

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



COOPERATIVAS MÉDICAS

Gustavo Silveira Machado
Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública e Sanitarismo

ESTUDO

ABRIL/2009



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF



SUMÁRIO

1. COOPERATIVISMO E COOPERATIVAS.....	3
2. SAÚDE SUPLEMENTAR E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	5
3. COOPERATIVAS MÉDICAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.....	11
4. INSERÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE.....	13
5. CONCLUSÃO	18
6. FONTES DE CONSULTA	19

© 2009 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados o autor e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu autor, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

COOPERATIVAS MÉDICAS

Gustavo Silveira Machado

1. COOPERATIVISMO E COOPERATIVAS

Cooperativas são sociedades civis sem fins lucrativos, criadas com o objetivo de obter benefícios para os seus integrantes. Transcrevemos abaixo trecho da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

.....

Art. 3º Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;

II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;

III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;

IV - intransmissibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;

V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;

VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;

VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;

VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;

IX - neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;

X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;

XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.

.....

Art. 5º As sociedades cooperativas poderão adotar por objeto **qualquer gênero de serviço, operação ou atividade**, assegurando-se-lhes o direito exclusivo e exigindo-se-lhes a obrigação do uso da expressão "cooperativa" em sua denominação.

.....

Não havendo restrição de gênero de serviço, operação ou atividade para a atuação das cooperativas, elas podem, por exemplo, dedicar-se ao comércio; porém, ao passo que uma empresa comercial típica tem por objetivo praticar o comércio e extrair lucro da atividade, a sociedade cooperativa tem por objetivo beneficiar os seus cooperados, aos quais os eventuais lucros obtidos serão distribuídos. Uma modalidade muito comum de cooperativa é a de produção agropecuária.

As cooperativas médicas são exemplo de cooperativas de trabalho cuja finalidade é proporcionar aos seus membros melhores condições para exercer seu trabalho liberal. Como visto anteriormente, as sociedades cooperativas têm plena liberdade de atuação no mercado. Assim, há cooperativas médicas que se limitam a congregar os profissionais que trabalham em um determinado estabelecimento; há outras que congregam profissionais de uma determinada especialidade médica para obter melhor remuneração e condições de trabalho, como é o caso das Coopanest, cooperativas de anestesistas que já existem em diversos estados do Brasil; e outras que atuam como operadoras de planos de saúde, caso da Unimed.

A lei não restringe o tamanho das cooperativas, permitindo-lhes associarem-se para formar entidades maiores. Segundo a Lei nº 5.764, as cooperativas podem ser:

Singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto

as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos. Caracterizam-se pela prestação direta de serviços aos associados.

Cooperativas centrais ou **federações** de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais. Estas organizam os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades e facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades. Orientam e coordenam as atividades das filiadas quando o vulto dos empreendimentos transcende o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.

O sucesso do cooperativismo médico no País pode ser medido pela sua atual extensão. O sistema Unimed é hoje uma confederação com 34 federações que unem 377 Unimeds Singulares.

Uma outra importante entidade é a Federação Nacional de Cooperativas Médicas – FENCOM, fundada em 1994, que congrega 42 cooperativas.

2. SAÚDE SUPLEMENTAR E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

A atenção à saúde é, no Brasil, universal e gratuita, nos termos da Constituição e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Constituição Federal

.....

Art. 196. 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.

.....

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

.....
Por outro lado, o setor é aberto à iniciativa privada:

Constituição Federal

.....
Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....
Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

.....
Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

.....
§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

.....
Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

.....

A Constituição de 1988 e a Lei nº 8.080 apenas confirmaram uma situação preexistente, pois o sistema público e o setor privado de atenção à saúde têm historicamente coexistido no Brasil. Tradicionalmente, o atendimento privado era feito por desembolso direto dos usuários. A partir da década de 1930 verificou-se o surgimento de um terceiro setor, o da assistência médica supletiva ou suplementar, inicialmente com os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), destinados a determinadas categorias profissionais, e a partir da década de 1940 em empresas de grande porte.

Na década de 1960 o governo federal unificou os IAPs existentes e criou o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Por outro lado, o crescimento populacional, a rápida urbanização e os custos crescentes da assistência à saúde ultrapassavam a capacidade estatal de expandir o sistema público, e os grandes empregadores foram estimulados a criar convênios-empresa para cuidar da saúde de seus empregados. Inicialmente esses convênios eram tipicamente de autogestão, mas os crescentes volume e complexidade do mercado deram ensejo ao surgimento de outras modalidades de administração.

O ano de 1998 marca um divisor de águas no setor da saúde suplementar. A lei nº 9.656, publicada em 4 de junho daquele ano (tendo já sofrido diversas modificações desde sua publicação), proibiu diversas práticas abusivas comuns na administração de planos de saúde e criou um plano de referência pelo qual as empresas deveriam pautar-se. Transcrevemos abaixo suas disposições iniciais:

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por

prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

.....

As diversas modalidades de operadoras de planos de saúde encontram-se classificadas e definidas na Resolução RDC nº 39/2000 da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

RESOLUÇÃO RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

.....

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Art. 1º – Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único – Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

.....

Art. 9º – As Administradoras, definidas no art. 11 desta Resolução, segmentam-se em:

I – administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II – administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

CAPÍTULO IV – DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10 – As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

I – administradora;

II – cooperativa médica;

III – cooperativa odontológica;

IV – autogestão;

V – medicina de grupo;

VI – odontologia de grupo; ou

VII – filantropia.

SEÇÃO I – DA ADMINISTRADORA

Art. 11 – Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

SEÇÃO II – DA COOPERATIVA MÉDICA

Art. 12 – Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

SEÇÃO III – DA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Art. 13 – Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

SEÇÃO IV – DA AUTOGESTÃO

Art. 14 – Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

SEÇÃO V – DA MEDICINA DE GRUPO

Art. 15 – Classificam-se na modalidade de medicina de grupo 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.

SEÇÃO VI – DA ODONTOLOGIA DE GRUPO

Art. 16 – Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

SEÇÃO VII – DA FILANTROPIA

Art. 17 – Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e 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.

.....

3. COOPERATIVAS MÉDICAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O primeiro registro de cooperativa médica como se compreende hoje é de 1934, quando um grupo de cirurgiões de Bilbao (Espanha) formou uma sociedade que oferecia a famílias de recursos limitados uma cobertura às hospitalizações por doenças cirúrgicas, mediante pagamento de um valor previamente estipulado.

No Brasil, a primeira cooperativa médica foi fundada em Santos-SP, em 12 de novembro de 1967, com o nome de Unimed (União dos Médicos). A iniciativa visava a resguardar a liberalidade da profissão contra a crescente atividade empresarial e assalariamento da classe médica.

Segundo informa o endereço <http://www.unimed.com.br>, o sistema Unimed atualmente congrega 34 federações e 377 singulares. Sua estrutura conta com 80 hospitais, 89 pronto-atendimentos e 52 laboratórios próprios, além de 3.596 hospitais credenciados, e um corpo clínico de 106 mil cooperados, quase um terço dos 342 mil médicos em atividade no país, atendendo a mais de 15 milhões de clientes (32% do mercado de planos de saúde), e 73 mil empresas em 75% dos municípios brasileiros.

As tabelas e gráficos a seguir foram extraídos da edição de dezembro de 2008 do Caderno de Informação da Saúde Suplementar, editado pela ANS e disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>.

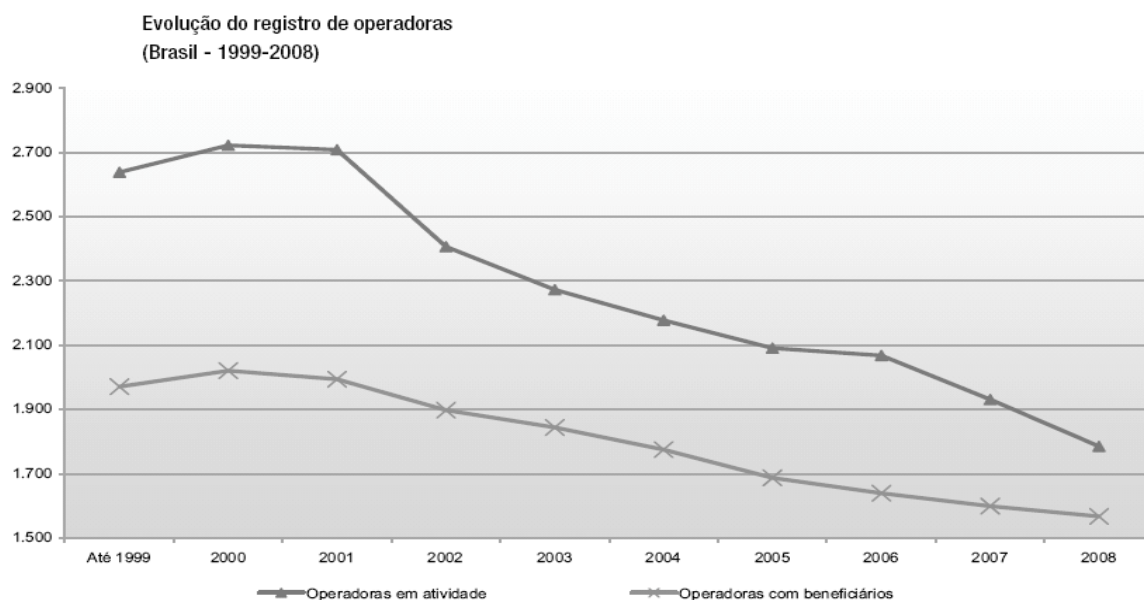
A tabela 1, abaixo, mostra a evolução no registro e no número de operadoras no mercado na vigência da Lei nº 9.656, de 1998. Vê-se, entre 1999 e 2008, uma clara tendência de diminuição no número de registros, como claramente ilustra o gráfico 1. Além disso, houve também queda expressiva no número total de operadoras em atividade. Depreende-se que as empresas tiveram dificuldade para se adaptar às disposições da nova lei. Por outro lado, a porcentagem de operadoras sem beneficiários sofreu no período queda de 25,3% para 12,2%, o que indica uma evolução qualitativa.

**Evolução do registro de operadoras
(Brasil - 1999-2008)**

Ano	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras em atividade	Operadoras com beneficiários	
				Absoluto	Relativo
Até 1999	2.825	188	2.639	1.971	74,7%
2000	235	151	2.723	2.021	74,2%
2001	143	157	2.700	1.994	73,6%
2002	17	319	2.407	1.898	78,9%
2003	35	160	2.273	1.844	81,1%
2004	32	127	2.178	1.775	81,5%
2005	30	117	2.091	1.887	89,7%
2006	52	75	2.068	1.839	79,3%
2007	62	190	1.931	1.590	82,8%
2008	22	168	1.785	1.567	87,8%

Fontes: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 04/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 04/2008

Tabela 1 – Evolução do registro de operadoras 1999-2008



Fontes: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008

Gráfico 1 – Evolução do registro de operadoras 1999-2008

4. INSERÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

Conforme se observa na tabela 2, abaixo, das 1.785 operadoras em atividade no País, 500 são exclusivamente odontológicas. Das 1.285 restantes, 345 são cooperativas médicas, contra 548 medicinas de grupo e 261 autogestões.

O gráfico 2, em seguida, traz as mesmas informações traduzidas em porcentagens. As cooperativas médicas, como se vê, respondem por 19,5% do total de operadoras em atividade.

A tabela 3 e o gráfico 3, na página seguinte, exibem os números e as porcentagens referentes aos **beneficiários** dos planos de saúde. Vemos que as cooperativas médicas atendem a 27,1% por cento do total de beneficiários, indicando uma certa preferência dos usuários por seus serviços e um melhor desempenho médio. Enquanto a medicina de grupo, principal concorrente, tem uma média de 28.153 usuários por empresa, o número sobe para 39.971 entre as cooperativas.

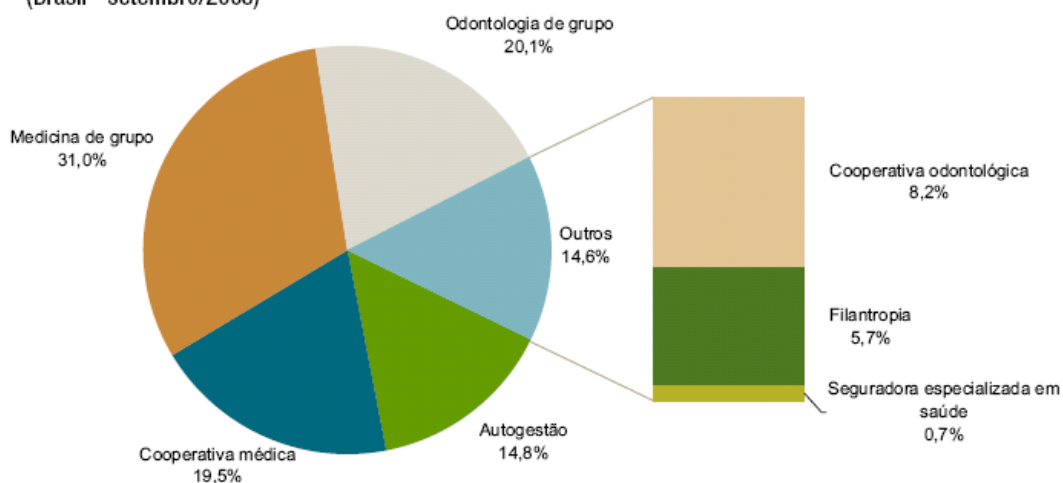
**Operadoras em atividade por modalidade, segundo número de beneficiários
(Brasil - setembro/2008)**

Número de beneficiários	Total	Administradoras	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
Total	1.785	17	261	345	145	101	548	355	13
Sem beneficiários	219	17	31	4	9	3	79	76	-
1 a 100	61	-	7	3	3	4	24	20	-
101 a 1.000	215	-	30	11	13	12	64	85	-
1.001 a 2.000	160	-	33	17	13	9	46	42	-
2.001 a 5.000	277	-	49	43	34	17	82	51	1
5.001 a 10.000	231	-	34	60	32	17	65	23	-
10.001 a 20.000	235	-	35	75	18	19	63	24	1
20.001 a 50.000	204	-	23	67	12	17	67	18	-
50.001 a 100.000	88	-	8	35	8	-	32	5	-
100.001 a 500.000	76	-	9	25	3	3	20	9	7
Acima de 500.000	19	-	2	5	-	-	6	2	4

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008

Tabela 2 – Operadoras em atividade, por modalidade

**Distribuição percentual das operadoras ativas por modalidade
(Brasil - setembro/2008)**



Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008

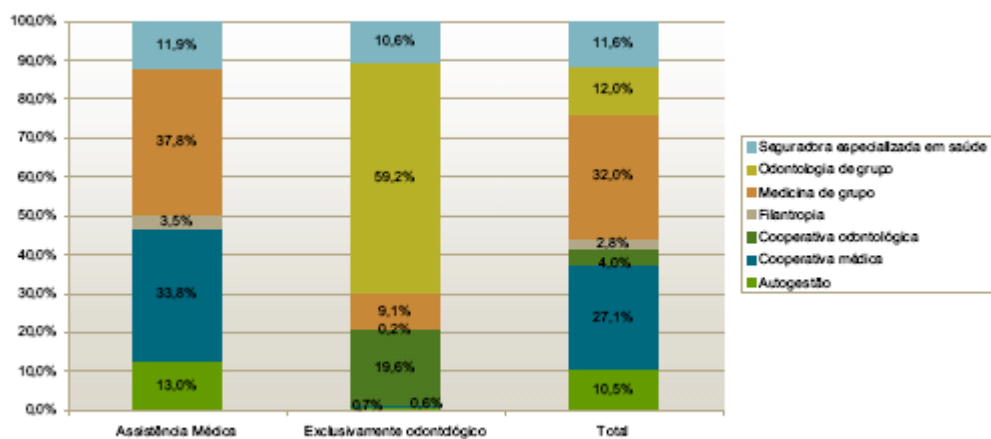
Gráfico 2 – Distribuição percentual das operadoras ativas, por modalidade.

**Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial e modalidade da operadora
(Brasil - 2000-2008)**

Mês e ano	Assistência médica com ou sem odontologia							
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	-	1.107.768	11.919.732	-	4.603.257
dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	-	1.101.008	12.081.539	-	4.586.932
dez/02	31.129.527	5.211.274	8.262.735	-	1.070.784	12.238.334	-	4.340.602
dez/03	31.485.288	5.039.777	8.816.523	-	1.013.941	12.154.134	-	4.455.960
dez/04	33.429.916	5.186.435	9.609.894	-	1.081.554	13.261.906	-	4.285.214
dez/05	35.183.097	5.146.633	10.680.960	-	1.139.352	14.144.029	-	4.072.123
dez/06	37.152.879	5.251.982	11.800.589	-	1.218.854	14.869.866	-	4.011.588
dez/07	39.026.565	5.270.967	12.913.820	-	1.337.339	15.191.763	-	4.312.676
set/08	40.793.538	5.301.006	13.790.086	-	1.439.376	15.427.962	-	4.835.108

Tabela 3 – Beneficiários dos planos de saúde por modalidade.

Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora, segundo cobertura assistencial (Brasil - setembro/2008)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2008

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por modalidade.

Os gráficos e tabelas a seguir abordam aspectos do desempenho financeiro das operadoras.

**Receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo modalidade da operadora
(Brasil - 2001-2007)**

(R\$)

Modalidade da operadora	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	22.121.318.374	25.702.106.971	28.475.037.796	32.212.236.076	37.112.802.538	41.946.123.467	51.430.738.761
Operadoras médico-hospitalares	21.775.929.016	25.300.996.416	28.004.313.446	31.618.223.011	36.370.203.138	41.070.103.709	50.360.987.609
Autogestão	445.609.648	492.944.575	563.253.719	686.796.685	803.040.606	927.470.011	6.001.206.766
Cooperativa médica	8.248.199.604	9.237.081.945	10.606.266.105	12.163.851.797	13.989.222.898	16.390.490.952	18.141.159.694
Filantropia	1.100.439.500	1.289.566.612	851.851.200	857.708.999	1.065.013.883	1.174.151.715	1.902.286.995
Medicina de grupo	6.583.482.427	8.068.422.530	9.281.637.346	10.387.315.449	12.600.436.368	13.828.051.466	15.707.910.406
Seguradora especializada em saúde	5.398.197.838	6.212.980.754	6.701.305.077	7.522.550.081	7.912.489.383	8.749.939.565	8.608.423.749
Operadoras exclusivamente odontológicas	345.389.358	401.110.555	470.724.351	594.013.065	742.599.400	876.019.757	1.069.751.152
Cooperativa odontológica	127.541.135	146.517.327	153.760.104	211.717.782	246.802.425	249.336.442	320.216.114
Odontologia de grupo	217.848.223	254.593.229	316.964.247	382.295.283	495.796.974	626.683.315	749.535.038

Fonte: Diops - 21/11/2008 e FIP - 12/2006

Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Tabela 4 – Receita de contraprestações das operadoras 2001-2007.

**Despesa assistencial das operadoras de planos de saúde, segundo modalidade da operadora
(Brasil - 2001-2007)**

(R\$)

Modalidade da operadora	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	17.519.382.328	20.244.670.719	23.041.992.537	26.056.810.469	29.979.092.435	33.156.676.076	41.038.222.106
Operadoras médico-hospitalares	17.329.676.037	20.023.961.501	22.782.371.541	25.753.704.450	29.613.299.712	32.750.975.833	40.523.744.312
Autogestão	376.618.866	424.222.711	457.903.432	615.807.455	702.068.828	760.302.546	5.255.600.359
Cooperativa médica	6.907.333.256	7.640.353.265	8.869.493.804	10.097.592.332	11.449.167.783	13.234.736.384	14.447.167.427
Filantropia	690.818.188	795.801.440	631.303.845	667.209.782	789.075.197	895.839.352	1.014.287.365
Medicina de grupo	4.890.010.654	6.061.504.208	7.044.039.487	7.810.745.062	9.553.092.245	10.512.803.791	12.084.931.847
Seguradora especializada em saúde	4.464.895.073	5.102.079.877	5.779.630.973	6.562.349.818	7.119.895.660	7.347.293.760	7.721.757.314
Operadoras exclusivamente odontológicas	189.706.291	220.709.218	259.620.996	303.106.019	365.792.723	405.700.243	514.477.794
Cooperativa odontológica	90.806.608	103.481.161	117.318.415	141.011.501	162.137.862	157.373.064	207.957.604
Odontologia de grupo	98.899.683	117.228.057	142.302.581	162.094.518	203.654.862	248.327.178	306.520.190

Fonte: Diops - 21/11/2008 e FIP - 12/2006

Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Tabela 5 – Despesa das operadoras de planos de saúde 2001-2007.

Extraímos das duas tabelas acima os dados referentes às cooperativas médicas para traçar o gráfico a seguir, comparando ano a ano as receitas e despesas do setor:

Cooperativas Médicas - Receitas x despesas 2001-2007

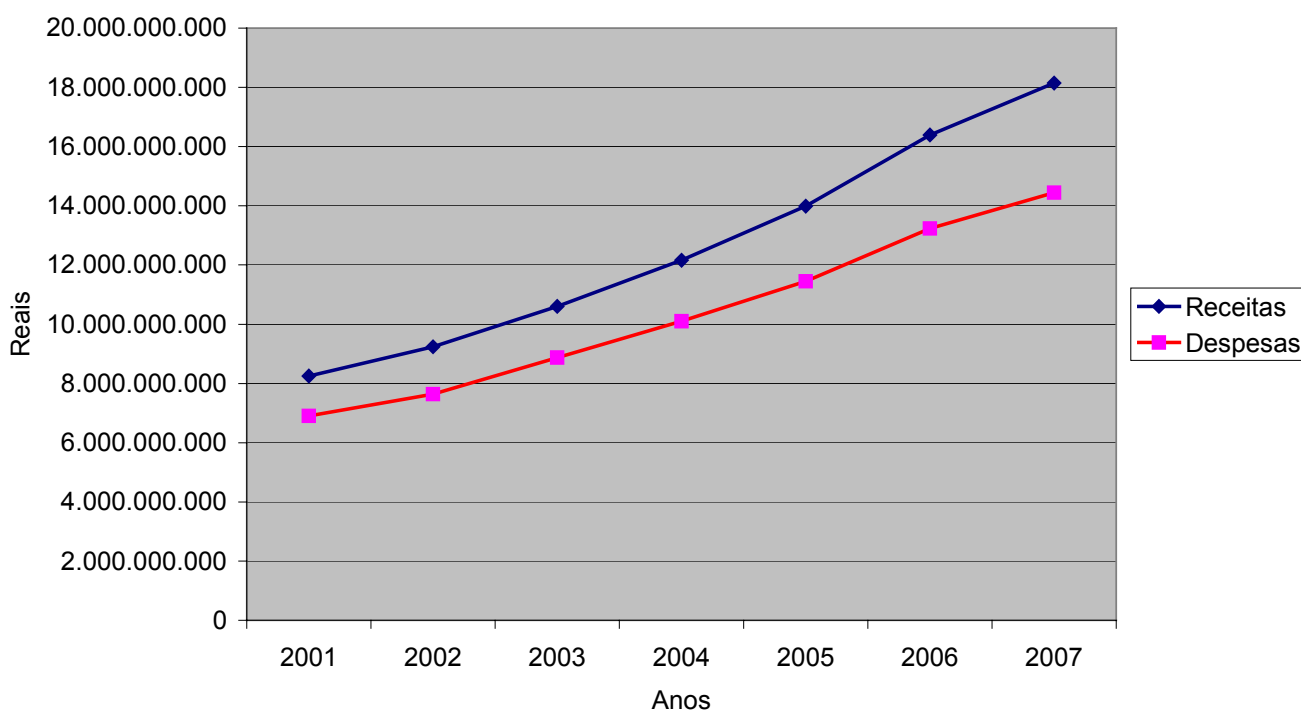
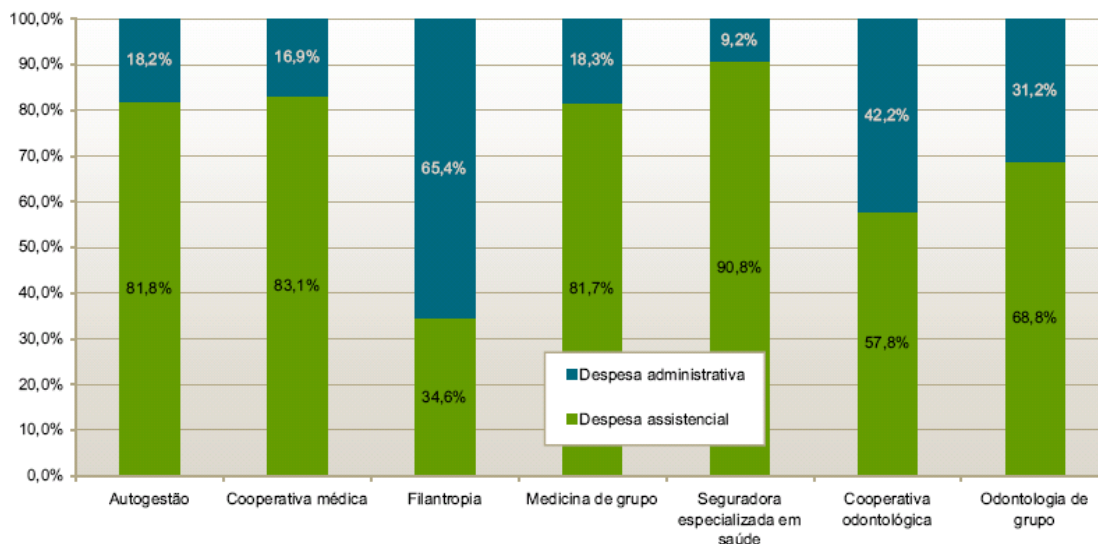


Gráfico 5 – Comparação de receitas e despesas das cooperativas médicas 2001-2007.

Com os dados destacados pode-se observar, por exemplo, que entre 2001 e 2007, as receitas das cooperativas médicas cresceram 119,94%, ao passo que as despesas cresceram 109,15%. Confrontando receitas e despesas, vemos que em 2001 as receitas superaram as despesas em 19,41%; em 2007 as receitas foram 25,56% superiores, resultado ligeiramente superior ao do setor como um todo, em que as receitas superaram as despesas em 25,32%.

O gráfico 6, abaixo, compara a eficiência das operadoras em aplicar os recursos. Vemos que, descontadas as empresas de seguro-saúde, que se limitam ao reembolso de despesas, são as cooperativas médicas que têm menor proporção de despesas administrativas, e portanto a melhor eficiência.

Distribuição percentual da despesa das operadoras de planos de saúde por tipo, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2007)



Fonte: Diops - 21/11/2008

Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Gráfico 6 – Comparação da distribuição percentual da despesa das operadoras.

5. CONCLUSÃO

Conforme foi possível levantar na confecção do trabalho, as cooperativas médicas têm sido bem sucedidas no campo da saúde suplementar no Brasil. O sistema Unimed é não apenas a maior experiência de cooperativa médica do Brasil, mas também do mundo.

Quando se compara o desempenho das cooperativas com as outras modalidades de operadoras de saúde, observa-se que são empresas competitivas e eficientes. Como vimos, a Lei nº 9.656, de 1998, igualou todas as operadoras de planos de saúde. Todas devem seguir as mesmas regras, independentemente do tipo de empresa. Assim, eventuais dificuldades operacionais ou financeiras que atinjam as cooperativas podem ser antes atribuídos a eventos pontuais ou fatores que afetem o setor como um todo do que a desvantagens legais ou de mercado.

6. FONTES DE CONSULTA

Livros

BARROCA, José L.(org.) **Saúde suplementar**. (Coleção Progestores). Brasília: CONASS, 2007.

CECHIN, José. (org.) **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo(org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP.IE, 2001.

Periódicos

Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Dez. 2008. Rio de Janeiro : ANS, 2008.

Trabalhos acadêmicos

DA LUZ, Newton Wiethorn. **Análise da gestão de uma cooperativa de trabalho médico artavés do processo decisório. Um estudo de caso da Unimed-Florianópolis**. Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

VILARINHO, Paulo F. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil**. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro: 2003.

Artigos

DUARTE, Cristina M. R.. **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):999-1008, jul-ago, 2001.



OCKÉ-REIS, Carlos O.; DE ANDREAZZI, Maria de Fátima S.;
SILVEIRA, Fernando G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?**
In: Revista de economia contemporânea, Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006.

PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Cooperativismo e direito do trabalho.** In: Jus navigandi – jul/98. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2082> .