

Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo

Private health plans coverage and chronic diseases: notes on the use of high-cost procedures

Ligia Bahia ¹

Elaine Simmer ¹

Daniel Canavese de Oliveira ²

Abstract *This article examines the use of selected medical procedures by private health plan clients and the use of those same procedures by population segments covered exclusively by SUS, seeking to identify the remuneration sources of high-cost procedures. This study is based on the comparison between use rates of selected procedures obtained by request from health plan enterprises as well as through consultation of official sources and through estimates of the proportion of provided care according to key informants. The parameters of cardiac surgery use were compared with international indicators. In spite of the possible taxonomical problems regarding the analyzed procedures, the use rate of private health plan clients for cardiac bypass, cardiac angioplasty, hip arthroplasty, and morbid obesity surgery are higher than the estimated ones for the population segments covered by SUS. On the other hand, the proportions of hepatic transplants and substitutive renal therapies directly paid by SUS vary from 89% to 96%. Such estimates signal that attributions concerning the remuneration sources of high-cost procedures are shared between the public and private spheres.*

Key words *Health plans, High-cost procedure use, Public and private remuneration sources*

Resumo *Com o objetivo de contribuir para especificar a origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, relacionados com a assistência a doenças crônicas, o presente trabalho examina a utilização de procedimentos médicos selecionados por clientes vinculados a planos privados de saúde e pelos segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS. O estudo se baseia na comparação entre taxas de utilização dos procedimentos selecionados, obtidos por meio de informações solicitadas a empresas de planos de saúde, consultas às fontes oficiais e estimativas fornecidas por informantes-chave. Apesar de possíveis problemas de classificação, as taxas de utilização dos clientes de planos privados de saúde para revascularização do miocárdio, angioplastia, artroplastia de quadril, e cirurgia de obesidade mórbida são mais elevadas do que as estimadas para os segmentos populacionais exclusivamente cobertos pelo SUS. Por outro lado, as proporções de transplantes hepáticos e terapias renais substitutivas remuneradas diretamente pelo SUS variam de 89% a 96%. Tais resultados sinalizam uma divisão de atribuições entre as esferas pública e privada no que se refere às fontes de remuneração dos procedimentos de alta complexidade.*

Palavras-chave *Planos de saúde, Uso de procedimentos de alto custo, Fontes públicas e privadas de remuneração*

¹ Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e do Laboratório de Economia da Saúde da UFRJ. Av. Brigadeiro Trompowski s/nº, 21949-900, Rio de Janeiro RJ. ligiabahia@terra.com.br
² Instituto de Medicina Social da UERJ e Laboratório de Economia da Saúde da UFRJ.

Introdução

Este trabalho examina, sob uma perspectiva preliminar e exploratória, relações entre as restrições das coberturas de planos e seguros de saúde privados no Brasil ao atendimento de doenças crônicas e o volume de procedimentos de alto custo remunerados pelo SUS e por empresas da assistência suplementar. Os estudos sobre o tema – seguros e doenças crônicas – enfocam principalmente os custos que envolvem as coberturas assistenciais.

Sob esse ângulo, evidenciam-se duas alternativas para equacionar o impacto das doenças crônicas sobre os gastos assistenciais. A primeira busca enfrentar o problema por meio do desenvolvimento de metodologias para o cálculo do valor dos recursos financeiros necessários ao atendimento de populações/grupos populacionais ou ainda de um indivíduo segurado, que considerem uma estratificação baseada na expectativa de consumo de recursos assistenciais. O termo ajustamento do risco (*risk adjustment*) refere-se à estimativa do impacto dos gastos assistenciais, por meio de modelos de predição, baseados em variáveis demográficas (idade e sexo) e *status* de saúde (variáveis clínicas). A segunda solução para o problema é a negação de coberturas aos portadores de problemas de saúde considerados dispendiosos. Nesse caso, a seleção de riscos, isto é, a exclusão de coberturas, pode abranger os portadores de problemas de saúde, determinados procedimentos de alto custo e, ainda, o uso prolongado de recursos assistenciais.

No contexto do debate, formulação e implementação de políticas sobre a cobertura de doenças e custos assistenciais, o conceito de doença crônica é utilizado de forma imprecisa. Em função da estreita articulação do termo doenças crônicas aos custos, o que adquire conteúdo, na prática, é uma aproximação da noção de doença crônica a de riscos catastróficos, entendidos, por sua vez, como aqueles que se desviam das perdas agregadas esperadas. Assim, o termo doença crônica pode designar doença rara ou complexa, condição exigente da realização de procedimentos de alto risco ou cuidado de longa duração.

Portanto, a referência à doença crônica sob um registro negativo, análogo ao de furacão – que é o exemplo mais utilizado entre os agentes de seguro para descrever risco catastrófico – é usada para justificar a não-cobertura de eventos imprevisíveis e requerentes de vultuosos

recursos para atenuar perdas. Tal juízo de valor afasta os estudiosos das organizações de saúde, especialmente de seguros privados de saúde, de conceitos mais neutros tais como aqueles baseados exclusivamente na dimensão temporal. O US National Center for Health Statistics considera doença crônica uma condição com duração igual ou superior a três meses. Todavia, o *Dictionary of Health Services Management* inclui as características do tratamento na definição de doença crônica. A presença de atributos clínicos e/ou assistenciais como permanência da alteração fisiológica; incapacitação, ainda que residual; tipo e duração do tratamento caracteriza a natureza da doença.

A ênfase no tratamento e sobretudo nos custos relacionados com a assistência aos portadores de doenças crônicas projeta-se, tanto nos estudos sobre os gastos, quanto nas proposições de reforma do modelo de atenção. Do consenso sobre a importância das doenças crônicas derivam desde proposições de caráter mais pragmático até ponderações sobre os fundamentos e razões dos gastos crescentes com saúde, e reflexões sobre os impasses dos atuais modelos de proteção social. O desenho dos grupos de risco clínico (*clinical risk groups*), baseados na natureza e extensão de doenças crônicas subjacentes aos indivíduos e nas combinações de condições crônicas e envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas, é uma aplicação direta das preocupações com as doenças crônicas e previsão de gastos com saúde. Segundo Hughes *et al.* (2004) *o principal determinante para a categorização de grupos de risco é carga de doenças crônicas*. Para aqueles que consideram que a prevenção e o “gerenciamento” das doenças crônicas são essenciais à redução de custos assistenciais, o realce está na necessidade de padronização das práticas, na configuração de sistemas integrados de atenção e definição das responsabilidades sobre os riscos (Enthoven, 2003).

No Brasil o debate sobre as coberturas das doenças crônicas e os custos assistenciais reflete o panorama internacional. Contudo, as peculiaridades do sistema nacional de saúde, sobretudo as relacionadas com as interfaces público-privadas, adicionam variáveis autóctones ao equacionamento do problema doenças crônicas e custos assistenciais. A convivência de um sistema de saúde universal com a preservação de coberturas caracterizadas pela organização de subsistemas privados segmentados, segundo critérios de *status* socioocupacional,

diferencia o sistema de saúde brasileiro, tanto daqueles orientados pelo mercado quanto dos caracterizados pelo financiamento público e prestação ou compra de serviços pelas instituições governamentais.

Entre as conseqüências da segmentação do sistema de saúde brasileiro podem ser elencados: o elevado padrão de gastos privados com saúde (provenientes de despesas com empresas empregadoras e das famílias); a transferência de riscos relacionados com custos assistenciais do privado para o público, incluindo a cobrança de atendimento direto às famílias, em função do padrão de competição e autonomia dos prestadores de serviços; o padrão diferenciado, segundo condição de cobertura, de utilização de serviços, no que se refere à quantidade de serviços consumidos e presumivelmente qualidade da atenção prestada. Nesse complexo e fragmentado sistema, interesses, conflitos e consensos relacionados com as dimensões políticas, éticas, econômicas e assistenciais renovam-se permanentemente.

A mais visível e decantada anomalia das interfaces público-privadas do sistema de saúde brasileiro é o uso de serviços públicos por clientes de planos de saúde. A normatização da recuperação desses custos, o denominado ressarcimento ao SUS vem sendo considerado, desde os anos 90, por gestores públicos, agências multilaterais, como o Banco Mundial e o BID e setores da sociedade civil, uma ferramenta adequada à obtenção de maior equidade no financiamento da saúde. Por outro lado, as empresas de planos de saúde e mais recentemente entidades de representação de hospitais privados expõem argumentos contrários à tese da cobrança pelo atendimento de clientes de planos realizada em serviços públicos ou conveniados pelo SUS. As principais razões da defesa contrária ao ressarcimento são sua inconstitucionalidade e por vezes, inocuidade. Algumas empresas de assistência suplementar consideram que suas coberturas, inclusive no que se refere ao consumo de procedimentos de alto custo, são muito superiores àquelas propiciadas pelo SUS. Dirimir tal polêmica é uma tarefa que exige a mobilização de referenciais teóricos e bases empíricas muito mais extensas do que aquelas obtidas para esse estudo. Porém a tarefa de problematizar a afirmação genérica segundo a qual "o SUS é o responsável pela alta complexidade" parece inadiável.

Buscando trazer elementos para responder a esse desafio, o presente trabalho sistematiza,

a partir de um conjunto limitado de informações, questões sobre a redistribuição das responsabilidades sobre os riscos assistenciais entre a esfera assistencial pública e privada. Nesse sentido, considera-se que os pressupostos sobre a concentração de especialidades médicas e equipamentos de alto custo em serviços públicos e/ou hospitais de ensino aos quais se adicionam as evidências sobre a importância do financiamento público para a viabilização e manutenção de atendimentos de alto custo devam ser especificados.

Segue-se um conjunto de notas sobre as dimensões jurídico-legais e operacionais das coberturas de procedimentos selecionados de três empresas de planos e seguros de saúde e de serviços de transplante hepático do estado do Rio de Janeiro. Tais informações não são adequadas à elaboração de um diagnóstico mais aprofundado sobre o tema, mas, quando cotejadas com os princípios da análise de riscos dos contratos de planos e seguros privados e indicadores internacionais, estimulam o debate e elaboração de trabalhos de maior fôlego.

Restrições contratuais e legais à cobertura de planos e seguros de saúde aos portadores de doenças crônicas

Como se sabe os contratos de planos e seguros de saúde anteriores à lei 9.656-98 prevêem exclusões de cobertura para um variado leque de problemas de saúde. Ademais tais contratos, ainda vigentes por decisão liminar do Supremo Tribunal Federal em 2003, incluem/excluem o pagamento de determinadas despesas de acordo com o padrão do plano, facultando a uma mesma empresa de assistência suplementar a comercialização de planos mais ou menos abrangentes quanto às coberturas assistenciais. Além disso, as empresas tinham a prerrogativa de não aceitar entre seus clientes os indivíduos idosos e/ou portadores de problemas categorizados pelo jargão securitário como "preexistentes".

A lei 9.656 (e seus sucedâneos) ampliou coberturas e vedou a adoção de critérios baseados em atributos individuais, tais como idade e *status* de saúde, para a participação nos contratos de empresas de planos e seguros de saúde. Ainda assim, as atuais normas legais permitem excluir e/ou restringir a utilização de determinados recursos assistenciais, que incidem de maneira especial em casos de doenças crônicas.

Na prática, algumas das restrições de cobertura contratuais pretéritas e atuais não adquirem expressão operacional, pois têm sido, no caso brasileiro, moduladas tanto pela legislação e farta jurisprudência em torno da defesa dos direitos dos consumidores de planos de saúde quanto pela interpretação dos prestadores de serviços. Nesse cenário, o entrelaçamento de normas legais com atividades assistenciais pautadas por interesses econômicos, corporativos e políticos origina um intenso trânsito entre subsistemas públicos e privados. A superposição das regras legais ao exercício auto-regulado pelos prestadores de serviços, vinculados a ambos subsistemas, de valores de remuneração e acesso, sugere um tráfego mais complexo do que o efetuado em uma avenida de mão única.

De todo modo, a correspondência entre as lacunas de cobertura contratual dos planos de saúde e o uso complementar do SUS é evidente. No entanto, as restrições de cobertura não recaem apenas sobre os casos exigentes da utilização de procedimentos de alto custo. Para detalhar essa complementaridade os referenciais comparativos são obrigatórios. As restrições contratuais de coberturas nos EUA, onde os programas assistenciais públicos e a adesão voluntária a planos de saúde responsáveis pela cobertura de riscos à saúde de seus respectivos clientes se desenvolvem na ausência de um sistema nacional de saúde universal, são substancialmente diferentes daquelas praticadas no Brasil.

O quadro 1 sistematiza restrições contratuais e legais de coberturas de planos de saúde no Brasil e nos EUA. Notam-se, em primeiro lugar, avanços na legislação brasileira no sentido de atenuar exclusões de cobertura para tratamentos prolongados e custosos, embora restrições específicas e períodos relativamente prolongados para condições preexistentes ainda sejam admitidos. Em segundo lugar destaca-se que não basta a inclusão legal de um determinado procedimento na cobertura dos planos de saúde para modificar o *modus operandi* dos serviços de saúde. A permanência de uma oferta de serviços basicamente pública ou remunerada por meio de financiamento público, como por exemplo aquela relacionada com o atendimento a pacientes com transtorno mental e hemodiálise, parece manter-se e até ampliar-se a despeito das mudanças no plano legal.

Compradores e produtores de procedimentos de alto custo: a especialização pública e privada

Segundo informações do Suplemento Saúde da Pnad (1998), quem estava coberto por planos de saúde considerou que seu estado de saúde era melhor do que o referido pelos que não dispunham desse tipo de proteção. Porém, a percepção sobre problemas crônicos mostrou-se diferenciada segundo as categorias consideradas pela pesquisa. A morbidade referida a problemas como câncer, diabetes, bronquite, doença no coração e especialmente tendinite, foi relativamente mais elevada entre os cobertos por planos de saúde. Já a artrite, doença renal crônica e sobretudo tuberculose tiveram menor importância relativa nesse segmento. As referências à doença de coluna, hipertensão e cirrose mostraram-se compatíveis com as proporções gerais de cobertura de planos de saúde. Os dados do mesmo inquérito evidenciaram que apesar da percepção mais favorável sobre o estado de saúde, os que estavam vinculados aos planos de saúde utilizaram mais serviços de saúde tanto em regime ambulatorial como internação do que os que os não cobertos (Bahia, 2002; Luiz, *et al.*, 2004). A inversão resultante da percepção sobre um estado de saúde insatisfatório e a menor utilização de serviços e/ou as relações entre renda e acesso aos serviços de saúde também foi apontada, entre outros, por Lima-Costa *et al.* (2002).

Contudo não se pode afirmar uma associação linear entre renda, tipo de cobertura e utilização, posto que a procura por serviços é maior para quem está coberto por planos. Segundo dados da Pesquisa Mundial de Saúde (Brasil, 2003), a proporção de pessoas cobertas por planos que precisaram de serviços de saúde no último ano foi 81,3% e a da população não coberta apenas 67,1% (Szwarcwald & Viacava, 2004). No sentido oposto, vieses de admissão, como por exemplo, a maior probabilidade de internações de crianças com pior nível socioeconômico, também alteram as taxas de utilização.

Essas assimetrias se refletem na oferta de serviços e capacitação tecnológica dos estabelecimentos de saúde. A proporção da população coberta por planos de saúde é muito menor do que a da oferta de serviços e profissionais de saúde disponíveis para atendê-la (Viacava & Bahia, 2002). Isso implica uma ociosidade estrutural reproduzida, presumivelmente, por mecanismos de otimização desses serviços, como a

Quadro 1

Exclusões de cobertura mencionadas em contratos antigos de planos de saúde no Brasil, contrato atual nos EUA e normas da legislação Brasileira.

Restrições de cobertura	Contrato do Saúde Bradesco (Rede Preferencial) em 1997	Contrato do Saúde Bradesco (SPG Top) em 1997	Contrato da Kaiser Permanente com o Federal Employees Health Benefit em 2004	Lei 9.656-98 e legislação reguladora
Problemas de saúde mental/ sofrimento mental/ dependência química	“Doenças psiquiátricas de todas as espécies”	“Doenças psiquiátricas de todas as espécies”	Sem restrições	Restrições ao tratamento prolongado ou permanente/ cobertura ao atendimento de crises
Problemas de saúde prévios à contratação	“Doenças ou lesões existentes antes da contratação do seguro”. Com destaque para doenças cardíacas, osteoarticulares e congênitas	“Doenças ou lesões existentes antes da contratação do seguro”. Com destaque para doenças cardíacas, osteoarticulares e congênitas	Sem restrições porque trata-se de um contrato coletivo A legislação americana, em geral, prevê carências entre 12 a 18 meses para contratos individuais	24 meses de carência
Medicamentos	Medicamentos e vacinas a serem utilizados em ambiente extra-hospitalar Medicamentos importados Medicamentos experimentais	Medicamentos e vacinas a serem utilizados em ambiente extra-hospitalar Medicamentos importados Medicamentos experimentais	Experimentais e/ou procedimentos de pesquisa; relacionados com aborto e transformação sexual	Medicamentos e vacinas a serem utilizados em ambiente extra-hospitalar Medicamentos experimentais
Transplantes de órgãos	Despesa excluída	Cobertura por meio de pagamento de prêmio adicional	Sem restrições	Restrições ao transplante de fígado, coração e medula. Cobertura obrigatória para transplante de rim e córnea
Órteses e próteses	Despesa excluída	Cobertura por meio de pagamento de prêmio adicional	Coberturas sem restrições órteses e próteses cirúrgicos Suprimentos para osteomizados, cadeiras de rodas etc	Cobertura para órteses e próteses associadas ao ato cirúrgico
Diálise e hemodiálise	Despesa excluída	Cobertura por meio de pagamento de prêmio adicional	Sem restrições	Sem restrições
Aids	Despesa excluída	Cobertura para quem optar pelo plano com quarto particular	Sem restrições	Sem restrições
Idade	“A idade máxima para aceitação no seguro, tanto de titular como de dependente é 65 anos”	“A idade máxima para aceitação no seguro, tanto de titular como de dependente é 65 anos”	Sem limite de idade	Acima de 65 anos programa de seguro público Medicare

Fontes: Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e ou Assistencial Rede Preferencial e SPG Top da Saúde Bradesco, junho de 1997, lei 9.656-98 e Resoluções do Consu nº 2,11 e 12 de 1998, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Southern California, 2004

intensificação da solicitação e aumento relativo dos preços unitários dos procedimentos.

Adicionalmente, a inauguração de hospitais privados de maior porte durante os anos 90 (Hospital Aliança na Bahia, em 1990; Barra D'Or e Copa D'Or no Rio de Janeiro, em 1998 e em 2000, respectivamente), a ampliação da capacidade instalada de alguns estabelecimentos hospitalares mais antigos, a implantação de novos centros de diagnóstico e terapia destinados exclusivamente ao atendimento de segmentos cobertos por planos de saúde e a organização de entidades de representação dos estabelecimentos privados, considerados de primeira linha (Associação Nacional de Hospitais Privados, fundada em 2001), sinalizam elementos importantes para a compreensão da dinâmica dos fluxos assistenciais envolvidos com o acesso aos procedimentos de alto custo.

Estimativa da cobertura de procedimentos de alto custo pelas empresas de planos de saúde

Foram solicitadas informações a três empresas de planos de saúde de grande porte (as quais serão referidas como empresa A, B e C) sobre taxas de utilização de determinados procedimentos de alto custo considerados em função da clareza de classificação e possível impacto desses itens de gastos sobre as despesas assistenciais. Mesmo assim, os dados apresentados à guisa de taxas de utilização ainda podem estar comprometidos em função de problemas que afetam a categorização dos numeradores (quantidade de procedimentos por tipo) e denominadores (variação do número de clientes dessas empresas ao longo de um ano).

As informações fornecidas para fins da execução do presente estudo não são oficiais e sua divulgação, embora inaugure perspectivas de uso mais sistemático dos registros das empresas de assistência suplementar para fins de pesquisa, foi condicionada à manutenção do sigilo sobre o nome das empresas. Portanto, os dados aqui apresentados devem ser considerados mais uma primeira aproximação do que indicadores da realidade assistencial. Nesse sentido, a observação dessa advertência desautoriza quaisquer inferências de maior alcance explicativo sobre os resultados obtidos.

Portanto, em função de possíveis problemas de qualidade dos dados, as perguntas sobre as significativas variações entre as taxas de utilização dos procedimentos de alto custo selecionados, tal como dispostas na tabela 1, não encontrarão resposta imediata. Assim, as diferenças nos regimes de cobertura e redes assistenciais das empresas, considerando que as três empresas sejam de grande porte e possuam clientelas com estruturas etárias não muito díspares, ficam apenas insinuadas.

Todavia, o adiamento da análise sobre a variação das taxas de utilização entre as empresas não impede o cotejamento desses indicadores com os extraídos a partir da produção de serviços do SUS nem uma comparação, ainda que em caráter preliminar, com parâmetros internacionais. A tabela 2 mostra que as taxas de utilização das empresas de planos de saúde, em relação aos procedimentos selecionados, são bem maiores do que as obtidas por meio da produção de serviços do SUS calculadas com e sem a cobertura à população vinculada aos planos de saúde. Ainda que os problemas de classificação possam alterá-las, as diferenças entre

Tabela 1

Taxas de utilização de procedimentos de alto custo em empresas de planos de saúde selecionadas. Por 100.000 clientes – Brasil e Rio de Janeiro, 2003.

Procedimentos	Empresa A¹	Empresa B²	Empresa C³
Revascularização do miocárdio	26,7	63,1	102,19
Angioplastia	40,6	37,5	177,4
Artroplastia de quadril	11,8	37,8	25,9
Cirurgia de obesidade mórbida	8,6	46,9	64,11

¹ A empresa A é uma medicina de grupo com atuação em várias unidades federadas.

² A empresa B é uma autogestão com atuação em várias unidades federadas.

³ A empresa C é uma medicina de grupo com expressão nacional, mas os dados se referem apenas aos clientes dessa empresa no Rio de Janeiro.

Tabela 2

Taxas de utilização de procedimentos de alto custo remunerados pelo SUS – Brasil, 2003.

Procedimentos	Nº de procedimentos	População total	População não-coberta por planos
Revascularização do miocárdio	20.220	11,4	14,6
Angioplastia	30.666	17,3	22,2
Artroplastia de quadril	3.844	2,1	2,8
Cirurgia de obesidade mórbida	1.813	1,0	1,3

as taxas das empresas, mesmo as menores e as do SUS, parecem bastante consistentes.

A comparação das taxas de utilização de cirurgias cardíacas no Brasil com os dados dos países da OCDE (Organização Européia para Cooperação Econômica e Desenvolvimento) relativiza as possíveis especulações sobre o excesso da produção desses procedimentos, quando remunerado pelas empresas de planos de saúde, no Brasil. A taxa de utilização de cirurgia de revascularização nos EUA, em 1999, foi de 205 e de angioplastia, em 2002, 363 por 100.000 habitantes. Apesar de as taxas da empresa C para ambos os procedimentos serem mais altas do que as do Canadá, as da empresa A e B são similares a de países como Portugal, Espanha e Reino Unido. No que se refere ao SUS, as taxas estimadas para a revascularização do miocárdio e angioplastia são similares apenas as do México (OECD, 2003).

Procedimentos de alto custo financiados pelo SUS: o transplante de fígado no Rio de Janeiro

As entrevistas com os responsáveis pelas duas equipes que realizam transplante de fígado, a do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e a do Hospital de Bonsucesso, confirmam a primazia do SUS na oferta e remuneração dessas cirurgias. Nota-se na tabela 3 que somente 10,8% dos transplantes de fígado, realizados no Rio de Janeiro em 2003, foram remunerados pelas empresas de planos e seguros de saúde. E mesmo assim a maior parte desses transplantes intermediados pelas empresas de planos foi realizada no HUCFF, que mantém uma ala particular para convênios. É importante assinalar que a proporção de pacientes residentes no Rio de Janeiro submetidos a transplante hepático pode ser maior, em fun-

ção do encaminhamento de clientes para outros centros como é o caso da Cassi, cujos beneficiários são atendidos pelo hospital da Universidade Federal do Paraná.

As razões para a hegemonia do SUS na produção desse procedimento, apontadas pelos chefes de equipe, são em primeiro lugar os altos valores de remuneração. Segundo o professor Joaquim Ribeiro *as empresas de planos pagam mais, no entanto os valores pagos pelo SUS, cerca de R\$60.000,00, são suficientes para pagar todos os gastos e ainda sobra quase que a metade para o hospital; não é à toa que o Einstein está fazendo transplante. Uma empresa de plano pode até pagar de 80.000 até 120.000, no caso de planos com reembolso maior. Eles pagam mais e não remuneram a captação, que é completamente coberta pelo SUS. Mas eles glosam, fazem mil exigências, demoram para pagar. A gente prefere transplantar pelo SUS* (entrevista pessoal, junho de 2004). O outro motivo alegado se refere ao temor dos hospitais privados com os problemas do pós-operatório; os hospitais privados no Rio preferem não arriscar a enfrentar complicações que exijam internações prolongadas e gastos vultuosos com materiais e medicamentos,

O fato de que a lei 9.656/98 não tenha tornado a cobertura para transplante de fígado obrigatória mereceu comentários dos chefes das equipes. [A não inclusão do transplante hepático entre as coberturas] (...) *é um absurdo, ninguém entende por que foi feito dessa forma. Não tem nenhuma base científica, o transplante de fígado deixou de ser experimental em 1983 e em 1993 passou a ser indicado amplamente. Ambos reconhecem que pelo menos 30% das pessoas que estão na fila do transplante têm cobertura de planos de saúde mas a maioria "faz pelo SUS", a não ser os exames pré-operatórios que os planos pagam "desde que não se diga para o que é"* (entrevista pessoal, idem).

Tabela 3

Transplantes de fígado segundo equipe e tipo de cobertura. Rio de Janeiro, 2003.

Equipes	HU/UFRJ	Bonsucesso
HUCFF SUS	32	34
HUCFF Planos	5	-
Clínica São Vicente Planos	2	1
Total	39	35

Considerações finais

Embora o esforço de coletar e analisar informações para aprofundar o conhecimento sobre doenças crônicas e tipos de cobertura empreendido tenha sugerido pistas para trabalhos futuros, a carência de bases empíricas sobre os fluxos assistenciais, em particular aqueles remunerados pelas empresas de planos de saúde, ainda é um obstáculo a ser superado. Considerando o âmbito restrito dos dados trazidos nesse estudo, pode-se dizer que se nem todos os procedimentos de alta complexidade são realizados pelo SUS, tampouco as empresas de planos de saúde detêm essa atribuição.

As taxas de utilização de procedimentos como cirurgias cardíacas, bariátricas e as próteses de quadril indicam a importância das empresas de planos como compradores locais desses serviços, embora o volume de atendimentos agregado do SUS seja muito superior aos das empresas da assistência suplementar. Por outro lado, o SUS é responsável pela remuneração de procedimentos como a terapia renal substitutiva. A proporção dos pacientes em unidades de diálise, remunerados pelas empresas de planos e seguros de saúde, segundo inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 31 de dezembro de 1999, foi de apenas 4% (Sesso, 2000).

Verifica-se ainda a primazia da atuação do SUS senão nas mesmas proporções da terapia renal substitutiva na remuneração dos transplantes e tratamento de neoplasias. É preciso dizer que a inclusão dos clientes de planos entre os demandantes do SUS não lhes retira benefícios diferenciados. A possibilidade de fazer exames "fora do SUS" e certamente a capacidade de vocalização de reivindicações dos segmentos cobertos pelos planos lhes assegura um lugar diferenciado nas filas do SUS.

As facilidades de inclusão dos segmentos

cobertos pelos planos permitem aos mesmos transitar nos serviços remunerados pelo SUS. Mas o atendimento de um paciente sem plano em um estabelecimento de saúde exclusivamente privado só se viabiliza em condições específicas – ser portador de uma patologia exigente da realização de um procedimento de alto custo, quase que exclusivamente financiado pelo SUS. Paradoxalmente, é o *status* de saúde negativo que pode conduzir o doente crônico para uma condição de cidadão de primeira classe.

Ao que tudo indica, a expansão dos serviços privados, particularmente os de primeira linha, que não por acaso são os que concentram capacitação para produzir atividades de alto custo vem deslocando não apenas as atribuições assistenciais do SUS. A formação de pessoal e sobretudo a produção e difusão de conhecimentos médicos, antes estabelecidas quase como prerrogativas de serviços da rede SUS, especialmente universidades públicas, passa a ser disputada, em determinadas cidades, pelas faculdades privadas e centros de estudos dos hospitais privados de primeira linha.

O mapeamento dessas novas fronteiras entre o público e o privado é imprescindível não apenas para situar de maneira mais realista as tensões entre produtores e compradores de serviços e seus financiadores, como também para a elaboração de estratégias voltadas à redução da segmentação no sistema de saúde brasileiro. Seis anos após a aprovação da lei 9.656/98, as expectativas do retorno financeiro do ressarcimento ao SUS diminuíram paulatinamente. Foram sendo criados critérios cada vez mais restritivos para o que poderia ser objeto de ressarcimento e amplificadas as arguições sobre a inconstitucionalidade do dispositivo legal.

Atualmente não se dispõe de informações precisas sobre os recursos financeiros públicos diretamente envolvidos com a assistência pres-

tada pelo SUS a clientes de planos de saúde nem sobre a quantidade e os tipos de procedimentos utilizados. Os resultados das iniciativas para unificar os sistemas de informação por meio do cartão SUS, implementação plena da comunicação de internação hospitalar, definição de responsabilidades e fluxos dos serviços produzidos e/ou remunerados pelas empresas de planos de saúde contribuirão, senão à equidade imediata, para conferir transparência às intrincadas vias de acesso e deslocamento que circundam as esferas pública e privada do sistema de saúde brasileiro.

Colaboradores

L. Bahia trabalhou na definição do escopo do trabalho, nas abordagens metodológicas, pesquisa bibliográfica, solicitação de informações a empresas de planos de saúde e entrevista com a equipe de transplante de fígado do HUCFF; E Simmer, na pesquisa bibliográfica, solicitação de informações a empresas de planos de saúde e entrevista com a equipe de transplante de fígado do HGB; e DC Oliveira, na pesquisa bibliográfica e na entrevista com a equipe de transplante de fígado do HUCFF.

Referências bibliográficas

- Enthoven AC 2003. Employment-based health insurance is failing: now what? *Health Affairs* 21(5):237-249.
- Hughes *et al.* 2004. Clinical risk groups (CRGs): a classification system for risk adjusted capitation-based payment and health care management. *Clinical Care* 42(1):81-90
- Lima-Costa *et al.* 2002. Projeto Bambuí: plano privado de saúde e utilização de serviços médicos pela população idosa. *Cadernos de Saúde Pública* 18(1):177-186
- Luiz RR, Kale P & Leal AJ 2004. *Análise do Suplemento Saúde da PNAD 1998*. Relatório de Pesquisa. Relatório de Pesquisa CNPq. (Mimeo).
- OECD (Organization for Economic Co-Operation and Development) 2003. *Health at a glance: OEDD indicators 2003*. OECD, Paris.
- Sesso R 2000. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 22 (supl. 2):23-26
- Szwarcwald CL & Viacava F 2004. *Pesquisa mundial de saúde, Brasil 2003*. (Apresentação de Resultados). Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Viacava F & Bahia L 2002. Oferta de serviços de saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999. *Texto para Discussão n° 915*. IPEA, Brasília.

Artigo apresentado em 29/8/2004

Aprovado em 10/9/2004

Versão final apresentada em 20/9/2004