alternativas para ampliação do acesso à saúde no Brasil – Um estudo em oncologia*

Fonte: World Bank - <https://data.worldbank.org/indicator/sp.dyn.imrt.in> (consulta realizada em Ago /2018)

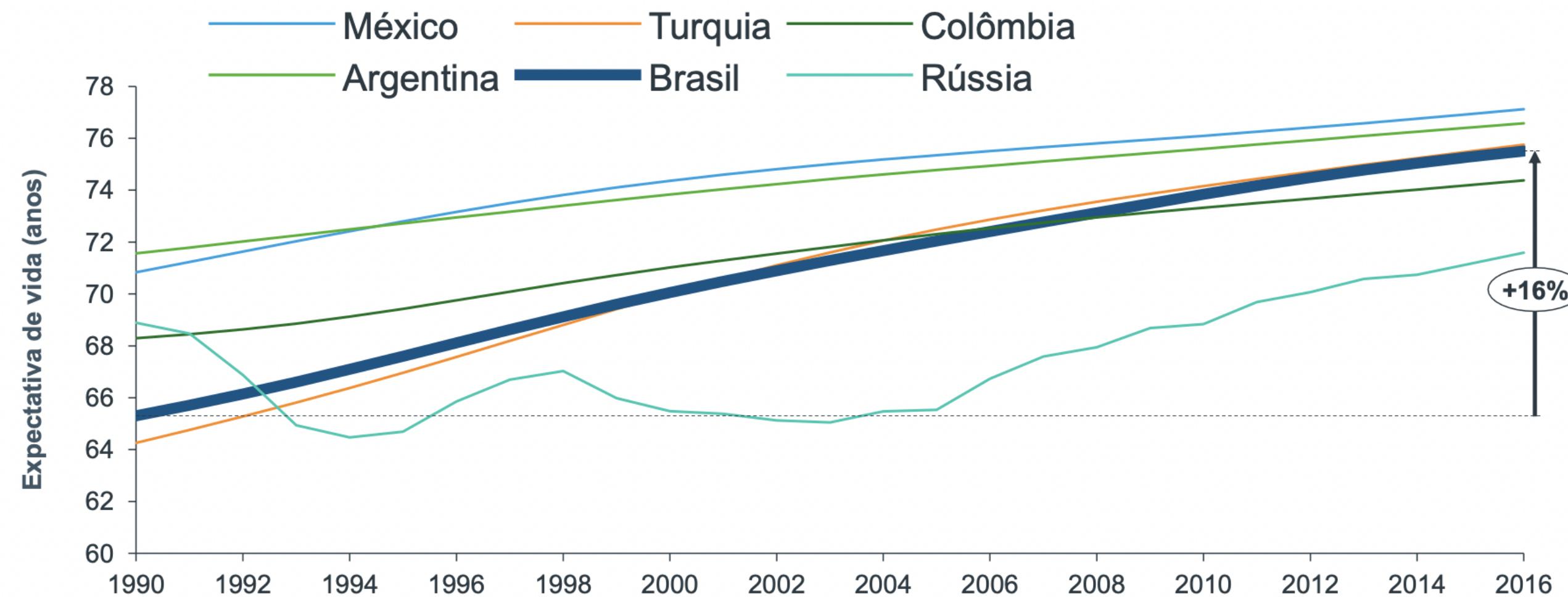
Fonte: IQVIA e Observatório de Oncologia, 2018



Sistema Único de Saúde (SUS)

A expectativa de vida aumentou em 16%, ou cerca de 10 anos

Expectativa de vida no Brasil e países comparáveis - 1990 a 2016*



Expectativa de vida hoje no Brasil é a maior da história, 76 anos, 22 anos mais em relação ao registrado na década de 1960

* Países diretamente comparáveis: Sistemas de saúde, nível de desenvolvimento e gastos similares, conforme detalhado no estudo *Alternativas para ampliação do acesso à saúde no Brasil – Um estudo em oncologia*

Fonte: <https://data.worldbank.org> (consulta realizada em Ago /2018) / <https://ww2.ibge.gov.br> (consulta realizada em Ago /2018)

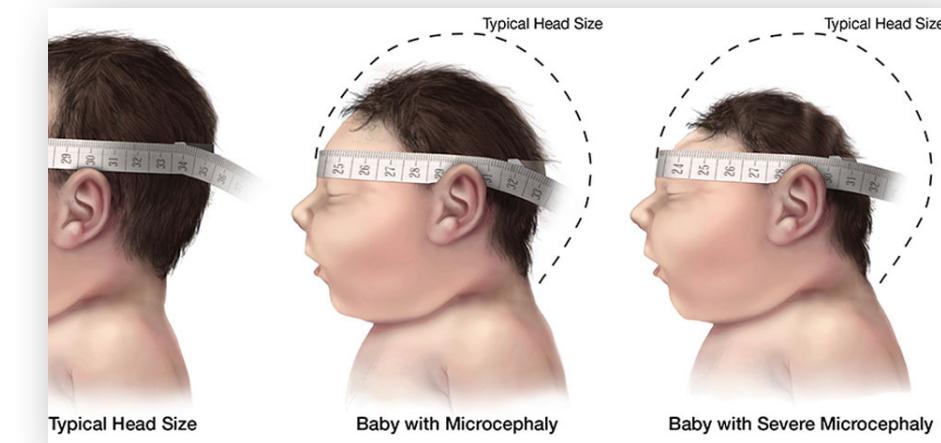
Fonte: IQVIA e Observatório de Oncologia, 2018



2020 – 30 anos de SUS

+ de 30 anos de SUS

- SUS é a política pública de maior impacto em relação a Inclusão Social
- Sua capilaridade é incomparável, mesmo com sistema privado de saúde e de outros países
- Excelente estratégia de Atenção Primária de Saúde
- Um grande problema é o tempo que o paciente leva da Atenção Primária para níveis de atenção mais especializadas (2^a e 3^a)
- A Universalidade é um grande diferencial, mas ao mesmo tempo um dos maiores desafios
- A Pandemia de COVID-19 foi o maior teste do SUS em toda sua história
- Epidemias de Dengue, Gripes, Chicungunha e Zika ainda são transtornos recorrentes



2020 – 30 anos de SUS

IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

Criado pelo Ministério da Saúde em 2012, para medir o desempenho dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS em diferentes municípios e estados do país.

O índice variava de **0 a 10**, sendo que quanto maior o valor, melhor o desempenho do sistema. Ele era composto por dois grandes eixos:

1. Acesso aos Serviços de Saúde (40% do índice total):

- Avaliava a facilidade de acesso aos serviços básicos, especializados, hospitalares e de urgência.

2. Efetividade dos Serviços de Saúde (60% do índice total):

- Medição da qualidade do atendimento prestado em relação aos resultados de saúde da população.

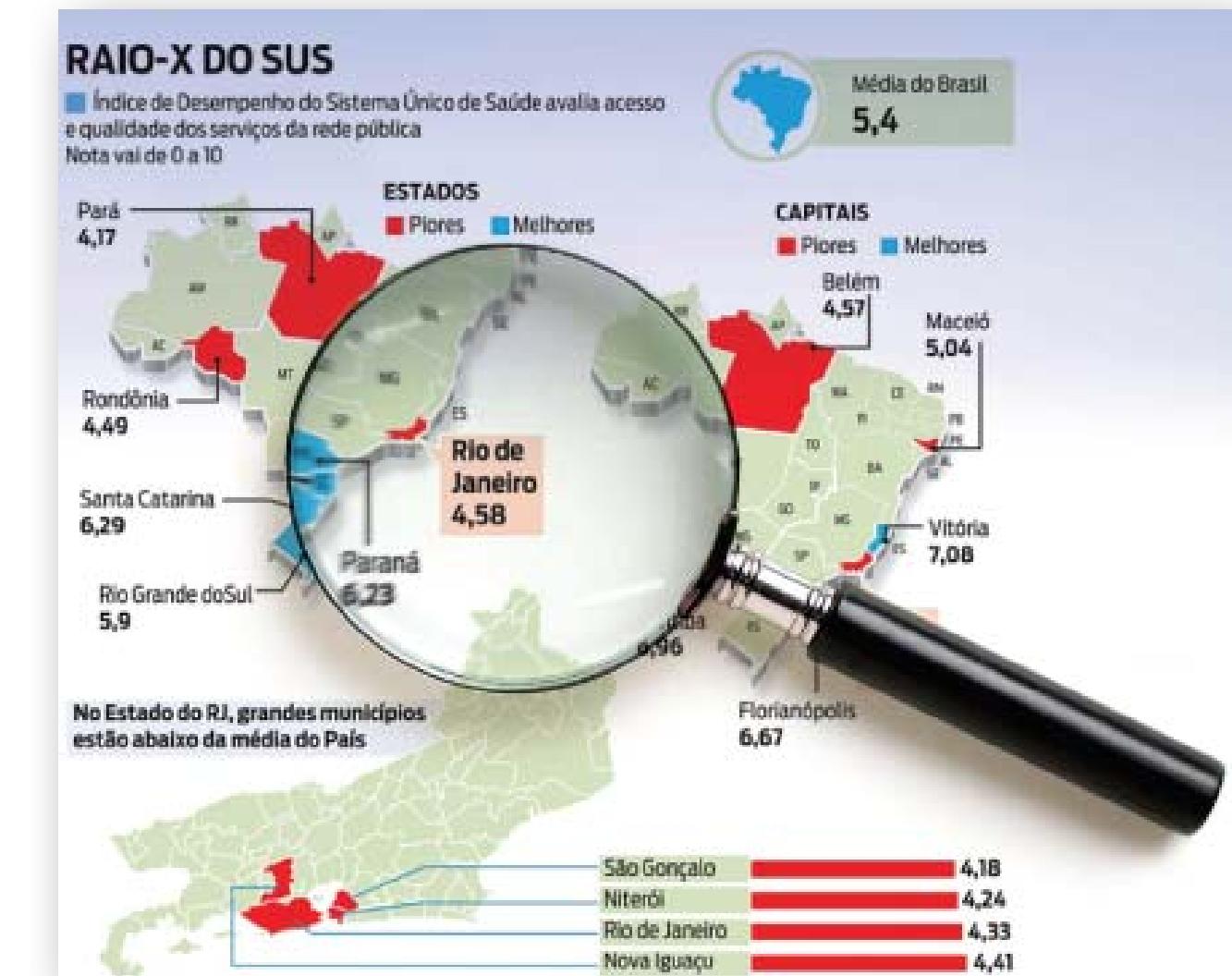
24 indicadores eram utilizados, divididos em **atenção básica, atenção de média e alta complexidade, e urgência/emergência**.

Na avaliação de 2012

- A média nacional do IDSUS foi de **5,47**.
- Regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores índices, refletindo desigualdades no acesso e qualidade dos serviços.
- Sul e Sudeste tiveram melhores pontuações, com maior infraestrutura e cobertura de serviços.

Críticas ao IDSUS

- Índice difícil de interpretar e aplicar de forma prática
- O IDSUS foi utilizado uma única vez (2012) e depois descontinuado, dificultando o acompanhamento da evolução do desempenho do



Fonte: IDSUS: um ranking para a saúde, Fiocruz, 2017

Sistema Privado de Saúde



Uma operadora de plano de assistência à saúde é definida como a pessoa jurídica registrada na Agência Nacional de Saúde (ANS) que administra, comercializa ou disponibiliza planos de assistência à saúde.

De forma geral, a operadora vende os referidos planos e realiza diferentes tipos de atendimento ao cliente. Além disso, oferece prestação continuada de serviços ou coberturas com a finalidade de garantir assistência à saúde.

Sistema Privado de Saúde

História da Saúde Suplementar no Brasil

- 1944 - Banco do Brasil constitui sua caixa de aposentadoria e pensão (CAP) - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação
- Década de 50 - Planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, surgem na modalidade medicina de grupo no ABC paulista
- 1956 - Fundada a Policlínica Central, em São Paulo ("1ª plano de saúde")



- Década 60 - Surgiu a Saúde Suplementar
- Empresas começam oferecer assistência de saúde aos seus funcionários
- 1967 - É organizada a primeira cooperativa médica brasileira
- 1998 - Lei 9.656 regulamenta os planos e seguros de saúde, formalizando responsabilidades contratuais
- 2000 - Criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) - Lei 9.961 (Vinculada ao Ministério da Saúde, subordinado às diretrizes do CONSU)

Setor brasileiro de planos de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo

Saúde Pública no Brasil

- 1923 - Surgiam as Caixas de Pensão (CAPs) - Fundos geridos e financiados por patrões e empregados:
 - ✓ Aposentadoria
 - ✓ Remédios
 - ✓ Assistência de saúde
- 1943 - Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)
- CAPs foram unificadas em IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões)
- 1953 - Criado o Ministério da Saúde
- 1960 - IAPs foram unificados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)
- 1988 - Criado SUS na Constituinte
- 1990 - Lei orgânica da saúde (direito à saúde universal e gratuita - Lei nº 8080/1990)
- 1999 - Criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)
- 2000 - Emenda Constitucional 29 (sistema tripartite)
 - ✓ Orçamento da União
 - ✓ Orçamento dos Estados
 - ✓ Orçamento dos Municípios

Sistema Privado de Saúde

História da Saúde Suplementar no Brasil



5 Áreas:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
 - funcionamento das operadoras, inclusive dos processos de intervenção e liquidação
- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
 - produtos, inclusive as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares
- Diretoria de Fiscalização
 - fiscalização econômico-financeira, aspectos médico assistenciais e apoio ao consumidor
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial
 - resarcimento ao SUS, melhoria da qualidade e competitividade do setor
- Diretoria de Gestão
 - responsável pelo gerenciamento (recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, informática e informação)

Fonte: Série ANS-1 - O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar, Jul/2000

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

1. *Ampliar a capacidade de participação dos usuários no setor, garantindo as coberturas ofertadas, impedindo a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade*
2. *Garantir o equilíbrio das informações aos agentes participantes do setor (usuários, operadoras, prestadores de serviço e SUS)*
3. *Garantir o equilíbrio e a manutenção da estabilidade do setor (controlando a entrada, operação e saída das OPS do mercado)*
4. *Assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa dos seus interesses, no tocante à assistência privada à saúde*

Prof. Fernando Fernandes



Sistema Privado de Saúde

História da Saúde Suplementar no Brasil



- 2001 - Criado o Sistema de Informações de Produtos (SIP) para acompanhamento da assistência prestada aos consumidores
- 2004 - Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que avalia a qualidade das operadoras e o desempenho institucional da ANS
- 2004 - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde
- 2005 - É criado o padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar, que organiza e padroniza as informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras
- 2005 - implantação do conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar
- 2010 - É criado o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP, instrumento que visa a solução de conflitos entre consumidores e operadoras
- 2011 - 1º repasse direto ao Fundo Nacional de Saúde, por Ressarcimento ao SUS (R\$ 76,1 milhões)



Sistema Privado de Saúde

História da Saúde Suplementar no Brasil



- 2013 - obrigatoriedade de criação de ouvidorias pelas operadoras
- 2014 - obrigatoriedade de substituir os prestadores de serviços de saúde descredenciados
- 2014 – Crise econômica no Brasil faz com que mercado de saúde suplementar se retraia
- 2015 – Lei 13.097, que permitiu a participação de estrangeiros no controle de empresas de saúde
- 2016 – Aumento expressivo de aquisições e fusões no mercado da saúde
- 2017 - ANS reformula IDSS que passa a dar mais ênfase à qualidade da assistência
- 2018 – ANS define a necessidade do cálculo e provisões de PEONA
- 2019 – Projeto da ANS - Modelos de Remuneração Baseados em Valor
- 2020 - Incluído no Rol de Procedimento o exame RT-PCR para detecção da Covid-19
- 2020-21 – Reajuste negativo para beneficiários



Operadoras de Saúde Suplementar

Dados Gerais



Informações Demográficas



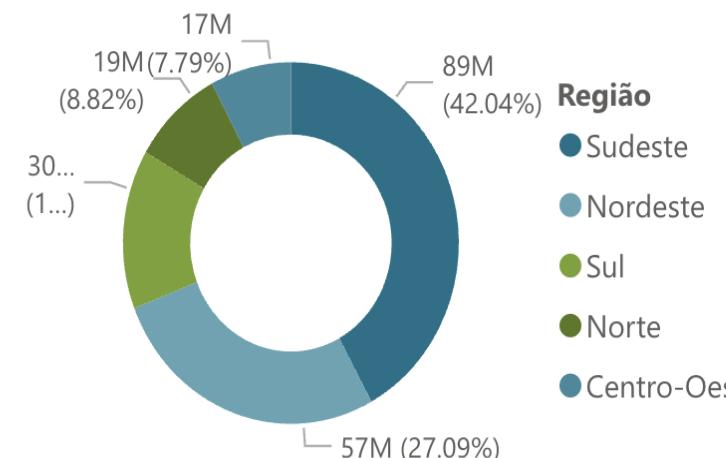
Ano
2020

Região
Centro-Oeste

1. INFORMAÇÕES GERAIS - POPULAÇÃO

Ano	2020		
UF	População	Beneficiários Assistência Médica	% Cobertura Plano Assist Médica
SP	46,289,333	17,143,922	37.04%
MG	21,292,666	5,194,938	24.40%
RJ	17,366,189	5,356,050	30.84%
BA	14,930,634	1,545,229	10.35%
PR	11,516,840	2,863,524	24.86%
RS	11,422,973	2,531,127	22.16%
DF	9,616,621	1,252,607	14.08%
Total	211,755,692	47,439,571	22.40%

2. INFORMAÇÕES GERAIS - POPULAÇÃO



3. COBERTURA ASSISTENCIA MEDICA



4. PROPORÇÃO COBERTURA ASSISTÉNCIA MÉDICA

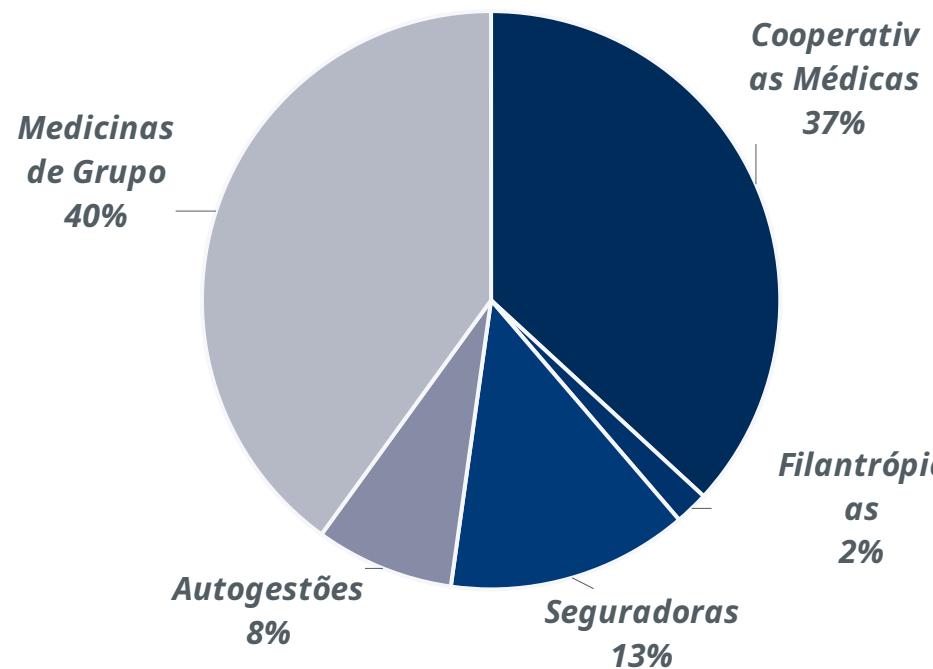


4. PROPORÇÃO COBERTURA ASSIST MEDICA



Operadoras de Saúde Suplementar

Dados ANS - dez/22



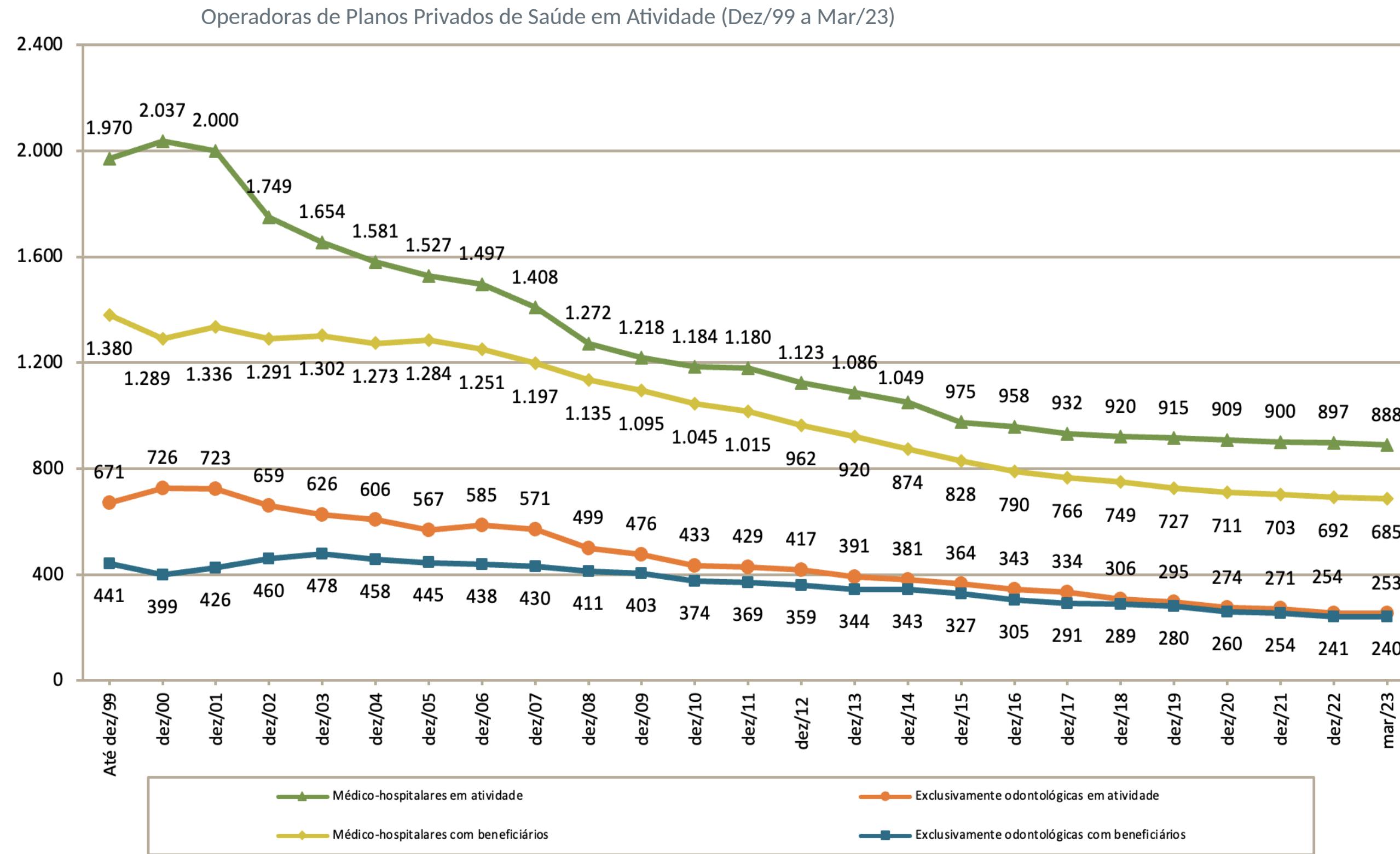
Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais						
Assistência Médica por Modalidade segundo Tipo de contratação Período: Dez/2022						
Tipo de contratação	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde	Total
TOTAL	3.914.140	18.608.065	947.147	20.208.343	6.815.366	50.493.061
Individual ou Familiar	135	4.090.434	347.057	4.301.592	238.852	8.978.070
Coletivo Empresarial	3.103.969	11.555.495	526.278	13.839.180	6.179.174	35.204.096
Coletivo por adesão	790.173	2.952.830	71.518	2.052.107	397.268	6.263.896
Coletivo não identificado	0	75	0	294	0	369
Não Informado	19.863	9.231	2.294	15.170	72	46.630

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2022 - <https://www.gov.br/ans/pt-br>

Prof. Fernando Fernandes

Operadoras de Saúde Suplementar

Concentração e Redução de OPS

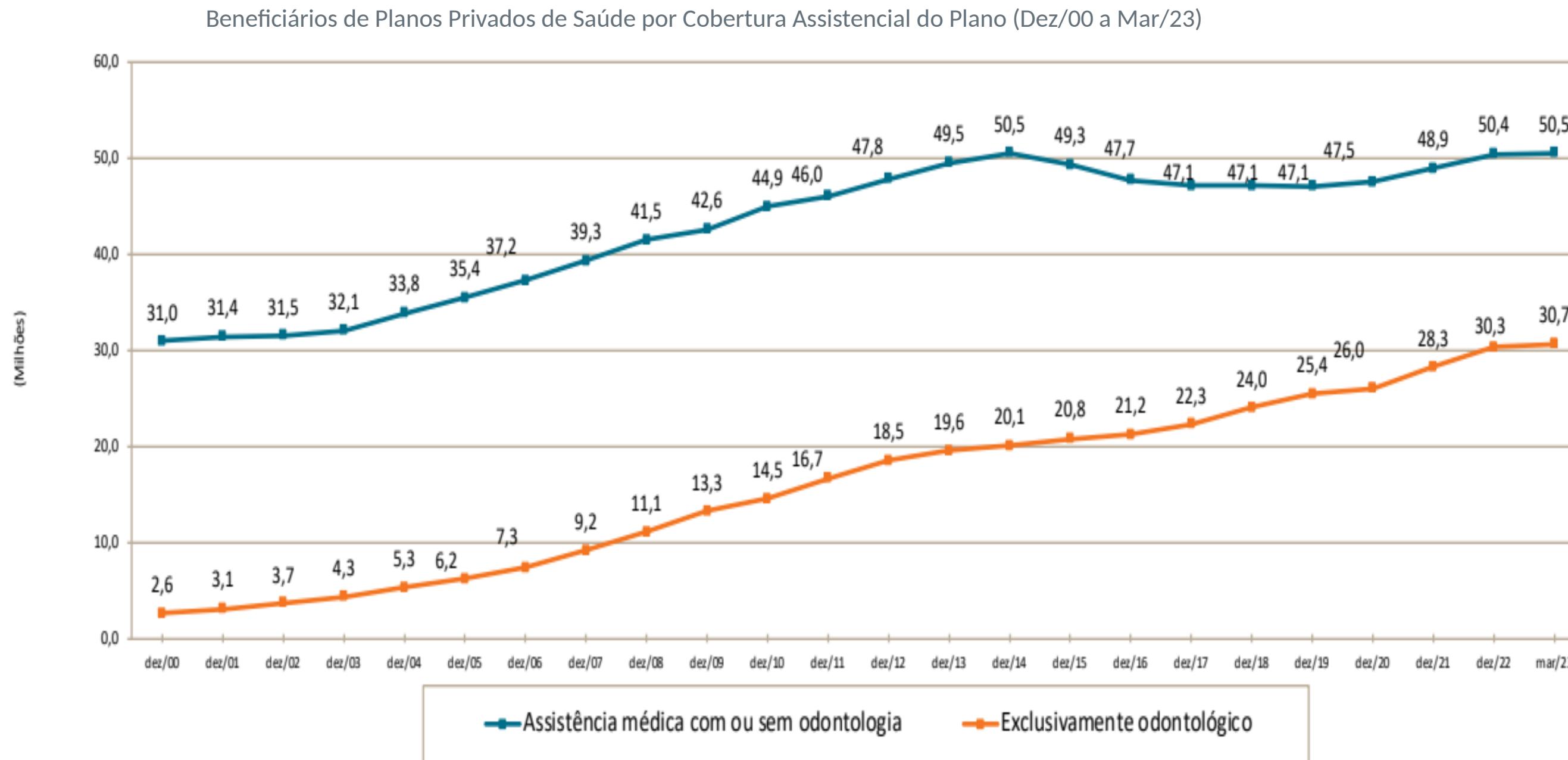


Fonte: SIB / ANS / MS, março/2003

Caderno de Informação de Saúde Suplementar, Jun/23

Prof. Fernando Fernandes

Operadoras de Saúde Suplementar



Fonte: SIB / ANS / MS, março/2003

Caderno de Informação de Saúde Suplementar, Jun/23

Prof. Fernando Fernandes

Operadoras de Saúde Suplementar

Como Definir Preços para Novos Planos de Saúde



A) Tipo de Plano

- Individual ou Familiar
- Coletivo por Adesão
- Coletivo Empresarial (MEI / PME (até 29 vidas) / Empresariais (maiores de 29 vidas)



B) Se Coletivo

- Perfil da empresa (qual área de atuação / Várias plantas fabris / Níveis hierárquicos / etc.)
- N° de Vidas e quem são os dependentes
- Faixa Etária das pessoas



C) Abrangência

- Municipal ou Grupo de Municípios
- Estadual ou Grupo de Estados
- Nacional



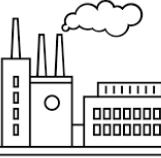
D) Cobertura

- Hospitalar, ambulatorial ou Misto
- Quais prestadores (Rede restrita ou aberta)
- Reembolso ou não
- Co-participação ou não
- Franquia ou não



Operadoras de Saúde Suplementar

Tipos de Planos

<i>Tipo de Plano</i>	<i>Características</i>	<i>Contratação</i>	<i>Reajustes</i>
 Individual/Familiar	<p>1) Contratado por pessoas físicas ou familiares 2) Preços e coberturas definidos pelas operadoras 3) Flexibilidade na escolha de coberturas e serviços</p>	Oferecido diretamente pelas operadoras	Regulamentados pela ANS
 Coletivo por Adesão	<p>1) Destinado a categorias profissionais ou grupos 2) Oferecido por meio de entidades de classe, sindicatos, associações, etc. 3) Preços e coberturas podem variar</p>	3) Oferecido por administradoras de benefícios	Negociados entre a administradora e a operadora
 Coletivo Empresarial	<p>1) Oferecido pelas empresas como benefício 2) Pode ser contratado por empresas de diferentes portes 3) Preços e coberturas podem variar</p>	Contratado pela empresa para funcionários	Negociados entre a empresa e a operadora

<i>Outras Características</i>	<i>Tipos</i>	<i>Plano</i>
Abrangência	<p>1) Municipal 2) Grupo de Municípios 3) Estadual 4) Grupo de Estados 5) Nacional</p>	03 Tipos de Plano
Tipo de Pagamento	<p>1) Pré-pagamento 2) Pós-pagamento</p>	Só nos Coletivos

Prof. Fernando Fernandes



Modelos de Contratação

Pré-Pagamento

- Preço definido por tábuas atuariais (Idade x Sexo)
- Risco da OPS
- Reajustes anuais com base na utilização do ano anterior



Pós-Pagamento

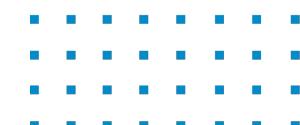
- Preço definido de acordo com a utilização no período
- Risco do tomador de serviço (RH)
- Taxa de administração do Pós-Pagamento

Franquias

- Valor cobrado do beneficiário ou empresa tomadora de saúde (até um determinado limite)
- Geralmente valor financeiro por evento
- Valor definido em contrato, no caso de sinistro

Co-participação (Copay)

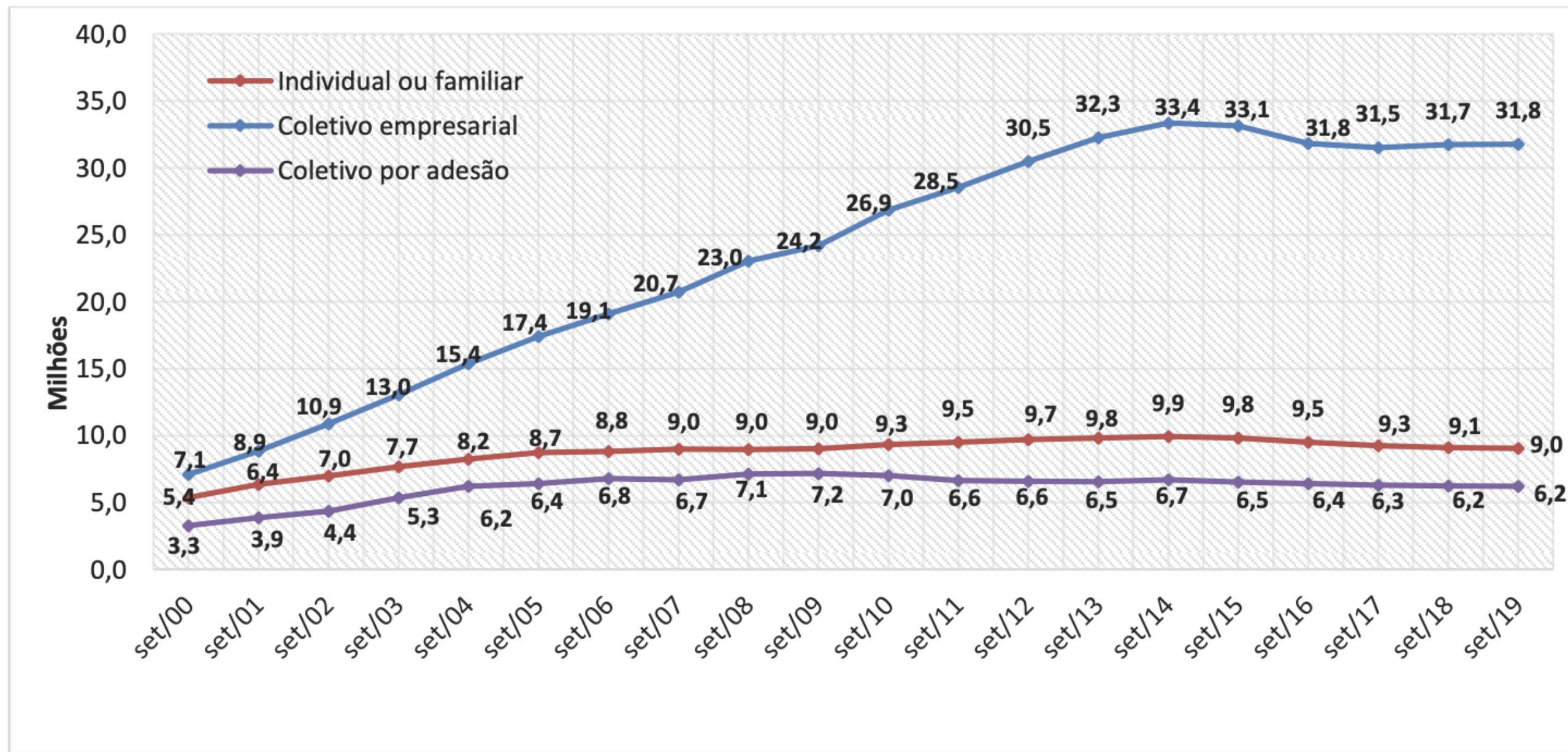
- Valor cobrado do beneficiário ou empresa tomadora de saúde
- Valor percentual do evento (geralmente exames e consultas)
- Eventos definidos em contrato, no caso de sinistro



Operadoras de Saúde Suplementar

Tipo de Contratação

Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano. Brasil, 2000 a 2019.



Fonte: SIB/ANS/MS - 11/2019.

Operadoras de Saúde Suplementar

Cobertura Assistencial

Beneficiários de Planos Privados de Saúde por Cobertura Assistencial do Plano (Mar/23)



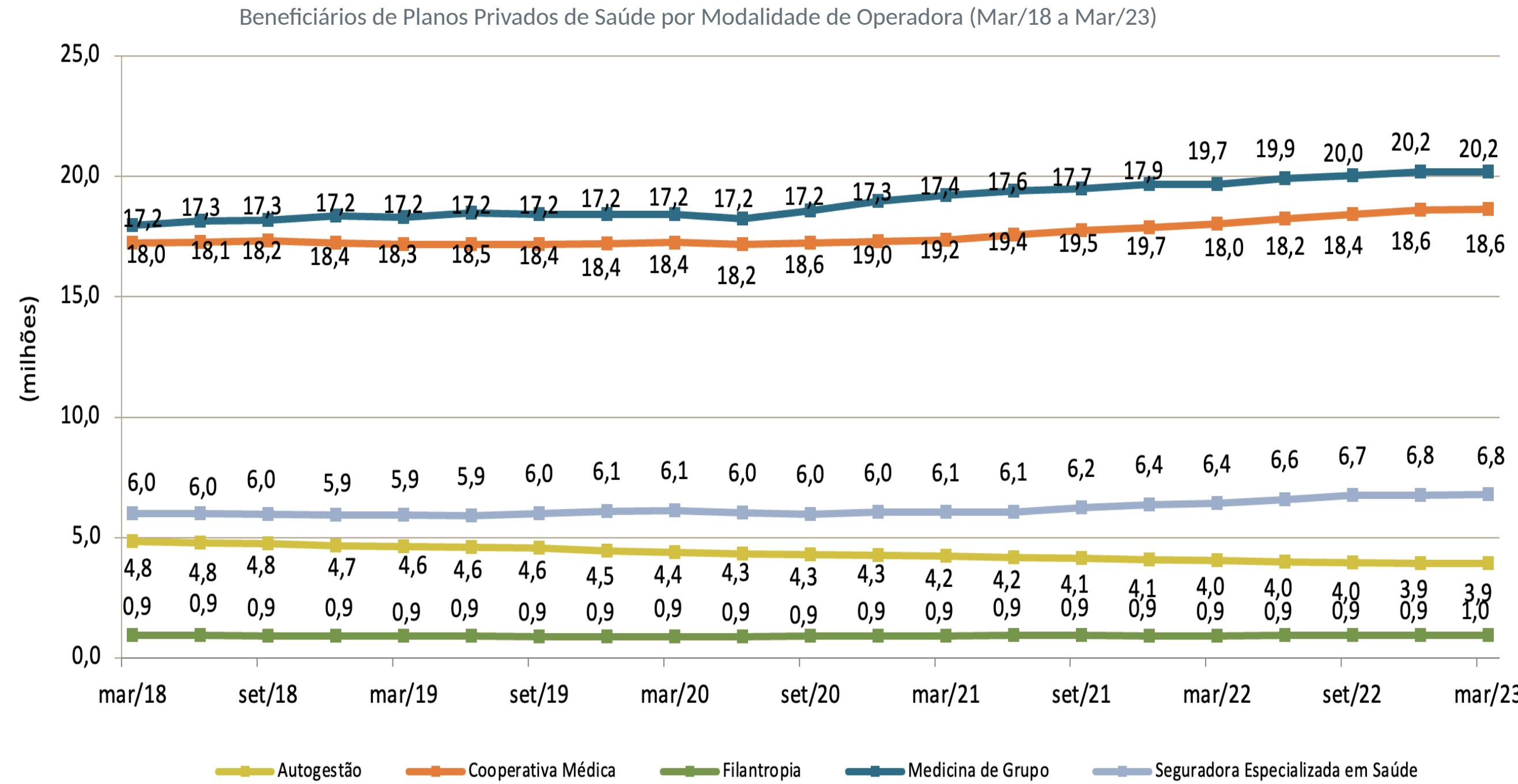
Fonte: SIB / ANS / MS, março/2003

Caderno de Informação de Saúde Suplementar, Jun/23

Prof. Fernando Fernandes

Operadoras de Saúde Suplementar

Tipo de Contratação



Fonte: SIB / ANS / MS, março/2003

Caderno de Informação de Saúde Suplementar, Jun/23

Prof. Fernando Fernandes

Portes das Operadoras

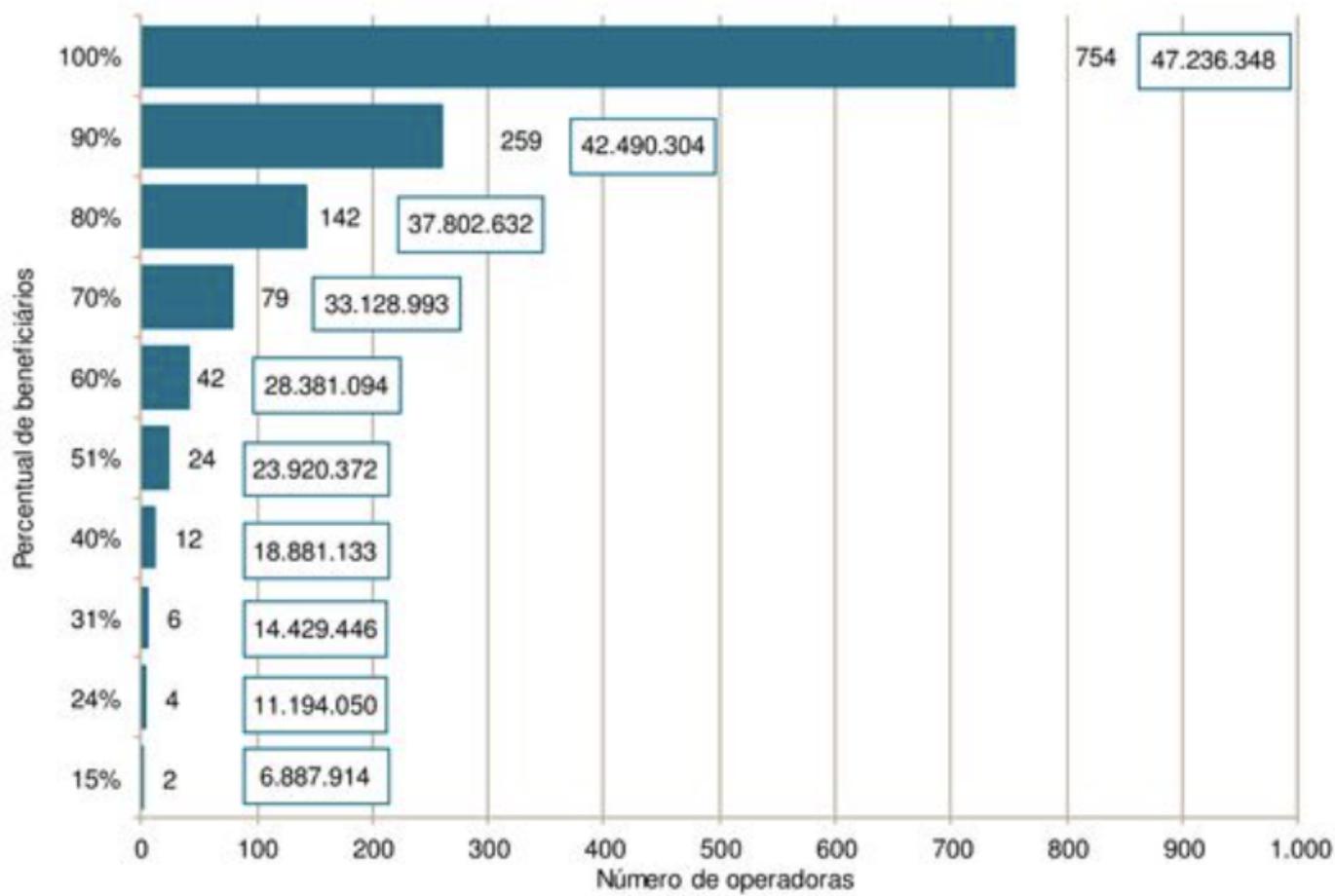
Tamanho em número de vidas

PEQUENO PORTE = Até 20.000 vidas

MÉDIO PORTE = De 20.000 a 100.000 vidas

GRANDE PORTE = Mais de 100.000 vidas

**Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras
(Brasil – junho/2018)**

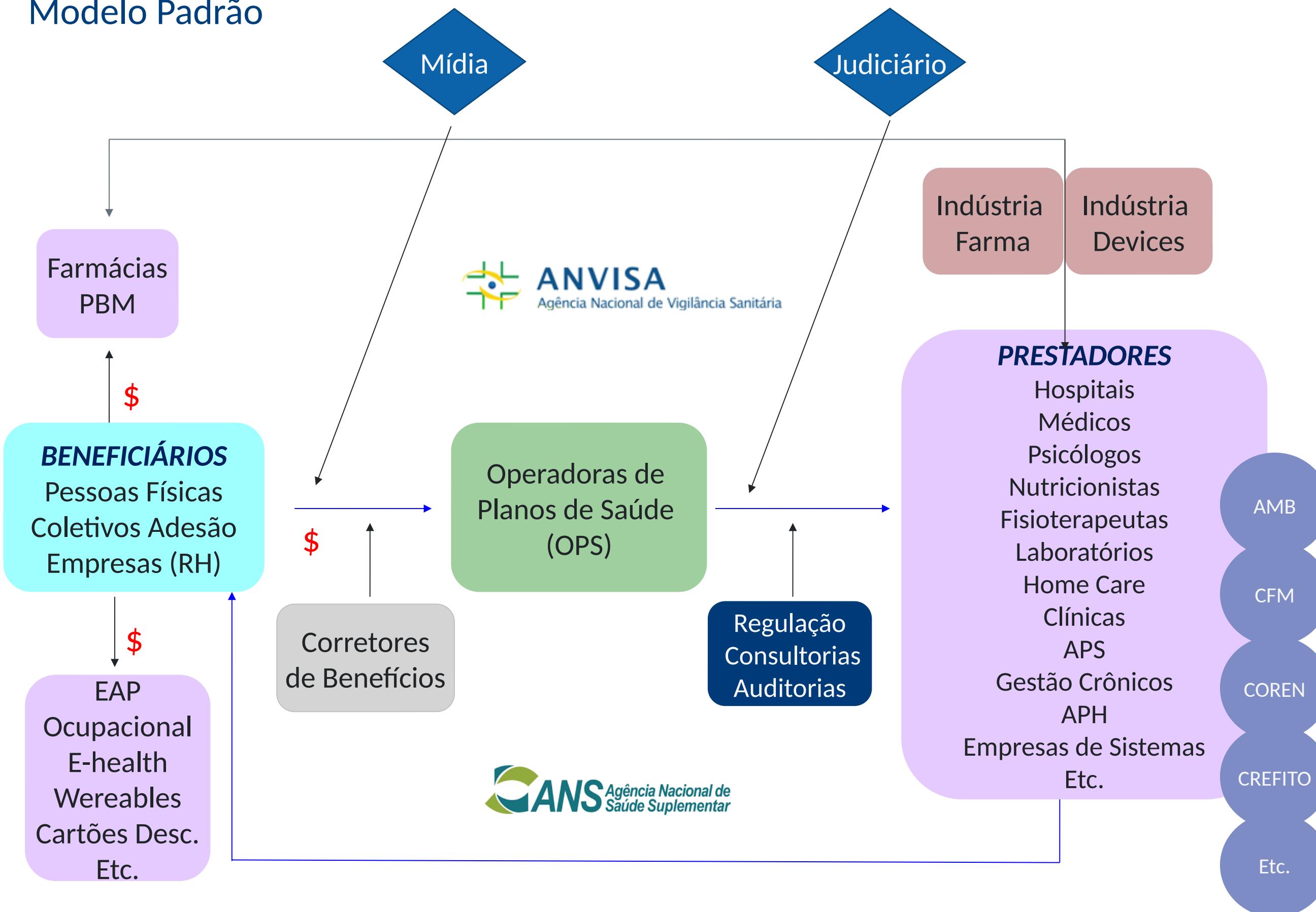


Fontes: SIB/ANS/MS - 06/2018 e CADOP/ANS/MS - 06/2018

Nota: Total de operadoras segundo cobertura assistencial do plano.

Modelos de Operadoras de Saúde

Modelo Padrão



Modelos de Operadoras de Saúde

Seguradora (13% Market Share)

Operadoras **com** fins lucrativos

- Podem comercializar o produto de assistência à saúde
- Livre escolha e Reembolsos
- Risco atuarial calculado
- Rede credenciada sem serviços próprios (Lei nº 10.185/01)
- Regulada antigamente pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

Exemplos Seguradoras de Saúde

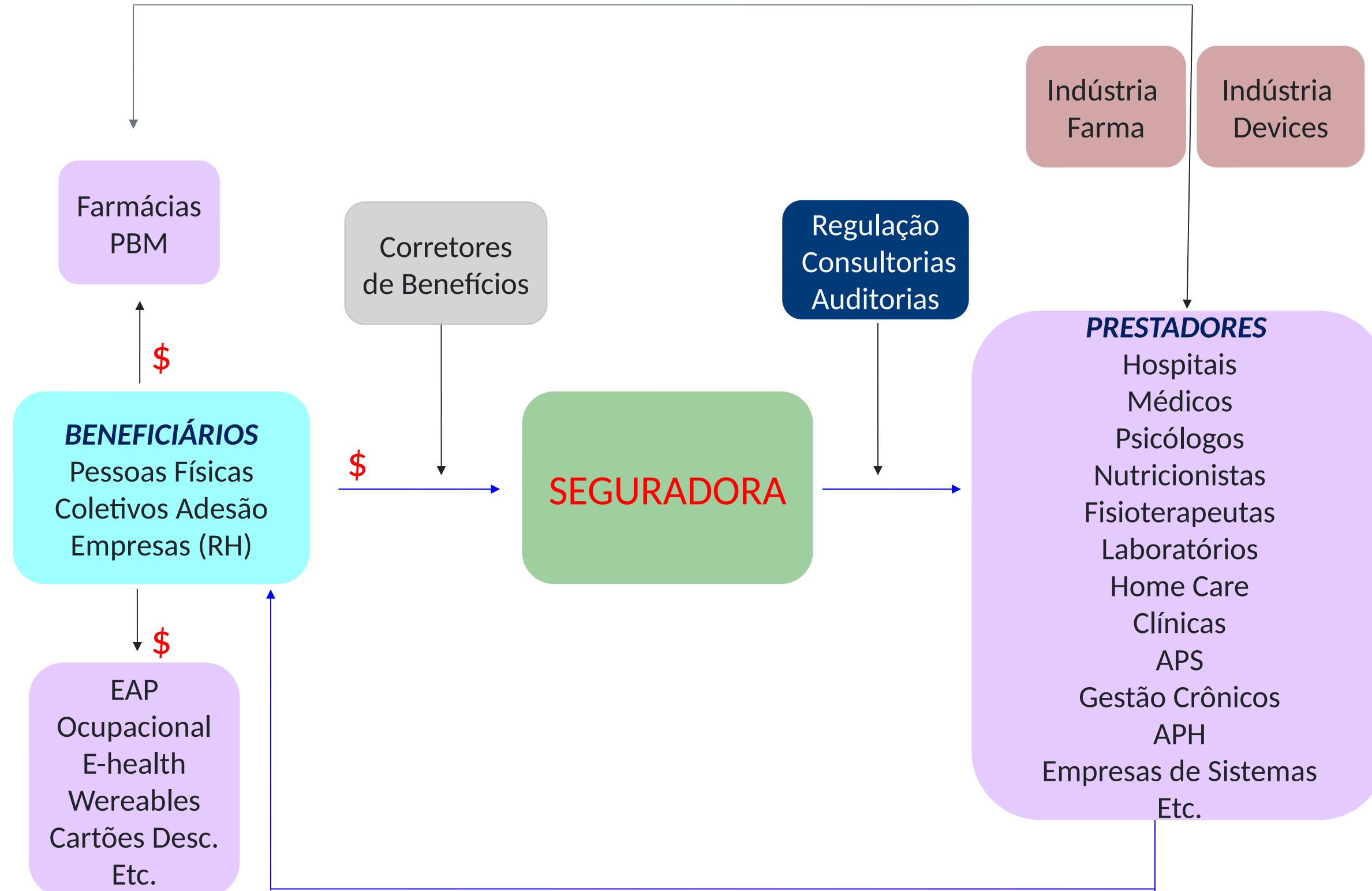


A Intermédica do Grupo GNDI é uma Medicina de Grupo



Modelos de Operadoras de Saúde

Seguradora (13% Market Share)



Modelos de Operadoras de Saúde

Medicina de Grupo (40% Market Share)

Operadoras **com** fins lucrativos

- Pode comercializar o produto de assistência à saúde
- Rede credenciada geralmente própria
- Hospitais próprios
- Rede credenciada restrita
- Acesso gerenciado e controlado
- Apelo maior para planos individuais

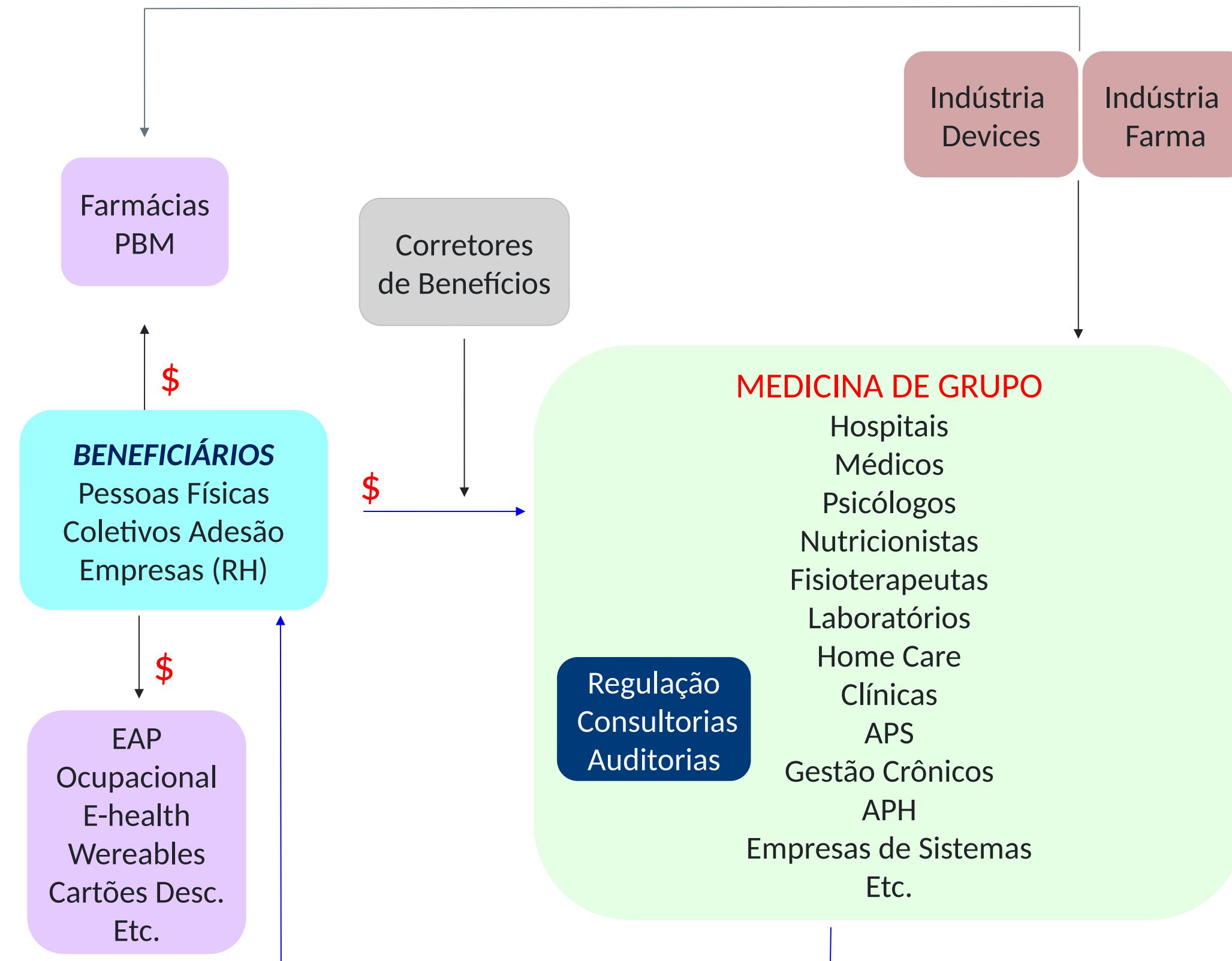
Exemplos de Medicinas de Grupo



Omint, Notre Dame e Care Plus se comportam como Seguradoras

Modelos de Operadoras de Saúde

Medicina de Grupo (40% Market Share)



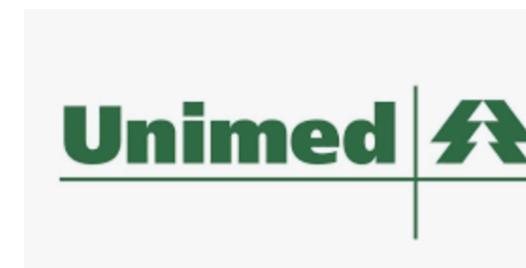
Modelos de Operadoras de Saúde

Cooperativa Médica (36% Market Share)

Operadoras **sem** fins lucrativos

- Podem comercializar o produto de assistência à saúde
- Médicos cooperados e sócios da operadora (Lei n.º 5.764)
- Sistema “político” que se renova a cada 3 anos
- Contrata rede credenciada + Própria
- Intercâmbio / Reciprocidade
- “Lucro” = divisão entre médicos

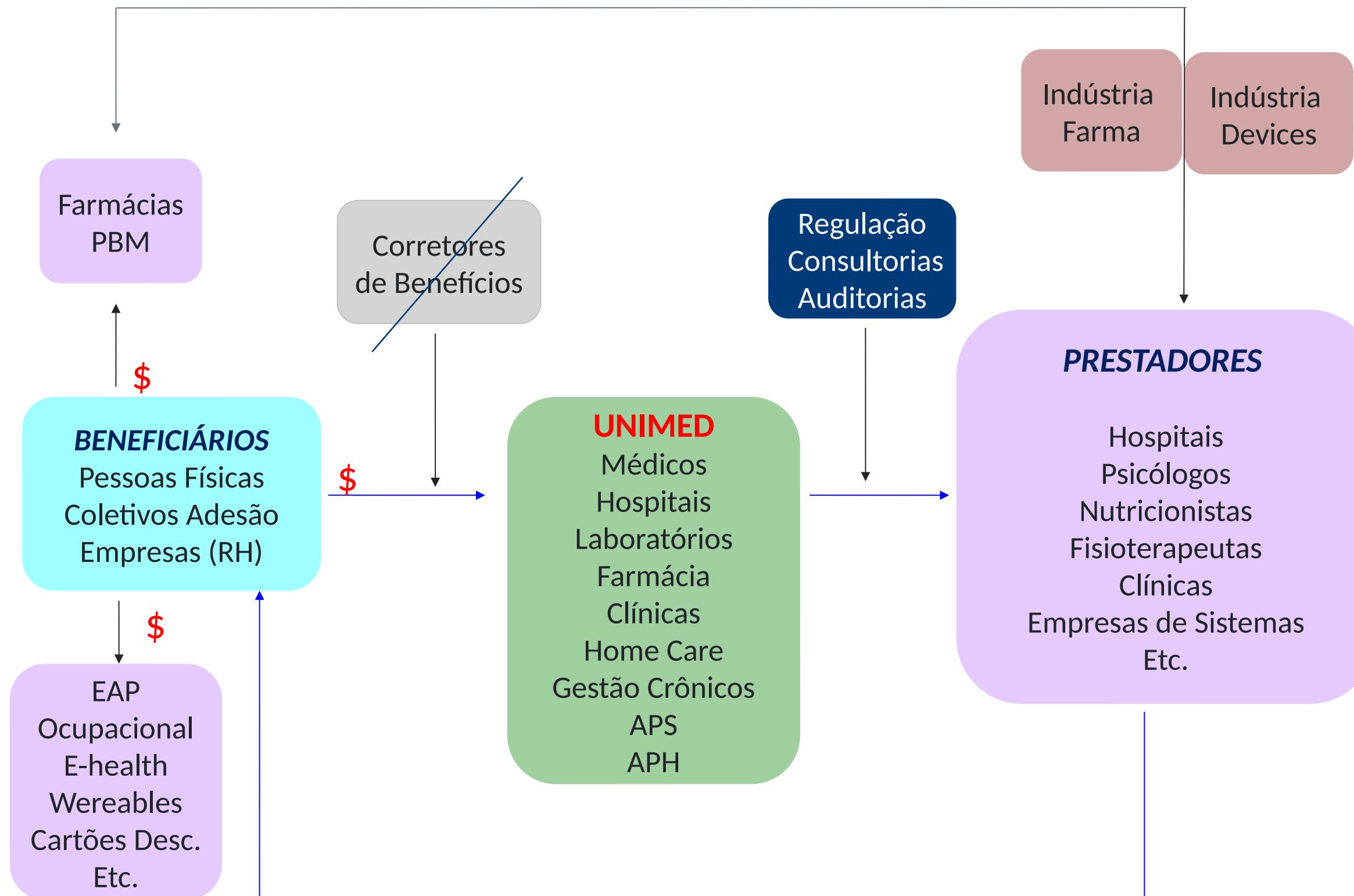
Exemplos de Cooperativas de Saúde



O sistema UNIMED têm mais de 340 operadoras singulares com CNPJ diferentes

Modelos de Operadoras de Saúde

Cooperativa Médica (36% Market Share)



Sistema Unimed

- 340 cooperativas
- 118.000 médicos cooperados
- 144 hospitais próprios

Representante Institucional
(Confederação Nacional Única)

- Guardiã da marca e reputação
- Representante política

Âmbito Federal

- Articular ações
- Integração e Cooperação

Federação
UNIMED

Federação
UNIMED

Federação
UNIMED

Federação
UNIMED

Federação
UNIMED

Federação
UNIMED

Âmbito Estadual

- padronização de procedimentos
- Padronização de políticas
- Troca de experiências
- Operar planos de saúde

Singular
UNIMED

Singular
UNIMED

Singular
UNIMED

Unimed
Nacional



- Seguradora do grupo
- Compete com seguradoras do mercado
- Operar planos de saúde
- Oferta produtos e serviços complementares

Âmbito Municipal (1 ou +)

- Operar planos de saúde
- Com área de ação definida
- Prestar serviços aos associados

- Maior singular com abrangência nacional
- Suporte administrativo e operacional a outras singulares
- Operar planos de saúde



- Intercâmbio
- Serviços compartilhados:
 - Informação
 - Compras
- Capacitação e treinamento
- Programas de Qualidade e Acreditação

Modelos de Operadoras de Saúde

Autogestão de Saúde (9% Market Share)

Operadoras **sem** fins lucrativos

- NÃO podem comercializar o produto de assistência à saúde
- Planos de saúde administrados por empresas (PATROCINADORAS)
- Contrata rede credenciada
- Mais “Paternalistas” = coberturas adicionais
- Reciprocidade entre autogestões

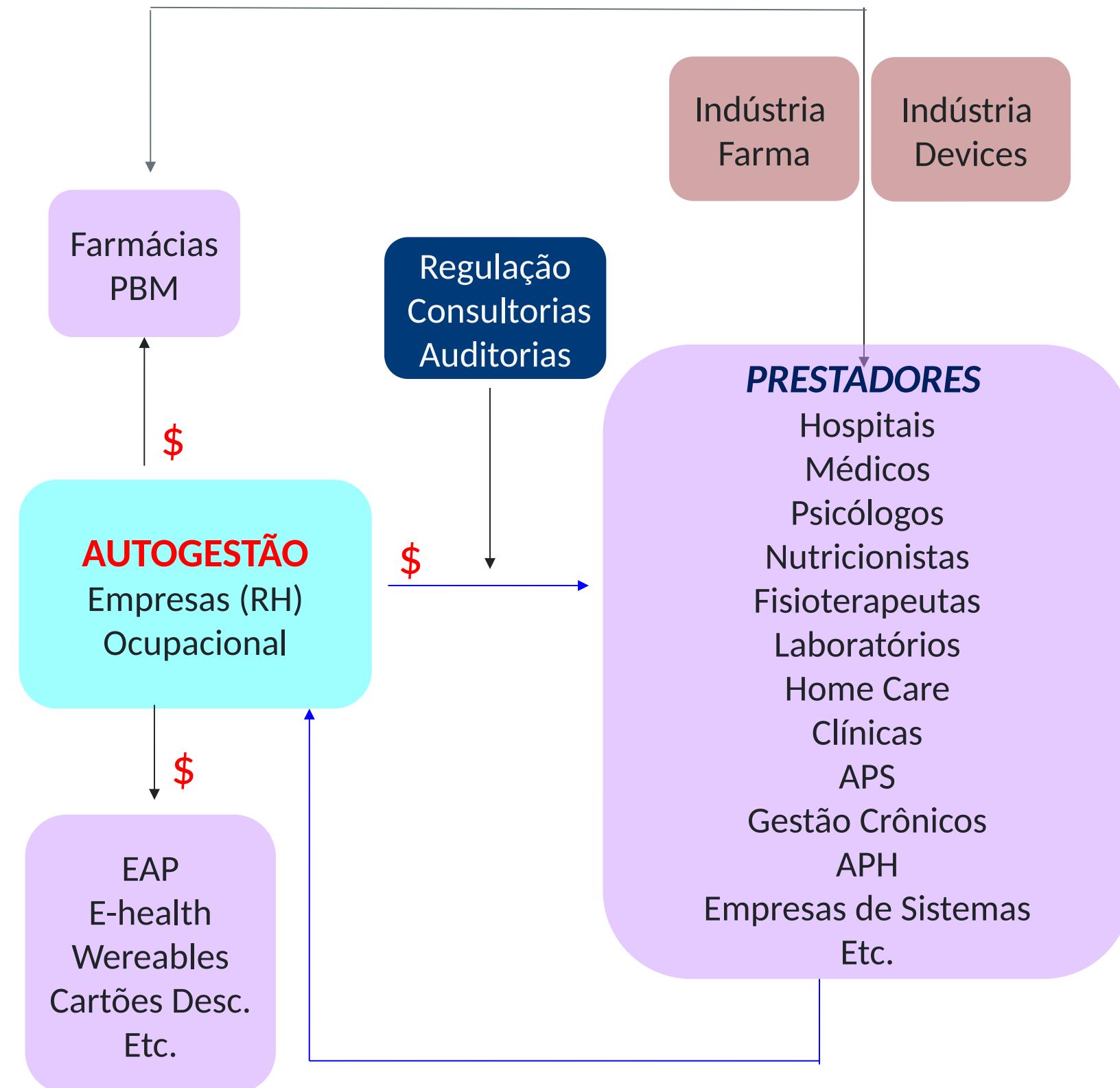
Exemplos de Autogestões em Saúde



Em 1944, o Banco do Brasil constitui sua caixa de aposentadoria e pensão (CAP) - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação.

Modelos de Operadoras de Saúde

Autogestão de Saúde (9% Market Share)



Modelos de Operadoras de Saúde

Filantrópico (2% Market Share)

Operadoras **sem** fins lucrativos

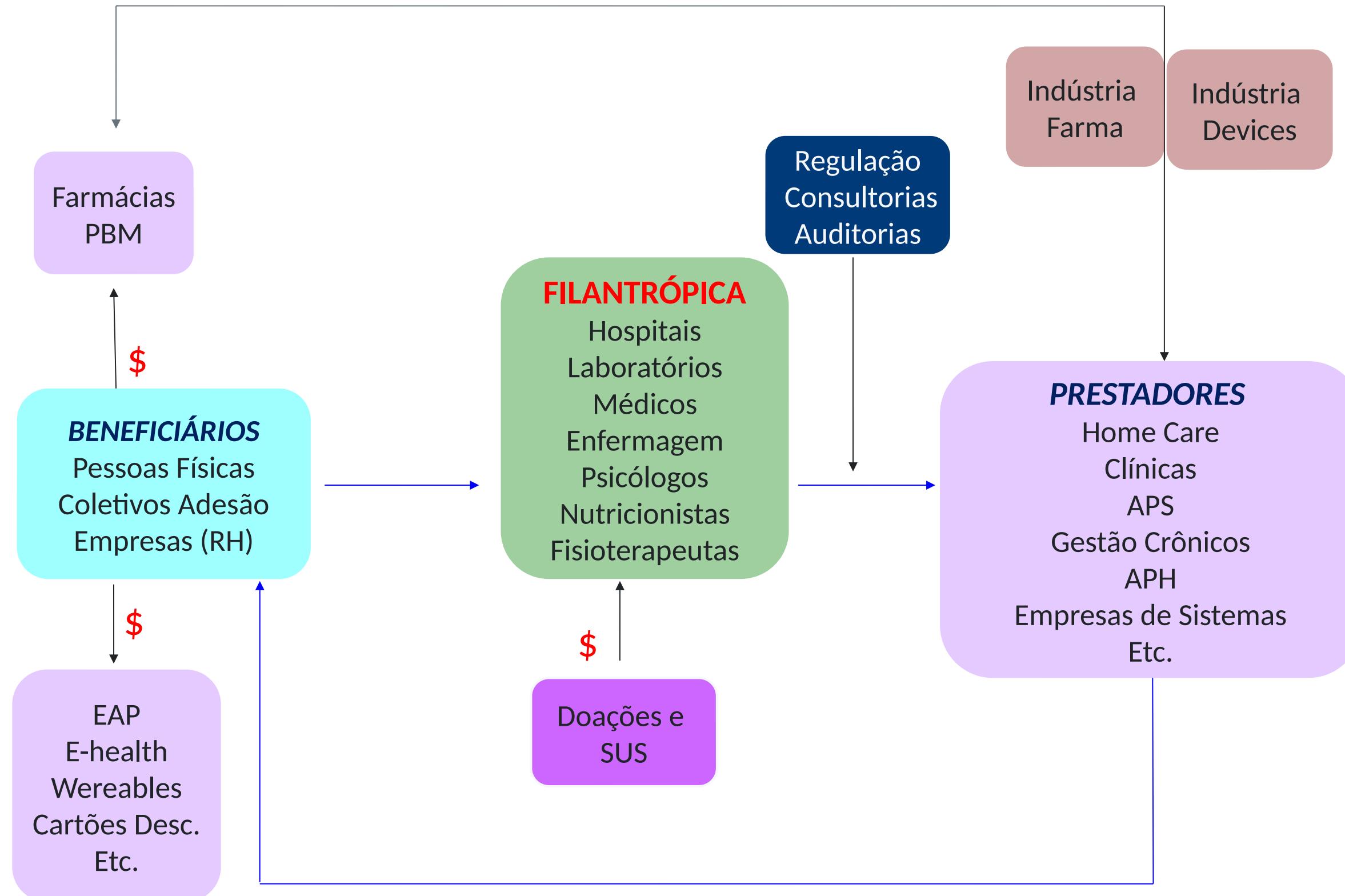
- Podem comercializar o produto de assistência à saúde
- Geralmente ligadas a Santas Casas
- Hospitais Filantrópicos que comercializam seus serviços como um plano de saúde
- Financiadas por doações e repasses públicos
- certificado de entidade benéfica de assistência social emitido pelo Ministério competente

Exemplos de Autogestões em Saúde



Modelos de Operadoras de Saúde

Filantrópico (2% Market Share)

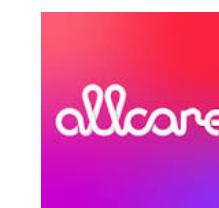


Modelos de Operadoras de Saúde

Administradora de Benefícios

- Definida pela RN n.º 196/2000, uma administradora de benefícios é uma pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos
- Basicamente, as administradoras são responsáveis apenas pela administração de planos de saúde financiados por outras operadoras.
- Não contam com rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, elas não correm os riscos decorrentes da operação desses planos.
- Basicamente para poderem operacionalizar os planos coletivos por adesão

Exemplos de Administradoras de Benefícios



Coletivos por Adesão

Características

Vínculo com Entidade
Beneficiários devem ter vínculo com entidades de classe, associações profissionais, sindicatos, etc.
Negociação em Grupo
Entidades negociam com operadoras em nome dos membros para obter melhores termos e preços
Customização de Planos
Flexibilidade para personalizar planos de acordo com as necessidades do grupo
Ampla Rede de Atendimento
Oferece uma ampla rede de hospitais, clínicas e profissionais de saúde credenciados
Preços Competitivos
Preços mais competitivos devido à negociação em grupo
Cobertura e Benefícios
Cobertura e benefícios podem variar conforme as necessidades do grupo e termos negociados
Participação Voluntária
Membros da entidade não são obrigados a aderir, mas têm a opção de participar
Inclusão de Dependentes
Possibilidade de incluir dependentes elegíveis no plano
Portabilidade
Em certas situações, pode haver portabilidade para outros planos coletivos por adesão
Regulamentação
Sujeitos à regulamentação da ANS e podem ter regras específicas

Desvantagens

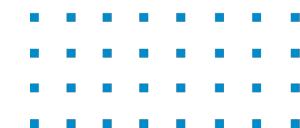
Dependência da Entidade
Necessidade de manter vínculo com uma entidade específica para qualificar-se para o plano
Variação de Coberturas
Coberturas e benefícios podem variar, o que pode resultar em serviços não incluídos
Limitações Geográficas
Rede de atendimento e profissionais credenciados podem ser limitados a uma região específica
Desligamento da Entidade
Saída da entidade pode resultar na perda do acesso ao plano
Pouca Influência nas Negociações
Membros podem ter pouca influência direta nas negociações com operadoras
Variações nos Benefícios
Benefícios e coberturas podem mudar de ano para ano, afetando a experiência do beneficiário
Reajustes
Possibilidade de reajustes nos preços dos planos ao longo do tempo
Menos Controle Individual
Menos flexibilidade para personalizar os benefícios conforme preferências individuais
Exclusão de Membros
Algumas entidades podem excluir membros que não atendem a determinados critérios
Limitações de Escolha
Escolha de médicos e hospitais restrita à rede credenciada



Modalidades de OPS (Resumo)

Modalidade de OPS	Regime Fiscal	Controladores	Rede de Atendimento	Rede Própria	Livre Escolha e Reembolso	Participação dos Beneficiários
Seguradora	Com Fins Lucrativos	Segmento Empresarial	Apenas Credenciada	Não	Sim	Limitada
Medicina de Grupo	Com Fins Lucrativos	Segmento Empresarial	> Própria (Vertical) < Credenciada	Sim	Não	Limitada
Cooperativa Médica	Sem Fins Lucrativos	Médicos Cooperados	Credenciada / Própria	Sim	Não	Limitada
Autogestão	Sem Fins Lucrativos	Empresa Patrocinadora	Apenas Credenciada	Não	Não	Ativa
Filantrópicas	Sem Fins Lucrativos	Conselho Instituição Filantrópica	> Própria (Vertical) < Credenciada	Sim	Não	Depende

Fonte: Fernando Fernandes - Fronteiras da Auditoria, 2009. Atualizado, 2018



Associações que representam as Modalidades

Seguradoras de Saúde



Medicinas de Grupo



Filantrópicas de Saúde



Autogestões de Saúde



Cooperativas de Saúde



Modelos de Contratação

	Pré-pagamento	Pós-pagamento	Franquia	Copay
Seguradora	✓	✓	✓	✓
Medicina de Grupo	✓	✓	✓	✓
Cooperativa Médica	✓	✓	✓	✓
Autogestão	✗	✓	✗	✓
Filantrópicas	✓	✓	✗	✓

ANS: Resolução Normativa (RN) 433 - novas regras para a cobrança de coparticipação e franquias em planos de saúde

Ressarcimento ao SUS

Planos de Saúde Privados ressarcindo o SUS, por meio da ANS

Quando um beneficiário de plano de saúde privado utiliza os serviços do SUS para tratamento de saúde

A lógica por trás do ressarcimento é que, se alguém possui um plano de saúde, o financiamento do tratamento deve ser feito por esse plano, aliviando assim o ônus sobre o sistema público de saúde

Etapa	Descrição
Identificação	Paciente beneficiário de plano de saúde é atendido pelo SUS. Dados do atendimento são registrados no sistema do SUS.
Notificação	O sistema do SUS envia uma notificação à operadora de saúde responsável pelo paciente, incluindo informações sobre o atendimento.
Análise e validação	A operadora de saúde analisa as informações recebidas para confirmar a validade do atendimento e se é de sua responsabilidade.
Cálculo do ressarcimento	Se o atendimento não deveria ter sido realizado pelo SUS, a operadora calcula o valor a ser ressarcido com base nos custos do atendimento público.
Pagamento	A operadora de saúde efetua o pagamento do valor do ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), responsável por gerenciar os recursos.

O ressarcimento é uma maneira de garantir que o sistema público seja ressarcido pelos custos incorridos no atendimento aos beneficiários de planos privados



Hospitalizações - SUS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

- dados de atendimento
- diagnósticos da internação
- dados da alta
- CID
- idade
- sexo
- procedência do paciente
- Internações anteriores
- procedimentos realizados

Indicadores de Avaliação de desempenho de Unidades de Saúde e Perfil dos atendimentos na rede hospitalar

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR															
Identificação do Estabelecimento de Saúde																			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES				1 - CNES											
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE																			
Identificação do Paciente																			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO															
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO				9 - SEXO		10 - RACA/COR		10.1 - ETNIA							
Mas.		<input type="checkbox"/>		Fem.		<input type="checkbox"/>													
11 - NOME DA MÃE								12 - TELEFONE DE CONTATO				N° DO TELEFONE							
								DDD				DDD		14 - TELEFONE DE CONTATO		N° DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL																			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)																			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF		19 - CEP									
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO																			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS																			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO																			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)																			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL				25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
PROCEDIMENTO SOLICITADO																			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO															
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		() CNS		() CPF									
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO				35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)											
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)																			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				39 - CNPJ DA SEGURODORA				40 - N° DO SÍLHETE		41 - SÉRIE									
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				42 - CNPJ EMPRESA						43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CNPJ							
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO																			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		() APOSENTADO		() NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO																			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CÓD. ORGÃO EMISOR				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR											
48 - DOCUMENTO				49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR															
() CNS		() CPF																	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)															

Diagnósticos e Procedimentos de Alto Custo

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

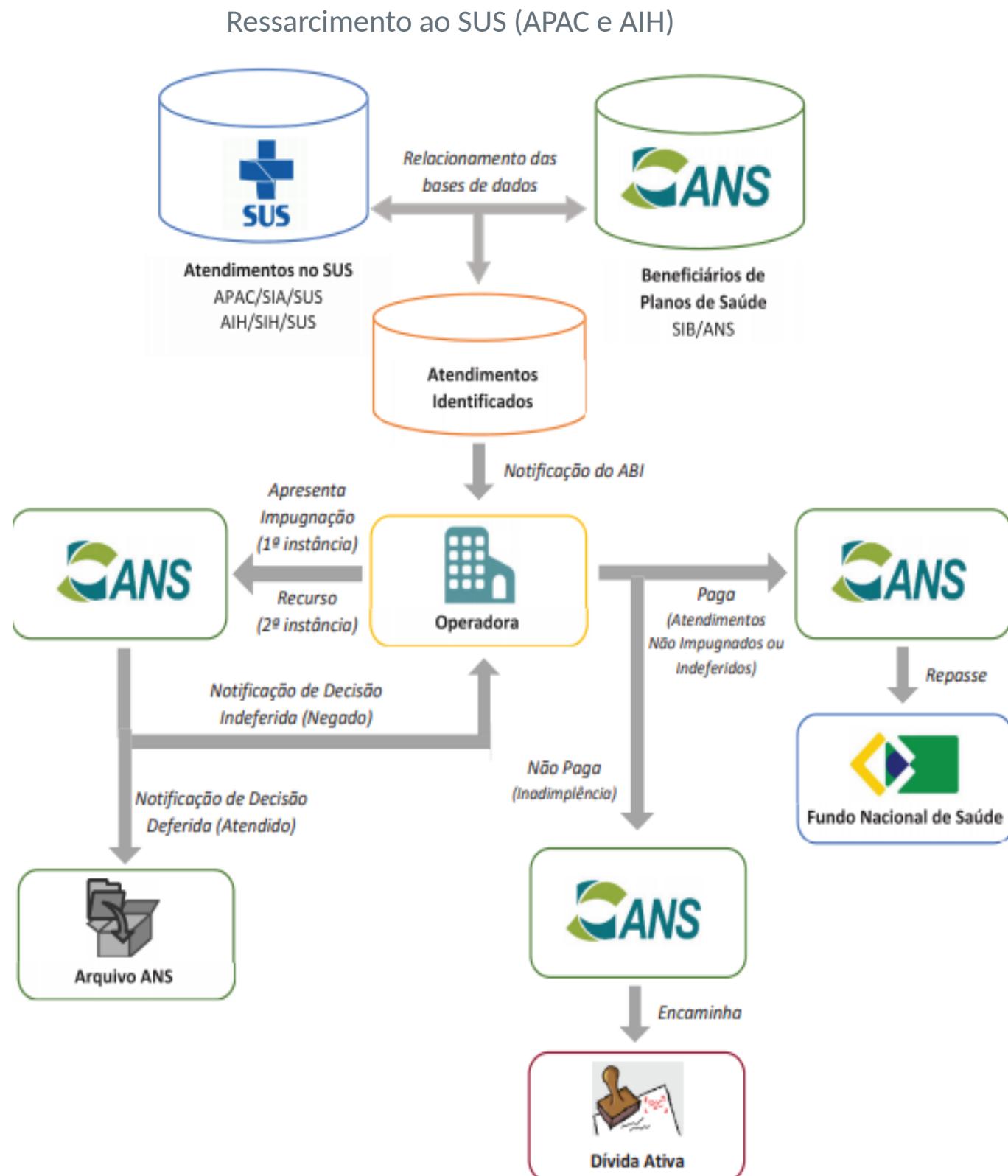
- Esfera AMBULATORIAL
- Solicitado por médicos
- Autorizado ou negado por médicos auditores do SUS
- Validade de até 3 (três) meses

Indicadores e perfis dos procedimentos

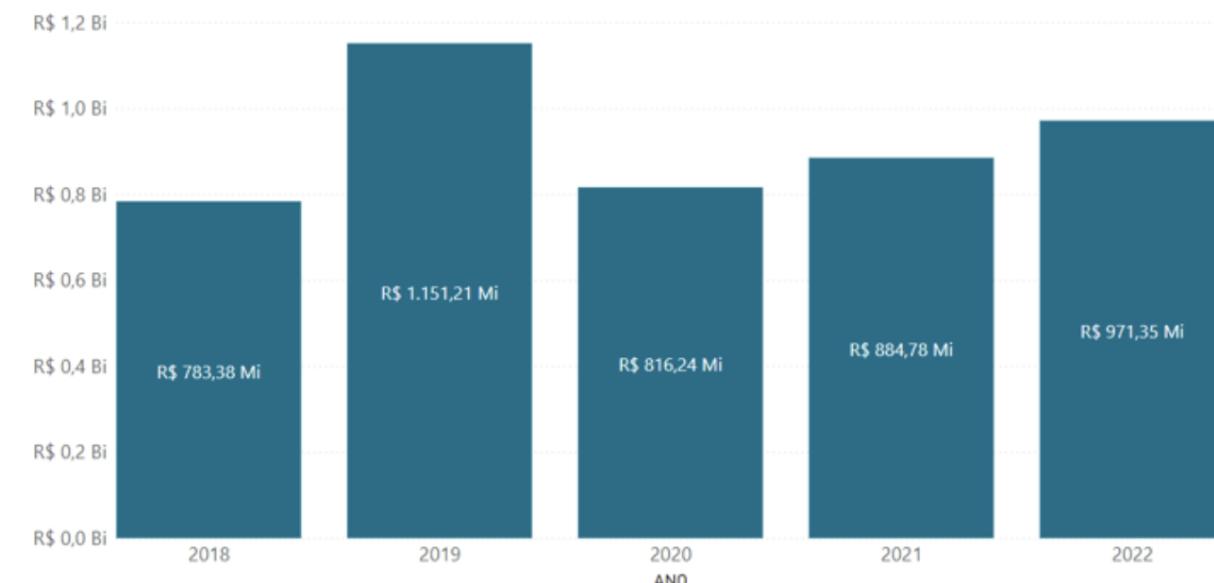
SUS		Estado de Santa Catarina	Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				2 - CNES		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						
3 - NOME DO PACIENTE				4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO
				/ /		Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
9 - NOME DA MÃE				8 - RAÇA/COR		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				10 - TELEFONE DE CONTATO DDD / Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO DDD / Nº DO TELEFONE		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO				QTDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		QTDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		QTDE		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)						
DESCRIPÇÃO DO DIAGNÓSTICO				CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO						
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS						
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO						
SOLICITAÇÃO				ASSINATURA E CARIMBO		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO				
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)				
AUTORIZAÇÃO				NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		COD. ORGÃO EMISSOR				
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)				
DATA DA AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO		PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				CNES		
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						

Ressarcimento ao SUS

Planos de Saúde Privados ressarcindo o SUS, por meio da ANS



Repasses ao Fundo Nacional de Saúde (2018-2022)

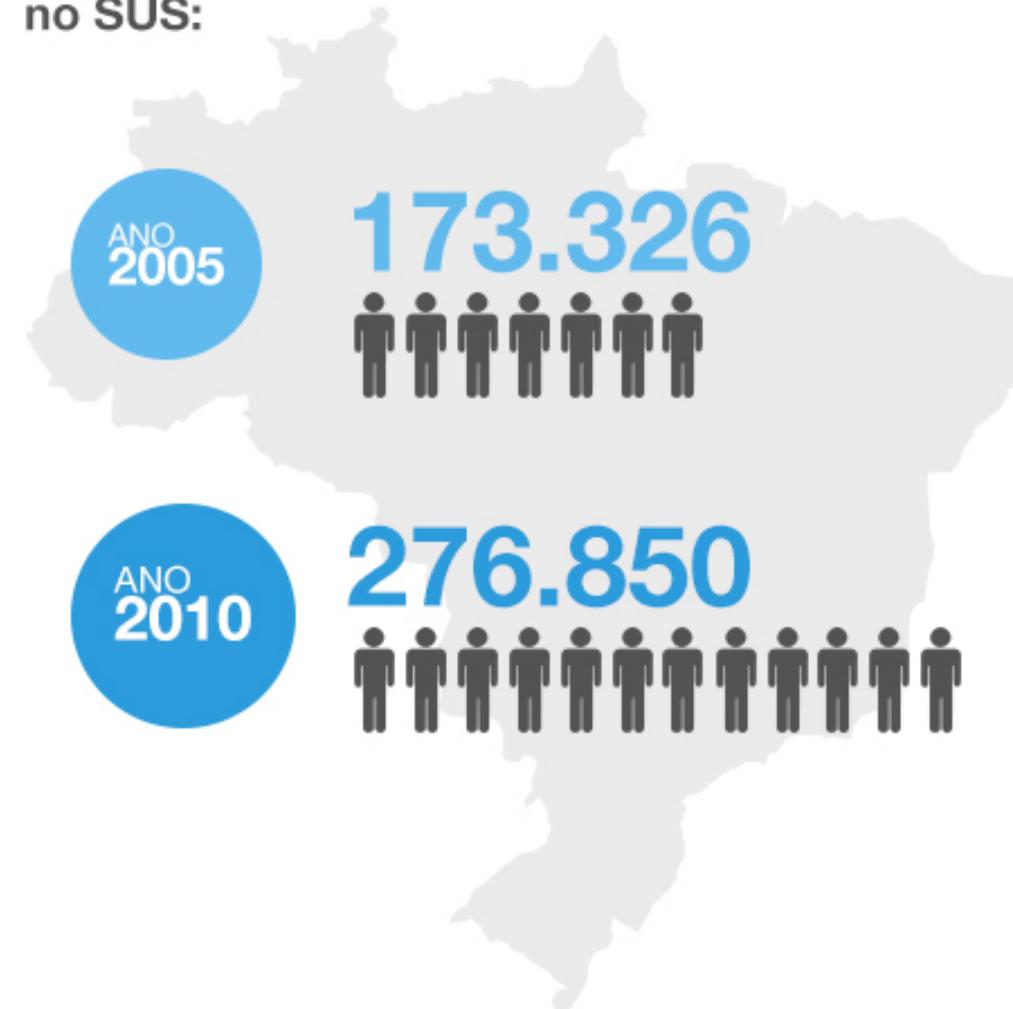


Ressarcimento ao SUS

INTERNAÇÕES de PACIENTES com PLANOS no SUS

Número de pacientes com planos atendidos na rede pública de saúde de todo o Brasil cresceu 60% durante cinco anos

Número de pacientes com plano atendidos no SUS:



- População brasileira
- Porcentagem de pessoas com plano



- População brasileira
- Porcentagem de pessoas com plano

Porcentagem de crescimento no período de 2005 a 2010 de internação de pacientes com plano no SUS para:

67,3%

Parto e pós-parto

62%

Tratamento de câncer

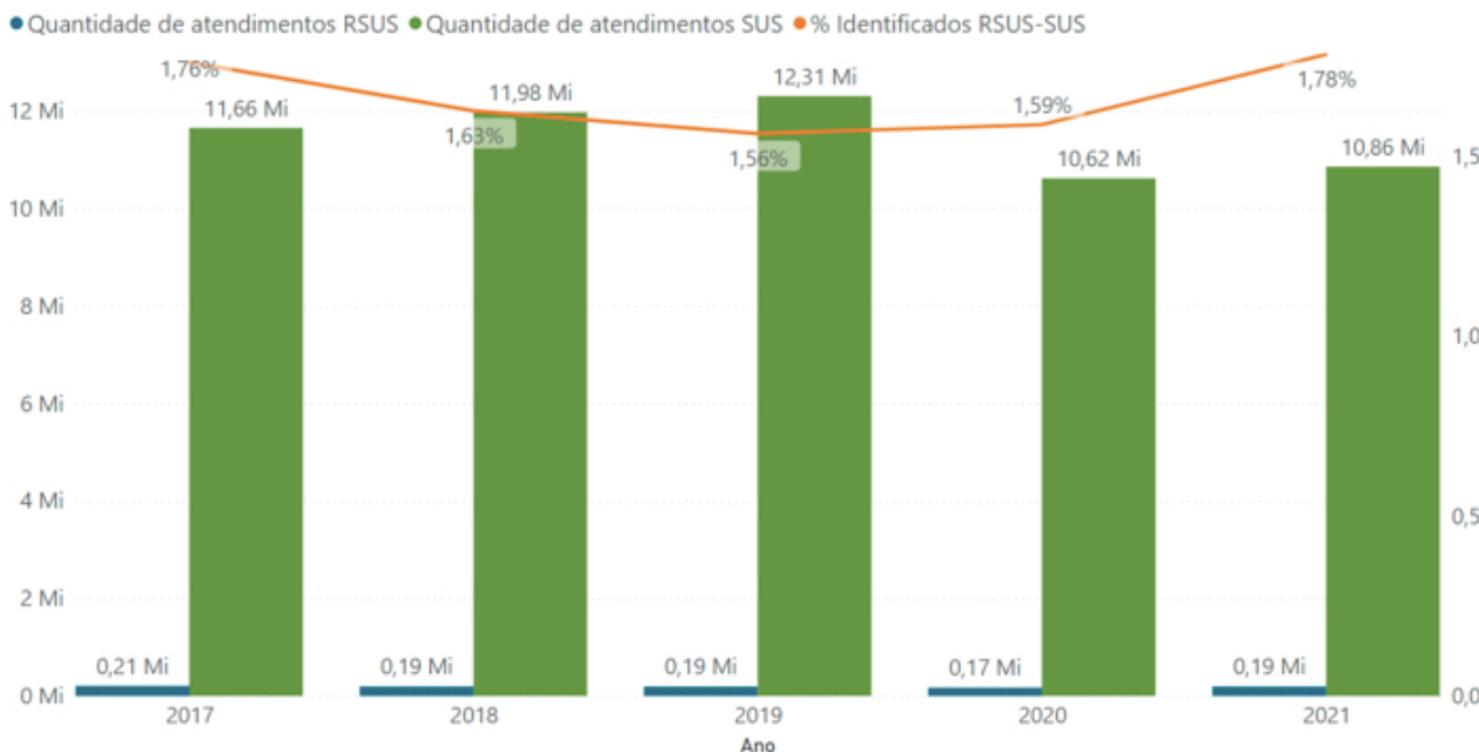
Hospitalizações de Beneficiários Privados no SUS

Evolução histórica

Ano do Atendimento no SUS	Internações (AIH)		Atendimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade (APAC)	
	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
1999 - 2011	2.047.603	R\$ 3.528.033.012,98	0	R\$ 0,00
2012 - 2015	1.180.873	R\$ 2.551.556.716,74	1.809.262	R\$ 2.044.145.081,19
2016	219.888	R\$ 468.607.406,85	392.048	R\$ 470.853.471,54
2017	205.346	R\$ 451.054.345,20	379.629	R\$ 467.668.079,45
2018	194.761	R\$ 417.146.818,52	371.177	R\$ 463.835.947,28
2019	192.450	R\$ 381.635.073,17	339.815	R\$ 438.954.956,55
2020	168.710	R\$ 403.300.696,55	299.091	R\$ 416.990.020,29
2021	193.704	R\$ 626.333.211,14	296.228	R\$ 411.110.505,36
Total	4.403.335	R\$ 8.827.667.281,15	3.887.250	R\$ 4.713.558.061,66

Fonte: ANS, 2022

% de Internações no âmbito do Ressarcimento ao SUS x Realizado SUS (1999-2021)



Fonte: ANS, Sistema de Gestão do Ressarcimento SGR/ANS, 12/2022

Prof. Fernando Fernandes

Ressarcimento ao SUS

Planos de Saúde Privados ressarcindo o SUS, por meio da ANS

Planos de Saúde reembolsaram ao SUS mais de R\$ 5 bi de 2015 a 2020



Publicado em 19/08/2022 - 19:00 Por Fabiana Sampaio - Repórter da Rádio Nacional - Rio de Janeiro

A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou a 6ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados. O texto traz atualizações sobre os atendimentos desses usuários no Sistema Único de Saúde e os valores reembolsados pelas operadoras entre 2015 e 2020.

O destaque desta edição é a inclusão dos dados de atendimentos de Covid no primeiro ano da pandemia no país.

A ferramenta em formato de painel dinâmico permite várias possibilidades de análises. Os interessados podem observar as diferenças regionais do ressarcimento ao SUS e a evolução desse sistema regulatório da saúde suplementar.

Fonte: Rádio Agência, 2022

PROJETO SAÚDE PÚBLICA

FOLHA DE S.PAULO

Planos de saúde ressarcem menos de 50% dos gastos de seus usuários no SUS

Fonte: Folha de S.Paulo, 2023



A Repórter Brasil

Reportagens

Pesquisa

Educação

Podcast

Contribua

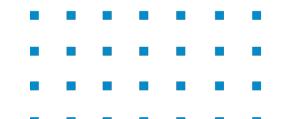
Contato



Por Marcelle Souza, da Repórter Brasil | 29/06/21

Fonte: Repórter Brasil, 2021

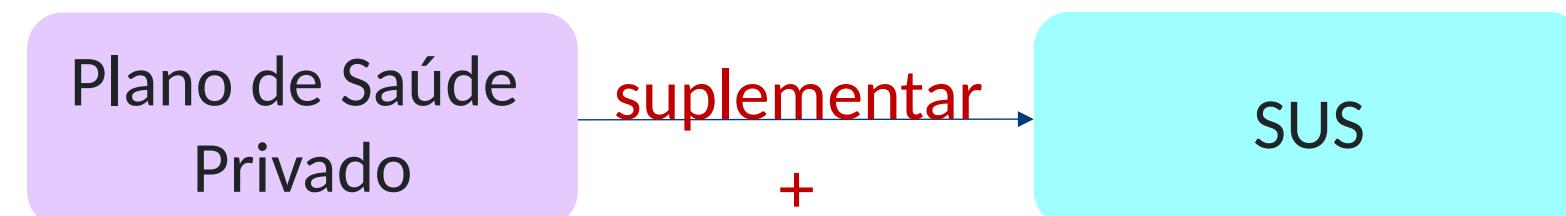
Prof. Fernando Fernandes



Saúde complementar e suplementar?

Saúde Suplementar

A saúde suplementar engloba ações e serviços privados prestados por meio de planos de saúde. Trata-se da prestação de serviço exclusivamente na esfera privada.



Saúde Complementar

Quando um serviço privado complementa um serviço público. O serviço é feito mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.





Todos os direitos reservados. Textos, vídeos, sons, imagens, gráficos e demais componentes deste material são protegidos por direitos autorais e outros direitos de propriedade intelectual, de forma que é proibida a reprodução no todo ou em parte, sem a devida autorização.

Como citar este material:

Fernandes, Fernando. **Sistemas de Saúde no Brasil e no Mundo**. Sorocaba/SP: FGV, Revisão 2025.

