

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Utilização de Serviços do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde”

por

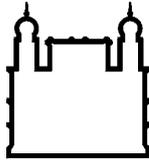
Celina Maria Ferro de Oliveira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Dominguez Ugá

Segundo orientador: Prof. Dr. Miguel Murat de Vasconcelos

Rio de Janeiro, fevereiro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Utilização de Serviços do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde”

apresentada por

Celina Maria Ferro de Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof.^a Dr.^a Silvia Marta Porto

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Dominguez Ugá – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 18 de fevereiro de 2009.

O48 Oliveira, Celina Maria Ferro de
Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por
beneficiários de planos de saúde. / Celina Maria Ferro de Oliveira.
Rio de Janeiro : s.n., 2009.
xii,112 p., tab., graf.

Orientador: Dominguez Ugá, Maria Alicia
Vasconcelos, Miguel Murat de
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca

1. Serviços de Saúde-utilização. 2. Sistemas de Saúde.
3. Saúde Suplementar. 4. Cobertura de Serviços Privados de
Saúde. 5. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde. 6. Sistema
Único de Saúde. I.Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

DEDICATÓRIA

Para Gabi com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Maria Alicia Dominguez Ugá que me acolheu com tanto carinho e graças à sua dedicação e competência tornou possível a realização deste trabalho.

Ao professor Miguel Murat de Vasconcelos pelas importantes sugestões e discussões ao longo desse período.

Às professoras Mônica Martins, Lenaura Lobato e Silvia Marta Porto pela disponibilidade e valiosas contribuições ao projeto.

A todos os professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pelos ensinamentos e oportunidades oferecidas durante o curso de mestrado.

Aos meus colegas de turma pelos momentos de aprendizagem, partilha, amizade e alegrias que tornaram este retorno à sala de aula muito especial.

Aos colegas de trabalho da ANS e do DATASUS pelo aprendizado diário e por compartilharem, ao longo da minha vida profissional, dos esforços por um sistema nacional de saúde universal e equitativo. De modo especial aos colegas da CIPRO, Ediberto, Lisete, Marcelo, Márcio, Marizélia, Mônica e Sophia pelo estímulo e paciência dispensados neste período.

Aos meus amigos de todos os tempos, Adrienne, Adriana e Luiz, Marize, Mônica Lamego, Sayumi, Rose Ruas, Patrícia, Maurinho e Rose, Omar e Adriana, Márcia, Mônica Thomaz, Mário, Ângela e Charles, Lete, Inês, Gisele, Andréia, Mônica agradeço por cada momento especial que compartilhamos.

Ao meu querido Luiz Antonio pelo carinho e serenidade do nosso convívio.

Aos meus queridos irmãos Beto, Deio e Dure, pelo amor e presença constantes na minha vida. Às minhas cunhadas e amigas, Dani e Rejane (e em breve Mariana), pelas inúmeras vezes que me substituíram nas atividades maternas e pelo carinho da nossa convivência. Aos meus sobrinhos Diego, Pâmela, Matheus e Rodrigo que juntamente com Gabi alegam os nossos encontros familiares.

Aos meus pais, Suely e Alípio, agradeço pelo ambiente de compreensão, solidariedade e amor que é nossa família e pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

À Gabi, filha amada, presente de Deus que tanta força, luz e amor acrescenta à minha vida.

E, a Deus por iluminar o meu caminho e me abençoar com esta oportunidade.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a utilização de serviços de saúde financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e pretende contribuir para o debate sobre o *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo quantitativo baseado nos microdados de 1998 e 2003 da PNAD/IBGE e em dados secundários provenientes de bases de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com base na tipologia de *mix* público-privado proposta pela OECD (2004) e no referencial teórico acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde, buscou-se analisar aspectos relacionados à cobertura duplicada do segmento privado de saúde brasileiro e as desigualdades no uso dos serviços de saúde, a partir dos tipos de serviços mais utilizados, das diferenças regionais do uso do SUS por pessoas com cobertura de planos de saúde, do perfil dos usuários e das características dos planos de saúde cujos beneficiários mais fazem uso do sistema público no atendimento às demandas por serviços de saúde.

Como resultado concluiu-se que, a despeito dos avanços alcançados com a regulamentação do setor suplementar, o SUS é responsável por uma parcela importante na assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde, tanto para as internações (10,7%) como para os demais atendimentos (11,0%), sendo a única fonte de financiamento que apresentou incremento da participação relativa entre 1998 e 2003 (+12,5% nas internações e +29,6% nos atendimentos), contribuindo para a existência de desigualdades no sistema de saúde brasileiro.

Palavras-Chave: *Mix* público-privado; Sistema de Saúde; Cobertura duplicada; Saúde suplementar; Utilização de serviços.

ABSTRACT

The present research aims at analyzing the use of health services funded by the National Health System (called SUS) for the population with health plans and to contribute to the debate on the public-private mix in the Brazilian health system. This is a quantitative study based on micro-data of the National Sample Household Survey (PNAD/IBGE), from 1998 and 2003, and secondary data from databases of the national regulatory agency for private health plans. (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS).

Based on the taxonomy of public-private mix proposed by the OECD (2004) and the theoretical framework on access and use of health services, sought to examine issues related to duplicated coverage of the private health insurance in the Brazilian Health System and inequalities in use of health services, from the types of services most used, regional differences in the use of SUS for people with health coverage plans, the profile of users and the characteristics of health plans whose customers make more use of the public to supply his needs for health care.

As a result it was concluded that, despite the progress made with the regulations of the private health sector, the SUS is responsible for an important part in health care of population with health plans, both for hospital admissions (10,7%) as for the others health services (11,0%), being the only source of funding showed that increasing the relative share between 1998 and 2003 (+12.5% in hospital admissions and +29.6% in others health services), contributing to the existence of inequalities in the Brazilian health system.

Key-words: Public-private mix; Brazilian health system; Duplicated coverage; Supplementary Health Insurance; Use of health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Beneficiários de planos de saúde por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e modalidade da operadora - Brasil - setembro/2008.

Tabela 2 - Operadoras em atividade, por modalidade, segundo o número de beneficiários - Brasil - setembro/2008.

Tabela 3 – Número de hospitais, operadoras, internações e valor total identificado para fins de ressarcimento ao SUS por ano de ocorrência da internação, Brasil - 1999 a 2005.

Tabela 4 - População residente por cobertura de plano de saúde, segundo grandes regiões e unidades da federação – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 5 - População residente por cobertura de plano de saúde, segundo abrangência geográfica, tipo de contratação, segmentação assistencial, utilização de fator moderador e faixa de preço do plano principal – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 6 – Internações realizadas por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 7 – Taxa de internação geral, do SUS e da população com plano de saúde, segundo grandes regiões – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 8 – Internações de pessoas que possuem plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 9 – Internações financiadas pelo SUS por posse de plano de saúde segundo grandes regiões – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 10 – Internações financiadas pelo SUS por posse de plano de saúde e tipo de internação – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 11 – Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 12 – Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo tipo de internação – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 13 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo estado de saúde auto declarado - Brasil - 2003.

Tabela 14 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo existência de doença crônica - Brasil - 2003.

Tabela 15 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo características do plano - Brasil - 2003.

Tabela 16 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo área censitária de residência – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 17 – Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo grandes regiões de residência – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 18 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Centro-Oeste - 1998 e 2003.

Tabela 19 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Ceará, Paraíba, Pernambuco e Bahia - 1998 e 2003.

Tabela 20 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Rondônia, Amazonas, Pará - 1998 e 2003.

Tabela 21 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sudeste - 1998 e 2003.

Tabela 22 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sul - 1998 e 2003.

Tabela 23 – Atendimentos realizados por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 24 – Atendimentos de pessoas que possuem plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 25 – Atendimentos financiados pelo SUS por posse de plano de saúde segundo grandes regiões – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 26 – Atendimentos financiados pelo SUS por posse de plano de saúde e tipo de atendimento – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 27 – Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 28 – Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo tipo de atendimento – Brasil – 1998 e 2003.

Tabela 29 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo estado de saúde auto declarado - Brasil - 2003.

Tabela 30 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo existência de doença crônica - Brasil - 2003.

Tabela 31 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo características do plano - Brasil - 2003.

Tabela 32 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo área censitária de residência – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 33 – Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo grandes regiões de residência – Brasil 1998 e 2003.

Tabela 34 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Centro-Oeste - 1998 e 2003.

Tabela 35 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Ceará, Paraíba, Pernambuco e Bahia - 1998 e 2003.

Tabela 36 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Amazonas, Pará e Tocantins - 1998 e 2003.

Tabela 37 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sudeste - 1998 e 2003.

Tabela 38 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sul - 1998 e 2003.

Tabela 39 – Quantidade de internações e valores identificados para fins de Ressarcimento ao SUS por natureza do hospital – Brasil – 1999 a 2005.

Tabela 40 – Número de hospitais, operadoras, internações e valor total cobrado no processo de Ressarcimento ao SUS por natureza do hospital – Brasil – 1999 a 2005.

Tabela 41 - Número de internações e valores cobrados no processo de ressarcimento ao SUS por natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Tabela 42 – Número de internações cobradas no processo de Ressarcimento ao SUS por situação de vínculo do hospital à rede da operadora segundo natureza do hospital – Brasil – 1999 a 2005.

Tabela 43 – Valores cobrados no processo de Ressarcimento ao SUS por situação de vínculo do hospital à rede da operadora segundo natureza do hospital – Brasil – 1999 a 2005.

Tabela 44 – Valores pagos no processo de Ressarcimento ao SUS por natureza do hospital – Brasil – 1999 a 2005.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial do plano - Brasil - 2000 a 2008.

Gráfico 2 - Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre as operadoras - Brasil - setembro/2008.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação funcional do setor privado em relação ao sistema público de saúde.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Perguntas do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD utilizadas neste estudo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - A CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	18
I.1. – Breve Histórico.....	18
I.2. - Dados do Segmento de Saúde Suplementar.....	26
I.3. – A Regulamentação do Segmento de Saúde Suplementar.....	29
I.3.1. - Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).	34
CAPÍTULO II - OBJETIVOS E METODOLOGIA	37
II.1. - Objetivo Geral.....	37
II.2. - Objetivos Específicos.....	37
II.3. – Metodologia.....	37
II.3.1. Fontes das informações.....	37
II.3.2. Procedimentos Metodológicos.....	38
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO TEÓRICA	43
III.1. Mix Público-Privado.....	43
III.2. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.....	51
CAPÍTULO IV - ESTUDO EMPÍRICO - RESULTADOS E ANÁLISES.....	58
IV.1. - Cobertura e características gerais.....	58
IV.2. – Internações.....	62
IV.3. - Demais Atendimentos.....	79
IV.4. - O ressarcimento da utilização de serviços referente a pessoas cobertas por planos de saúde.....	94
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXO I - QUESTIONÁRIO DA PNAD	109

INTRODUÇÃO

A discussão acerca das novas configurações dos sistemas de saúde, após as reformas ocorridas nos anos 90, tem se pautado nos complexos arranjos público-privados resultantes das transformações do papel do Estado, pela incorporação de mecanismos do mercado no interior das suas instituições, pelo abandono das funções de provisão de alguns serviços de saúde e até pelo aparecimento de novas instâncias intermediárias de decisão.

Buscando alternativas para reduzir os crescentes custos da assistência, as reformas têm distanciado os sistemas de saúde dos três tipos clássicos, isto é, sistema nacional de saúde (provisão estatal e financiamento por tributos), sistema de seguro social (financiamento exclusivamente sobre a folha salarial) e de sistema de saúde liberal (provisão e financiamento privados). Na prática, o que conforma os sistemas de saúde é um conjunto de ações públicas e privadas, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento dos mesmos.

O debate que está colocado para diversos países diz respeito à composição adequada do *mix* público-privado e ao papel apropriado do seguro privado de modo a garantir a equidade dos sistemas nacionais de saúde. Assim, os governos se defrontam com questões tais como incentivar o crescimento do segmento privado ou, ao contrário, garantir que sua atuação seja sempre residual.

Aparentemente na contramão desse momento histórico mundial, foi implantado no Brasil, no final dos anos 80, o sistema nacional de saúde, de acesso universal e igualitário, garantindo integralidade de cobertura a todos os cidadãos brasileiros.

Entretanto, o país também atravessava um período de grave crise econômica e de implementação de reformas de cunho neoliberal e, conseqüentemente, a universalização da cobertura não foi acompanhada pelo aumento correspondente do financiamento público e pela expansão da oferta de serviços.

Ademais, desde o final da década de 60, a implantação de políticas públicas que privilegiavam o setor privado com o financiamento para a instalação da rede de prestadores necessária ao atendimento da população previdenciária do Instituto Nacional de Previdência Social e posterior compra de serviços desta mesma rede, permitiram o surgimento de diversas modalidades de empresas intermediárias da prestação de serviços médicos hospitalares, constituindo-se assim o hoje chamado sistema de saúde suplementar.

O segmento de saúde suplementar cresceu e funcionou como um setor não regulado durante um período de aproximadamente 30 anos. Somente em 03 de junho de 1998 é promulgada a Lei 9.656, marco regulatório dos planos e seguros privados de assistência à saúde, e em 28 de janeiro de 2000, através da Lei 9.961, cria-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial do Ministério da Saúde, órgão de regulação, normatização controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde.

Desde então, a regulação setorial busca a ampliação das coberturas assistenciais visando garantir à atenção integral à saúde dos beneficiários de planos privados. Neste sentido, destacam-se a obrigatoriedade de comercialização do Plano Referência, que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território nacional, com cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e a instituição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e plano referência) contratada pelo consumidor.

Entretanto, a conformação do sistema de saúde brasileiro caracterizado, de um lado, pela sobreposição de vínculos dos prestadores de serviços ao financiamento público e privado, e de outro, pela forte presença de um segmento privado de asseguramento, mantém no centro do debate questões relativas à parcela da população com cobertura de planos de saúde que faz uso de serviços públicos para o atendimento às suas necessidades de saúde.

Da mesma forma, a instituição do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, no artigo 32 da Lei 9656/98, confirma a visão do legislador de que os planos privados devem cobrir todos os serviços de saúde previstos na segmentação assistencial contratada e, ao mesmo tempo, reconhece a dificuldade de que isso ocorra num contexto de profunda imbricação entre os segmentos público e privado de saúde.

Assim, este estudo tem o objetivo de analisar o *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro a partir do perfil de utilização dos serviços de saúde financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Para tanto, o capítulo I apresenta um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, desde a década de 20 do século passado, chegando à implantação do Sistema

Único de Saúde, com o advento da Constituição Federal de 1988 e a regulação do segmento privado, a partir de 1998.

No capítulo II encontram-se detalhados os objetivos deste estudo e os procedimentos metodológicos utilizados.

No capítulo III são discutidos os referenciais teóricos sobre o *mix* público-privado, com destaque para a tipologia desenvolvida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), e sobre o acesso e utilização de serviços de saúde.

A análise e os resultados do estudo empírico são apresentados no capítulo IV e o capítulo V traz as considerações finais.

CAPÍTULO I - A CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

I.1. Breve Histórico.

A década de 20 marca o início da estruturação do sistema de saúde brasileiro, até então centrado nas ações sanitárias de controle ou erradicação de doenças de massa visando proteger, especialmente, o setor agrícola cafeeiro, na atuação das instituições de caráter filantrópico destinadas à assistência aos pobres e indigentes e ainda nas sociedades de ajuda mútua. (Noronha e Levcovitz, 1994).

Fruto das pressões exercidas pelos trabalhadores urbanos, especialmente do Rio de Janeiro e de São Paulo, juntamente com a classe média, por melhores condições de trabalho e pela garantia de alguns benefícios e ainda, sob influência das transformações¹ sócio-políticas ocorridas nos países ocidentais após a primeira guerra mundial e da revolução Russa, foi promulgada a Lei Eloi Chaves (1923) que “*estabeleceu as bases legais e conceituais da posterior previdência social*” no Brasil, mediante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP. (Malloy, 1976).

As CAPs ofereciam os benefícios de aposentadoria e pensão, serviços de assistência médica curativa e auxílio funeral. Eram organizadas por empresas e “*foram os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador*” e, conseqüentemente, com maior capacidade de articulação política, os primeiros a terem suas CAPs organizadas, iniciando-se pelas empresas ferroviárias e estendendo-se, a partir de 1926, para os portuários e marítimos (Braga e Paula, 1986). Os benefícios concedidos aos segurados eram diferenciados, uma vez que os cálculos das aposentadorias e pensões refletiam as contribuições mensais que eram diretamente proporcionais aos salários dos empregados. Ou seja, as CAPs não se constituíram como um meio de redistribuição de renda e consolidaram uma forma de segmentar os benefícios que seria incorporada aos futuros esquemas de previdência social, contribuindo para um alto grau de estratificação e desigualdade.

Inicialmente, os serviços de assistência médica eram prestados por médicos contratados que reservavam parte do tempo de seus consultórios para atender os segurados, pelas entidades hospitalares de caráter filantrópico e pelas Sociedades

¹ “Durante a conferência de paz em Versalhes, os chefes de Estado procuraram definir uma nova ordem para mundo, que incluía uma abordagem abrangente e aperfeiçoada da questão social.”. Foi criada a Organização Internacional do Trabalho – OIT, encarregada de prestar assistência técnica aos governos na área de política social e do trabalho. (Malloy, 1976)

Mutuárias. A partir de 1926, abriu-se a possibilidade para que as Caixas estruturassem seus próprios serviços, fato que viria, no período pós-30, a ser um dificultador para a proposta de eliminação da assistência médico-hospitalar das obrigações da Previdência Social. (Cordeiro, 1984).

Se por um lado esse conjunto de ações trouxe proteção social a todos os setores organizados da classe média urbana, não estendeu tal cobertura ao setor rural, aos autônomos, profissionais liberais, domésticos e demais trabalhadores que não contavam com vínculo empregatício formal.

No entender de Paula e Braga (1986), foi somente a partir dos anos 30 que se criaram as condições políticas e econômicas propícias ao desenvolvimento de políticas sociais de porte. No entanto, não se pode esquecer a seletividade dessas ações traduzida no conceito de "cidadania regulada", ou seja, "a cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal". (Santos, 1987).

Em 1933, a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP, em substituição às Caixas, se constituiu numa novidade em termos de instrumento de cobertura social, pois, diferentemente das CAPs – que aglutinavam trabalhadores por empresas - os IAPs abrangiam categorias profissionais, possibilitando que trabalhadores de pequenas empresas fossem inseridos no sistema. Cabe ressaltar, entretanto, que a partir desse momento a assistência médico-hospitalar passou a ser atribuição secundária da previdência social e limitada por uma série de mecanismos. (Oliveira e Teixeira, 1986).

A criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), no final de 1934, introduziu o instrumento da contribuição suplementar, que segundo Cordeiro (1984) se transformaria no "elemento-chave utilizado para as futuras articulações a que viria a ser submetida a assistência médica". Alguns anos mais tarde, na reformulação deste mesmo Instituto, além de mantida a taxa suplementar, foi introduzido um período (mínimo) de 12 meses de carência para utilização dos serviços de assistência médica.

A Lei de criação do IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários), publicada em 1936, foi ainda mais restritiva no que tange à assistência médico-hospitalar, estabelecendo apenas a possibilidade de concessão do referido

benefício. De fato, a grande massa de associados do IAPI só viria a ter direito à assistência médica em 1950, ou seja, quatorze anos depois da criação do Instituto.

Datam deste período a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a Assistência Patronal – denominada atualmente de Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) – estruturada pelos funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. Estas organizações são classificadas hoje, no segmento de saúde suplementar, como empresas de Autogestão.

O deslocamento da assistência médica de atribuição central e obrigatória da Previdência, somado à lógica contencionista do período, impôs a opção pela compra de serviços privados em detrimento da estruturação de serviços próprios, especialmente no que se refere à assistência hospitalar, onde os investimentos necessários para a construção de unidades próprias e aquisição de equipamentos seriam mais significativos. (Oliveira e Teixeira, 1986).

No período entre 1945 e 1964 ocorreu apenas uma modificação significativa no sistema normativo previdenciário: a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, uniformizando os serviços previdenciários de todos os Institutos.

A partir de meados dos anos 60 sucederam mudanças profundas nas relações entre financiadores e provedores de serviços de saúde. A lógica centralista do período foi marcada por grandes reformas institucionais e então, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) através da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

A criação do INPS, no entanto, não representou alteração da característica assistencialista da Previdência Social advinda do período anterior. Ao contrário, as mudanças no perfil das necessidades da população, agora em crescente urbanização, não podiam mais ser supridas com as condições salariais colocadas à época e, a expansão dos benefícios foi necessária para se contrapor as grandes perdas em termos de possibilidade de mobilização e participação dos trabalhadores, impostas pelo regime militar, buscando manter minimamente controladas as pressões sociais.

Deste modo, com a criação, a partir de 1967, de novos mecanismos de poupança compulsória (FGTS, PIS, PASEP) e a unificação do controle total da Previdência pelo Estado (INPS), novos benefícios foram instituídos e se elevou sensivelmente o contingente de categorias de trabalhadores cobertos pelos mesmos.

O mesmo movimento ocorreu em relação à assistência médica, visto que havia um entendimento comum e implícito de que as ações de saúde deveriam ser extensivas a toda a população e não somente aos trabalhadores. “Assim, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atenção hospitalar já basicamente de natureza privada² e apontando na direção da formação das empresas médicas”. (Braga e Paula, 1986).

O aumento da abrangência da medicina previdenciária, contemplando praticamente toda a população urbana e parcialmente a população rural, ocorreu em detrimento das ações de saúde pública do Ministério da Saúde. Ainda que este mantivesse, no âmbito normativo, a atribuição de formular a Política Nacional de Saúde, na prática o que ocorreu foi uma diminuição do orçamento do MS, além da impossibilidade de controle dos recursos destinados à saúde.

A opção por uma política de assistência médica especializada, curativa e de cunho individual, colocou o ato médico e o hospital em posição privilegiada no setor, pois passaram a ser os grandes geradores de despesas. Articulado com os interesses do capital internacional no mercado brasileiro, especialmente da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, e tendo como pano de fundo a expansão da cobertura e a crise financeira dos IAPs ocorreu uma grande mudança na prestação dos serviços médicos, que passaram a ser realizados, preferencialmente, por prestadores privados. Houve neste período uma estagnação do crescimento da rede hospitalar própria da previdência social, com um elevado crescimento da rede privada, chegando esta, no final da década de 70, a representar mais de 90% das despesas do INPS.

Na avaliação de Oliveira e Teixeira (1986), esta opção por aquisição de serviços médicos de terceiros não foi um fato isolado. Na verdade, o que estava em curso era uma mudança do papel do Estado, passando a execução das ações, em praticamente todos os setores da economia, a ser atribuída do setor privado e cabendo àquele a atividade de regular estes prestadores privados, conforme explicitava a Reforma Administrativa de 1968 (Decreto-Lei nº 200) e, no âmbito da assistência à saúde, o Plano Nacional de Saúde - PNS.

A intervenção do Estado nos anos 60 e 70 unificou o sistema de atenção à saúde da população assalariada e aposentada, fomentou a expansão do setor privado com investimentos diretos e/ou por meio de financiamento à construção de hospitais e

² O percentual de leitos privados aumenta de 53,9% para 62,1% entre 1950 e 1960.

instituições privadas e à aquisição de equipamentos médicos, além de ter garantido a demanda com a crescente compra de serviços médicos para atendimento aos segurados do INPS. Os recursos que possibilitaram este financiamento foram oriundos do FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – a cargo da Caixa Econômica Federal, cujos empréstimos a juros bastante baixos beneficiaram a expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos.

Neste contexto surgiram as empresas de Medicina de Grupo que comercializavam serviços de assistência médica, mediante convênios entre as empresas contratantes e o INPS, através dos quais a Previdência Social subsidiava a compra desses serviços ficando desobrigada de prestá-los diretamente. Atualmente, existem 548 empresas de medicina de grupo registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)³ que prestam assistência à saúde para 15,4 milhões de beneficiários.

Esta nova modalidade de suprimento de serviços médicos aos trabalhadores tornou-se ao longo dos anos um instrumento de controle dos empregadores sobre seus funcionários, na medida em que as empresas médicas ficaram com a responsabilidade de realizarem os chamados exames admissionais e periódicos. Além disso, essa nova modalidade de contratação apresentou-se como promotora de uma forte estratificação discriminatória da qualidade do atendimento mediante oferta de serviços diferenciados conforme as possibilidades financeiras e a condição social do contratante. (Cordeiro, 1984).

Para o sistema oficial (Previdência Social) o setor conveniado apresentou-se como uma possibilidade econômica e politicamente viável de expansão no curto prazo, na medida em que não havia capacidade de atendimento ao crescimento permanente da massa segurada no âmbito da previdência oficial.

No entanto, diferentemente dos departamentos médicos, as empresas de medicina de grupo visavam obter lucro, ainda que para isso fosse necessário reduzir os custos da assistência. A formação e a sobrevivência destas empresas eram estimuladas pela Previdência Social que deixava de recolher uma parcela da contribuição devida, configurando um financiamento do Estado à estruturação do mercado de saúde suplementar.

³ Cadastro de Operadoras ANS / MS – 09/2008.

Neste sentido, a partir de 1969 foram publicadas normas desobrigando as empresas dos atendimentos mais longos e custosos, conforme aponta Gentile de Mello apud Oliveira e Teixeira (1986):

“Preferiu-se (...) que os tuberculosos, desde o diagnóstico, passassem a ser tratados pelos serviços da Previdência Social (...). O que ocorreu com a tisiologia repetiu-se com as doenças mentais, de cujo tratamento as empresas convenientes estão também desobrigadas.

O INPS assumiu, por igual, a responsabilidade financeira nos casos considerados riscos catastróficos, incluídos nesse grupo: a cirurgia cardíaca, a microneurocirurgia, os transplantes, os implantes, os politraumatizados e mais todos os casos cujo tratamento ultrapasse certo valor”.

Entretanto, conforme aponta Cordeiro (1984), parte da categoria médica, representada principalmente pela AMB e alguns sindicatos, criticavam a atuação das empresas de medicina de grupo alegando que estas interferiam na autonomia do médico e cometiam infrações ao código de ética médica.

Em resposta a expansão destes grupos médicos e para contrapor o que seus opositores chamavam de mercantilização da medicina, a categoria médica se organizou criando as cooperativas médicas, as UNIMEDs. A primeira cooperativa surgiu na cidade de Santos e de acordo com seus fundadores, não se caracterizava como uma organização capitalista, uma vez que os próprios médicos seriam os gestores das cooperativas. Além disso, as UNIMEDs seriam abertas a qualquer profissional médico com condições técnicas e éticas e, sendo assim, a autonomia estaria garantida.

Contudo, em pouco tempo as UNIMEDs estavam atuando nos mesmos moldes das empresas médicas e, conseqüentemente, “estas duas modalidades, que se opõem, passaram a disputar o mercado da clientela potencial, as empresas industriais e de serviços, dentro de uma mesma lógica assistencial e de uma mesma modalidade de financiamento, o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da Previdência Social” (Cordeiro, 1984).

Iniciaram-se aí as modificações no mix público/privado no setor saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada (Oliveira e Teixeira, 1986).

Novas formas de financiamento dos custos com assistência à saúde se proliferaram e viabilizaram o acesso a esses serviços a amplas camadas da população – especialmente as classes de renda média e alta. Planos de saúde individualmente contratados, planos de seguro de grupos com participação financeira das empresas privadas e planos próprios das empresas estatais foram algumas das principais modalidades que se expandiram na década de 80. (Bahia, 2001)

Ainda na visão de Bahia (2001), “esse processo de expansão acentuou a organização de sub-redes e atingiu o ápice da fragmentação” quando os hospitais filantrópicos, que eram conveniados ao sistema público de saúde e a diversas empresas de planos de saúde, resolveram comercializar seus próprios planos, na busca de uma fonte de financiamento alternativa.

O desenvolvimento do sistema previdenciário brasileiro nas décadas de 60 e 70, onde a expansão da cobertura dos benefícios não foi acompanhada da criação de novas fontes de recursos e financiamento, fez com que no início dos anos 80 a crise da Previdência atingisse seu ponto de inflexão.

As transformações políticas que o país atravessava com o fim do regime militar e o processo de transição democrática propiciou grandes debates acerca da política previdenciária de assistência médica, com o surgimento de propostas alternativas para o sistema de saúde. “O movimento de transformação do setor saúde, centrado nos princípios de universalização do acesso aos serviços e de descentralização da gestão, estiveram assim intimamente associados ao processo de democratização da sociedade brasileira”. (Noronha e Levcovitz, 1994).

Neste contexto ocorreu, em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, onde a discussão sobre os serviços básicos de saúde trouxe à tona o tema da descentralização e resultou no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o PREV-SAÚDE. O programa trazia questões como a promoção da descentralização operacional e da participação comunitária e a integração das atividades de promoção e recuperação da saúde.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e que assumia, no âmbito do próprio governo, a crítica ao sistema e propunha sua reversão. No auge da crise financeira da previdência e também do próprio governo

⁴ Em 1987, cerca de 16% da população brasileira contava com cobertura de planos de saúde.

militar, em 1982, o CONASP propôs o Plano de Assistência à Saúde da Previdência Social que apresentava como uma de suas recomendações o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS foram parcialmente implantadas pelo INAMPS/MPAS no período de 1983/86, e se caracterizavam por ampliar a cobertura dos serviços médicos oferecidos à população não previdenciária. Os municípios e estados que optassem por fazer parte do programa receberiam recursos da Previdência Social para implementá-lo. (Noronha e Levcovitz, 1994).

A possibilidade de expansão da oferta de serviços públicos à totalidade da população era contrário aos interesses do setor privado e, conseqüentemente, a implementação das AIS sofreu profunda resistência destes atores, expressa de maneira contundente pela ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – e pela AMB – Associação Médica Brasileira.

A grande propagação das AIS ocorreu nos anos 85/86, período em que se iniciava a Nova República e significou avanços consistentes no crescimento da rede ambulatorial básica, na articulação com os serviços públicos municipais e na participação da população na gestão destes serviços. Na avaliação de Cordeiro (1991), “as AIS proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores da reforma sanitária”, embora não tenham se consolidado como uma política de governo.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se propôs que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um sistema único. Entre as conclusões desta Conferência, ressalta-se a ênfase na participação da população na formulação da política de saúde e as recomendações de criação de conselhos com funções de formular e controlar a execução da política de saúde.

No ano seguinte foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que deu continuidade à reforma setorial, e sua implementação tinha como objetivo contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS. Consoante com os princípios das AIS, dentre as diretrizes do SUDS, estava a descentralização das ações de saúde para estados e municípios, cabendo ao nível federal

Segundo dados da ANS, hoje este percentual é de 21,2%.

as atividades de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado.

A consolidação destas ações se deu com a promulgação da Constituição de 1988 definindo, no artigo 196 do Capítulo da Seguridade Social, “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, caracterizando a saúde como a primeira política social brasileira de caráter universal, rompendo com o modelo corporativista vigente desde o início dos anos 30.

Foram estabelecidos como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios às populações urbanas e rurais; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade.

Entretanto, na visão de Faveret e Oliveira (1990), a universalização da assistência sem o correspondente aumento da oferta, aliado à expansão dos planos de saúde, vem, ao longo dos anos, expulsando do segmento público as classes médias da população, que buscam no segmento privado atendimento de maior qualidade, provocando o que os autores chamaram de “universalização excludente”.

I.2.- Dados do Segmento de Saúde Suplementar.

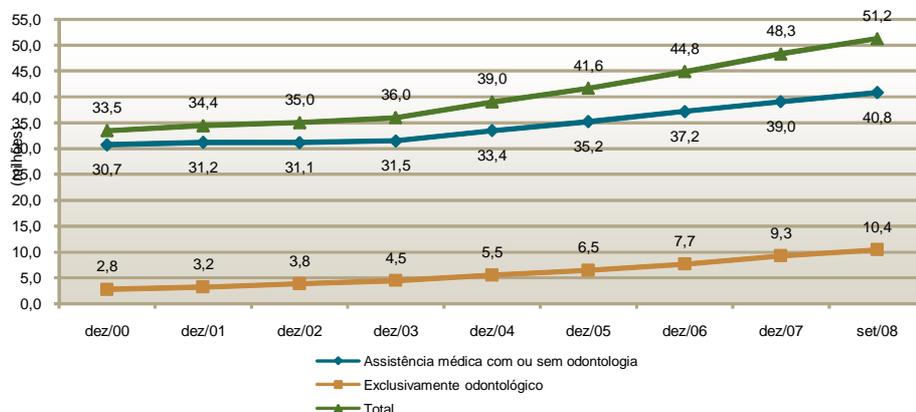
De acordo com os dados⁵ da ANS, atuam no mercado 1.785 operadoras de planos privados de assistência à saúde, distribuídas em seis modalidades que operam planos médico-hospitalares (administradora, autogestão, medicina de grupo, cooperativa médica, filantrópica, seguradora especializada em saúde) e, duas modalidades que operam planos de assistência exclusivamente odontológica (odontologia de grupo e cooperativa odontológica).

Em termos de planos de saúde, encontram-se registrados e/ou cadastrados na Agência 22.078 planos com 51,2 milhões de beneficiários vinculados, distribuídos pelas diversas operadoras e apresentando as mais variadas combinações das características descritas anteriormente. Do total de beneficiários, 38,5 milhões, o que corresponde a

⁵ Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários – 09/2008, Cadastro de Operadoras – 09/2008 e Sistema de Registro de Produtos – 09/2008.

75% do total, está vinculado a planos posteriores à Lei 9.656, ou seja, com todas as garantias previstas na legislação. Os outros 25% permanecem com planos contratados anteriores à regulamentação setorial.

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial do plano - Brasil - 2000 a 2008.



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

O gráfico um apresenta a evolução do número de beneficiários no período de 2000 a 2008 segundo a cobertura assistencial do plano e, observa-se que o segmento está se expandindo, especialmente nos planos de assistência odontológica.

Tabela 1 - Beneficiários de planos de saúde por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e modalidade da operadora - Brasil - setembro/2008.

Modalidade da operadora	Total		Novos		Antigos	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	51.199.567	100,0	38.487.508	75,2	12.712.059	24,8
Autogestão	5.372.304	100,0	1.669.566	31,1	3.702.738	68,9
Cooperativa médica	13.851.259	100,0	11.079.958	80,0	2.771.301	20,0
Cooperativa odontológica	2.042.397	100,0	1.746.856	85,5	295.541	14,5
Filantropia	1.457.752	100,0	1.024.938	70,3	432.814	29,7
Medicina de grupo	16.377.842	100,0	12.955.862	79,1	3.421.980	20,9
Odontologia de grupo	6.158.197	100,0	5.477.165	88,9	681.032	11,1
Seguradora especializada em saúde	5.939.816	100,0	4.533.163	76,3	1.406.653	23,7

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

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Considerando a distribuição dos beneficiários pelas diversas modalidades de operadoras, observa-se a que as empresas de Medicina de Grupo e as Cooperativas Médicas agregam o maior número de vínculos, respectivamente 32% e 27% do total. (Tabela 1). Entretanto, conforme aponta a Tabela 2, grande parte destas operadoras são de pequeno porte. No caso das Medicinas de Grupo, 30% das empresas possuem entre 1 e 2.000 beneficiários e, entre as Cooperativas Médicas, 40% das operadoras se

encontram nas faixas de 1 a 10.000 beneficiários. Apenas a modalidade de Seguradora Especializada em Saúde, que apresenta um número reduzido de empresas, na sua grande maioria (85%), possui acima de 100.000 beneficiários.

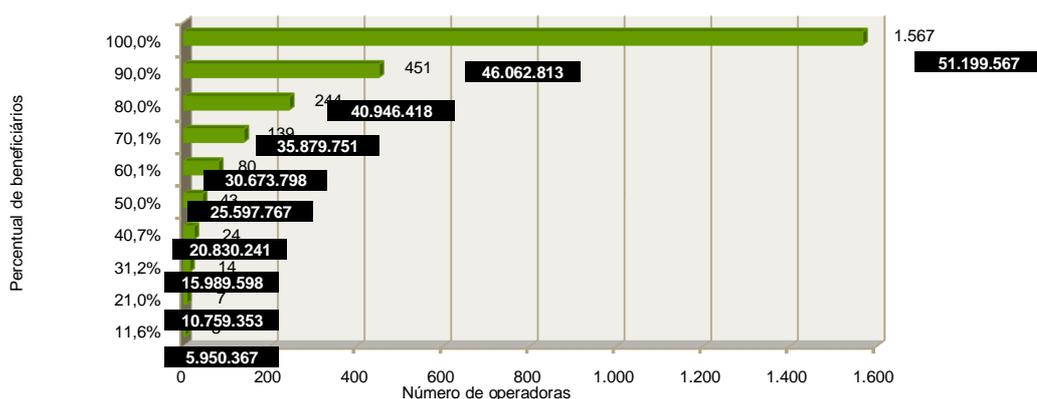
Tabela 2 - Operadoras em atividade, por modalidade, segundo o número de beneficiários - Brasil - setembro/2008.

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

Conseqüentemente, apesar da grande quantidade de empresas registradas na ANS, o mercado de saúde suplementar é fortemente concentrado e, 80% dos 51,2 milhões de usuários estão distribuídos em 244 operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Gráfico 2 - Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre as operadoras - Brasil - setembro/2008.



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

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Curva A: 244 operadoras (15,6% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 451 operadoras (28,8% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 1.567 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

I.3. – A Regulamentação do Segmento de Saúde Suplementar.

A década de noventa foi marcada por intensos debates acerca da regulação da saúde suplementar e, no entender de Bahia (2003), dois fatores conjugados desencadearam o processo de regulamentação: por um lado, a entrada no mercado de duas grandes seguradoras provocou o aumento da concorrência exigindo regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro e, de outro lado, a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia de superação de restrições assistenciais existentes nos contratos, como era o caso da negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV, idosos e pacientes que requeriam hospitalização mais prolongada.

Almeida (1998) acrescenta ainda, denúncias de problemas de solvência das empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal no caso das instituições filantrópicas e a necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica, como fatores que mobilizaram os setores governamentais para a necessidade de regulação do setor.

A discussão acerca da abrangência da regulamentação envolveu os mais variados segmentos: entidades de defesa dos consumidores (IDEC, Procon, etc), Ministério Público, Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Poder Legislativo, entidades de representação das empresas do setor (Abrange, Fenaseg, Confederação das Unimed's do Brasil, Ciefas), entidades de representação de médicos (Associação Médica Brasileira – AMB; Conselhos Federal e Regional de Medicina) e dos hospitais (Federação Brasileira de Hospitais – FBH). Conseqüentemente, a dificuldade de consenso diante de interesses conflitantes marcou o debate, trazendo à tona “as divergências e as composições entre os elementos que integram o mercado de planos e seguros de saúde”. (Bahia, 1999).

O jogo de forças dos diversos atores estendeu-se pelo Congresso durante sete anos e somente em 03 de junho de 1998 foi aprovada a Lei 9.656, definindo as regras operacionais dos planos privados de assistência à saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS foi criada em novembro de 1999, pela MP nº 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei nº 9.961, de 28/01/2000. Constituída como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A natureza de autarquia especial conferida a ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, independência nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Sua missão institucional é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A intervenção estatal no setor privado de saúde, amplamente discutida por diversos autores, se justifica, em primeiro lugar, pela relevância pública do objeto desta prestação de serviços. Além disso, a existência de externalidades e de barreiras à entrada impõe a necessidade de corrigir e/ou minimizar as falhas inerentes ao mercado de planos/seguros de saúde. (Arrow, 1985; Musgrove, 1996; Donaldson, 1993, Chollett e Lewis, 1997).

O chamado Risco Moral (*Moral Hazard*) se refere à tendência de ocorrer excesso de demanda por serviços de saúde quando os usuários não arcam, de forma direta e imediata, com os custos da assistência no ato da utilização. O risco moral pode ocorrer tanto pelo lado do consumidor quanto do prestador de serviços e, segundo Arrow (1963), “*pode alterar incentivos e desta forma afetar as probabilidades com que a companhia seguradora contou*”. Do lado do prestador de serviços, o risco moral pode resultar da falta de conhecimento dos custos ou pelo método de remuneração destes prestadores, ocasionando o que se chama de demanda induzida pela oferta. Almeida (1998) destaca, ainda, que o risco moral está presente nos seguros de saúde independente da forma de financiamento pública ou privada.

Denomina-se Seleção Adversa a auto-exclusão de alguns grupos do seguro-saúde. Como os prêmios são calculados com base no risco médio da população segurada, aqueles indivíduos que, conhecendo seu próprio estado de saúde, entendem que o seu risco é menor do que a média, tendem a abandonar o sistema, permanecendo os indivíduos de risco mais elevado. Para contornar este processo, as empresas criam barreiras e utilizam diversos mecanismos para impedir a entrada dos indivíduos de maior risco no sistema – a chamada seleção de risco.

Por fim, a assimetria de informação que resulta da distribuição desigual de informações disponíveis entre prestadores e usuários de um bem ou serviço de saúde. Geralmente, um desses agentes detém mais informações sobre determinadas características do bem ou do serviço de saúde. De fato o paciente, ao contrário do

médico, não detém a informação que permita avaliar as condições de sua saúde, e tampouco a necessidade, oportunidade e eficácia do tratamento proposto pelo médico.

De modo geral, identificamos na Lei 9.656 e nas normas editadas pela ANS, diversos dispositivos que procuram impedir ou, ao menos, atenuar os elementos acima descritos.

Ao garantir a possibilidade de qualquer indivíduo poder comprar um plano ou seguro de saúde, independente de idade ou condição de saúde no momento da compra⁶, e ainda, ao proibir a rescisão unilateral do contrato⁷, a regulamentação impede a prática da seleção de risco por parte das operadoras de planos de saúde.

De outro lado, a legislação prevê a utilização de mecanismos de regulação ainda que os critérios sejam definidos por lei. Assim, os prazos máximos de carências para a utilização de serviços estão estabelecidos no inciso V do artigo 12 da Lei 9.656. Da mesma forma, estão definidos os limites máximos para as coberturas parciais temporárias⁸ no caso de doenças ou lesões pré-existentes. A regulamentação permite também o pagamento de co-participações ou franquias⁹ e a utilização de prestadores de serviços previamente indicados para avaliar e autorizar a realização de determinados procedimentos.

Com o objetivo de reduzir a assimetria de informação e aumentar o conhecimento do consumidor acerca do plano de saúde adquirido, a regulamentação estabeleceu um grupo de características que a operadora deve indicar para obter o registro do plano na ANS. Dentre estas características, destacamos:

- a) Segmentação Assistencial do Plano¹⁰ - é a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) a que um usuário faz jus pela contratação de um plano de saúde. De acordo com a legislação, um plano de saúde pode oferecer dois tipos de cobertura: a cobertura integral do Plano Referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico). A definição das segmentações que podem ser contratadas pelos consumidores padroniza as coberturas, impedindo assim, a sub-segmentação dos produtos oferecidos.

⁶ Artigo 14 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

⁷ Inciso II, artigo 13 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

⁸ Consu 15, de 29 de março de 1999.

⁹ Inciso VIII, artigo 16 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

¹⁰ Resolução Normativa nº 100, de 06 de junho de 2005.

- b) Tipo de contratação do plano - Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, entre as seguintes conceituações na Resolução Consu nº 14/98: Individual / Familiar, Coletivo Empresarial, Coletivo por Adesão.
- c) Área Geográfica de Abrangência - Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, de acordo com a seguinte classificação: Nacional (em todo o território nacional), Estadual (em todos os municípios do Estado), Grupo de Estados (em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional), Municipal (em um município), Grupo de Municípios (em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles)
- d) Área de Atuação - A Operadora deverá indicar os municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, de acordo com a abrangência geográfica adotada, à exceção da nacional, limitados às áreas e observações previstas na Tabela C da RDC nº 77, de 7 de maio de 2001.
- e) Entidades Hospitalares – A operadora deverá informar as entidades hospitalares integrantes da rede do plano de saúde.
- f) Padrão de Acomodação em Internação - A Operadora deverá indicar o tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano, conforme se segue: Individual (não compatível com plano referência), Coletiva (enfermaria).
- g) Fator Moderador – Indica a existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução Consu nº 8, de 3 de novembro de 1998: 1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento; 2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

Outro aspecto relevante no caso brasileiro, fruto da visão da sociedade e, até certo ponto, contemplado na regulamentação setorial, é que a cobertura assistencial prestada pelos planos de saúde deve ser integral, caracterizando que segmento privado deve desempenhar um papel duplicado em relação ao sistema público.

Assim, destaca-se a obrigatoriedade de que todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde ofereçam o Plano Referência¹¹, que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território nacional, com cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Também merece destaque a instituição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS¹², que é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e plano referência) contratada pelo consumidor. Ao definir que os contratos passam a ter sua cobertura determinada e, periodicamente atualizada, pelo órgão regulador, fica garantida a manutenção do padrão da assistência ao longo do tempo, acompanhando a incorporação de tecnologias em saúde.

A última revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicada em janeiro de 2008, incorporou a cobertura ambulatorial de atendimentos de terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição e psicoterapia, além de procedimentos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, garantindo ao beneficiário o acesso a um tratamento multiprofissional consoante com o princípio da integralidade da atenção à saúde.

Neste sentido, ressalta-se também a vedação legal à limitação de prazo, valor máximo e quantidade para as internações hospitalares e utilização de leitos de alta tecnologia. A cobertura de consultas médicas em número ilimitado, quando o plano incluir atenção ambulatorial e o pagamento de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, quando o plano incluir internação hospitalar.

No tocante à rede prestadora de serviços, a Lei 9.656 estabeleceu que para fins de registro dos planos de saúde, as operadoras devem informar os estabelecimentos de

¹¹ Artigo 10 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

¹² O Rol de Procedimentos foi estabelecido em 1998 pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 10, revisto pela Agência em 2000, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 41, em 2001, pela RDC nº 67, pela Resolução Normativa nº 82, de 2004 e, pela Resolução Normativa nº 167, de 2008.

saúde que compõem a rede onde será prestada a assistência aos beneficiários. A verificação da adequação da rede informada às características de configuração dos planos de saúde é feita a partir da vinculação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde é possível identificar o número de leitos existentes, os serviços e equipamentos disponíveis.

I.3.1. - Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição do ressarcimento ao SUS é a confirmação do legislador de que os planos privados devem cobrir todos os serviços de saúde previstos na segmentação assistencial contratada e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dificuldade de que isso ocorra num contexto de profunda imbricação entre o segmento público e privado de saúde.

A primeira referência ao ressarcimento dos gastos de assistência à saúde aparece no Plano de Pronta Ação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1975. Segundo o PPA, “na vigência de convênio, o INPS se desobriga do atendimento aos beneficiários por ele abrangidos e os atendimentos médicos eventualmente realizados pelo Instituto são cobrados da empresa” (MPAS-INPS, 1975). Entretanto, Gentile de Mello apud Oliveira e Teixeira (1986) ressalta que “embora os atendimentos continuassem frequentes, a cobrança dos serviços nunca foi realizada”.

Na década de 90, alguns estados e municípios, em face do disposto no art.23, II da Constituição Federal, editaram normas¹³ para instituir a cobrança de serviços

¹³ Estado do Rio de Janeiro - Lei 2.096, de 19 de março de 1993 (Regulamenta o artigo 304 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro). Lei 2.116, de 28 de maio de 1993 (Obriga as empresas seguradoras ou prestadoras de serviço médico-hospitalar a ressarcir o estado nas condições que menciona).

Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – Lei 2.147, de 26 de maio de 1994 (Dispõe sobre a cobrança médico-hospitalar, nas unidades de saúde do Município, de pacientes alcançados pela cobertura de contrato individual ou coletivo com empresas prestadoras de serviços de assistência médica, administradora de planos de saúde e congêneres).

Estado de São Paulo – Lei 9.058, de 29 de dezembro de 1994 (Dispõe sobre a obrigatoriedade do recebimento pelos órgãos e instituições do Sistema Único de Saúde do Estado e dos Municípios, a título de reembolso, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo); regulamentada pelo Decreto 40.564, de 20 de dezembro de 1995.

Estado de Minas Gerais – Lei 11.829, de 14 de junho de 1995 (Dispõe sobre o ressarcimento ao poder público de despesas decorrentes de atendimento prestado, no âmbito do SUS, a beneficiários de plano de saúde, seguro-saúde ou outra modalidade de medicina de grupo)

Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais – Lei 7.071, de 1º de abril de 1996 (Dispõe sobre a cobrança de serviços prestados pela rede pública municipal de saúde aos planos e seguros de saúde privados).

Município de Três Pontas, Estado de Minas Gerais – Lei de 3 de março de 1997, oriunda do Projeto de Lei do Executivo Municipal 17, de 1997 (Dispõe sobre o ressarcimento ao poder público das despesas decorrentes de atendimento prestado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a beneficiários de plano de saúde, seguro-saúde ou outra modalidade de medicina de grupo).

médico-hospitalares prestados aos beneficiários de planos de saúde ou de seguro-saúde. Novamente não se tem notícia de resultados efetivos dos mecanismos de cobrança.

O artigo 32 da Lei 9.656/98 é, sem dúvida, um dos pontos de grande questionamento da legislação que regulamenta o setor de saúde suplementar.¹⁴ O referido artigo determina que, serão ressarcidos pelas operadoras os serviços de atendimento à saúde, previstos nos seus respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. Como apontam Scatena (2004) e Conde (2004), a discussão se deu em torno da constitucionalidade do referido art.32 da Lei 9.656, de 1998, uma vez que o art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde seja direito de todos e dever do Estado.

A legislação preconiza ainda que o ressarcimento seja cobrado de acordo com os procedimentos e valores estabelecidos em tabela específica e que esses valores não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos praticados pelo mercado.¹⁵

Após intenso debate entre as entidades médicas e os técnicos do Ministério da Saúde acerca da definição dos valores dos procedimentos para fins de ressarcimento, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), instituiu a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, através da Resolução n. 23, em 21 de novembro de 1999. Posteriormente, a tabela foi republicada pela ANS por meio da RDC n. 17, de 4 de abril de 2000, e atualizada nove vezes, sendo a última, pela da RN n. 131, de 7 de junho de 2006, até o dia de hoje.

Para Bahia e Vianna (2002), a criação de uma terceira tabela, com valores intermediários entre os preconizados pelas entidades médicas e pelo SUS, provocou reações paradoxais, como “alguns médicos recusam-se a registrar o consumo de certos procedimentos na conta da operadora, quando os mesmos são mais bem remunerados pelo SUS”.

Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul – Lei 7.402, de 6 de janeiro de 1994 (Dispõe sobre a cobrança do Município, dos serviços prestados pelo Hospital de Pronto Socorro às entidades privadas ligadas à área de seguro e saúde), regulamentada pelo Decreto 11.176, de 28 de dezembro de 1994.

¹⁴ Ver Scatena (2004).

¹⁵ Inciso 8º, Artigo 32 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 - Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. .

Com o propósito de preservar a relação entre o cidadão e o Estado e, conseqüentemente, não ferir o Art. 196 da Constituição Federal que estabelece a saúde como um direito dos cidadãos brasileiros sob os princípios da universalidade e da igualdade, definiu-se que a identificação dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde ocorre posteriormente à utilização dos serviços de saúde.

E mais ainda, para garantir que não haja seleção de pacientes, a resolução CONSU nº 22, de 1999, define que a identificação é feita mediante o relacionamento de bases de dados, ficando os estabelecimentos próprios, contratados ou conveniados ao SUS proibidos de utilizarem meios próprios de identificação, conforme o disposto no artigo 5º, incisos I e II.

Para cumprir o disposto no artigo 5º, foi estabelecido que as operadoras fornecessem à Agência informações de natureza cadastral dos beneficiários e seus dependentes. Essas informações alimentam o sistema de informações de beneficiários (SIB), que é atualizado mensalmente, e são comparadas, através de relacionamento nominal de banco de dados, com as internações pagas pelo SUS armazenadas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Até o momento foram utilizadas para identificação dos valores a serem ressarcidos ao sistema público as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) pagas pelo SUS no período de 1999 a 2005 e o relacionamento dos bancos de dados identificou 822.613 atendimentos hospitalares na rede do SUS a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que somam 1,171 milhões de reais, conforme a tabela abaixo.

Tabela 3 - Número de hospitais, operadoras, internações e valor total identificado para fins de ressarcimento ao SUS por ano de ocorrência da internação, Brasil - 1999 a 2005.

Ano	Hospitais	Operadoras	Internações	Valor Ressarcimento
1999	3.178	791	35.291	46.282.256,34
2000	4.654	1.098	122.897	160.876.735,49
2001	4.687	1.175	111.691	155.968.858,08
2002	4.733	1.185	129.098	193.975.220,98
2003	5.838	1.246	162.311	238.482.868,44
2004	4.967	1.180	179.680	258.027.262,66
2005	3.305	1.110	81.645	117.830.386,23
Total	—	—	822.613	1.171.443.588,22

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS

Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS MS

Nota: Internações identificadas pelo relacionamento de bases de dados ainda sujeitas à avaliação da pertinência da cobrança.

CAPÍTULO II - OBJETIVOS E METODOLOGIA

II.1. - Objetivo Geral.

Analisar o *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro a partir da utilização de serviços públicos por beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

II.2. - Objetivos Específicos.

- a) Analisar o perfil de utilização dos serviços hospitalares financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde;
- b) Analisar o perfil de utilização dos demais atendimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde;
- c) Descrever as diferenças regionais do uso do SUS por pessoas com cobertura de planos de saúde;
- d) Examinar as características dos usuários de planos de saúde que recorrem ao sistema público;
- e) Identificar os tipos de planos de saúde cujos beneficiários mais fazem uso do SUS no atendimento às demandas por serviços de saúde.

II.3. – Metodologia.

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre a utilização de serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde por indivíduos que possuem cobertura de planos de saúde em 1998 e 2003.

I.3.1. Fontes das informações.

Analisaram-se os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, aplicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 1998 e 2003.

A PNAD é um inquérito populacional com representatividade nacional, com exceção das zonas rurais de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá que começaram a ser investigadas somente a partir de 2004. A PNAD é baseada em uma amostra probabilística obtida em três estágios de seleção: municípios, setor censitário e

domicílio. São investigadas as características de todos os residentes no domicílio selecionado. Além do levantamento básico de caráter permanente que investiga questões como as características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição, a partir de 1981, diversos temas específicos foram examinados por meio de pesquisas suplementares. Em 1998 e 2003, a PNAD investigou como tema suplementar aspectos relativos às condições de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde, cobertura dos planos de saúde, além de características de mobilidade física. A amostra da PNAD/98 foi constituída de 793 municípios e cerca de 345 mil pessoas. Em 2003, foram pesquisados 133.255 domicílios e 384.834 pessoas.

Para tratamento e análise dos dados da PNAD foi utilizado o software SAS versão 4.1.0.

I.3.2.Procedimentos Metodológicos.

O questionário da PNAD contempla dois blocos distintos de perguntas que se referem à utilização dos serviços de saúde. No caso das internações, foram consideradas as questões referentes à ocorrência de internação no período de 12 meses anteriores à pesquisa (questão 69). O tipo de atendimento recebido durante a última internação foi contemplado na pergunta 72 que apresenta as seguintes opções: 1 – Tratamento Clínico; 2 – Parto Normal; 3 – Parto Cesáreo; 4 – Cirurgia; 5 – Tratamento Psiquiátrico e 6 – Exames.

O segundo grupo de questões identifica a utilização de diversos serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista (questão 50). O tipo de atendimento do qual o entrevistado fez uso foi identificado na pergunta 60a através das seguintes alternativas: 1- Consulta Médica; 2- Consulta odontológica; 3- Consulta de agente comunitário de saúde ou de parteira; 4- Consulta de outro profissional de saúde; 5- Consulta na farmácia; 6- Vacinação (PNAD 1998) e 6- Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (PNAD 2003); 7- Injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento (PNAD 1998) e 7-Vacinação, injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento (PNAD 2003); 8-Cirurgia em ambulatório; 9-Gesso ou imobilização; 10-Internação hospitalar; 11- Exames complementares; 12-Somente marcação de consulta; 13- Outro atendimento.

O tipo de atendimento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (item seis) foi inserido na pesquisa a partir de 2003. Com isso, o item sete passou a incorporar os tipos de atendimentos que eram contemplados, em 1998, em dois itens distintos. Foi efetuado este ajuste, somando-se os itens 6 e 7, dos atendimentos realizados em 1998 para permitir a comparabilidade com o item 7 da pesquisa em 2003.

O item 10 (Internação hospitalar) não será considerado nas análises dos demais serviços uma vez que já foi tratado mais detalhadamente no bloco específico.

Na identificação do sistema de financiamento pelo qual ocorreu a utilização de serviços, optou-se por utilizar a metodologia aplicada em Porto et.al. (2006), descrita a seguir.

1) “este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?” (alternativas: SIM ou NÃO);

2) “pagou algum valor por este atendimento de saúde [...]?” (alternativas: SIM ou NÃO);

3) “este atendimento de saúde foi feito pelo SUS?” (alternativas: SIM, NÃO ou NÃO SABE).

As mesmas perguntas e alternativas de resposta foram elaboradas em relação às internações hospitalares. Deve-se destacar que as perguntas não foram excludentes e que, portanto, um mesmo indivíduo pode ter respondido SIM a mais de uma. A opção metodológica foi considerar:

a) atendimentos ou internações cobertos pelo SUS: todas as respostas SIM ao item 3, independentemente de ter respondido positivamente à pergunta 2, e que tenha respondido NÃO à pergunta 1;

b) atendimentos ou internações cobertos por planos ou seguros de saúde: aqueles que disseram SIM à pergunta 1, independentemente de ter respondido SIM à pergunta 2, e NÃO ou NÃO SABE à pergunta 3;

c) atendimentos ou internações financiados diretamente com recursos do paciente foram considerados aqueles que responderam SIM à pergunta 2, excluindo aqueles que responderam SIM às perguntas 1 e/ou 3;

Foi criada, ainda, uma quarta categoria, denominada “Outros”, que inclui aqueles que não utilizaram o serviço pelo plano de saúde, não pagaram diretamente pelo serviço, e não utilizaram o serviço do SUS ou, ainda, aqueles que não souberam se utilizaram o serviço por intermédio do SUS. Esta categoria inclui, ademais, as pessoas que responderam SIM simultaneamente às questões 1 e 3 e, também, aqueles que

tiveram atendimento mas cuja resposta foi classificada numa alternativa não-existente no questionário (código 9).

A vinculação do entrevistado a plano de saúde é identificada na questão 21 que apresenta as alternativas: 1- Sim, apenas um; 3- Sim, mais de um e 5- Não.

A pergunta 22 determina se o plano de saúde contratado pertence à instituição pública ou privada, propiciando estimar a população coberta por planos de saúde administrados diretamente por instituições públicas, que não estão sujeitos, por definição legal, a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Todavia, na análise da utilização dos serviços de saúde, não se fez distinção entre a natureza da instituição do plano de saúde.

As questões referentes às características dos planos de saúde aos quais as pessoas estão vinculadas foram aplicadas apenas aos titulares dos respectivos planos. No caso dos planos privados de contratação individual ou familiar, a resolução CONSU 14 de 04/11/1998 estabelece que, no caso de inclusão de dependentes, estes devem fazer parte do mesmo plano do titular. Já no que se refere aos planos de contratação coletiva a legislação não fixa esta obrigatoriedade. Assim, fez-se a opção metodológica de considerar que os planos dos dependentes possuem as mesmas características dos planos dos titulares, ainda que só seja possível identificar a ligação entre titular e dependente quando ambos residem no mesmo domicílio (variável v1325 = "1" e v1326 = v03019).

Uma vez definidas estas características, os planos de saúde foram categorizados da seguinte forma:

- a) Quanto à contratação:
 - i. Planos de contratação coletiva: aqueles que responderam as opções 1, 2 ou 3 à pergunta 32;
 - ii. Planos de contratação individual: aqueles que responderam as opções 4 ou 5 à pergunta 32;
 - iii. Planos de contratação não definida: aqueles que responderam as opções 6 ou 7 à pergunta 32;
- b) Quanto à abrangência geográfica:
 - i. Planos com abrangência municipal – aqueles que responderam NÃO à questão 37;

- ii. Plano com abrangência estadual – aqueles que responderam SIM à questão 37 e NÃO à pergunta 37a;
- iii. Planos com abrangência nacional – aqueles que responderam SIM às perguntas 37 e 37a;
- iv. Planos com abrangência indefinida – aqueles que responderam NÃO SABE à pergunta 37;

O questionário da PNAD/98 não contemplava a pergunta 37a e, conseqüentemente, não foi possível identificar se o plano possuía abrangência estadual ou nacional. Neste caso, os planos foram classificados apenas como:

- i. Planos com abrangência municipal – aqueles que responderam NÃO à questão 37;
- ii. Plano com abrangência não-municipal – aqueles que responderam SIM à questão 37;
- iii. Planos com abrangência indefinida – aqueles que responderam NÃO SABE à pergunta 37;

c) Quanto à utilização de fator moderador:

Planos com franquia ou co-participação – aqueles que responderam SIM à pergunta 43;

A cobertura assistencial do plano foi abordada nas questões 38, 39 e 40, que se referem à cobertura para consultas médicas, exames complementares e internações hospitalares, respectivamente. Assim, considerou-se que o plano de saúde cobre internação para aqueles que responderam SIM à questão 40. No tocante aos outros atendimentos, estabeleceu-se:

- i. Com cobertura para os atendimentos de Consulta Médica - aqueles que responderam SIM à questão 38;
- ii. Com cobertura para os atendimentos para realização de Exames Complementares - aqueles que responderam SIM à questão 39;
- iii. Com cobertura para os atendimentos de Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia; Cirurgia em ambulatório; Gesso ou imobilização - aqueles que responderam SIM às questões 38 e 39;

- iv. Os atendimentos de Consulta odontológica, Consulta de agente comunitário de saúde ou de parteira, Consulta de outro profissional de saúde, Consulta na farmácia, Somente marcação de consulta, Vacinação, injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento e Outro atendimento não foram incluídos nas análises referentes à cobertura do plano de saúde, pois não existe relação direta entre o tipo de atendimento e as três questões acima.

Para quantificar o erro amostral em função da dimensão da estimativa, o IBGE disponibiliza juntamente com os microdados da PNAD tabelas contendo os coeficientes das regressões, A e B, para o cálculo do coeficiente de variação (CV) das estimativas para cada área geográfica. Para fins deste trabalho optou-se por considerar as estimativas cujo coeficiente de variação associado seja menor do que 35%.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO TEÓRICA

III.1. *Mix* Público-Privado.

A crise dos Estados de Bem-estar Social nos anos 70, os processos de reforma do Estado e as reformas sanitárias integrantes desses processos reacenderam a discussão em torno da relação público-privado, uma vez que deram origem a arranjos público-privados complexos que não podem ser facilmente caracterizados nem como público nem como privado. (Saltman, 2003).

As transformações do papel do Estado, tanto pela incorporação de mecanismos do mercado no interior das suas instituições, pelo abandono das funções de provisão de alguns serviços de saúde e até pelo aparecimento de novas instâncias intermediárias de decisão, impuseram “*a reestruturação das relações Estado-Sociedade-Mercado*”. (Draibe e Henrique, 1988). Na avaliação de Viana *et. al.* (2002), “*essa mudança reorientou as funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. Pois conferiu ao Estado novas obrigações – principalmente de regulação, controle e avaliação -, e exigiu – do setor privado, e dos usuários – maior participação na produção, no gasto e no financiamento do sistema de saúde.*”

Em linhas gerais, a origem e o tipo das fontes de financiamento definem os tipos clássicos de sistemas de saúde: sistemas nacionais, seguro social e sistema privado.

Inspirado no modelo beveridgeano de proteção social, o sistema nacional de saúde é pautado pelo princípio da solidariedade entre os cidadãos que compartilham os riscos de gastos em saúde. O sistema é financiado pela totalidade da população através de tributos, administrado pelo Estado e, por princípio, garante acesso universal a uma vasta cobertura de serviços de saúde, que podem ser prestados tanto por provedores públicos quanto privados.

Originado no modelo bismarkiano de seguro social compulsório, introduzido na Alemanha, os sistemas de seguro social são organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada.

Os sistemas de caráter privado são voltados aos indivíduos que pagam diretamente pelos serviços de saúde ou contratam empresas de seguro de saúde, podendo ser financiados pelos próprios indivíduos e/ou pelos empregadores. Não há obrigatoriedade de contribuição e a provisão de serviços é geralmente privada. Em geral os sistemas privados são fortemente regulados pelo Estado.

Entretanto, na prática o que conforma o sistema de saúde de um país é um conjunto de ações públicas e privadas cujas combinações variam ao longo do tempo. O arranjo público-privado difere de acordo com a realidade de cada país e o papel do segmento privado nos sistemas de saúde é determinado não somente pelas características intrínsecas ao próprio segmento, mas principalmente pela interação com o setor público.

Em virtude das mudanças ocorridas nos sistemas de saúde de vários países no final do século passado, diversos autores têm procurado categorizar os novos arranjos público-privados e analisar o impacto destas configurações no acesso e utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, no desempenho dos sistemas de saúde. (Saltman, 2003; Tuohy *et.al.*, 2004; Colombo & Tapay, 2004; Mossialos & Thompson, 2004).

Na busca de identificar os diferentes arranjos organizacionais presentes nos sistemas de saúde europeus e suas inter-relações, Saltman (2003) definiu quatro categorias com base no formato jurídico-administrativo das instituições de saúde: o público estatal, o público não estatal, o privado com fins de lucro e o privado não lucrativo.

O público estatal compreende o Ministério da Saúde e outras instituições públicas do governo. Na categoria público não estatal estão as instituições que embora se mantenham com objetivos públicos possuem maior autonomia gerencial, financeira e jurídico-administrativa, chamadas empresas públicas e instituições não estatais, como por exemplo, os hospitais autônomos na Espanha, Noruega e Suécia ou os Centros de Atenção Primária na Suécia. Também fazem parte desta categoria os conselhos e instituições vinculadas aos governos regionais e locais independentes que estão presentes em vários países da Europa.

O setor privado sem fins lucrativos é formado pelas instituições vinculadas às entidades religiosas, de caridade ou comunitárias e, ainda, por organizações não-governamentais cuja missão está ligada às questões sociais.

Por fim, o setor privado lucrativo que deve ser subdividido em dois grupos distintos em virtude de seus interesses muitas vezes conflitantes: as pequenas empresas que compreendem os profissionais médicos e as clínicas médicas; e as grandes corporações.

Para Saltman, os arranjos público-privados estão presentes nos sistemas de saúde europeus desde a implantação dos sistemas nacionais de saúde e a manutenção da provisão dos serviços por entes privados, o que sempre gerou inúmeros fluxos de financiamento cruzados entre as quatro categorias acima descritas. Para exemplificar, o autor lembra que, no Reino Unido, os médicos generalistas pertencem à categoria privado lucrativo embora sejam financiados basicamente por recursos públicos desde a implantação do *National Health Service* (NHS). Na Suécia e Dinamarca, a população idosa é assistida por instituições privadas sem fins lucrativos, geralmente vinculadas a organizações religiosas, que recebem financiamento público para prestação dos serviços de assistência à saúde.

Assim, o autor ressalta que o *mix* público-privado nos sistemas de saúde vem sofrendo profundas transformações, de um lado pela incorporação de mecanismos do mercado nas organizações públicas, de outro pela criação de instituições privadas com financiamento público com vistas a atender aos interesses públicos mediante contratos de prestação de serviços e, ainda, pelo crescimento do setor privado de seguros. Estes complexos arranjos organizacionais que não podem ser caracterizados nem inteiramente como públicos e tampouco como privados tem tornado os próprios conceitos difusos e, mais ainda, dificultado o delineamento de limites entre eles. Saltman destaca ainda que esta dificuldade de caracterização e a variedade de novos arranjos institucionais devem ser acompanhadas ao longo do tempo com vistas a avaliar a real contribuição destas inovações organizacionais na melhoria das condições de saúde das populações.

O modelo proposto por Tuohy, Flood e Stabile (2004) para análise do *mix* público-privado é pautado no financiamento dos serviços de saúde, não sendo suficiente, no entanto, considerar apenas a participação do gasto público e privado em si, mas a relação existente entre eles. Para tanto, os autores definem quatro tipos básicos de *mix*:

- sistemas público e privados paralelos – quando existe um sistema privado como alternativa ao sistema público para a assistência à saúde;
- co-pagamento – ocorre quando há uma complementação privada ao financiamento público para um conjunto de serviços de saúde. Esta complementação, chamada de co-pagamento pode ser realizada diretamente pelo paciente (pagamento direto do bolso) ou mediante a contratação de um seguro privado de saúde;

- baseado em grupo – quando determinados grupos populacionais são elegíveis ao sistema público enquanto outros dependem do seguro privado;
- setorial – alguns serviços de saúde são inteiramente financiados pelo sistema público e outros dependem de financiamento privado.

Para Tuohy *et. al.*, a definição destes quatro tipos ideais não significa que, na prática, os sistemas de saúde se apresentem desta forma. De fato, o que se encontra é uma combinação entre vários elementos de cada tipo que varia de acordo com os níveis de financiamento público e privado dos diversos países causando diferentes impactos na assistência à saúde dos cidadãos.

Como resultado da existência de sistemas público e privado paralelos os autores analisaram a assistência hospitalar no Reino Unido e na Nova Zelândia no que se refere ao tamanho e ao tempo das filas de espera. Em comparação com outros países onde a atenção hospitalar é predominante pública (Canadá, Holanda e Austrália), verificou-se que o sistema privado paralelo não tem efeito de reduzir as filas, mas ao contrário, nas regiões de maior cobertura do seguro privado as listas do setor público são mais extensas. No caso do Reino Unido, por exemplo, só houve redução das listas de espera quando o sistema público comprou um maior número de cirurgias eletivas do setor privado.

O uso do co-pagamento na utilização de determinados serviços de saúde está associado à restrição de acesso e, conseqüentemente, tem impacto nos resultados da saúde. O segmento ambulatorial da Nova Zelândia se insere nesta classificação e, a utilização dos serviços ambulatoriais e de atenção primária é mais baixa quando comparada a outros países. Os autores destacam ainda estudos que apontam que quando o co-pagamento é coberto por seguros privados ao invés do pagamento direto, as pessoas utilizam mais os serviços médicos públicos, sugerindo que o financiamento privado sob a forma de seguro privado pode, em determinados aspectos, aumentar o gasto público ao contrário de substituí-lo ou complementá-lo.

Tuohy *et. al.* assinalam que no tipo baseado em grupos populacionais é necessária uma forte regulação do Estado para garantir que toda a população tenha acesso a todos os níveis de assistência e, principalmente, aos mesmos padrões de cuidado. Neste sentido, na Holanda os seguros privados são fortemente regulados para evitar a seleção de risco e dar preferência a pacientes vinculados ao seguro privado é tido como contrário ao código de ética médica.

Por último, o arranjo setorial está fortemente sujeito às mudanças provocadas pela incorporação de novas tecnologias, num processo que os autores chamaram de privatização passiva, com a retirada de serviços do ambiente hospitalar para o segmento ambulatorial, onde a presença do financiamento privado é maior, como ocorreu no Canadá.

Para finalizar, os autores avaliam que a complexidade e diversidade de arranjos entre o financiamento público e privado demonstram que, embora os estudos não sejam conclusivos, podem indicar tendências para o *mix* público-privado nos sistemas de saúde e que, para a melhoria dos sistemas públicos de saúde, os investimentos e as reformas devem ocorrer, fundamentalmente, no âmbito do próprio setor público.

Tendo como base um estudo da configuração dos sistemas de saúde de diversos países, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) propõe uma classificação funcional para o arranjo público-privado, considerando a posição ocupada pelo seguro privado em relação ao segmento público.

A tipologia desenvolvida apóia-se em duas categorias principais – a elegibilidade dos indivíduos para utilização do sistema público e a cesta de serviços cobertos pelo segmento privado – que são combinadas a outras variáveis importantes para o entendimento dos sistemas de saúde: nível de obrigatoriedade da adesão dos indivíduos ao seguro (público ou privado), forma de contratação do seguro (individual ou coletivo), método de cálculo do prêmio.

A primeira variável se refere à elegibilidade do indivíduo ao sistema público que significa não só a existência de um sistema público de saúde, mas também a obrigatoriedade da adesão da população ao mesmo.

A segunda variável que define a função do setor privado nos sistemas de saúde é a cesta de serviços que são por ele ofertados. Este pacote de serviços pode ser composto de três formas: i) pelos mesmos serviços curativos oferecidos pelo sistema público; ii) apenas como um compartilhamento dos custos dos serviços oferecidos pelo sistema público; ou iii) por serviços diferenciados (*top-up*) que não são ofertados pelo sistema público e/ou pelos seguros privados primários.

A matriz resultante do cruzamento dessas variáveis define quatro categorias para o papel do seguro privado nos sistemas de saúde:

i) Primário – nos casos em que mesmo os serviços básicos de saúde são prestados pelo seguro privado. Este tipo pode ainda ser subdividido em

Principal – na inexistência do sistema público para a população em geral, e Substituto – quando existe um sistema público, mas a opção individual pelo seguro privado é excludente em relação ao público.

ii)Duplicado – a atuação do sistema público e privado é dita duplicada quando ambos os segmentos oferecem cobertura dos mesmos serviços de saúde.

iii)Complementar – quando os serviços são cobertos pelo sistema público, mas há uma participação dos indivíduos nos custos. Neste caso, o seguro privado é contratado para cobrir estes custos adicionais.

iv)Suplementar – nos casos em que alguns tipos de serviços não estão contemplados pelo segmento público (como por exemplo, saúde bucal, reabilitação) e/ou para possibilitar uma diferenciação em termos de hotelaria.

Quadro 1: Classificação funcional do setor privado em relação ao sistema público.		
Serviços Cobertos pelo Setor Privado	Elegibilidade dos indivíduos ao sistema público	
	Indivíduos possuem cobertura do sistema público	Indivíduos não possuem cobertura do sistema público
Serviços médicos curativos também cobertos pelo sistema público	Duplicado	Primário
Compartilhamento dos custos dos serviços cobertos pelo sistema público	Complementar	- Substituto - Principal
Serviços diferenciados não oferecidos pelo sistema público	Suplementar	

Fonte: Adaptado de OECD, 2004. Tradução livre.

Os seguros privados do Reino Unido, Itália, Austrália, Nova Zelândia e Irlanda são exemplos do tipo duplicado. Já na França, o seguro privado tem um papel complementar ao seguro público, sendo responsável pelo co-pagamento dos serviços “*top-up*”.

No caso paradigmático dos Estados Unidos, o seguro privado é o principal responsável pelo acesso aos serviços de saúde. Com exceção dos idosos e pobres que são elegíveis aos esquemas públicos do Medicare e Medicaid, respectivamente.

Como exemplos de seguro privado substituto estão os casos das classes de renda mais altas nos Países Baixos e Alemanha – quando optam pelo seguro privado em

substituição ao público – e na Irlanda, onde são inelegíveis aos serviços públicos de cuidados básicos.

Segundo Mossialos e Thomson (2004), a existência de seguros privados tem aumentado o acesso aos serviços de saúde eletivos em países onde ele desempenha um papel duplicado em relação ao sistema público. No entanto, não há evidências da redução do tempo de espera no sistema público quando há a coexistência de um seguro privado. Além disso, mesmo os indivíduos que possuem o seguro privado continuam utilizando o sistema público e, geralmente, cabem a este último os serviços mais complexos e custosos.

De acordo com a OECD (2004), a possibilidade dos indivíduos possuidores de seguros privados terem acesso privilegiado aos cuidados de saúde está fortemente relacionada às políticas governamentais. Por exemplo, quando é permitido aos prestadores públicos atenderem tanto pacientes do sistema público quanto privado e, além disso, quando o pagamento dos serviços é diferenciado entre os dois sistemas, o prestador pode ser fortemente estimulado a privilegiar o atendimento dos indivíduos vinculados ao seguro privado.

O grande debate que está colocado para diversos países diz respeito ao papel adequado do seguro privado de modo a garantir a equidade dos sistemas nacionais de saúde. Assim, os governos se defrontam com questões tais como incentivar o crescimento do segmento privado ou, ao contrário, garantir que sua atuação seja sempre residual.

Neste sentido, a tipologia proposta pela OECD permite analisar se há relação entre a duplicidade de cobertura dos sistemas público e privado e desigualdades no acesso aos serviços de saúde para determinados grupos, fazendo prevalecer a capacidade de pagamento e não a necessidade de saúde.

Particularmente no caso brasileiro, o marco conceitual da OECD é bastante útil para a compreensão do nosso sistema de saúde que, embora regido pelo princípio do acesso universal e integral, foi estruturado sobre uma base de prestadores fortemente privatizada, além de apresentar um padrão de financiamento no qual o gasto público corresponde a menos de 50% do gasto total, o que lhe confere uma imbricação entre o público e o privado bastante específica. (Santos, Ugá e Porto, 2008)

Com base na tipologia da OECD, o segmento privado no Brasil se enquadra na categoria suplementar visto que se caracteriza como um acréscimo à cobertura universal

e integral do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, na medida em que oferece serviços prestados pelo segmento público, caracterizando a duplicidade de cobertura, também se inclui na classificação de duplicado. Isto é, dependendo da cobertura do plano de saúde contratada pelo indivíduo, este pode ser complementar ao SUS, não apenas para serviços específicos como acontece em alguns países, mas para toda assistência ambulatorial e/ou hospitalar. E, se por outro lado, o plano de saúde privado oferece tanto cobertura ambulatorial quanto hospitalar, esta cobertura duplicada não é impeditiva para que o indivíduo utilize os serviços públicos quando lhe for mais conveniente.

III.2. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

Acesso e o uso dos serviços de saúde são aspectos centrais dos sistemas de saúde que muitas vezes se confundem. A diversidade de definições demonstra a complexidade do acesso que é um conceito multidimensional e que vem sofrendo variações ao longo do tempo e de acordo com o contexto em que é analisado. Existem ainda diferenças quanto ao foco de análise do acesso. Conforme apontam Travassos e Martins (2004), alguns autores “*centram-no nas características dos indivíduos; outros o focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta)*”.

Em seu modelo para avaliação da oferta de serviços de saúde, Donabedian (1973) utiliza o conceito de acessibilidade definida como um conjunto de fatores que se colocam entre a capacidade de produção dos serviços de saúde e a produção efetiva e utilização destes serviços. Neste sentido, acessibilidade é um conjunto de características da oferta que tornam os recursos existentes mais ou menos disponíveis, isto é, são os fatores que facilitam ou dificultam o uso dos serviços pelos usuários potenciais.

Donabedian identifica duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional e geográfico. Os aspectos sócio-organizacionais compreendem todas as características da oferta de serviços, à exceção do fator geográfico, que facilitam ou dificultam o uso dos serviços de saúde, como, sexo, raça, condição social, religião. Quando um homem se recusa a ser atendido por uma médica ou dentistas brancos que não tratam de pacientes negros são situações que demonstram a dimensão sócio-organizacional da acessibilidade.

Fatores semelhantes estão presentes na organização do sistema de saúde e Donabedian destaca a existência de políticas formais ou informais de ingresso nos serviços de saúde, que excluem os pacientes por raça, capacidade econômica ou diagnóstico (alcoolismo, problemas mentais, tuberculose e doenças contagiosas em geral). Alguns desses fatores sócio-organizacionais são inerentes à própria configuração dos serviços de saúde, como por exemplo, a relação de trabalho entre médicos e hospitais que pode ocasionar que os profissionais direcionem seus pacientes sempre para um mesmo hospital.

A acessibilidade tem também um aspecto temporal que deve ser considerado como uma característica sócio-organizacional e em conjunto com o componente

geográfico, isto é, os recursos devem estar disponíveis no tempo certo e no lugar adequado. Neste sentido, o tempo que o médico está no consultório ou o horário de atendimento de uma clínica, são fatores que influenciam a possibilidade dos indivíduos de procurar os serviços de saúde.

A dimensão geográfica da acessibilidade diz respeito à questão espacial e pode ser medida pela distância linear entre os indivíduos e os serviços, pela extensão do trajeto a ser realizado, pelo tempo do percurso, pelo total de tempo gasto ou ainda pelo custo do percurso. O autor considera também a “propriedade do espaço” caracterizando a existência de obstáculos naturais, como rios e montanhas, e as condições climáticas, como fatores que podem ser limitantes do acesso.

Por fim, para Donabedian, acesso diz respeito à oferta, logo não são consideradas neste modelo as características sociais, culturais, econômicas ou psicológicas dos indivíduos que influenciam a percepção da necessidade e a procura dos serviços médicos.

Para Andersen (1974), que adota o termo “acesso”, este é um dos elementos do sistema de saúde referente à organização dos serviços, isto é, ao modo como os indivíduos ingressam no serviço e à continuidade do tratamento de saúde. Assim como Donabedian, para este autor acesso é uma característica da oferta importante na explicação do padrão de utilização de serviços que ocorre em função dos seguintes fatores: predisponentes (aqueles que existem antes da necessidade de saúde); capacitantes (que seriam os meios necessários para se obter cuidados) e pelas necessidades de saúde (que são percebidas pelos indivíduos ou pelos profissionais de saúde).

Em seguida, o autor amplia o conceito de acesso, incorporando a etapa da utilização dos serviços de saúde e tornando-o multidimensional com a adoção dos conceitos de acesso potencial e realizado. Acesso potencial é definido como a oferta de recursos (serviços) de saúde e quanto maior a disponibilidade dos recursos maior a probabilidade de aumento do uso desses serviços. Já o acesso realizado se refere à utilização de fato ocorrida desses serviços. O acesso potencial é explicado pelos fatores capacitantes, enquanto o acesso realizado é influenciado pelas necessidades e pelos fatores predisponentes.

Para Andersen, a equidade ou iniquidade no acesso está relacionada aos fatores que influenciam o uso dos serviços de saúde, isto é, quando a variabilidade na utilização

dos serviços ocorre devido a fatores demográficos e diferenças de necessidades de saúde, então há equidade no acesso. Por outro lado, quando as questões sociais e/ou a disponibilidade de recursos dos indivíduos definem o uso se caracteriza uma situação de iniquidade no acesso.

O autor destaca também a importância do conceito de mutabilidade para implementação das políticas de saúde. Características demográficas e sociais têm baixo grau de mutabilidade, isto é, dificilmente podem ser alteradas através de políticas de saúde para influenciar a utilização dos serviços de saúde. No entanto, fatores capacitantes possuem alto grau de mutabilidade e sua alteração pode gerar um grande impacto no uso dos serviços de saúde. Até mesmo a necessidade, identificada como o fator que mais diretamente explica a utilização de serviços e que, inicialmente, parece possuir um baixo grau de mutabilidade, pode ser modificada por intermédio de campanhas educacionais e/ou incentivos financeiros.

Em versões posteriores do modelo são explicitadas as características do sistema de saúde (políticas de saúde, recursos e organização do sistema), as medidas de utilização dos serviços saúde e indicadores de resultado do estado de saúde dos indivíduos, permitindo a ampliação do conceito de acesso.

Andersen introduz os conceitos de “acesso efetivo” e “acesso eficiente”. O primeiro se dá quando o uso dos serviços de saúde melhora o estado de saúde ou a satisfação dos indivíduos como o serviço; o segundo se refere à relação entre a melhora das condições de saúde ou na satisfação e o volume de serviço utilizado para este fim.

Na última fase de revisão do modelo, o autor introduz a idéia de recursividade, explicitando as múltiplas influências na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos resultados das condições de saúde dos indivíduos.

Em trabalho posterior, Aday e Andersen (1974) propõem outro marco de análise para o estudo do acesso, que considera as Políticas de Saúde o ponto de partida do modelo. Estas influenciam as características dos serviços de saúde e das populações em risco (que possuem fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde). Algumas características da população sob risco, especialmente aquelas mutáveis, podem ser alteradas pelas políticas de saúde e pelo sistema de serviços de saúde. As características do sistema de saúde e da população influenciam a utilização dos serviços de saúde e a satisfação com os mesmos e por fim, a utilização influencia a satisfação que afeta o uso futuro dos serviços de saúde.

As características dos serviços de saúde são classificadas em dois grupos: recursos e organização. Recursos envolvem a estrutura física, equipamentos, materiais e recursos humanos disponíveis, considerando o volume e a distribuição geográfica desses em uma área. A organização se refere ao *modus operandi* do sistema de saúde, compreendendo o ingresso - processo de entrar no sistema de saúde - e a estrutura - que se refere ao “andamento” do paciente após ingressar no sistema de saúde (o fluxo que ele irá seguir e como será o tratamento).

Os autores adotam duas medidas de utilização dos serviços de saúde como indicadores indiretos de acesso: indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo são aqueles que avaliam as características dos serviços de saúde e da população sob risco que afetam o ingresso no sistema de saúde e o grau de satisfação dos usuários. Os indicadores de resultado, ou seja, utilização dos serviços e satisfação reflete o produto final do sistema com respeito ao acesso.

Andersen e Newman (2005) apresentam outro modelo para avaliação tanto da utilização dos serviços de saúde quanto do acesso (também baseado no modelo de Andersen), destacando as inter-relações entre três componentes principais: (a) Características do sistema de saúde, (b) Determinantes sociais e (c) Determinantes Individuais.

Em primeiro lugar, destacam que é importante caracterizar o uso dos serviços de saúde a ser avaliado, pois a configuração dos demais componentes varia conforme a dimensão avaliada. Logo, a utilização dos serviços de saúde pode ser caracterizada por: tipo (médicos, hospitais, clínicas, dentistas); objetivo (atenção básica, secundária, terciária ou assistência custódia) e unidade de análise (contato - inicial ou subsequente, volume de serviços, episódios).

Na visão de Penchansky e Thomas (1981) acesso é o grau de adequação entre os usuários e o sistema de saúde, em uma associação entre o conceito aqui colocado e os fatores capacitantes do modelo de Andersen.

Os autores identificam cinco dimensões do conceito de acesso, sendo: disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade. Disponibilidade é entendida como a adequação do volume e do tipo de serviços existentes às necessidades dos usuários. Acessibilidade expressa a relação entre a localização geográfica dos serviços e dos pacientes. Acolhimento diz respeito à adequação da organização do sistema - horário de atendimento, sistema de marcação de

consultas – e dos usuários. Capacidade de compra se refere ao ajuste entre os preços dos serviços e as condições financeiras dos indivíduos. E aceitabilidade reflete as atitudes dos pacientes para com os profissionais de saúde e destes para com os pacientes em relação às características de ambos (sexo, raça, idade, religião).

Na percepção dos autores, a existência de problemas em qualquer uma das dimensões do acesso pode influenciar o sistema de três formas: diminuindo a utilização dos serviços de saúde (particularmente no que se refere à entrada dos indivíduos no sistema), gerando insatisfação com o sistema e/ou com os serviços recebidos ou afetando a provisão dos serviços.

Starfield (2002) considera acesso diferente de acessibilidade. Para ela, acessibilidade é uma característica da estrutura de um sistema ou serviço de saúde, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem esta característica e, conseqüentemente, como afeta sua decisão de procurar o serviço. Ressalta que acessibilidade é um aspecto que deve estar presente em todos os níveis do sistema, no entanto, apresenta requisitos específicos na atenção primária que é a porta de entrada.

No que diz respeito à avaliação, acesso e acessibilidade podem ser medidos sob a ótica da população ou do próprio serviço de saúde. Do ponto de vista da população o acesso pode ser avaliado sob vários aspectos, como barreiras ao uso dos serviços, percepção dos indivíduos a respeito da acessibilidade da atenção, relação entre uso e incapacidade, relação sintomas/respostas, análise do episódio da doença. Os três últimos métodos fazem inferências a respeito do acesso a partir de medidas que envolvem a utilização (dizem respeito ao que Aday chama de acesso realizado).

Do ponto de vista dos serviços de saúde, a autora ressalta que quando os métodos acima são aplicados aos pacientes que vêm aos serviços, não se pode perder de vista que ocorre uma subestimação das dificuldades no acesso aos serviços, uma vez que só estarão sendo considerados aqueles indivíduos que já superaram as barreiras de entrada e chegaram aos serviços de saúde.

Acessibilidade, para Frenk (1992) seria a complementaridade entre características da oferta e da população. Resultaria da relação entre obstáculos para procurar e obter cuidados (que ele denomina “resistência”) e a capacidade de superação destes pela população (que ele denomina “poder de utilização”). O autor classifica os obstáculos existentes em três grupos: ecológicos (que são os que se referem à localização dos serviços), financeiros e organizacionais. De maneira correspondente, o

poder de utilização seria a capacidade de obter transporte ou disponibilidade de tempo, o poder em termos de recursos financeiros e o poder de lidar com a organização. Na visão de Frenk a indisponibilidade de serviços não é resistência e sim, uma condição sine qua non do uso.

Frenk propõe a seguinte sistematização do fluxo de eventos que ocorrem entre a necessidade e a obtenção de cuidados: a percepção de uma determinada necessidade de saúde, seguida do desejo de procurar atendimento e a procura efetiva dos serviços de saúde. A partir disso, o indivíduo tem que “entrar no Sistema de Saúde”, portanto os serviços devem oferecer condições para tal, e uma vez recebendo cuidados, estes devem ter continuidade. A primeira parte deste fluxo (necessidades de saúde e desejo de procura de assistência) são modelos explicativos do uso / utilização de serviços, enquanto a Procura/Entrada no Sistema são mediadas pela acessibilidade. Por fim, a continuidade da assistência depende mais de fatores associados à oferta do que dos indivíduos.

Em revisão dos estudos relativos à equidade no acesso aos serviços de saúde, Goddard e Smith (2001), adotaram a definição de equidade como igual acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Acesso para eles é uma característica da oferta e sendo assim, acrescentam que o nível de consciência (conhecimento) dos indivíduos em relação à disponibilidade e eficácia dos serviços de saúde pode ser diferenciado, provocando variações no acesso entre grupos populacionais.

Outra definição de acesso, estabelecida pelo Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos EUA é a seguinte: “É o uso oportuno dos serviços de saúde para obtenção do melhor resultado possível”, sendo acesso igual a “uso qualificado” de serviços e tecnologias eficazes. Ou seja, aquelas com potencial de alterar positivamente o status de saúde, com recursos e execução corretos, no momento adequado. Dentro desta definição, o eixo do conceito é deslocado para os resultados e as medidas de avaliação do acesso se baseiam na utilização dos serviços de saúde e nos resultados de saúde. Acesso no conceito do IOM equivale ao “Acesso Efetivo”, de Andersen.

Neste contexto, avaliar a equidade no acesso implica em determinar se existem diferenças sistemáticas no uso e nos resultados de saúde entre grupos populacionais e se estas diferenças são resultados de barreiras financeiras ou de algum outro tipo. O modelo proposto pelo IOM é composto de três partes (barreiras, utilização dos serviços,

e resultados de saúde) e o objetivo era identificar, quantificar e relacionar aspectos destas partes que apontassem para dificuldades dos indivíduos ou de determinados grupos no acesso aos serviços de saúde.

Vários autores assumem que acesso é um conceito “contexto dependente”, ou seja, varia de acordo com características particulares de cada sistema de saúde. Um exemplo desta diferença é, por exemplo, o indicador “Cobertura de Plano de Saúde”. É um importante indicador de acesso nos EUA e no Brasil e, praticamente inexpressivo, nos Sistemas Universais de Saúde Europeus.

Por fim, influenciam ainda no acesso: as variações na cobertura de procedimentos, os incentivos financeiros no uso de serviços, as medidas de racionamento do uso (por exemplo, o co-pagamento), a existência de porta de entrada no Sistema de Saúde, as regras na referência de pacientes e a existência de protocolos de cuidado e o monitoramento da qualidade.

CAPÍTULO IV- ESTUDO EMPÍRICO - RESULTADOS E ANÁLISES

Este capítulo apresenta os resultados do estudo empírico desenvolvido a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998 e 2003 e de dados originados do processo de ressarcimento dos serviços utilizados por pessoas com cobertura de planos de saúde ao sistema público. Iniciaremos nossa análise descrevendo os aspectos gerais da cobertura dos planos de saúde no Brasil. Em seguida, serão apresentados os resultados referentes às internações realizadas nos doze meses que antecederam às pesquisas e, posteriormente, as análises relativas aos demais atendimentos ocorridos nos quinze dias imediatamente anteriores à coleta dos dados. Por fim, será feita uma complementação da análise acerca das internações a partir de dados provenientes do Ressarcimento ao SUS.

IV.1. Cobertura e características gerais.

A população brasileira foi estimada em 175,6 milhões no ano de 2003 com base nos dados da PNAD. Deste total, 43,2 milhões declarou possuir plano de saúde, o que correspondia a 24,5% da população. Os planos de saúde privados eram responsáveis pela cobertura de 34,2 milhões de pessoas em 2003, ou seja, 79% da população que possuía plano enquanto os nove milhões restantes estavam vinculados a planos de instituições públicas. Embora a parcela da população coberta por planos de saúde tenha se mantido a mesma nos dois anos da pesquisa, houve uma redução de 16,7% na participação dos planos públicos contra um aumento de 5,6% dos planos privados. (Tabela 4).

A contratação de planos de saúde está fortemente associada ao emprego formal e a renda, o que se retrata na distribuição regional observada na PNAD. (Farias e Melamed, 2003; Bahia *et. al.*, 2006). Assim, a região Sudeste concentrava a maior parcela dos indivíduos com cobertura de planos de saúde (25 milhões), o que representava que 32,9% da população da região possuíam planos de saúde. De outro lado, na região Nordeste somente 12,1 % da população estava vinculado a planos de saúde. Na comparação entre os dois anos da pesquisa, verifica-se que a maior redução na cobertura dos planos de saúde ocorreu na região Norte (-12,7%). Também apresentaram redução as regiões Nordeste e Sudeste, embora em taxas menores 2,6% e 1,4%, respectivamente. Já nas regiões Centro-Oeste e Sul do país a parcela da população com cobertura de planos de saúde aumentou em torno de 10%.

Na análise intra-regiões, não foram observadas grandes diferenças entre os estados das regiões Sul e Sudeste. No Sul, a menor cobertura foi verificada no estado Paraná (24,1%), enquanto o Rio Grande do Sul apresentou a maior taxa (31,9%). Já na região Sudeste, os estados de Minas Gerais e Espírito Santo possuíam, aproximadamente, 25% da população vinculada a planos de saúde, o Rio de Janeiro apresentou uma participação de 30%, enquanto, São Paulo, apresentou a maior cobertura, correspondendo a 38,2% da população em 2003.

Tabela 4 - População residente, por cobertura de plano de saúde, segundo grandes regiões e unidades da federação - Brasil - 1998 e 2003.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	1998						2003						Var. % da cobertura de plano de saúde (1998 - 2003)
	População estimada		Sem cobertura de plano de saúde		Com cobertura de plano de saúde		População estimada		Sem cobertura de plano de saúde		Com cobertura de plano de saúde		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Total	158.248.206		119.536.527	75,5	38.711.679	24,5	175.987.612		132.785.067	75,5	43.202.545	24,5	0,4
Centro-Oeste	11.059.739		8.578.602	77,6	2.481.137	22,4	12.570.256		9.460.606	75,3	3.109.650	24,7	10,3
MS	2.036.421		1.538.393	75,5	498.028	24,5	2.203.774		1.548.332	70,3	655.442	29,7	21,6
MT	2.342.083		2.026.786	86,5	315.297	13,5	2.705.972		2.241.213	82,8	464.759	17,2	27,6
GO	4.769.004		3.731.725	78,2	1.037.279	21,8	5.419.182		4.152.061	76,6	1.267.121	23,4	7,5
DF	1.912.231		1.281.698	67,0	630.533	33,0	2.241.328		1.519.000	67,8	722.328	32,2	-2,3
Nordeste	45.924.812		40.235.748	87,6	5.689.064	12,4	49.950.695		43.922.866	87,9	6.027.829	12,1	-2,6
MA	5.371.460		5.054.766	94,1	316.694	5,9	5.956.250		5.548.934	93,2	407.316	6,8	16,0
PI	2.719.549		2.470.338	90,8	249.211	9,2	2.953.632		2.634.330	89,2	319.302	10,8	18,0
CE	7.035.515		6.233.092	88,6	802.423	11,4	7.880.300		6.949.237	88,2	931.063	11,8	3,6
RN	2.631.550		2.341.765	89,0	289.785	11,0	2.929.424		2.613.577	89,2	315.847	10,8	-2,1
PB	3.358.845		2.819.774	84,0	539.071	16,0	3.546.394		3.103.629	87,5	442.765	12,5	-22,2
PE	7.537.316		6.229.119	82,6	1.308.197	17,4	8.252.392		6.959.518	84,3	1.292.874	15,7	-9,7
AL	2.694.076		2.370.723	88,0	323.353	12,0	2.952.994		2.705.202	91,6	247.792	8,4	-30,1
SE	1.691.566		1.428.745	84,5	262.821	15,5	1.908.120		1.647.850	86,4	260.270	13,6	-12,2
BA	12.884.935		11.287.426	87,6	1.597.509	12,4	13.571.189		11.760.589	86,7	1.810.600	13,3	7,6
Norte	7.861.215		6.526.115	83,0	1.335.100	17,0	10.600.882		9.028.321	85,2	1.572.561	14,8	-12,7
RO	814.114		609.859	74,9	204.255	25,1	981.461		798.739	81,4	182.722	18,6	-25,8
AC	343.561		293.736	85,5	49.825	14,5	418.371		342.835	81,9	75.536	18,1	24,5
AM	1.896.556		1.594.010	84,0	302.546	16,0	2.367.418		2.048.422	86,5	318.996	13,5	-15,5
RR	190.840		178.097	93,3	12.743	6,7	292.731		264.544	90,4	28.187	9,6	44,2
PA	3.123.565		2.539.198	81,3	584.367	18,7	4.776.846		3.981.165	83,3	795.681	16,7	-11,0
AP	378.338		310.398	82,0	67.940	18,0	506.707		424.794	83,8	81.913	16,2	-10,0
TO	1.114.241		1.000.817	89,8	113.424	10,2	1.257.348		1.167.822	92,9	89.526	7,1	-30,1
Sudeste	69.137.211		46.086.918	66,7	23.050.293	33,3	76.499.625		51.361.961	67,1	25.137.664	32,9	-1,4
MG	17.182.876		13.168.754	76,6	4.014.122	23,4	18.799.337		14.018.746	74,6	4.780.591	25,4	8,9
ES	2.832.421		2.174.391	76,8	658.030	23,2	3.307.095		2.488.895	75,3	818.200	24,7	6,5
RJ	13.711.327		9.224.553	67,3	4.486.774	32,7	15.060.467		10.531.747	69,9	4.528.720	30,1	-8,1
SP	35.410.587		21.519.220	60,8	13.891.367	39,2	39.332.726		24.322.573	61,8	15.010.153	38,2	-2,7
Sul	24.265.229		18.109.144	74,6	6.156.085	25,4	26.366.154		19.011.313	72,1	7.354.841	27,9	10,0
PR	9.286.559		7.287.374	78,5	1.999.185	21,5	10.034.526		7.616.204	75,9	2.418.322	24,1	11,9
SC	5.111.246		3.880.686	75,9	1.230.560	24,1	5.700.493		4.152.676	72,8	1.547.817	27,2	12,8
RS	9.867.424		6.941.084	70,3	2.926.340	29,7	10.631.135		7.242.433	68,1	3.388.702	31,9	7,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluíve a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os dados da pesquisa mostram que as diferenças entre os estados foram mais acentuadas. Enquanto em Tocantins somente 7,1 % da população declarou possuir plano de saúde, no estado de Rondônia, a parcela da população com cobertura era de 18,6%, ou seja, uma diferença de mais de 100% entre os estados. A menor participação ocorreu no Maranhão onde apenas 6,8% da população estimada declararam possuir plano de saúde. De outra parte, em Pernambuco,

15,7% da população estavam cobertas por planos, o que representou uma diferença de 130% entre os estados.

Quando verificada a variação na frequência relativa de cobertura dos planos de saúde de 1998 para 2003, observa-se que as maiores reduções da cobertura dos planos de saúde ocorreram nos estados de Alagoas (-30,1%), Tocantins (-30,1%), Rondônia (-25,8%) e Paraíba (-22,1%). Em contrapartida, os estados de Roraima (44,2%), Mato Grosso (27,6%), Acre (24,5%) e Mato Grosso do Sul (21,6%) tiveram a parcela da população com plano de saúde acrescida. Embora São Paulo tenha se mantido como o estado com a maior cobertura de planos de saúde, houve uma queda de 2,7%. (PNAD 1998 e 2003)

De modo geral não houve alteração no formato do setor suplementar no tocante às características dos planos de saúde comercializados entre 1998 e 2003, conforme os dados da Tabela 5. Em termos de abrangência geográfica, mais de 20 milhões de pessoas (54,7%) referiu possuir plano com abrangência nacional, isto é, com coberturas de assistência à saúde garantidas em todo o território nacional. Para 6,6 milhões as coberturas assistenciais estavam garantidas apenas no âmbito municipal, o que correspondia a 17,6% do total e para 10 milhões de usuários de planos de saúde, a contratação se referiu a um grupo de municípios ou a uma única unidade da federação. Embora os dados da PNAD/98 não permitam especificar as abrangências estaduais e nacionais, o plano municipal também representava a menor parcela naquele ano.

Para 62,4% dos indivíduos que possuíam planos de saúde, a aquisição ocorreu em função do vínculo empregatício formal ou através de uma pessoa jurídica como uma associação ou conselho de classe. Os 37,6% restantes contrataram o plano de saúde de modo individual e/ou familiar, sem a participação de uma pessoa jurídica. Tanto os planos de contratação coletiva quanto os planos individuais apresentaram crescimento de 1998 para 2003, sendo o incremento mais importante no caso dos planos contratados por pessoa física (16,5%).

Na PNAD/2003 foi possível identificar a cobertura assistencial para 91,9% da população que informou ter plano de saúde e destes, 35,4 milhões de pessoas possuíam cobertura para consultas médicas, exames complementares e internações hospitalares.

A maior ausência de cobertura assistencial observada foi em relação à internação, o que correspondeu a 8,9% dos indivíduos com planos de saúde. No caso das consultas médicas, apenas 1,5% referiu possuir um plano de saúde que não cobria o

serviço e outros 3,5% declararam que os exames complementares não estavam contratados com os respectivos planos de saúde.

Quando analisada a variação entre 1998 e 2003, verifica-se um crescimento da participação dos planos sem cobertura para internação ou para consulta médica, correspondendo a 43,3 % e 62,2%, respectivamente.

Tabela 5 - População residente por cobertura de plano de saúde, segundo abrangência geográfica, tipo de contratação, segmentação assistencial, utilização de fator moderador e faixa de preço do plano principal - Brasil - 1998 e 2003.

Cobertura e Características dos Planos de Saúde	1998		2003		Variação da freq. relativa (1998 - 2003)	
	N	%	N	%		
Total	158.248.206		175.987.612			
Cobertura de Plano de Saúde	Com plano	38.711.679	24,5	43.202.545	24,5	0,4
	Sem Plano	119.536.527	75,5	132.785.067	75,5	-0,1
Abrangência Geográfica do Plano	Municipal	4.454.656	12,4	6.633.649	15,4	24,2
	Estadual	—		10.432.179	24,1	—
	Nacional	—		20.636.409	47,8	—
	Não Municipal	23.967.136	66,7	—		—
	N/I	7.536.568	21,0	5.500.308	12,7	-39,5
Tipo de Contratação	Coletivo	19.225.612	53,5	24.449.720	56,6	5,8
	Individual	10.466.116	29,1	14.712.416	34,1	17,2
	N/I	6.266.632	17,4	4.040.409	9,4	-46,0
Segmentação Assistencial do Plano	Com Internação	28.175.388	78,4	36.173.499	83,7	6,9
	Sem Internação	2.043.191	5,7	3.524.367	8,2	43,6
	N/I	5.739.781	16,0	3.504.679	8,1	-49,2
	Com Consulta	29.916.284	83,2	39.105.276	90,5	8,8
	Sem Consulta	303.645	0,8	592.800	1,4	62,5
	N/I	5.738.431	16,0	3.504.469	8,1	-49,2
	Com Exames Complementares	29.148.173	81,1	38.289.993	88,6	9,3
	Sem Exames Complementares	1.071.756	3,0	1.408.738	3,3	9,4
	N/I	5.738.431	16,0	3.503.814	8,1	-49,2
Utilização de Fator Moderador	Com fator moderador	6.690.508	18,6	11.067.864	25,6	37,7
	Sem fator moderador	23.516.882	65,4	28.623.661	66,3	1,3
	N/I	5.750.970	16,0	3.511.020	8,1	-49,2
Faixa de Preço (em Reais)	Até 30	6.765.062	18,8	6.398.167	14,8	-21,3
	> 30 e <= 50	4.508.223	12,5	4.697.883	10,9	-13,3
	> 50 e <=100	5.577.155	15,5	6.901.918	16,0	3,0
	> 100 e <= 200	4.655.055	12,9	6.854.667	15,9	22,6
	> 200 e <= 300	1.486.248	4,1	3.390.978	7,8	89,9
	> 300 e <= 500	824.826	2,3	2.433.089	5,6	145,5
	> 500	228.296	0,6	1.065.365	2,5	288,4
N/I	11.913.495	33,1	11.460.478	26,5	-19,9	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: N/I - população cujas características dos planos de saúde não foram identificadas.

Apesar de grande parte dos usuários de planos de saúde ter informado que não realizam nenhum desembolso direto na utilização dos serviços de saúde (28,6 milhões), destaca-se que a participação desta modalidade de planos foi reduzida em 7,4%, enquanto a frequência relativa dos planos que fazem uso do co-pagamento cresceu em 25,9%.

Por fim, observa-se um aumento no valor das mensalidades dos planos de saúde com a redução na participação relativa das duas primeiras faixas, que correspondem a produtos com valores de até R\$ 30,00 e entre R\$ 30,00 e R\$ 50,00, de 21,3% e 13,3%, respectivamente, enquanto os planos com preço acima de duzentos reais tiveram mais de 100% de incremento de 1998 para 2003.

IV.2. Internações.

O SUS se manteve em 2003 como o principal financiador das internações no Brasil sendo responsável por 69,9% o que representou um aumento de 4,1% em relação a 1998, quando respondia por 67,1% das internações ocorridas no país. (Tabela 6)

Em contrapartida, tanto os planos de saúde quanto os pagamentos privados diretos apresentaram redução no financiamento das internações neste período. No caso dos planos de saúde, embora o número absoluto de internações tenha aumentado, quando analisada a participação relativa desta fonte no total de internações, houve uma redução de 2,7%, passando de 25,5% em 1998 para 24,9% em 2003. Já as internações financiadas por pagamento privado direto que representavam, em 1998, 7,3% do total, tiveram uma retração de 27,9%, passando a responder por 5,3% em 2003.

Tabela 6 - Internações realizadas por fonte de financiamento - Brasil - 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	SUS	Plano de Saúde	Pagamento Privado Direto	
2003 N	8.272.846	2.943.367	626.709	11.842.922
%	69,9	24,9	5,3	100,0
1998 N	6.841.297	2.604.442	748.470	10.194.209
%	67,1	25,5	7,3	100,0
Variação freq. relativa	4,1	-2,7	-27,9	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Em estudo acerca das internações realizadas segundo as diferentes fontes de financiamento desenvolvido por Porto et.al. (2006), as autoras destacam ainda:

- i. Observando a variação ocorrida entre 1998 e 2003, a participação do SUS aumentou em todas as regiões, apresentando as maiores taxas de incremento nas regiões Centro-Oeste (12,4%) e Norte (7,7%);
- ii. No que tange ao financiamento por parte dos planos de saúde ocorreu queda em quatro das grandes regiões, sendo mais acentuada na região Norte onde a participação desta fonte passou de 17,3% em 1998 para 14,7% em 2003.
- iii. O SUS aparece como principal fonte pagadora independente do tipo de internação, com destaque para internações para realização de parto normal que representaram 90,5% realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2003. Ressalte-se ainda que houve uma retração de 22,0% no financiamento de procedimentos de parto normal por parte dos planos de saúde e de 43,2% no pagamento privado direto destes mesmos procedimentos;
- iv. A menor participação do SUS, tanto em 1998 quanto em 2003, foi no financiamento de procedimentos cirúrgicos, ainda que tivesse pago mais de 50% destas internações no último ano analisado;
- v. A redução do financiamento público para as internações relativas aos tratamentos psiquiátricos, refletindo a política de saúde mental do Ministério da Saúde que prevê a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental;
- vi. O aumento (25,7%) das internações para tratamento psiquiátrico no âmbito dos planos de saúde que resulta da obrigatoriedade de cobertura aos tratamentos de transtornos psiquiátricos estabelecida pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 11/98;
- vii. No que se refere ao pagamento privado direto houve queda da participação da fonte em todos os tipos de internações, ocorrendo de modo mais expressivo nas internações para realização de exames (58,8%). Com exceção das internações de parto cesáreo onde 11,3% dos casos foram pagos diretamente, para os demais procedimentos esta fonte foi responsável por menos de 10% das internações.

Apesar da redução da participação dos planos de saúde no financiamento das internações ocorrida entre 1998 e 2003, a taxa de internação dos indivíduos com cobertura de planos de saúde (8,3%) se manteve maior do que a taxa de internação geral da população (7,0%). Esta diferença torna-se ainda mais relevante quando comparada à taxa de internação do Sistema Único de Saúde que foi de 4,7% no ano de 2003. (Tabela 7)

Tabela 7 – Taxa de internação da população geral, do SUS e da população com plano de saúde, segundo grandes regiões – Brasil – 1998 e 2003.

Grandes Regiões	Taxa internação geral		Taxa de Internação SUS		Taxa de Internação plano de saúde	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Centro-oeste	8,4	8,6	4,3	5,6	9,9	9,7
Nordeste	6,8	7,0	5,0	5,6	8,3	8,6
Norte	7,4	7,8	4,6	5,9	9,0	9,5
Sudeste	6,3	6,4	3,1	3,7	7,4	7,7
Sul	8,3	7,8	4,7	5,0	9,3	9,1
Brasil	6,9	7,0	4,1	4,7	8,0	8,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: População estimada com base na expansão da amostra das PNAD 1998 e 2003, exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Esta situação se repetiu nas cinco grandes regiões do país sendo que o Centro-Oeste apresentou a maior taxa de internação para a população coberta por planos de saúde (9,7%), seguida da região Norte com uma taxa de 9,5%. Considerando as internações do SUS, a maior taxa foi observada na região Norte (5,9%), e a seguir nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, ambas com taxas de internação de 5,6%. As menores taxas, tanto do SUS (3,7%) quanto da população coberta por plano de saúde (7,7%), ocorreram na região Sudeste.

No entanto, as taxas de internação da população coberta por planos de saúde não se compõem somente de internações financiadas pelos próprios planos, mas 19,3% dos indivíduos que possuíam planos de saúde e se internaram, tiveram suas internações pagas por outras fontes de financiamento (Tabela 8). Deste montante, o Sistema Único de Saúde foi responsável pela maior parcela, correspondendo a 15,7%, enquanto os 3,6% restantes foram pagos por desembolso direto.

Ressalte-se ainda que, entre 1998 e 2003, o SUS foi a única fonte de financiamento que aumentou a participação no financiamento das internações de indivíduos com planos de saúde com uma taxa de incremento de 20,8%. Neste período, tanto os próprios planos de saúde quanto o pagamento privado direto apresentaram queda de 3,0% e 6,3%, respectivamente, na participação relativa das internações desta parcela da população, ainda que, considerando os valores absolutos, tenha havido incremento no número de internações das três fontes de financiamento.

Tabela 8 – Internações de pessoas que possuem plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
2003 N	2.844.412	553.389	126.204	3.524.005
%	80,7	15,7	3,6	100,0
1998 N	2.498.337	390.281	114.817	3.003.435
%	83,2	13,0	3,8	100,0
Variação Freq. Relativa	-3,0	20,8	-6,3	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Do ponto de vista do financiamento do sistema público, verifica-se na Tabela 9 que, 6,7% das internações realizadas no Brasil em 2003 foram de indivíduos que possuíam plano de saúde. Quando comparados os valores absolutos, a maior parcela da população com plano de saúde que teve a internação financiada pelo Sistema Único de Saúde residia na região Sudeste, aproximadamente 250 mil pessoas. No entanto, quando observada a frequência relativa, foi na região Sul (9,3%) que o sistema público mais financiou internações de pessoas com planos de saúde, enquanto na região Nordeste ocorreu a menor taxa (3,4%).

É importante destacar que, à exceção da região Norte, nas demais regiões do país houve redução na participação relativa das internações financiadas pelo SUS de indivíduos sem plano de saúde em detrimento do aumento da utilização do sistema público por pessoas que possuíam planos de saúde. Neste sentido, os maiores incrementos na frequência de pessoas com plano de saúde que tiveram suas internações pagas pelo Sistema Único de Saúde ocorreram nas regiões Sul (42,4%) e Centro-Oeste (29,7%). Cumpre esclarecer que o número absoluto de internações financiadas pelo

SUS cresceu nas cinco grandes regiões independente da vinculação do usuário a um plano de saúde.

Tabela 9 – Internações financiadas pelo SUS por posse de plano de saúde segundo grandes regiões – Brasil 1998 e 2003.

Grandes Regiões	Posse de Plano de Saúde	1998		2003		Variação freq. relativa
		N	%	N	%	
Centro-Oeste	Sim	30.585	6,0	54.994	7,8	29,7
	Não	478.040	94,0	649.970	92,2	-1,9
	Total	508.625	100,0	704.964	100,0	
Nordeste	Sim	72.495	3,1	95.058	3,4	11,6
	Não	2.288.225	96,9	2.677.785	96,6	-0,4
	Total	2.360.720	100,0	2.772.843	100,0	
Norte	Sim	24.981	6,4	31.214	5,0	-21,5
	Não	365.469	93,6	589.893	95,0	1,5
	Total	390.450	100,0	621.107	100,0	
Sudeste	Sim	181.697	7,7	249.549	8,7	13,0
	Não	2.168.842	92,3	2.608.388	91,3	-1,1
	Total	2.350.539	100,0	2.857.937	100,0	
Sul	Sim	80.523	6,5	122.574	9,3	42,4
	Não	1.150.440	93,5	1.193.421	90,7	-3,0
	Total	1.230.963	100,0	1.315.995	100,0	
Brasil	Sim	390.281	5,7	553.389	6,7	17,3
	Não	6.451.016	94,3	7.719.457	93,3	-1,0
	Total	6.841.297	100,0	8.272.846	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Ainda sob a ótica do SUS, observa-se que as internações para tratamento clínico foram as mais frequentes tanto para os indivíduos que declararam possuir plano de saúde como para os demais. Entretanto, analisando as frequências relativas, a maior utilização do SUS por pessoas que possuíam planos de saúde ocorreu nas internações para realização de cirurgias (9,0%), seguida das internações para realização de exames (7,7%) e nos partos cesáreos (7,4%). (Tabela 10)

Comparando a variação da utilização das internações financiadas pelo sistema público entre os indivíduos com plano de saúde e aqueles que não o possuíam de 1998 para 2003, observa-se o aumento dos serviços prestados ao primeiro grupo em prejuízo da população sem cobertura de plano, em todos os tipos de internações, sendo os

incrementos mais significativos nas internações de parto cesáreo (27,0%), internações para realização de exames (25,1%) e partos normais (22,0%).

Avaliando os valores absolutos, cabe salientar a queda no número de partos financiados pelo SUS, sendo a redução do parto normal de 5,0% e dos partos cesáreos de 3,5%. Entretanto, a diminuição no número de internações dos dois tipos de parto se deu entre as mulheres que não possuíam planos de saúde ao passo que para as beneficiárias de planos aumentou o número de partos pagos pelo sistema público.

Tabela 10 – Internações financiadas pelo SUS por posse de plano de saúde e tipo de internação – Brasil – 1998 e 2003.

Tipo de Internação	Posse de Plano de Saúde	1998		2003		Variação frequência relativa
		N	%	N	%	
Tratamento Clínico	Sim	206.349	5,2	291.574	6,0	15,6
	Não	3.744.765	94,8	4.539.618	94,0	-0,9
	Total	3.951.114	100,0	4.831.192	100,0	
Parto Normal	Sim	51.034	4,9	59.107	6,0	22,0
	Não	990.005	95,1	929.403	94,0	-1,1
	Total	1.041.039	100,0	988.510	100,0	
Parto Cesáreo	Sim	28.825	5,8	35.367	7,4	27,0
	Não	468.854	94,2	445.424	92,6	-1,7
	Total	497.679	100,0	480.791	100,0	
Cirurgia	Sim	90.837	8,4	144.608	9,0	6,5
	Não	986.010	91,6	1.465.759	91,0	-0,6
	Total	1.076.847	100,0	1.610.367	100,0	
Exames	Sim	8.615	6,1	16.683	7,7	25,1
	Não	132.235	93,9	201.274	92,3	-1,6
	Total	140.850	100,0	217.957	100,0	
Tratamento Psiquiátrico	Sim	*	–	6.050	4,2	–
	Não	127.870	100,0	137.979	95,8	-4,2
	Total	127.870	100,0	144.029	100,0	
Total	Sim	385.660	5,6	553.389	6,7	18,6
	Não	6.449.739	94,4	7.719.457	93,3	-1,1
	Total	6.835.399	100,0	8.272.846	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%

Todavia, a depender da cobertura para assistência à saúde contratada, parte das internações dos indivíduos com plano de saúde financiada pelo sistema público pode não ser de fato, obrigação das operadoras de planos de saúde. Assim, é necessário verificar dentre as internações de pessoas que possuíam planos de saúde com cobertura para internação, onde e em que circunstâncias o SUS foi utilizado para prestar o serviço no lugar do plano contratado.

Tabela 11 – Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento – Brasil – 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
2003 N	2.529.989	314.349	91.937	2.936.275
%	86,2	10,7	3,1	100,0
1998 N	2.035.249	222.296	77.978	2.335.523
%	87,1	9,5	3,3	100,0
Varição freq. relativa	-1,1	12,5	-6,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Como se depreende da Tabela 11, considerando apenas as internações de indivíduos que declararam possuir a cobertura do plano de saúde para o serviço, em 2003, 10,7% destas foram financiadas pelo Sistema Único de Saúde e 3,1% foram pagas diretamente pelo paciente. No que tocante ao sistema público, verifica-se que, dos indivíduos com plano de saúde que tiveram suas internações financiadas pelo SUS, 56,8% declararam possuir a cobertura contratada com a operadora de plano de saúde.

Na comparação da participação de cada fonte de financiamento no pagamento das internações das pessoas com cobertura de plano de saúde nos dois anos analisados, deve-se ressaltar que o SUS apresentou incremento de 12,5%, ao passo que a participação dos próprios planos de saúde decresceu em 1,1% e o pagamento privado direto apresentou retração de 6,2%. O número absoluto de internações pagas foi superior em 2003 para as três fontes de financiamento, muito embora a maior diferença percentual tenha ocorrido no SUS (41,4%), seguido dos planos de saúde (24,3%) e por último no pagamento direto (17,9%).

Considerando os tipos de internação apresentados na Tabela 12, verifica-se que o maior uso do SUS por pessoas com cobertura de plano de saúde aconteceu para a realização de partos normais (29,2%), seguidos pelas internações para tratamento clínico (12,9%), tratamentos psiquiátricos (8,9%), cirurgias (7,7%) e partos cesáreos (6,7%). Esta elevada participação do SUS no financiamento dos partos normais pode indicar a dificuldade de realização deste procedimento no âmbito do setor de saúde suplementar, que apresenta, conforme dados¹⁶ da ANS, altas taxas de cesariana (80,7% em 2006).

¹⁶ O indicador de Proporção de Parto Cesáreo tem sido avaliado no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, evidenciando que o parto cirúrgico é predominante no mercado privado de planos de saúde no Brasil.

Tabela 12 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo tipo de internação - Brasil - 1998 e 2003.

Tipo de Internação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
Tratamento Clínico	2003 N	1.074.036	163.666	26.630	1.264.332
	%	84,9	12,9	2,1	100,0
	1998 N	881.604	118.964	24.745	1.025.313
	%	86,0	11,6	2,4	100,0
	Variação freq. relativa	-1,2	11,6	-12,7	
Parto Normal	2003 N	74.692	30.851	*	105.543
	%	70,8	29,2		100,0
	1998 N	100.043	25.599	*	125.642
	%	79,6	20,4		100,0
	Variação freq. relativa	-11,1	43,5		
Parto Cesáreo	2003 N	236.371	17.742	11.705	265.818
	%	88,9	6,7	4,4	100,0
	1998 N	227.864	12.048	12.180	252.092
	%	90,4	4,8	4,8	100,0
	Variação freq. relativa	-1,6	39,7	-8,9	
Cirurgia	2003 N	1.034.211	90.154	47.403	1.171.768
	%	88,3	7,7	4,0	100,0
	1998 N	753.304	58.509	32.716	844.529
	%	89,2	6,9	3,9	100,0
	Variação freq. relativa	-1,1	11,1	4,4	
Exames	2003 N	22.940	*	*	22.940
	%	100,0			100,0
	1998 N	15.771	*	*	15.771
	%	100,0			100,0
	Variação freq. relativa	-	-	-	
Tratamento Psiquiátrico	2003 N	87.739	8.553	*	96.292
	%	91,1	8,9		100,0
	1998 N	56.336	*	*	56.336
	%	100,0			100,0
	Variação freq. relativa	-8,9			
Total	2003 N	2.529.989	314.349	85.738	2.930.076
	%	86,3	10,7	2,9	100,0
	1998 N	2.035.249	215.120	69.641	2.320.010
	%	87,7	9,3	3,0	100,0
	Variação freq. relativa	-1,6	15,7	-2,5	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

É importante salientar também que foram justamente nas internações de parto normal e parto cesáreo que houve o maior acréscimo da participação relativa do SUS entre os dois anos da pesquisa, ao mesmo tempo em que houve decréscimo da participação dos planos de saúde no financiamento desses procedimentos.

Tabela 13 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo estado de saúde auto declarado - Brasil - 2003.

Estado de Saúde Auto Declarado	Fonte de Financiamento						Total	
	Plano de Saúde		SUS		Pagamento Privado Direto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito Bom	555.682	95,5	51.943	8,9	26.066	4,5	581.748	100,0
Bom	1.160.398	96,4	127.935	10,6	43.379	3,6	1.203.777	100,0
Regular	662.976	97,0	99.597	14,6	20.169	3,0	683.145	100,0
Ruim	113.174	82,5	24.061	17,5	*	—	137.235	100,0
Muito Ruim	37.759	77,7	10.813	22,3	*	—	48.572	100,0
Total	2.529.989	96,6	314.349	12,0	89.614	3,4	2.619.603	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

No tocante ao pagamento privado direto houve redução da participação desta fonte de financiamento para praticamente todos os tipos de internações, com exceção das internações para realização de cirurgias. A maior retração ocorreu no financiamento das internações psiquiátricas o que pode ser explicado pela obrigatoriedade de cobertura dos transtornos mentais introduzida pela regulamentação dos planos de saúde.

Observando o perfil de morbidade da população com cobertura de plano de saúde que se internou no período da pesquisa, nota-se que a parcela daqueles que utilizaram o Sistema Único de Saúde para a realização das internações aumenta à medida que piora a auto-avaliação do estado de saúde. Ou seja, entre aqueles que consideraram sua própria saúde muito boa 8,9% tiveram as internações financiadas pelo SUS; 10,6% nos casos de saúde boa; 14,6% para saúde regular; 17,5% quando a auto-avaliação do estado de saúde foi ruim e, 22,3% para os entrevistados que julgaram a própria saúde como muito ruim. Portanto, considerando a frequência relativa, as pessoas com a saúde mais comprometida recorreram quase três vezes mais ao SUS para se internarem do que os indivíduos com boa saúde. (Tabela 13).

Ainda para caracterização da saúde da população foram apresentadas doze questões acerca da existência de diagnóstico de algumas doenças crônicas. Analisando as fontes de financiamento das internações de acordo com a presença ou não da referida doença, depreende-se da Tabela 14 que, apenas em relação a problema na coluna, depressão e tendinite ou tenossinovite, a frequência relativa da utilização do SUS foi menor para as pessoas sem a doença. Nas demais doenças crônicas investigadas (artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, doença do coração e insuficiência renal crônica) aqueles que informaram apresentar o problema, recorreram mais ao sistema público para o financiamento das internações do que os indivíduos que

referiram não possuir a doença, com destaque para a insuficiência renal crônica com a maior diferença entre os dois grupos. (5,9%).

Tabela 14 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo existência de doença crônica - Brasil - 2003.

Existência de Doença Crônica		Fonte de Financiamento						Total	
		Plano de Saúde		SUS		Pagamento Privado Direto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Problema na coluna ou costas	Sim	625.008	88,8	65.245	9,3	13.189	1,9	703.442	100,0
	Não	1.904.981	85,3	249.104	11,2	78.748	3,5	2.232.833	100,0
Artrite ou reumatismo	Sim	296.658	87,1	37.485	11,0	6.522	1,9	340.665	100,0
	Não	2.233.331	86,0	276.864	10,7	85.415	3,3	2.595.610	100,0
Câncer	Sim	62.648	88,3	8.312	11,7	*	—	70.960	100,0
	Não	2.467.341	86,1	306.037	10,7	91.006	3,2	2.864.384	100,0
Diabetes	Sim	174.370	88,5	22.762	11,5	*	—	197.132	100,0
	Não	2.355.619	86,1	291.587	10,7	87.573	3,2	2.734.779	100,0
Bronquite ou Asma	Sim	240.847	85,1	35.748	12,6	6.379	2,3	282.974	100,0
	Não	2.289.142	86,3	278.601	10,5	85.558	3,2	2.653.301	100,0
Hipertensão	Sim	598.870	87,1	74.667	10,9	14.003	2,0	687.540	100,0
	Não	1.931.119	85,9	239.682	10,7	77.934	3,5	2.248.735	100,0
Doença do Coração	Sim	299.671	89,1	36.836	10,9	*	—	336.507	100,0
	Não	2.230.318	85,9	277.513	10,7	88.387	3,4	2.596.218	100,0
Insuficiência Renal Crônica	Sim	98.268	83,6	19.262	16,4	*	—	117.530	100,0
	Não	2.431.721	86,3	295.087	10,5	89.785	3,2	2.816.593	100,0
Depressão	Sim	285.708	87,0	32.100	9,8	10.580	3,2	328.388	100,0
	Não	2.244.281	86,1	282.249	10,8	81.357	3,1	2.607.887	100,0
Tendinite ou Tenossinovite	Sim	188.150	89,0	15.031	7,1	5.833	2,8	211.319	100,0
	Não	2.341.839	84,5	299.318	10,8	86.104	3,1	2.770.895	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Não foi possível estimar as internações para tuberculose e cirrose

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Na Tabela 15 são apresentadas as internações das pessoas com cobertura de plano de saúde de acordo com as características dos planos que possuem. Constata-se que o número absoluto de internações dos usuários com planos de abrangência nacional foi quatro vezes maior do que as internações dos usuários com planos municipais. No entanto, esta diferença diminui para 1,5 vezes quando apreciadas somente as internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde. Dito de outra forma, 18,5% das internações de beneficiários com planos municipais foram pagas pelo SUS ao passo que para os beneficiários com planos nacionais este percentual foi de 6,5%.

De modo semelhante, embora a maior parcela das internações seja de beneficiários de planos coletivos (57%), a participação do sistema público foi maior no financiamento das internações daqueles que possuíam planos de contratação individual.

Tabela 15 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo características do plano - Brasil - 2003.

Características dos Planos de Saúde		Fonte de Financiamento						Total	
		Plano de Saúde		SUS		Pgto Privado Direto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Total		2.529.989	84,8	314.349	10,5	91.937	3,1	2.936.275	100,0
Abrangência Geográfica	Municipal	304.943	78,7	71.544	18,5	10.997	2,8	387.484	100,0
	Estadual	612.347	81,7	109.794	14,6	27.688	3,7	749.829	100,0
	Nacional	1.522.013	90,7	108.501	6,5	47.546	2,8	1.678.060	100,0
	N/I	90.686	75,0	24.510	20,3	5.706	4,7	120.902	100,0
Tipo de Contratação	Coletivo	1.475.935	87,5	167.465	9,9	43.881	2,6	1.687.281	100,0
	Individual	1.011.077	84,2	144.176	12,0	44.955	3,7	1.200.208	100,0
	N/I	42.977	100,0	*	—	*	—	42.977	100,0
Utilização de Fator Moderador	Sim	651.049	81,1	113.410	14,1	38.322	4,8	802.781	100,0
	Não	1.878.552	88,1	200.939	9,4	53.615	2,5	2.133.106	100,0
Faixa de Preço (em Reais)	Até 30	252.565	67,9	102.649	27,6	17.019	4,6	372.233	100,0
	> 30 e <= 50	251.806	81,6	50.093	16,2	6.648	2,2	308.547	100,0
	> 50 e <=100	499.022	86,2	60.372	10,4	19.436	3,4	578.830	100,0
	> 100 e <= 200	512.465	91,4	31.218	5,6	16.930	3,0	560.613	100,0
	> 200 e <= 300	265.350	93,3	9.431	3,3	9.501	3,3	284.282	100,0
	> 300 e <= 500	198.681	93,8	5.550	2,6	7.594	3,6	211.825	100,0
	> 500	87.123	100,0	*	—	*	—	87.123	100,0
N/I	462.977	87,3	53.173	10,0	14.275	2,7	530.425	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: N/I - Internações de pessoas com planos cujas características não foram identificadas.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Em referência à de faixa de preço, ainda na Tabela 15, percebe-se que, quanto mais baixo o valor da mensalidade do plano de saúde, maior a participação do SUS na internação dos beneficiários, apesar da previsão contratual de cobertura da internação. Considerando os números absolutos, o total de internações de indivíduos com planos na primeira faixa de preço não chega a duas vezes o número de internações das pessoas cujos planos custam entre R\$ 300,00 e R\$ 500,00, entretanto, o número de internações financiadas pelo SUS na primeira faixa é 18,5 vezes maior do que na última faixa. Assim, 27,6% das internações das pessoas que informaram pagar até R\$ 30,00 de mensalidade do plano de saúde foram realizadas pelo SUS, enquanto na segunda faixa de preço do plano a participação do sistema público foi de 16,2%, decrescendo sucessivamente até 2,6% das internações quando o valor da mensalidade do plano estava na faixa de R\$300,00 a R\$500,00.

Tabela 16 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo área censitária de residência – Brasil 1998 e 2003.

Área Censitária	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
Região Metropolitana	2003 N	1.100.885	94.207	24.163	1.219.255
	%	90,3	7,7	2,0	100,0
	1998 N	888.229	80.393	25.065	993.687
	%	89,4	8,1	2,5	100,0
	Variação freq. relativa	1,0	-4,5	-21,4	
	2003 N	1.429.104	220.142	67.774	1.717.020
Fora de Região Metropolitana	%	83,2	12,8	3,9	100,0
	1998 N	1.147.020	141.903	52.913	1.341.836
	%	85,5	10,6	3,9	100,0
	Variação freq. relativa	-2,6	21,2	0,1	
	2003 N	2.529.989	314.349	91.937	2.936.275
	%	86,2	10,7	3,1	100,0
Brasil	1998 N	2.035.249	222.296	77.978	2.335.523
	%	87,1	9,5	3,3	100,0
	Variação freq. relativa	-1,1	12,5	-6,2	
	2003 N	1.100.885	94.207	24.163	1.219.255

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Analisando as variações das internações dos indivíduos com cobertura de plano de saúde segundo local de moradia, constata-se que os residentes de municípios localizados fora das regiões metropolitanas recorreram mais ao SUS para o financiamento das internações (12,8%) do que os residentes de regiões metropolitanas (7,7%). O mesmo se deu em relação ao pagamento privado direto, enquanto 2,0% das internações dos residentes nas regiões metropolitanas foram pagas diretamente com recursos próprios, fora dessas regiões a participação do pagamento direto foi praticamente o dobro (3,9%). Na comparação entre os dois anos da pesquisa, nota-se ainda que a participação dos planos de saúde nas internações dos beneficiários residentes fora de regiões metropolitanas foi reduzida em 2,6%, ao passo que o financiamento do SUS aumentou em 21,2% nestas áreas.(Tabela 16).

Na análise comparativa entre as cinco grandes regiões, apresentada na Tabela 17, a distribuição das internações em valores absolutos acompanhou a concentração dos beneficiários. No entanto, avaliando a frequência relativa, verifica-se que a participação do sistema público no financiamento das internações é inversa à distribuição dos beneficiários, ou seja, na região Norte onde o número de beneficiários era menor, o

percentual de internações financiadas pelo SUS foi maior (17,7%). Em segundo lugar apareceram o Nordeste e Centro-Oeste (14,7%), depois a região Sul (11,1%) e por último o Sudeste, região de maior concentração de beneficiários, com uma participação proporcional de 8,6%.

Tabela 17 – Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo grandes regiões de residência – Brasil 1998 e 2003.

Grandes Regiões	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Centro-oeste	2003 N	182.868	33.559	12.432	228.859
	%	79,9	14,7	5,4	100,0
	1998 N	151.116	17.891	9.563	178.570
	%	84,6	10,0	5,4	100,0
	Variação freq. relativa	-5,6	46,4	1,4	
Nordeste	2003 N	334.083	60.043	13.385	407.511
	%	82,0	14,7	3,3	100,0
	1998 N	287.777	47.284	9.597	344.658
	%	83,5	13,7	2,8	100,0
	Variação freq. relativa	-1,8	7,4	18,0	
Norte	2003 N	92.822	20.677	3.474	116.973
	%	79,4	17,7	3,0	100,0
	1998 N	70.393	15.268	4.238	89.899
	%	78,3	17,0	4,7	100,0
	Variação freq. relativa	1,3	4,1	-37,0	
Sudeste	2003 N	1.469.636	141.093	38.855	1.649.584
	%	89,1	8,6	2,4	100,0
	1998 N	1.181.974	107.900	35.850	1.325.724
	%	89,2	8,1	2,7	100,0
	Variação freq. relativa	-0,1	5,1	-12,9	
Sul	2003 N	450.580	58.977	23.791	533.348
	%	84,5	11,1	4,5	100,0
	1998 N	343.989	33.953	18.730	396.672
	%	86,7	8,6	4,7	100,0
	Variação freq. relativa	-2,6	29,2	-5,5	
Brasil	2003 N	2.529.989	314.349	91.937	2.936.275
	%	86,2	10,7	3,1	100,0
	1998 N	2.035.249	222.296	77.978	2.335.523
	%	87,1	9,5	3,3	100,0
	Variação freq. relativa	-1,1	12,5	-6,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

É importante salientar que, à exceção da região Norte onde ocorreu um aumento de 1,3%, houve retração da participação dos planos de saúde nas internações de seus clientes nas demais regiões, sucedendo de forma mais acentuada no Centro-Oeste (5,6%). Por outro lado, o financiamento do SUS aumentou sua participação em todas elas, com destaque para o Centro-Oeste (46,4%) e para a região Sul (29,2%). No tocante ao pagamento privado direto a maior redução ocorreu na região Norte (37,0%), seguida da região Sudeste (12,9%) e Sul (5,5%). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste o pagamento privado direto das internações apresentou taxas de incremento de 18,0% e 1,4%, respectivamente.

Devido aos elevados coeficientes de variação, não foi possível estimar as internações de pessoas com cobertura de plano de saúde para todas as unidades da federação. Comparando as taxas relativas dos dezoito estados analisados, os residentes no Mato Grosso do Sul (29,0%) foram os que mais fizeram uso do Sistema Único de Saúde para se internarem, ao passo que a menor participação do SUS no financiamento das internações de pessoas com cobertura de planos de saúde ocorreu em São Paulo (7,3%). (Tabelas 18, 19, 20, 21 e 22)

Tabela 18 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Centro-Oeste - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Mato Grosso do Sul	2003 N	31.795	12.977	*	44.772
	%	71,0	29,0	—	100,0
	1998 N	27.739	6.056	*	33.795
	%	82,1	17,9	—	100,0
	Variação freq. relativa	-13,5	61,7	—	
Mato Grosso	2003 N	29.502	5.075	*	34.577
	%	85,3	14,7	—	100,0
	1998 N	24.720	*	*	24.720
	%	100,0	—	—	100,0
	Variação freq. relativa	-14,7	—	—	
Goiás	2003 N	87.988	12.528	5.076	105.592
	%	83,3	11,9	4,8	100,0
	1998 N	69.740	7.203	3.925	80.868
	%	86,2	8,9	4,9	100,0
	Variação freq. relativa	-3,4	33,2	-1,0	
Distrito Federal	2003 N	33.583	2.979	2.551	39.113
	%	85,9	7,6	6,5	100,0
	1998 N	28.917	3.557	*	32.474
	%	89,0	11,0	—	100,0
	Variação freq. relativa	-3,6	-30,5	—	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Tabela 19 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Ceará, Paraíba, Pernambuco e Bahia - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Ceará	2003 N	43.923	11.311	*	55.234
	%	79,5	20,5	—	100,0
	1998 N	39.234	7.041	*	46.275
	%	84,8	15,2	—	100,0
	Variação freq. relativa	-6,2	34,6		
Paraíba	2003 N	29.519	5.807	*	35.326
	%	83,6	16,4	—	100,0
	1998 N	40.499	4.049	*	44.548
	%	90,9	9,1	—	100,0
	Variação freq. relativa	-8,1	80,9		
Pernambuco	2003 N	80.363	9.239	*	89.602
	%	89,7	10,3	—	100,0
	1998 N	64.460	21.046	*	85.506
	%	75,4	24,6	—	100,0
	Variação freq. relativa	19,0	-58,1	—	
Bahia	2003 N	95.350	19.473	4.036	118.859
	%	80,2	16,4	3,4	100,0
	1998 N	73.689	7.536	*	81.225
	%	90,7	9,3	—	100,0
	Variação freq. relativa	-11,6	76,6	—	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Tabela 20 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Rondônia, Amazonas, Pará - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Rondônia	2003 N	17.847	2.396	*	20.243
	%	88,2	11,8	—	100,0
	1998 N	15.683	*	*	15.683
	%	100,0	—	—	100,0
	Variação freq. relativa	-11,8	—	—	
Amazonas	2003 N	12.667	3.920	*	16.587
	%	76,4	23,6	—	100,0
	1998 N	10.016	3.608	*	13.624
	%	73,5	26,5	—	100,0
	Variação freq. relativa	3,9	-10,8		
Pará	2003 N	47.170	10.186	*	57.356
	%	82,2	17,8	—	100,0
	1998 N	32.770	5.783	*	38.553
	%	85,0	15,0	—	100,0
	Variação freq. relativa	-3,2	18,4	—	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Tabela 21 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sudeste - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Minas Gerais	2003 N	263.558	39.472	14.057	317.087
	%	83,1	12,4	4,4	100,0
	1998 N	187.829	31.492	7.252	226.573
	%	82,9	13,9	3,2	100,0
	Variação freq. relativa	0,3	-10,4	38,5	
Espírito Santo	2003 N	56.130	4.755	*	60.885
	%	92,2	7,8	—	100,0
	1998 N	37.362	4.482	*	41.844
	%	89,3	10,7	—	100,0
	Variação freq. relativa	3,2	-27,1	—	
Rio de Janeiro	2003 N	222.064	22.677	*	244.741
	%	90,7	9,3	—	100,0
	1998 N	174.133	17.917	6.063	198.113
	%	87,9	9,0	3,1	100,0
	Variação freq. relativa	3,2	2,5	—	
São Paulo	2003 N	927.884	74.189	18.120	1.020.193
	%	91,0	7,3	1,8	100,0
	1998 N	782.650	54.009	20.542	857.201
	%	91,3	6,3	2,4	100,0
	Variação freq. relativa	-0,4	15,4	-25,9	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Em relação ao pagamento privado direto somente foi possível estimar a participação desta fonte em oito estados e, dentre eles, a maior frequência relativa da fonte ocorreu no Distrito Federal (6,5%) enquanto São Paulo novamente apresentou a menor taxa (1,8%).

Considerando as cinco unidades da federação onde foram estimadas as internações das três fontes de financiamento nos dois anos de análise, a participação dos planos de saúde no financiamento das internações decresceu em Goiás (-3,4%), São Paulo (-0,4%) e Rio Grande do Sul (-2,4%). Em contrapartida, nos três estados houve acréscimo na cobertura do Sistema Único de Saúde em 33,2%, 15,4% e 32,4%.

Cabe salientar a situação de Minas Gerais onde ocorreu um pequeno acréscimo na participação relativa dos planos de saúde (0,3%) de um lado, uma retração do financiamento do SUS (-10,4%) de outro e, um incremento de 38,5% nos gastos privados diretos.

Ressalta-se também o aumento expressivo da participação do sistema público no financiamento das internações de beneficiários com cobertura de planos de saúde nos estados da Paraíba (80,9%), Bahia (76,6%) e Mato Grosso do Sul (61,7%) de um lado e a redução em Pernambuco (58,1%) e Espírito Santo (27,1%) de outro.

Tabela 22 - Internações de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sul - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Paraná	2003 N	163.588	24.054	9.173	196.815
	%	83,1	12,2	4,7	100,0
	1998 N	115.845	17.268	6.234	139.347
	%	83,1	12,4	4,5	100,0
	Variação freq. relativa	0,0	-1,4	4,2	
Santa Catarina	2003 N	74.360	14.872	*	89.232
	%	83,3	16,7	—	100,0
	1998 N	62.796	*	*	62.796
	%	100,0	—	—	100,0
	Variação freq. relativa	-16,7	—	—	
Rio Grande do Sul	2003 N	212.632	20.051	10.614	243.297
	%	87,4	8,2	4,4	100,0
	1998 N	165.348	11.500	7.886	184.734
	%	89,5	6,2	4,3	100,0
	Variação freq. relativa	-2,4	32,4	2,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

IV.3. Demais Atendimentos.

Considerando os atendimentos realizados no período de quinze dias que antecederam as entrevistas, novamente, o SUS foi o financiador da maior parte dos mesmos, sendo responsável por 61,1% do total, contra 27,9% dos planos de saúde e 11,0% do pagamento privado direto. Vale enfatizar também que o sistema público foi a única fonte de financiamento que apresentou crescimento entre 1998 e 2003, com uma taxa de incremento de 9,7%. Tanto os planos de saúde como o pagamento direto tiveram reduzido suas participações no financiamento dos atendimentos respectivamente em 9,0% e 19,5%. (Tabela 23)

Tabela 23 - Atendimentos realizados por fonte de financiamento - Brasil - 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	SUS	Plano de Saúde	Pagamento Privado Direto	
2003 N	13.932.239	6.365.811	2.504.809	22.802.859
%	61,1	27,9	11,0	100,0
1998 N	9.536.821	5.252.731	2.338.587	17.128.139
%	55,7	30,7	13,7	100,0
Variação freq. relativa	9,7	-9,0	-19,5	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Segundo Porto *et. al.* (2006) destacam-se os seguintes pontos:

- i. A predominância do SUS no financiamento da atenção básica e da alta complexidade, demonstrada pela alta cobertura das consultas de agente comunitário ou parteira, vacinações e nos tratamentos de quimioterapia, hemodiálise, hemoterapia e radioterapia;
- ii. A expansão do sistema público nas consultas de outros profissionais, atendimentos para realização de exames e consultas odontológicas, buscando solucionar algumas deficiências antigas do sistema;
- iii. A elevada participação do gasto direto no financiamento das consultas nas farmácias e consultas odontológicas;
- iv. O aumento da participação do SUS em quase todos os tipos de atendimentos à exceção de Gesso ou imobilização;

- v. Em contrapartida, a retração do financiamento dos planos de saúde em praticamente todos os atendimentos excluindo as consultas na farmácia e gesso ou imobilização.

Observando o comportamento divergente do SUS e dos planos de saúde nos dois anos de análise, cabe verificar como foram atendidas as demandas por serviços de saúde das pessoas que possuíam planos de saúde.

Conforme aponta a Tabela 24, 78,9% dos atendimentos de pessoas com planos de saúde foram financiados pelos próprios planos, enquanto o SUS teve uma participação de 12,3% e o gasto direto foi responsável por 8,8% destes atendimentos.

Avaliando a frequência relativa das três fontes, observa-se que somente o sistema público apresentou incremento na participação de atendimentos de pessoas com plano de saúde (27,5%), ao passo que a parcela dos planos de saúde foi reduzida em 0,2% e do gasto privado direto em 22,1%. Entretanto, se analisado o número absoluto de atendimentos realizados verifica-se que houve aumento na utilização tanto dos planos de saúde quanto do SUS em detrimento do número de atendimentos financiados por desembolso direto.

Tabela 24 - Atendimentos de pessoas que possuem plano de saúde por fonte de financiamento - Brasil - 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
2003 N	6.365.324	988.321	712.547	8.066.192
%	78,9	12,3	8,8	100,0
1998 N	5.252.731	638.640	753.340	6.644.711
%	79,1	9,6	11,3	100,0
Variação freq. relativa	-0,2	27,5	-22,1	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

No ano de 2003, do total de atendimentos realizados através do SUS, sete por cento foram prestados a indivíduos que possuíam planos de saúde. (Tabela 25) Observando as diferenças regionais, nota-se que esta relação foi maior nas regiões Centro-Oeste (10,8%), Sul (9,1%) e Sudeste (8,2%), refletindo a maior concentração de beneficiários de planos de saúde; enquanto o Norte (5,9%) e Nordeste (4,0%) apresentaram taxas mais reduzidas do que a taxa nacional.

Tabela 25 - Atendimentos financiados pelo SUS por posse de plano de saúde segundo grandes regiões - Brasil - 1998 e 2003.

Grandes Regiões	Possui Plano de Saúde	1998		2003		Variação Freqüência Relativa
		N	%	N	%	
Centro-Oeste	Sim	50.727	7,8	96.109	10,8	38,7
	Não	601.721	92,2	795.203	89,2	-3,3
	Total	652.448	100,0	891.312	100,0	
Nordeste	Sim	103.503	3,5	169.374	4,0	13,9
	Não	2.827.178	96,5	4.040.174	96,0	-0,5
	Total	2.930.681	100,0	4.209.548	100,0	
Norte	Sim	39.334	7,3	48.380	5,9	-19,5
	Não	496.728	92,7	770.193	94,1	1,5
	Total	536.062	100,0	818.573	100,0	
Sudeste	Sim	329.219	8,6	477.862	8,2	-5,6
	Não	3.480.276	91,4	5.381.647	91,8	0,5
	Total	3.809.495	100,0	5.859.509	100,0	
Sul	Sim	115.857	7,2	196.596	9,1	26,7
	Não	1.492.278	92,8	1.956.701	90,9	-2,1
	Total	1.608.135	100,0	2.153.297	100,0	
Brasil	Sim	638.640	6,7	988.321	7,1	5,9
	Não	8.898.181	93,3	12.943.918	92,9	-0,4
	Total	9.536.821	100,0	13.932.239	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Quando analisada a variação da participação relativa das fontes de financiamento ocorrida entre 1998 e 2003, é importante salientar que houve aumento da utilização do SUS por pessoas com plano de saúde em detrimento da cobertura de atendimentos aos indivíduos que não possuíam vínculo com a saúde suplementar. Com exceção das regiões Norte (-19,5%) e Sudeste (-5,6%) onde a participação do SUS no atendimento às pessoas com plano de saúde decresceu, nas demais regiões do país ocorreu o inverso, com destaque para o Centro-Oeste e Sul, que apresentaram taxas de incremento da utilização do SUS por pessoas com planos de saúde de 38,7% e 26,7%, respectivamente.

É relevante assinalar que, apesar das variações acima destacadas, os atendimentos financiados pelo sistema público aumentaram, em valores absolutos, em todo Brasil, independente do paciente possuir ou não de plano de saúde.

Especificando os tipos de atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde verifica-se que os procedimentos de alta complexidade, um dos menores em valores absolutos, foram os que apresentaram a maior parcela de usuários com planos de saúde,

Tabela 26 - Atendimentos financiados pelo SUS por posse de plano de saúde e tipo de atendimento - Brasil - 1998 e 2003.

Tipo de Atendimento	Posse de Plano de Saúde	1998		2003		Variação Freqüência Relativa
		N	%	N	%	
Consulta Médica	Sim	442.742	6,2	709.294	6,5	5,4
	Não	6.698.494	93,8	10.148.894	93,5	-0,4
	Total	7.141.236	100,0	10.858.188	100,0	
Consulta Odontológica	Sim	37.301	7,0	46.413	7,4	6,5
	Não	496.025	93,0	576.615	92,6	-0,5
	Total	533.326	100,0	623.028	100,0	
Consulta de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, etc.)	Sim	6.575	7,4	16.825	8,8	18,0
	Não	81.993	92,6	175.235	91,2	-1,4
	Total	88.568	100,0	192.060	100,0	
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia	Sim	–	–	8.253	11,6	–
	Não	–	–	63.078	88,4	–
	Total	–	–	71.331	100,0	
Vacinação, injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento	Sim	83.388	10,0	92.190	11,0	10,1
	Não	750.796	90,0	745.358	89,0	-1,1
	Total	834.184	100,0	837.548	100,0	
Cirurgia em ambulatório	Sim	5.160	5,8	8.173	7,2	24,2
	Não	84.346	94,2	105.970	92,8	-1,5
	Total	89.506	100,0	114.143	100,0	
Gesso ou imobilização	Sim	12.766	10,4	11.852	8,6	-17,1
	Não	110.529	89,6	126.181	91,4	2,0
	Total	123.295	100,0	138.033	100,0	
Exames complementares	Sim	37.950	6,4	70.700	8,5	32,5
	Não	556.052	93,6	764.740	91,5	-2,2
	Total	594.002	100,0	835.440	100,0	
Outros	Sim	11.287	9,8	21.665	9,5	-3,1
	Não	103.676	90,2	206.007	90,5	0,3
	Total	114.963	100,0	227.672	100,0	
Total	Sim	637.169	6,7	985.365	7,1	5,9
	Não	8.881.911	93,3	12.912.078	92,9	-0,4
	Total	9.519.080	100,0	13.897.443	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Notas: 1- Os atendimentos de Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia não constavam da PNAD/98.

2- Não foi possível estimar os atendimentos de Consulta de agente comunitário ou parteira e Consulta na farmácia.

o que significava 11,6% em 2003. Em segundo lugar apareceram os atendimentos de vacinação, injeção, curativo com 11,0%, seguidos de outros atendimentos (9,5%) e das consultas de outros profissionais de saúde com 8,8%. As consultas médicas foram os atendimentos com a menor parcela de usuários que possuíam planos de saúde correspondendo a 6,5% em 2003.

Ainda na Tabela 26, na comparação entre os dois anos da pesquisa, observa-se a elevação da prestação de serviços a usuários com plano de saúde em prejuízo daqueles que não o possuíam, de modo especial nos atendimentos para realização de exames complementares (32,5%), nas cirurgias em ambulatório (24,2%) e nas consultas de outros profissionais (18,0%).

Tabela 27 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento - Brasil - 1998 e 2003.

Ano	Fonte de Financiamento			Total
	Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
2003 N	5.187.031	665.235	214.046	6.066.312
%	85,5	11,0	3,5	100,0
1998 N	3.829.846	369.078	163.016	4.361.940
%	87,8	8,5	3,7	100,0
Variação freq. relativa	-2,6	29,6	-5,6	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Como se observa na Tabela 27, mesmo quando contabilizados de pessoas com cobertura do plano de saúde, o SUS foi o financiador de 11,0% dos serviços prestados e o pagamento privado direto de outros 3,5%. Novamente, na avaliação da mudança de comportamento das fontes de financiamento entre 1998 e 2003, tanto os planos de saúde (-2,6%) como o gasto direto (-5,6%) tiveram sua participação reduzida, ao passo que o sistema público apresentou uma taxa de incremento de 29,6% nos atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde.

No detalhamento dos tipos de atendimentos prestados às pessoas com cobertura de plano de saúde apresentado na Tabela 28, a maior participação do SUS ocorreu nos atendimentos de alta complexidade, o que correspondeu a 27,3% dos serviços de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia. Na seqüência vieram os

atendimentos de Gesso ou imobilização (12,9%), cirurgia em ambulatório (11,2%), consulta médica (10,9%) e exames complementares (10,8%).

Tabela 28 - atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo tipo de atendimento - Brasil - 1998 e 2003.

Tipo de Atendimento	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Consulta Médica	2003 N	4.607.138	586.937	192.595	5.386.670
	%	85,5	10,9	3,6	100,0
	1998 N	3.344.099	332.449	142.253	3.818.801
	%	87,6	8,7	3,7	100,0
	Variação freq. relativa	-2,3	25,2	-4,0	
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia	2003 N	15.432	5.806	*	21.238
	%	72,7	27,3	—	100,0
Cirurgia em ambulatório	2003 N	56.139	7.093	*	63.232
	%	88,8	11,2	—	100,0
	1998 N	56.554	*	*	56.554
	%	100,0	—	—	100,0
	Variação freq. relativa	-11,2	—	—	
Gesso ou imobilização	2003 N	70.867	10.487	*	81.354
	%	87,1	12,9	—	100,0
	1998 N	57.773	10.203	*	67.976
	%	85,0	15,0	—	100,0
	Variação freq. relativa	2,5	-14,1	—	
Exames complementares	2003 N	437.455	54.912	13.933	506.300
	%	86,4	10,8	2,8	100,0
	1998 N	371.420	23.674	17.798	412.892
	%	90,0	5,7	4,3	100,0
	Variação freq. relativa	-4,0	89,2	-36,2	
Total	2003 N	5.187.031	665.235	206.528	6.058.794
	%	85,6	11,0	3,4	100,0
	1998 N	3.885.985	366.326	160.051	4.412.362
	%	88,1	8,3	3,6	100,0
	Variação freq. relativa	-2,8	32,2	-6,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Entretanto, quando analisada a variação da participação relativa das três fontes de financiamento por tipo de atendimento, observa-se a retração da cobertura dos planos de saúde e do pagamento privado direto e, em contrapartida, o acréscimo da parcela de atendimentos financiados pelo SUS, especialmente no caso dos exames complementares cuja taxa de incremento foi de 89,2%. A exceção foi os atendimentos de gesso ou imobilização para os quais houve um aumento de 2,5% nos financiamento dos planos de saúde contra uma redução de 14,1% da parte do sistema público.

Examinando o perfil de saúde das pessoas que possuíam cobertura de plano de saúde e receberam atendimento em 2003, nota-se que apenas 5% delas consideraram seu estado de saúde ruim ou muito ruim e, no entanto, este foi o grupo que mais recorreu ao SUS para a cobertura dos atendimentos. Os entrevistados que declararam ter a saúde muito ruim fizeram uso da cobertura do sistema público três vezes mais, em termos proporcionais, do que aqueles que referiram um estado de saúde muito bom. Dito de outra forma, quanto pior a auto-avaliação do estado de saúde menos os planos de saúde financiaram os atendimentos prestados, apesar da previsão de cobertura assistencial. (Tabela 29)

Tabela 29 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo estado de saúde auto declarado - Brasil - 2003.

Estado de Saúde Auto Declarado	Fonte de Financiamento						Total	
	Plano de Saúde		SUS		Pagamento Privado Direto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito Bom	1.199.870	89,5	93.874	7,0	46.669	3,5	1.340.413	100,0
Bom	2.524.799	86,3	301.519	10,3	99.231	3,4	2.925.549	100,0
Regular	1.254.002	82,8	206.536	13,6	53.944	3,6	1.514.482	100,0
Ruim	170.750	73,1	51.535	22,1	11.251	4,8	233.536	100,0
Muito Ruim	37.610	76,2	11.771	23,8	*	-	49.381	100,0
Total	5.187.031	85,5	665.235	11,0	211.095	3,5	6.063.361	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

A análise de atendimentos prestados associados à existência de doença crônica apresentada na Tabela 30 corrobora o resultado encontrado com o estado de saúde. Neste caso, em sete das dez doenças para as quais foi possível estimar os atendimentos, a utilização do SUS e o gasto privado direto foram maiores para os entrevistados que informaram serem portadores da doença. No tocante ao financiamento do SUS a maior diferença ocorreu entre os portadores de insuficiência renal crônica (8,1%), já no caso do pagamento privado direto, a diferença percentual foi maior entre os portadores de câncer (3,0%).

Tabela 30 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo existência de doença crônica - Brasil - 2003.

Existência de Doença Crônica		Fonte de Financiamento						Total	
		Plano de Saúde		SUS		Pgto Privado Direto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Problema na coluna ou costas	Sim	1.314.022	85,5	169.991	11,1	52.497	3,4	1.536.510	100,0
	Não	3.873.009	85,5	495.244	10,9	161.549	3,6	4.529.802	100,0
Artrite ou reumatismo	Sim	565.542	83,0	85.893	12,6	30.195	4,4	681.630	100,0
	Não	4.620.912	85,8	579.342	10,8	183.851	3,4	5.384.105	100,0
Câncer	Sim	90.916	82,5	12.082	11,0	7.181	6,5	110.179	100,0
	Não	5.095.684	85,6	653.153	11,0	206.865	3,5	5.955.702	100,0
Diabetes	Sim	302.203	84,6	42.328	11,8	12.689	3,6	357.220	100,0
	Não	4.884.828	85,6	622.907	10,9	201.357	3,5	5.709.092	100,0
Bronquite ou asma	Sim	448.801	83,4	68.291	12,7	21.244	3,9	538.336	100,0
	Não	4.738.230	85,7	596.944	10,8	192.802	3,5	5.527.976	100,0
Hipertensão	Sim	1.098.268	83,4	173.792	13,2	45.053	3,4	1.317.113	100,0
	Não	4.088.763	86,1	491.443	10,3	168.993	3,6	4.749.199	100,0
Doença do coração	Sim	454.125	85,2	58.689	11,0	20.312	3,8	533.126	100,0
	Não	4.732.906	85,5	606.546	11,0	193.734	3,5	5.533.186	100,0
Insuficiência Renal Crônica	Sim	132.732	77,6	32.201	18,8	6.064	3,5	170.997	100,0
	Não	5.054.299	85,7	633.034	10,7	207.982	3,5	5.895.315	100,0
Depressão	Sim	530.292	83,6	75.535	11,9	28.779	4,5	634.606	100,0
	Não	4.656.739	85,7	589.700	10,9	185.267	3,4	5.431.706	100,0
tendinite ou tenossinovite	Sim	459.917	89,4	33.920	6,6	20.333	4,0	514.170	100,0
	Não	4.727.114	85,1	631.315	11,4	193.713	3,5	5.552.142	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Não foi possível estimar os atendimentos de pessoas com tuberculose e cirrose devido aos elevados coeficientes de variação (maior que 35%).

Além do perfil de morbidade das pessoas, o tipo de plano de saúde contratado também exerce influência sobre a utilização dos serviços de saúde. Conforme se observa na Tabela 31, ainda que o número absoluto de beneficiários vinculados a planos de abrangência municipal seja o menor entre os três tipos identificados, a quantidade de atendimentos desses beneficiários financiados pelo SUS foi a maior delas. Considerando a frequência relativa constata-se que estes usuários também se utilizaram mais do gasto direto para o financiamento de seus atendimentos. Dito de outra forma verifica-se que no tocante aos planos nacionais, 91,4% dos atendimentos foram pagos pelo próprio plano de saúde; diminuindo para 82,2% nos planos estaduais e chegando a 72,4% para os planos de abrangência municipal.

No caso dos atendimentos realizados o tipo de contratação dos planos não teve a mesma influência que ocorreu nas internações muito embora, o total de atendimentos de pessoas com planos individuais tivesse sido 15,4% menor que os atendimentos relativos

aos planos coletivos e, quando observados os atendimentos financiados pelo SUS esta diferença foi de apenas 1,3%.

Tabela 31 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo características do plano - Brasil - 2003.

Características dos Planos de Saúde		Fonte de Financiamento						Total	
		Plano de Saúde		SUS		Pgto Privado Direto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Total		5.187.031	84,8	665.235	10,5	214.046	3,1	6.066.312	100,0
Abrangência Geográfica	Municipal	671.393	72,4	211.813	22,9	43.732	4,7	926.938	100,0
	Estadual	1.242.116	82,2	209.828	13,9	58.345	3,9	1.510.289	100,0
	Nacional	3.072.821	91,4	188.197	5,6	101.293	3,0	3.362.311	100,0
	N/I	200.701	75,2	55.397	20,8	10.676	4,0	266.774	100,0
Tipo de Contratação	Coletivo	2.931.687	84,9	394.532	11,4	127.093	3,7	3.453.312	100,0
	Individual	2.190.028	86,6	255.179	10,1	84.763	3,4	2.529.970	100,0
	N/I	65.316	80,8	15.524	19,2	*	—	80.840	100,0
Utilização de Fator Moderador	Sim	1.273.568	76,2	318.293	19,0	80.426	4,8	1.672.287	100,0
	Não	3.911.402	89,1	346.370	7,9	133.620	3,0	4.391.392	100,0
Faixa de Preço (em Reais)	Até 30	546.255	63,1	272.539	31,5	46.320	5,4	865.114	100,0
	> 30 e <= 50	556.451	82,0	100.116	14,8	22.086	3,3	678.653	100,0
	> 50 e <=100	978.450	88,7	88.232	8,0	36.178	3,3	1.102.860	100,0
	> 100 e <= 200	1.030.350	93,7	43.149	3,9	26.273	2,4	1.099.772	100,0
	> 200 e <= 300	516.686	94,0	13.647	2,5	19.148	3,5	549.481	100,0
	> 300 e <= 500	374.569	94,5	8.320	2,1	13.513	3,4	396.402	100,0
	> 500	156.623	94,9	*	—	8.488	5,1	165.111	100,0
	N/I	1.027.647	85,2	136.494	11,3	42.040	3,5	1.206.181	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: N/I - Atendimentos de pessoas com planos cujas características não foram identificadas.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Já o uso de fator moderador exerce efeito muito claro na utilização dos serviços de saúde conforme se observa na Tabela acima. Os atendimentos de pessoas cujos planos faziam uso de fator moderador representaram menos de 30% do total de atendimentos realizados, entretanto, comparando os atendimentos financiados pelo sistema público e pelo gasto privado direto este percentual subiu para 48% e 38%, respectivamente. Em outras palavras, 7,9% dos atendimentos de pessoas com planos de saúde que não aplicavam fator moderador ocorreram no SUS, enquanto quando havia a necessidade de pagamento no ato da utilização do serviço, 19,0% das pessoas recorreram ao sistema público.

O valor da mensalidade do plano também se mostrou um fator importante no atendimento às demandas por serviços de saúde. Claramente, os usuários que pagavam as menores mensalidades dos planos de saúde tiveram suas necessidades menos atendidas pelas operadoras e, conseqüentemente, recorreram mais ao SUS e ao gasto

privado direto para o financiamento dos atendimentos recebidos. Considerando os valores absolutos, o número de atendimentos de pessoas cujos planos de saúde custavam até trinta reais representaram apenas 14,2% do total de atendimentos realizados. Entretanto, corresponderam a 40,9% dos atendimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde e 21,6% daqueles pagos diretamente pelo paciente. Ressalta-se que nos planos da primeira faixa de preço apenas 63,1% dos atendimentos foram pagos pelas próprias operadoras, ao passo que para os planos com mensalidades superiores a cem reais este percentual foi superior a 90,0%.

Tabela 32 – Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo área censitária de residência – Brasil 1998 e 2003.

Área Censitária	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Região Metropolitana	2003 N	2.543.533	188.128	89.370	2.821.031
	%	90,2	6,7	3,2	100,0
	1998 N	1.982.681	139.540	90.772	2.212.993
	%	89,6	6,3	4,1	100,0
	Variação freq. relativa	0,6	5,8	-22,8	
Fora de Região Metropolitana	2003 N	2.643.498	477.107	124.676	3.245.281
	%	81,5	14,7	3,8	100,0
	1998 N	1.847.165	229.538	72.244	2.148.947
	%	86,0	10,7	3,4	100,0
	Variação freq. relativa	-5,2	37,6	14,3	
Brasil	2003 N	5.187.031	665.235	214.046	6.066.312
	%	85,5	11,0	3,5	100,0
	1998 N	3.829.846	369.078	163.016	4.361.940
	%	87,8	8,5	3,7	100,0
	Variação freq. relativa	-2,6	29,6	-5,6	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

A cobertura das três fontes de financiamento também foi diferenciada de acordo com o local de residência dos beneficiários, conforme os dados da Tabela 32. Verifica-se que o financiamento dos planos de saúde foi proporcionalmente menor para os residentes em municípios fora das regiões metropolitanas (RM), e, conseqüentemente, aumentou a participação do SUS e do pagamento privado direto na cobertura dos atendimentos. No caso da população dos municípios localizados em regiões metropolitanas, 6,7% dos atendimentos realizados foram pagos pelo sistema público

enquanto para os residentes fora dessas regiões o SUS foi responsável por 14,7% dos serviços. No que se refere ao gasto privado direto, as taxas foram de 3,2% nas regiões metropolitanas contra 3,8% fora delas.

Analisando as mudanças ocorridas entre 1998 e 2003, verifica-se que houve redução da participação relativa dos planos de saúde (-5,2%) no financiamento dos atendimentos aos beneficiários residentes em municípios fora de RM em oposição ao acréscimo da parcela do SUS (37,6%) e do pagamento privado direto (14,3%). De outra parte, para os residentes nos demais municípios, tanto o financiamento dos planos de saúde (0,6%) quanto do sistema público (5,8%) variaram positivamente enquanto o gasto privado decresceu em 22,8%.

No cotejamento das cinco grandes regiões apresentado na Tabela 33, a atuação das três fontes no financiamento dos atendimentos foi muito semelhante ao ocorrido no custeio das internações. Neste caso, a maior participação relativa do SUS no pagamento de atendimentos de pessoas com cobertura de planos de saúde aconteceu na região Centro-Oeste (17,7%), em seguida no Norte (16,8%), Sul (13,0%), Nordeste (12,3%) e por último na região Sudeste (9,1%).

Na análise da variação da participação relativa das fontes nos dois anos novamente os planos de saúde tiveram incremento apenas na região Norte (3,8%) e redução nas demais de -6,4% (Centro-Oeste), -5,0% (Nordeste), -4,2% (Sul) e 1,4% (Sudeste). Em contrapartida, a cobertura do SUS ampliou substancialmente no Sul (42,0%), Nordeste (38,4%), Centro-Oeste (38,1%) e Sudeste (24,2%) e decresceu na região Norte (-6,8%). O gasto privado direto apresentou um comportamento mais específico, com taxas positivas no Nordeste (36,4%) e Centro-Oeste (6,5%) e variações negativas nas regiões Norte (-26,1%), Sudeste (-15,0%) e Sul (-4,7%).

Tabela 33 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo grandes regiões de residência - Brasil - 1998 e 2003.

Grandes Regiões	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pagamento Privado Direto	
Centro-Oeste	2003 N	282.806	65.147	19.759	367.712
	%	76,9	17,7	5,4	100,0
	1998 N	208.500	32.563	12.806	253.869
	%	82,1	12,8	5,0	100,0
	Variação freq. relativa	-6,4	38,1	6,5	
Nordeste	2003 N	673.662	98.776	30.405	802.843
	%	83,9	12,3	3,8	100,0
	1998 N	561.915	56.562	17.663	636.140
	%	88,3	8,9	2,8	100,0
	Variação freq. relativa	-5,0	38,4	36,4	
Norte	2003 N	144.630	31.007	8.677	184.314
	%	78,5	16,8	4,7	100,0
	1998 N	95.419	22.782	8.041	126.242
	%	75,6	18,0	6,4	100,0
	Variação freq. relativa	3,8	-6,8	-26,1	
Sudeste	2003 N	3.201.602	331.546	109.108	3.642.256
	%	87,9	9,1	3,0	100,0
	1998 N	2.394.726	196.896	94.660	2.686.282
	%	89,1	7,3	3,5	100,0
	Variação freq. relativa	-1,4	24,2	-15,0	
Sul	2003 N	884.331	138.759	46.097	1.069.187
	%	82,7	13,0	4,3	100,0
	1998 N	569.286	60.275	29.846	659.407
	%	86,3	9,1	4,5	100,0
	Variação freq. relativa	-4,2	42,0	-4,7	
Brasil	2003 N	5.187.031	665.235	214.046	6.066.312
	%	85,5	11,0	3,5	100,0
	1998 N	3.829.846	369.078	163.016	4.361.940
	%	87,8	8,5	3,7	100,0
	Variação freq. relativa	-2,6	29,6	-5,6	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Tal como sucedeu na distribuição do financiamento das internações, a menor participação proporcional dos planos de saúde nos financiamentos dos atendimentos de seus beneficiários ocorreu no estado de Mato Grosso do Sul (66,2%) e a maior taxa de cobertura foi em São Paulo (90,9%). Já a parcela de utilização do sistema público por beneficiários com cobertura de planos de saúde foi maior em Tocantins (29,3%) e menor no Distrito Federal (5,8%). (Tabelas 34, 35, 36, 37 e 38)

Tabela 34 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Centro-Oeste - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
	2003 N	61.646	26.605	4.869	93.120
Mato Grosso do Sul	%	66,2	28,6	5,2	100,0
	1998 N	38.894	9.565	*	49.416
	%	78,7	19,4	—	100,0
	Variação freq.	-15,9	47,6	—	
	2003 N	41.239	9.201	*	50.440
Mato Grosso	%	81,8	18,2	—	100,0
	1998 N	31.171	3.942	*	35.113
	%	88,8	11,2	—	100,0
	Variação freq.	-7,9	62,5	—	
	2003 N	102.545	24.027	4.062	130.634
Goiás	%	78,5	18,4	3,1	100,0
	1998 N	77.274	12.770	6.548	96.592
	%	80,0	13,2	6,8	100,0
	Variação freq.	-1,9	39,1	-54,1	
	2003 N	77.376	5.314	8.289	90.979
Distrito Federal	%	85,0	5,8	9,1	100,0
	1998 N	61.161	6.286	3.986	71.433
	%	85,6	8,8	5,6	100,0
	Variação freq.	-0,7	-33,6	63,3	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Tabela 35 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
	2003 N	102.656	18.759	5.844	127.259
Ceará	%	80,7	14,7	4,6	100,0
	1998 N	68.202	15.185	*	83.387
	%	81,8	18,2	—	100,0
	Variação freq. relativa	-1,4	-19,1	—	
	2003 N	56.135	9.193	*	65.328
Paraíba	%	85,9	14,1	—	100,0
	1998 N	50.615	5.568	*	56.183
	%	90,1	9,9	—	100,0
	Variação freq. relativa	-4,6	42,0	—	
	2003 N	161.101	24.405	8.324	193.830
Pernambuco	%	83,1	12,6	4,3	100,0
	1998 N	120.574	21.959	3.954	146.487
	%	82,3	15,0	2,7	100,0
	Variação freq. relativa	1,0	-16,0	59,1	
	2003 N	211.694	30.183	8.763	250.640
Bahia	%	84,5	12,0	3,5	100,0
	1998 N	170.842	10.427	6.055	187.324
	%	91,2	5,6	3,2	100,0
	Variação freq. relativa	-7,4	116,3	8,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

O gasto privado direto foi mais utilizado pelos beneficiários residentes no Distrito Federal (9,1%) e sua menor participação no financiamento dos atendimentos ocorreu em São Paulo (2,2%).

Tomando por base as dez unidades da federação para as quais foi possível estimar os atendimentos das três fontes de financiamento nos dois anos pesquisa, sobressai o comportamento inverso dos planos de saúde e do SUS. Enquanto a participação das operadoras decresceu em sete estados e aumentou em outros três, o sistema público apresentou variação positiva em sete e negativa apenas em três unidades da federação. Salienta-se a taxa de incremento positiva da cobertura do SUS na Bahia (116,3%), Mato Grosso (62,5%) e no Rio de Janeiro (61,8%) e a redução ocorrida no Distrito Federal (33,6%). Em cinco estados as pessoas utilizaram menos o desembolso direto, com destaque para a redução de 54,1% em Goiás; nos demais o pagamento privado direto foi maior em 2003 do que em 1998, ressaltando o Distrito Federal com um aumento de 63,3%.

Tabela 36 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Amazonas, Pará e Tocantins- 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Amazonas	2003 N	20.507	7.240	*	27.747
	%	73,9	26,1	—	100,0
	1998 N	17.630	5.609	3.207	26.446
	%	66,7	21,2	12,1	100,0
	Variação freq. relativa	10,9	23,0	—	
Pará	2003 N	86.358	13.393	3.502	103.253
	%	83,6	13,0	3,4	100,0
	1998 N	48.190	9.764	2.794	60.748
	%	79,3	16,1	4,6	100,0
	Variação freq. relativa	5,4	-19,3	-26,3	
Tocantins	2003 N	9.086	3.769	*	12.855
	%	70,7	29,3	—	100,0
	1998 N	5.811	3.628	*	9.439
	%	61,6	38,4	—	100,0
	Variação freq. relativa	14,8	-23,7	—	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará e Amapá.

Tabela 37 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sudeste - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Minas Gerais	2003 N	515.549	120.342	37.147	673.038
	%	76,6	17,9	5,5	100,0
	1998 N	339.532	61.033	21.582	422.147
	%	80,4	14,5	5,1	100,0
	Variação freq. relativa	-4,8	23,7	8,0	
Espírito Santo	2003 N	119.879	13.798	*	133.677
	%	89,7	10,3	—	100,0
	1998 N	90.165	7.470	*	97.635
	%	92,3	7,7	—	100,0
	Variação freq. relativa	-2,9	34,9	—	
Rio de Janeiro	2003 N	466.756	39.483	18.337	524.576
	%	89,0	7,5	3,5	100,0
	1998 N	479.406	24.521	23.268	527.195
	%	90,9	4,7	4,4	100,0
	Variação freq. relativa	-2,2	61,8	-20,8	
São Paulo	2003 N	2.099.418	157.923	51.720	2.309.061
	%	90,9	6,8	2,2	100,0
	1998 N	1.485.623	103.872	48.316	1.637.811
	%	90,7	6,3	3,0	100,0
	Variação freq. relativa	0,2	7,8	-24,1	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

Tabela 38 - Atendimentos de pessoas com cobertura de plano de saúde por fonte de financiamento segundo unidades da federação de residência - Região Sul - 1998 e 2003.

Unidade da Federação	Ano	Fonte de Financiamento			Total
		Plano de Saúde	SUS	Pgto Privado Direto	
Paraná	2003 N	280.971	49.223	16.810	347.004
	%	81,0	14,2	4,8	100,0
	1998 N	197.774	22.297	11.165	231.236
	%	85,5	9,6	4,8	100,0
	Variação freq. relativa	-5,3	47,1	0,3	
Santa Catarina	2003 N	169.883	34.320	8.580	212.783
	%	79,8	16,1	4,0	100,0
	1998 N	95.629	12.098	*	110.031
	%	86,9	11,0	—	100,0
	Variação freq. relativa	-8,1	46,7	—	
Rio Grande do Sul	2003 N	433.477	55.216	20.707	509.400
	%	85,1	10,8	4,1	100,0
	1998 N	275.883	25.880	16.376	318.139
	%	86,7	8,1	5,1	100,0
	Variação freq. relativa	-1,9	33,2	-21,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003.

* Estimativa não considerada por apresentar o CV maior que 35%.

IV.4. O ressarcimento da utilização de serviços referentes a pessoas cobertas por planos de saúde.

Diversos motivos concorrem para que o Ressarcimento não tenha se transformado na fonte adicional de recursos para o SUS conforme se desejava, dentre eles podemos destacar: questões judiciais, as restrições de informações do próprio sistema público não permitindo a identificação dos usuários dos atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência, as coberturas não previstas nos contratos dos planos de saúde e, conseqüentemente, não passíveis de ressarcimento, ou, ainda, a observância dos períodos de carência, a existência de cobertura parcial temporária e a delimitação da abrangência geográfica do plano.

No entanto, as informações oriundas do processo de Ressarcimento ao SUS, independente do retorno financeiro, são de grande importância para a regulação setorial e para o conhecimento das inter-relações entre o sistema público e o segmento privado no tocante a utilização dos serviços de assistência à saúde.

A relevância da análise das informações do Ressarcimento se confirma quando observada a composição da rede hospitalar brasileira. Segundo os dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE), em 2005, existiam no Brasil, 7.155 hospitais, sendo 2.727 (38,1%) da esfera administrativa pública e os 4.428 (61,8%) restantes da esfera privada. Em termos de leitos hospitalares, a relação é de 66,3% (294.244) leitos privados de um total de 443.210 leitos no país. Grande parte dos leitos existentes (333.538) está disponível ao Sistema Único de Saúde, sendo 57,6% dos leitos que compõem a rede hospitalar do SUS pertencentes à esfera administrativa privada. É importante salientar ainda que dos 3.574 municípios que possuíam estabelecimentos hospitalares naquele ano, em 1.228 (34,5%) deles, o único estabelecimento da rede pública para assistência hospitalar era um hospital privado contratado e/ou conveniado. Como ressalta Bahia (1999), *“na prática é a duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e das empresas de planos e seguros de saúde que organiza a rede assistencial do sistema de saúde no Brasil.”*

Assim, aprofundando a análise dos dados do Ressarcimento ao SUS no tocante aos estabelecimentos de saúde onde ocorreram as internações de beneficiários de planos privados de assistência à saúde pagas pelo Sistema de Único de Saúde, verifica-se, na Tabela 39, que a maior parte (37,6%) aconteceu nos hospitais filantrópicos, seguidos pelos estabelecimentos contratados (16,5%), hospitais universitários (14,9%), estaduais (14,%) , municipais (12,7%) e federais (3,5%).

Tabela 39 - Quantidade de internações e valores identificados para fins de Ressarcimento ao SUS por natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Natureza do Hospital	Internações		Valor Identificado	
	Qtde	%	R\$	%
Próprio	2.483	0,3	2.563.024,36	0,2
Contratado	135.819	16,5	151.731.812,87	13,0
Federal	28.658	3,5	55.336.687,25	4,7
Estadual	119.554	14,5	169.055.342,52	14,4
Municipal	104.600	12,7	99.281.431,45	8,5
Filantrópico	309.074	37,6	450.467.113,95	38,5
Universitário	122.282	14,9	242.716.069,76	20,7
Sindicato	89	0,0	67.696,47	0,0
Não Identificado	54	0,0	224.409,59	0,0
Total	822.613	100,0	1.171.443.588,22	100,0

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Novembro/2008

Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS MS - Novembro/2008

Nota: Internações identificadas pelo relacionamento de bases de dados ainda sujeitas à avaliação da pertinência da cobrança.

Quando analisados os valores das internações, os estabelecimentos vinculados às entidades filantrópicas permanecem em primeiro lugar, respondendo por 38,5% do total e, os hospitais universitários aparecem em segundo lugar (20,7%), o que pode ser explicado pela maior complexidade dos procedimentos realizados nestes estabelecimentos.

Entretanto, considerando que o ressarcimento ao SUS, conforme descrito anteriormente, só é devido nos casos em que a operadora tem obrigação contratual de prestar o serviço utilizado, para melhor qualificar os hospitais onde ocorreram as internações de beneficiários, serão examinadas apenas as AIHs que foram efetivamente cobradas das operadoras após a possibilidade de questionamento da identificação e da pertinência contratual da cobrança.

Sendo assim, observa-se que somente 29% das internações identificadas para fins de ressarcimento são efetivamente cobradas das operadoras de planos de saúde e, em termos de valores, este percentual é de 28%. (Tabela 40)

Tabela 40 - Número de hospitais, operadoras, internações e valor total cobrado no processo de ressarcimento ao SUS por ano de ocorrência da internação, Brasil - 1999 a 2005.

Ano	Hospitais	Operadoras	Internações	Valor Cobrado
1999	1.761	372	7.746	9.037.914,83
2000	3.060	664	22.897	27.602.290,90
2001	3.248	705	23.031	31.029.566,82
2002	3.731	906	37.886	55.315.321,49
2003	4.976	1.096	76.792	107.221.855,95
2004	3.939	987	54.254	73.776.718,81
2005	2.362	693	19.823	27.635.486,76
Total	*	*	242.429	331.619.155,56

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Novembro/2008
Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS / MS - Novembro/2008

Após a verificação da validade da cobrança do ressarcimento não há alteração em relação à posição dos hospitais e o número de internações devidas, conforme aponta a Tabela 41. Assim, os hospitais filantrópicos permanecem na primeira posição com 34,1% dos casos, seguido dos hospitais contratados, que respondem por 16,4 % das internações, e dos estabelecimentos da esfera estadual, com 16,2%, da esfera municipal (14,3%), os hospitais universitários (14,2%) e os hospitais federais, com 4,4%. Novamente, considerando os valores das internações, a grande variação ocorre com os hospitais universitários, que saem da quinta posição para ocupar o segundo lugar.

Tabela 41 - Quantidade de internações e valores cobrados no processo de ressarcimento ao SUS por natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Natureza do Hospital	Internações		Valores Cobrados	
	Qtde	%	R\$	%
Próprio	883	0,4	848.857,41	0,3
Contratado	39.855	16,4	42.881.757,45	12,9
Federal	10.581	4,4	18.223.038,36	5,5
Estadual	39.379	16,2	53.798.094,46	16,2
Municipal	34.662	14,3	31.280.969,19	9,4
Filantrópico	82.601	34,1	117.992.541,62	35,6
Universitário	34.422	14,2	66.506.508,92	20,1
Sindicato	33	0,0	23.227,29	0,0
Não Identificado	13	0,0	64.160,86	0,0
Total	242.429	100,0	331.619.155,56	100,0

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Novembro/2008
Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS / MS - Novembro/2008

Especificando ainda mais as informações dos estabelecimentos onde ocorreram as internações a partir do cruzamento dos dados do Ressarcimento ao SUS com a rede hospitalar credenciada pelas operadoras de planos de saúde para assistência à saúde de

seus beneficiários, observa-se na Tabela 42 que, 23,8% das internações ocorreram em estabelecimentos que já faziam parte da rede das operadoras antes da data da internação e, outros 4,3% em hospitais que possuem vínculo com a rede embora com data posterior ao início da internação.

Levando em consideração a natureza dos estabelecimentos de saúde, tem-se que no caso dos hospitais filantrópicos, 49,7% das internações ocorreram em estabelecimentos que compunham a rede das operadoras das quais os pacientes estavam vinculados, sendo em 42,2% dos casos, a data da vinculação do hospital à rede anterior a data da internação e, em 7,5% deles, posterior ao início da internação. Para os hospitais contratados os números são de 35,1% e 5,8% e no que se refere aos estabelecimentos universitários 25,6% e 5,8%.

Tabela 42 - Quantidade de internações cobradas no processo de ressarcimento ao SUS por situação de vínculo do hospital à rede da operadora segundo natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Natureza do Hospital	Vinculação do Hospital à Rede da Operadora						Total	
	Anterior à Internação		Após a Internação		Sem Vinculação		Qtde	%
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%		
Próprio	14	1,6	7	0,8	862	97,6	883	100,0
Contratado	13.982	35,1	2.327	5,8	23.546	59,1	39.855	100,0
Federal *					10.581	100,0	10.581	100,0
Estadual *					39.379	100,0	39.379	100,0
Municipal *					34.662	100,0	34.662	100,0
Filantrópico	34.861	42,2	6.187	7,5	41.553	50,3	82.601	100,0
Universitário	8.813	25,6	1.993	5,8	23.616	68,6	34.422	100,0
Sindicado					33	100,0	33	100,0
Não identificado	6	46,2			7	53,8	13	100,0
Total	57.670	23,8	10.514	4,3	174.239	71,9	242.429	100,0

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Novembro/2008

Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS / MS - Novembro/2008

Sistema de Registro de Produtos - DIPRO / ANS - Novembro/2008

Nota: O sistema de registro de produtos não considera hospitais da administração pública direta na rede das operadoras.

Quando são considerados os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde e não o número de internações, ocorre uma pequena elevação dos percentuais acima descritos, conforme indicam os dados da Tabela 43. Assim, 25,9% (R\$ 85,9 milhões) do valor cobrado foram referentes às internações ocorridas em estabelecimentos já vinculados à rede das operadoras de planos de saúde, enquanto 5,1%, correspondendo a R\$ 16,7 milhões, a data de vinculação dos prestadores às operadoras é posterior a data da internação.

Tabela 43 - Valores cobrados no processo de ressarcimento ao SUS por situação de vínculo do hospital à rede da operadora segundo natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Natureza do Hospital	Vinculação do Hospital à Rede da Operadora						Total	
	Anterior à Internação		Após a Internação		Sem Vinculação		R\$	%
	R\$	%	R\$	%	R\$	%		
Próprio	23.602,26	2,8	7.993,75	0,9	817.261,40	96,3	848.857,41	100,0
Contratado	17.908.496,48	41,8	2.614.070,73	6,1	22.359.190,24	52,1	42.881.757,45	100,0
Federal *					18.223.038,36	100,0	18.223.038,36	100,0
Estadual *					53.798.094,46	100,0	53.798.094,46	100,0
Municipal *					31.280.969,19	100,0	31.280.969,19	100,0
Filantropico	49.971.982,34	42,4	9.717.128,38	8,2	58.303.430,90	49,4	117.992.541,62	100,0
Universitário	17.976.323,31	27,0	4.458.723,36	6,7	44.071.462,25	66,3	66.506.508,92	100,0
Sindicado					23.227,29	100,0	23.227,29	100,0
Não identificado	28.953,40	45,1			35.207,46	54,9	64.160,86	100,0
Total	85.909.357,79	25,9	16.797.916,22	5,1	228.911.881,55	69,0	331.619.155,56	100,0

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Novembro/2008

Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS / MS - Novembro/2008

Sistema de Registro de Produtos - DIPRO / ANS - Novembro/2008

Nota: O sistema de registro de produtos não considera hospitais da administração pública direta na rede das operadoras.

Neste caso, mais de 50% do valor do ressarcimento das internações ocorridas nos hospitais filantrópicos existe vínculo da operadora de plano de saúde com o referido estabelecimento. Em se tratando dos hospitais contratados este percentual é de 47,9% e entre os estabelecimentos universitários 33,7%.

Tabela 44 - Valores pagos no processo de ressarcimento ao SUS por natureza do hospital - Brasil - 1999 a 2005.

Natureza do Hospital	R\$	%
Próprio	328.613,52	0,4
Contratado	11.599.835,91	13,1
Federal	4.226.615,56	4,8
Estadual	12.820.345,45	14,5
Municipal	8.147.079,21	9,2
Filantropico	26.567.874,26	30,0
Universitário	24.786.537,17	28,0
Sindicato	13.102,41	0,0
Não Identificado	9.910,70	0,0
Total	88.499.914,19	100,0

Fontes: Sistema de Controle de Impugnações - DIDES / ANS - Nov/2008

Sistema de Internações Hospitalares - SIHSUS - DATASUS MS - Nov/2008

Os valores apresentados na Tabela 44 refletem não só as dificuldades intrínsecas ao processo administrativo do Ressarcimento a SUS, mas, principalmente, a enorme resistência do mercado de saúde suplementar em restituir os valores cobrados aos cofres públicos. Neste sentido, mesmo depois de encerrados os procedimentos administrativos e confirmada a pertinência da cobrança, muitas operadoras recorrem à justiça para não efetuar o pagamento devido. Assim, dos R\$ 331,9 milhões cobrados das operadoras, R\$ 88,5 milhões foram efetivamente pagos, correspondendo a 27% do total.

CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar a relação entre os segmentos público e privado do sistema de saúde brasileiro a partir da utilização, por beneficiários vinculados às operadoras de planos de saúde, de serviços de saúde financiados pelo SUS. Para tanto, foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – IBGE, dos anos de 1998 e 2003, além de uma complementação a partir dos dados do Ressarcimento ao SUS e do Registro de Produtos, ambos de responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A regulamentação do segmento suplementar, a partir da publicação da Lei 9.656, em junho de 1998 e, posteriormente, pelas normas editadas pela ANS, conferiu aos planos privados de assistência à saúde, um papel duplicado ao sistema público, na medida em que estabeleceu a obrigatoriedade da oferta aos consumidores do plano referência garantindo a assistência médico-ambulatorial e hospitalar a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde e definiu um de rol mínimo obrigatório de procedimentos e eventos em saúde que é periodicamente atualizado pelo órgão regulador.

Essa forma de inserção do segmento de planos privados de saúde no sistema de saúde nacional aliada a composição essencialmente privada da rede prestadora de serviços e a sobreposição de vínculos¹⁷ destes prestadores aos segmentos público e privado torna relevante a discussão acerca da utilização de serviços de saúde financiados pelo SUS por beneficiários de planos de saúde.

Verificou-se no presente estudo que a taxa de internação dos planos de saúde foi maior que a taxa internação geral no país e quase o dobro quando comparada à taxa do SUS, nos dois anos de análise. Em 2003, compuseram esta taxa, 15,7% de internações que foram financiadas pelo sistema público e outros 3,6% pagos por desembolso direto. No tocante aos atendimentos, 12,3% foram financiados pelo SUS, enquanto 8,8% por pagamento privado direto.

Do ponto de vista do SUS as internações de indivíduos que possuíam plano de saúde representaram 5,7% e 6,7 %, em 1998 e 2003, indicando um aumento em termos de frequência relativa de 17,3 %. Os atendimentos, por sua vez, significaram 6,7%

¹⁷ Ver Viacava e Bahia, 1999; Bahia, 1999

(1998) e 7,1% (2003) do total, mas tiveram um incremento de participação relativa bem menor (5,9%).

As internações para realização de cirurgias e exames foram as mais utilizadas pelos possuidores de planos de saúde (em termos de frequência relativa). Já em relação aos atendimentos, a maior utilização do SUS ocorreu nas duas extremidades da assistência, isto é, nos atendimentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (11,6%) e para vacinação, injeção, curativo e outros (11,0%).

Em uma análise mais detalhada, ou seja, considerando somente as internações e atendimentos de pessoas cujos planos de saúde ofereciam cobertura duplicada ao esquema público, confirmou-se a participação do SUS na assistência destes beneficiários.

Assim, salienta-se que em 2003, 10,7% das internações e 11,0% dos atendimentos prestados a indivíduos com cobertura de planos de saúde foram financiados pelo Sistema Único de Saúde. Ademais, embora tenha havido incremento no número de absoluto de internações e atendimentos referente às três fontes de financiamento, considerando a participação relativa, somente o sistema público apresentou variação positiva (+12,5% nas internações e +29,6% nos atendimentos).

Quanto aos procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários com cobertura de planos de saúde, destacaram-se em 2003, em termos percentuais, as internações para realização de partos normais (29,2%) e os atendimentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (27,3%). De um lado, o uso do sistema público nos partos normais pode refletir a dificuldade de realização deste procedimento no âmbito do setor de saúde suplementar, que apresenta altas taxas de cesariana (80,7%). De outro, a grande participação do SUS nos procedimentos de alta complexidade, demonstra um fato já relatado por diversos autores. (Bahia, 1999; Cordeiro, 1984).

No que diz respeito ao perfil de morbidade da população com cobertura de plano de saúde é importante salientar que, tanto para as internações como para os atendimentos, quanto pior foi o estado de saúde auto declarado, maior foi a utilização do SUS no financiamento dos serviços. Ainda no tocante às características de saúde, os dados apontaram que a presença de doença crônica estava associada a um maior uso do sistema público de saúde nas internações e nos demais atendimentos. Com destaque para o diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, com os maiores percentuais de

utilização do SUS, sendo 16,4% contra 10,5% no caso de internações e, 18,8% contra 10,7% nos demais atendimentos. Estes dados nos permitem inferir que no fluxo de pacientes entre os segmentos privado e público, o setor público assume os casos mais complexos.

Sob a ótica da configuração dos planos de saúde, os dados apontam que em termos de abrangência geográfica, foram os beneficiários de planos municipais que mais buscaram outras fontes de financiamento para o atendimento de suas necessidades tanto de internação (18,5% o SUS e 2,8% o pagamento privado direto) como de outros atendimentos (22,9% financiados pelo SUS e 4,7% por pagamento privado direto), mostrando a dificuldade destes planos de atuação local em estruturar uma rede de prestadores de serviços adequada ao atendimento das demandas de sua clientela.

O tipo de contratação exerceu influência mais expressiva na utilização dos serviços de internação do que nos demais atendimentos. Sendo assim, o percentual de beneficiários de planos de contratação individual que recorreu ao sistema único de saúde para o financiamento de suas internações foi de 12,0%, enquanto para os usuários vinculados a planos coletivos foi de 9,9%. Esta diferença foi ainda mais marcante nas internações financiadas por desembolso direto, onde ocorreu uma inversão, em valores absolutos, em relação ao total de internações.

Da mesma forma, os planos de menores valores de mensalidade claramente apresentaram menos capacidade de financiar as internações de seus beneficiários fazendo com que recorressem mais ao SUS e ao desembolso direto. No caso das internações, o SUS financiou 27,6% daquelas de beneficiários. Assim, 31,5% dos atendimentos de beneficiários de planos com mensalidade no valor de até R\$ 30,00 reais foram financiadas pelo SUS e outros 5,4% por pagamento privado direto. Ao passo que nos planos com mensalidade na faixa de R\$ 300,00 a R\$ 500,00, estes percentuais foram de 2,1% pagos pelo SUS e 3,4% por desembolso direto.

O local de residência do beneficiário foi outro fator que influenciou o uso dos serviços de saúde. Enquanto para os moradores de municípios localizados em regiões metropolitanas os próprios planos de saúde financiaram 90,3% das internações, nas áreas fora de RM este percentual foi de 83,2%. (2003). Em relação aos atendimentos, a diferença foi ainda maior, 90,2% (RM) para 81,5% (fora de RM).

A análise das cinco grandes regiões reflete as desigualdades da oferta já apontadas por Viacava e Bahia (2002). Nota-se que nas regiões Norte e Nordeste, onde

há, proporcionalmente, maior presença de leitos públicos, a utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde foi maior, correspondendo a 17,7% e 14,7% das internações, respectivamente. Em contrapartida, na região Sudeste, onde o número de leitos privados é bem superior à quantidade de leitos públicos, ocorreu a maior participação dos planos privados na internação de seus beneficiários (89,1%). Chama a atenção, entretanto, que a única variação positiva da participação dos planos de saúde no financiamento das internações dos beneficiários, entre 1998 e 2003, ocorreu na região Norte (+1,3%), enquanto a participação do SUS aumentou em todas as cinco grandes regiões.

Além das características de saúde individuais e da capacidade de financiamento os dados apontam que o padrão da oferta retratado tanto no local de residência dos beneficiários bem como na configuração dos planos de saúde no aspecto da abrangência geográfica tem grande influência na utilização dos serviços de saúde.

Neste sentido, a análise dos dados do Ressarcimento ao SUS associados às informações oriundas do Registro de Produtos permitiu identificar os prestadores onde ocorreram internações de beneficiários de planos de saúde financiadas pelo SUS e, desta forma, analisar melhor a influência da oferta no uso dos serviços.

Este detalhamento confirmou a importância da atuação dos hospitais filantrópicos, tanto para o Sistema Único de Saúde, visto que o segmento foi onde mais se identificou internação passível de ressarcimento, como para a estruturação da rede das operadoras de planos privados, uma vez que, do total de internações ocorridas nos hospitais filantrópicos cujo valor foi cobrado das operadoras, 42,4% ocorreram em estabelecimentos que já possuíam vínculo contratual com a própria operadora antes da internação, e outros 8,2% em hospitais cuja data de vínculo é posterior à internação.

Os dados aqui apresentados corroboram o estudo realizado por Portela *et.al.* (2004) acerca da caracterização assistencial, distribuição geográfica e relações com o SUS e o mercado de saúde suplementar dos hospitais filantrópicos. O referido estudo evidenciou a capilaridade desses hospitais no interior do país, sendo, em muitos casos, único no município, além da vinculação majoritária ao sistema público, retratando o que os autores descreveram com “*interdependência entre o SUS e este setor hospitalar*”.

Esta forte presença dos hospitais filantrópicos nos segmentos público e privado do sistema de saúde brasileiro, aliado ao fato que muitos desses hospitais, na busca de constituir uma nova fonte de receita, criaram suas próprias operadoras de planos de

saúde, e, as informações aqui apresentadas, sugerem que, conforme relatado por Gerschman *et.al.* (2007), existem “*situações em que os serviços se confundem, a ponto de o usuário não ter clareza sobre quem lhe deu cobertura, ou ainda, em que o plano serve como instrumento de preferência no acesso*”, e claramente comprometem a equidade do sistema de saúde nacional.

Pode-se argumentar que a utilização do SUS pelos possuidores de planos de saúde ocorre apenas nos casos em que este desempenha um papel suplementar ao sistema público e que, portanto, é legítima. No entanto, os dados aqui apresentados mostraram que uma parcela importante da população conta com cobertura duplicada de serviços de saúde e faz uso das duas fontes de financiamento para o atendimento de suas necessidades.

Os dados desta pesquisa nos permitem verificar que a posse de planos privados de saúde é um fator capacitante que interfere na utilização dos serviços de saúde no Brasil e impacta a equidade do sistema e, a despeito da maior exigência de cobertura obrigatória após a regulamentação do segmento suplementar, o SUS mantém uma importante participação na assistência à saúde de beneficiários de planos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY L.A., ANDERSEN R.: A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.

ALMEIDA, C. A assistência Médica Suplementar no Brasil: Panorama atual e tendências. IPEA/PNUD, 1998.

ANDERSEN, R.M.: Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10

ANDERSEN, R.M., NEWMAN, J.F.: Societal and Individual Determinantes of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(4): 1-28.

ANDRADE, M. V. & LISBOA, M. B.: Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano, Ensaio Econômico da EPGE 382 (2000). Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições Do Caso Americano. EPGE. Rio de Janeiro, 382, 2000.

ARROW, K.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, Nashville (TEEN) v.55, n.5 p.942-973, Dec.1963.

BAHIA, L: Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

_____. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (org). *Radiografia da Saúde no Brasil*. Campinas: Ed. UNICAMP, Parte 4, p. 325-362, 2001.

_____. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. In: *Ciência & Saúde Coletiva – A Política de saúde nos anos 90*. Volume 6 número 2. Rio de Janeiro, ABRASCO: 2001

_____. A regulamentação dos planos e seguros de saúde: avanços e lacunas na legislação. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2003.

_____. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: Impactos sobre as relações entre o público e o privado. *Saúde e Sociedade*, nº 2, vol. 14, 2005.

BAHIA, L. & VIANA, A.L. Introdução. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*; Ministério da Saúde, Agência de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BAHIA, L. *et. al.*: O mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 951-965.

BINDMAN, A.B., GRUMBACH K., OSMOND D., KOMAROMY, M., VRANIZAN K., LURIE N *et al.* Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. [Article]. JAMA 1995; 274:305-11

BRAGA, J.C.S. e PAULA, S. G.:Saúde e previdência: estudos de política social . São Paulo: Hucitec,1986.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde, Resolução CONSU nº 22 de julho de 2003.

BRASIL. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

BRASIL. Lei 9.961, de 28 de Janeiro de 2000.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde, Resolução CONSU nº 22 de 21 de outubro de 1999.

CHOLLET, D.J. e LEWIS, M. Private insurance: principles and practice. *In*: SCHIEBER, G. Innovations in health care financing. Proceedings of a World Bank Conference, March 10- 11, 1997. Washington: WB, 1997.(World Bank Discussion Paper, n.365)

COLOMBO, F., TAPAY, N.: Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Paper n.º 15: 2004

CONDE, L.F.: Ressarcimento ao SUS – à luz do direito. Dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 2004.

CORDEIRO, H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1994

DONABEDIAN, A.: “Capacity to Produce Service in Relation to Need and Demand” in: Aspects of Medical Care Administration, Cambridge (Mass.), Harvard University Press; 1973, pp. 418-485.

DONALDSON, C. Economics of health Care Financing: The Visible Hand. The Macmillan Press Ltd., 1993.

DRAIBE, S.M. & HENRIQUE, W.: “Welfare State”, Crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Anpocs, Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº6, Vol.3: 53-78, fev 1988.

DUTTON, D.: Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. Soc. Sci. Med. 1986; 23: 721-35.

FARIAS, L.O.: Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(2):405-416.

FARIAS, L. O. & MELAMED, C.: Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2003; 8(2): 585-598.

FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. de A universalização excludente – reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1989.

FRENK, J.: The concept and measurement of accessibility. In White, K ET AL. (Ed), health Services Research: an Anthology, Washington, Pan American Health Organization, pp. 842-855. 12. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.

GERSCHMAN S, VEIGA L, GUIMARÃES C, UGÁ MAD, PORTELA MC MURAT M, BARBOSA P, LEMOS S. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. Cien Saude Colet 2007; 12(2):487-500.

GODDARD, M., SMITH, P.: Equity of access to health care services: theory and evidence of UK. Soc Sci Med 2001;53:1149-1162.

GREß, S., OKMA, K. G. H., WASEM, J. Private health insurance in social health insurance countries. Market outcomes and policy implications. Greifswald: Ernst Moritz Arndt Universität, 2002 (Diskussionspapier, 01). Acessível em: <http://www.rsf.uni-greifswald.de/bwl/pdf/2002/01_2002.pdf>.

KORNIS, G. E. M. & CAETANO, R.: Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil. In: Brasil; Ministério da Saúde. (Org.). Regulação e Saúde - Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. 1º ed. Rio de Janeiro: ANS, p. 37-67, 2002.

MILLMAN, M.: Access to health care in América. Washington DC: National Academy Press;1993.

MOSSIALOS, E., THOMPSON, S.M.S.: Voluntary Health Insurance in Europe Union. Copenhagen, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies: 2004.

MUSGROVE, P.: Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. World Bank discussion papers; 339, 1996.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E.: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80: AIS – SUDS – SUS Os Caminhos do Direito à Saúde. Rio de Janeiro: R. Dumaré, pp 73-111, 1994.

OECD. Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project : June, 2004.

OECD. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individual and Health Systems. OECD Health working Papers: 2004.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. F. (Im)previdência social — 60 anos de história da previdência social no Brasil.— Rio de Janeiro:Vozes/ABRASCO, 1986.

PENCHANSKY, D.B.A., THOMAS, J.W.: The concept of access — definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.

PORTELA M.C., LEMOS S., BARBOSA P.R., MURAT M., UGÁ M.A.D., GERSHMAN S.: Caracterização Assistencial Hospitalar Filantrópica no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 811-818.

PORTO S.M., SANTOS I.S., UGÁ, M.A.D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Rev C S Col* 2006; 11(4): 895-910.

SALTMAN, R. B.: Melting public-private boundaries in European health systems. *European journal of public health* 2003 Mar; 13(1):24-9

SANTOS, W. G. dos: Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, I.S, UGÁ, M.A.D, PORTO, S.M. . O Mix Público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SCATENA, M. A. N.: O ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos. Dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 2004.

STARFIELD, B.: Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, organizador. *Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. pp. 207-45.

THOMPSON, S.M.S., MOSSIALOS, E.: Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. Working Paper n. 4. LSE Health, London: November 2006. British Library Cataloguing in Publication Data.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M.: Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004; 20 (supl.2): 190-98.

TRAVASSOS, C., VIACAVAL, F., FERNANDES, C., ALMEIDA, C.M.: Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):133-149.

UGÁ MAD, PORTELA MC, VASCONCELLOS MM, BARBOSA PR, LEMOS SML, GERSCHMAN S. Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos. http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17702.asp (acessado em 13/Jun/2007).

VIACAVAL, F., BAHIA, L.: Oferta de Serviços de Saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999. Texto para Discussão nº 915. Brasília: IPEA, novembro de 2002.

VIANA, A.L. *et. al.*: Estado e Regulação da Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro, ANS, 2002.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DA PNAD

Os Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 1998 e 2003, contemplaram as seguintes perguntas que permitem identificar o perfil de morbidade dos entrevistados, os tipos de serviços de saúde utilizados, determinar a fonte de financiamento destes serviços e caracterizar os planos de saúde dos indivíduos que os possuem.

Para fins deste trabalho foram utilizadas as seguintes questões referentes ao perfil de morbidade:

3) "De modo geral, ... considera seu estado de saúde como:" (variável – v1303)

Alternativas: 1 - Muito bom; 2 – Bom; 3 – Regular; 4 – Ruim ou 5 – Muito Ruim.

9) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem doença de coluna ou costas"? (variável 1309)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

10) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem artrite ou reumatismo"? (variável 1310)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

11) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem câncer"? (variável 1311)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

12) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem diabetes"? (variável 1312)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

13) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem bronquite ou asma"? (variável 1313)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

14) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem hipertensão (pressão alta)"? (variável 1314)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

15) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem doença do coração"? (variável 1315)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

16) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem insuficiência renal crônica"? (variável 1316)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

17) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem depressão"? (variável 1317)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

18) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem tuberculose"? (variável 1318)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

19) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem tendinite ou tenossinovite"? (variável 1319)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

20) "Algum médico ou profissional de saúde já disse que ... tem cirrose"?
(variável 1320)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

Para análise das internações ocorridas no último ano, foram consideradas as seguintes perguntas do questionário:

69) "Nos doze últimos meses, ... esteve internado (a) ?" (variável - v1369)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não

72) "Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu quando esteve internado (a) (pela última vez) nos últimos doze meses?" (variável – v1372)

Alternativas: 1 – Tratamento Clínico; 2 – Parto Normal; 3 – Parto Cesáreo; 4 – Cirurgia; 5 – Tratamento Psiquiátrico; 6 – Exames.

74) "A (última) internação que ... teve nos últimos doze meses foi coberta por algum plano de saúde?" (variável – v1374)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

75) "... pagou algum valor por esta (última) internação ocorrida nos últimos doze meses?" (variável - v1375)

Alternativas: 1- Sim ou 3 – Não.

76) "Esta (última) internação foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?" (variável – v1376)

Alternativas: 2 – Sim; 4 – Não ou 6 – Não Sabe.

Para identificar outros serviços de saúde utilizados nas duas últimas semanas, foram consideradas as seguintes perguntas:

50) “Nas duas últimas semanas, ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” (variável – v1350)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

60^a) “Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?” (variável – v3360)

Alternativas: 01-Consulta Médica; 02- Consulta Odontológica; 03 - Consulta de agente comunitário de saúde ou de parteira; 04-Consulta de outro profissional de saúde; 05-Consulta na farmácia; 06-Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia; 07-Vacinação, injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento; 08-Cirurgia em ambulatório; 09-Gesso ou imobilização; 10-Internação hospitalar; 11- Exames complementares; 12-Somente marcação de consulta; 13- Outro atendimento.

64) “Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?” (variável – v1364)

Alternativas: 2 – Sim ou 4 – Não.

65) “...pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?” (variável – v1365)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

66) “Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?” (variável – v1366)

Alternativas: 2 – Sim; 4 – Não ou 6 – Não Sabe.

Para estabelecer se a pessoa possui cobertura de plano de saúde e conhecer algumas características deste plano, foram consideradas as seguintes perguntas:

21) “... tem direito a algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?” (variável – v1321)

Alternativas: 1 - Sim, apenas um; 3 - Sim, mais de um ou 5 – Não.

24) “Neste plano de saúde ... é:” (variável – v1324)

Alternativas: 2 – Titular ou 4 – Dependente ou agregado.

25) “O titular deste plano de saúde que ... tem direito mora neste domicílio?”
(variável – v1325)

Alternativas: 1 – Sim ou 3 – Não.

26) “Número de ordem do titular deste plano de saúde:” – (variável – v1326)

32) “Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?” (variável – v1332)

Alternativas: 1-Somente o empregador do titular; 2-O titular, através do trabalho atual; 3-O titular, através do trabalho anterior; 4- O titular, diretamente ao plano; 5-Outro morador do domicílio; 6-Pessoa não moradora do domicílio ou 7-Outro tipo.

33) “Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde?” (variável – v1333)

Alternativas: 1 – Até 30 reais; 2 – Mais de 30 até 50 reais; 3 – Mais de 50 até 100 reais; 4 – Mais de 100 até 200 reais; 5 – Mais de 200 até 300 reais; 6 – Mais de 300 até 500 reais; 7 – Mais de 500 reais ou 8 – Não Sabe.

37) “Este plano de saúde dá direito a ser atendido(a) por médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços de saúde de outros municípios desta unidade da federação?” (variável – v1337)

Alternativas: 1 - Sim, 3 - Não ou 5 - Não sabe.

37^a) “Este plano de saúde dá direito a ser atendido(a) por médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços de saúde de outra unidade da federação?” (variável – v3337) – questão existente apenas no ano de 2003.

Alternativas: 1 - Sim ou 3 – Não.

38)“Este plano de saúde dá direito a consultas médicas?” (variável – v1338)

Alternativas: 2 - Sim ou 4 – Não.

39)“Este plano de saúde dá direito a exames complementares?” (variável – v1339)

Alternativas: 1- Sim ou 3- Não.

40)“Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?” (variável – v1340)

Alternativas: 2 - Sim ou 4 – Não.

43)“Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que ... tem direito?” (variável – v1343)

Alternativas: 1 - Sim ou 3 – Não.