

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

**Um Estudo sobre Parâmetros para a Oferta de Serviços de
Saúde: dimensionamento nos planos de assistência à
saúde**

Luzia Lamosa Arantes

**RIO DE JANEIRO
2004**

**Um Estudo sobre Parâmetros para a Oferta de Serviços de
Saúde: dimensionamento nos planos de assistência à
saúde**

Luzia Lamosa Arantes

**Dissertação apresentada para
obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública, área de
concentração Regulação em Saúde
Suplementar, da Escola Nacional
de Saúde Pública Sérgio Arouca da
Fundação Oswaldo Cruz**

Orientador: Nilson do Rosário Costa

RIO DE JANEIRO

2004

Renda-se como eu me rendi.

**Mergulhe no que você não conhece
como eu mergulhei.**

Não se preocupe em “entender”,

Viver ultrapassa todo entendimento.

Clarice Lispector

**Com carinho, aos meus filhos Bruno e Camila,
Com afeto, aos amigos de antes e aos de agora.**

AGRADECIMENTOS

- Pela confiança depositada e por me mostrarem novos caminhos, ao Barroca e à Salete;
- Pela oportunidade do Mestrado e o acolhimento na ANS, ao Braga;
- Pela paciência e orientação, ao Nilson;
- Pela informação preciosa que ampliou o conhecimento, aos coordenadores e professores, da ENSP e da FGV;
- Pelo convívio alegre, aos colegas de turma, aspecto interessante de integração intersetorial;
- Pela atenção e disponibilidade da informação ao Pedro Fazio, Waldir Zetel, ao Dr. José Paulo Macedo, a Dra Liliane Aparecida Pace Souza, a Maria Beatriz Coacci e a Dra Aída Santana.
- Particularmente a Anete, Maria Helena e Regina Saraiva, que colaboraram diretamente, dedicando seu tempo na leitura, sugestões e interlocução;
- Ao Carlos, Marcelo e Marcos, pelo apoio informático, sempre que solicitados;
- Com destaque, pela paciência e compreensão no transcorrer deste trabalho, a toda equipe da GGEOP;

E, a todos que bem me quiseram e, que alguma maneira me ajudaram anonimamente

RESUMO

Este trabalho analisa parâmetros para o dimensionamento de serviços, de equipamentos e de profissionais na atenção à saúde. Tem como objetivo oferecer subsídios ao regime de regulação para o monitoramento da adequação da rede de prestadores de serviço, bem como para a redução da assimetria de informação entre empresas, reguladores e usuários. Considera como hipótese que a restrição organizacional ou territorial na oferta desses itens pode afetar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Analisa os parâmetros nacionais existentes para o setor público, estabelecidos pela Portaria 1.101/ 02 do Ministério da Saúde; e o perfil da oferta no Brasil, obtido da pesquisa de Assistência Médico Sanitária 2002 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o padrão de oferta dos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em relação a serviços de atenção hospitalar, atenção ambulatorial e número de médicos em atividade. Descreve as informações existentes na Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre beneficiários, operadoras, produtos e utilização de serviços. A utilização de serviços foi exemplificada pelo estudo de caso da experiência de quatro operadoras.

O trabalho conclui que a disponibilidade da oferta de serviços médicos em escala nacional é inferior, em alguns itens, aos parâmetros definidos pela Portaria 1.101/ 02 do Ministério da Saúde, enquanto há marcante concentração regional, em especial, da infraestrutura de serviços naqueles em que atinge seus patamares. A comparação internacional revela também oferta inferior à observada para os países da OCDE. A oferta desses insumos pelo segmento de saúde suplementar pode estar sofrendo séria restrição, quando examinada em perspectiva nacional. A análise dos índices de utilização, no entanto, revela números superiores aos dos parâmetros públicos, o que justifica um estudo mais abrangente e regionalizado.

Palavras-chave: Oferta de serviços de saúde, Saúde Suplementar, Parâmetros Assistenciais, Acesso.

ABSTRACT

This study analyzes the parameters to measure the services, equipments and professionals in healthcare. Its objective is to supply the regulatory regimen with the basis to monitor the adequacy of the service providers net and the reduction of information asymmetry between companies, regulators and beneficiaries. The study hypothesizes that the organizational or territorial offering limitations of such items can affect the access and utilization of healthcare services. It also analyzes the existing national parameters for the public sector, determined by the Health Department Resolution 1.101/ 02; the profile of the offerings in Brazil, defined by the 2002 Sanitary Medical Aid Research, made by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE); the standard offerings at the Organization for Economic Co-operation and Development - OECD countries regarding hospital care services, outpatient care and the number of doctors in activity. It describes the existing information at the National Private Health Agency (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) about beneficiaries, insurance companies, products and utilization of service. The utilization of service was exemplified by the study of cases based on the experience of four insurance companies.

The study concludes that the availability, on a national scale, of medical service offerings is lower than the national parameters determined by the Ministry of Health Resolution 1.101/ 02 about some items, and there is an outstanding regional concentration, mainly at the services infrastructure, on those which reach their landmarks. When compared to the international parameters, it is also revealed that the national offerings are lower than the one at the OECD countries. The offering of such supplies by the private health sector may be suffering serious restrictions if analyzed under a national perspective, however the analysis of the utilization rates reveals higher numbers which justifies a broader and regionalized study.

Key words: Health Service Offerings, Private Health, Healthcare Parameters, and Access.

LISTA DE TABELAS, QUADRO E ANEXOS

Tabelas

Tabela 1 – Parâmetros da Portaria MS/GM 1.101/ 2002 e estimativa de necessidades Brasil de total de leitos, leitos de cuidados intensivos e de cuidados prolongados, Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores Lineares ou Bombas de Cobalto e Máquinas de Hemodiálise	21
Tabela 2 – Parâmetros de cobertura assistencial da Portaria MS/GM 1.101/ 2002 para Tomógrafos, Ressonâncias Magnéticas, Aceleradores lineares ou Bombas de cobalto, Máquinas de Hemodiálise e da Consulta Pública 01/00 para Mamógrafos	22
Tabela 3 – Quantidade de Unidades por tipo de atendimento e por Região do país na AMS 2002	28
Tabela 4 – Unidades por tipo de atendimento e por tipo de financiador.....	29
Tabela 5 – Unidades que informam atuar com Planos por quantidade de Operadoras	30
Tabela 6 – Serviços em Unidades por Tipo de atendimento e Região	31
Tabela 7 – Quantidade de Equipamentos em geral, Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores lineares e Bomba de cobalto por Região.....	32
Tabela 8 – Índices de disponibilidade por milhão de habitantes de Tomógrafo computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores lineares e Bombas de cobalto, em uso, por milhão de habitantes e por Região e Parâmetros da PT 1.101	33
Tabela 9 – Leitos totais e relação de leitos/ 1.000 hab por Região	35
Tabela 10 – Leitos de UTI, relação de leitos de UTI / 1.000 hab, e percentual sobre os leitos hospitalares existentes por Região.....	35
Tabela 11 – Algumas variáveis de renda e gastos em saúde nos países da OCDE e Estados Unidos em 2000 e Brasil 2001	49
Tabela 12 – Relação de Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Leitos de UTI e Médicos por quantitativos populacionais na OCDE (média) e Estados Unidos 2000, Brasil e Região Sudeste 2002.....	50
Tabela 13 – Quantidade de produtos no RPS em 31/12/2003 por Segmentação, Abrangência e Contratação com relação ao tipo de cobertura.....	55
Tabela 14 – Dados de utilização no SIP por item de despesa e tipo de contratação dos planos em 2003	57

Tabela 15 – Dados de utilização de Operadoras do Setor Suplementar, em 2003, para Tomografias, Ressonâncias, Mamografias, Radioterapia, Hemodiálise e Litotripsia e parâmetros da Pt 1.101 / 02	63
---	----

Quadros

Quadro 1 - Características da provisão de serviços de saúde de alguns países da OCDE	44
--	----

Anexos

<u>Anexo I</u>	-Portaria 1.101/2002 esquematizada
<u>Anexo II</u>	-Unidades de Saúde AMS 2002 – Tipo de atendimento por Região e UF
<u>Anexo III</u>	-Unidades de Saúde AMS 2002 - Combinações possíveis de financiadores por Região e UF
<u>Anexo IV</u>	-Equipamentos em uso AMS 2002 – Alguns tipos de Equipamento por Região
<u>Anexo V</u>	-Distribuição de Equipamentos de Radioterapia, Mamógrafos, Tomógrafos computadorizados e Ressonâncias Magnéticas nos Municípios - AMS 2002
<u>Anexo VI</u>	-Médicos em atividade 2003 e relação de médicos/ 1.000 hab em 1995 e 2003 por Região e UF.
<u>Anexo VII</u>	-Dados da OCDE de Renda e Gastos em saúde em 2000
<u>Anexo VIII</u>	-Dados da OCDE de Gastos Públicos, Gastos Privados e Seguros saúde 1990 e 2000
<u>Anexo IX</u>	-Dados da OCDE de Oferta de leitos, Médicos e Tecnologias em 1990 e 2000.

LISTA DE SIGLAS

AMS	- Assistência Médico-Sanitária
ANS	- Agência Nacional de Saúde
ANA	- Agência Nacional de Águas
ANATEL	- Agência Nacional de Telecomunicações
ANCINE	- Agência Nacional de Cinema
ANEEL	- Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	- Agência Nacional de Petróleo
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANTT	- Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANTAQ	- Agência Nacional de Transportes Aquaviários
BME	- Banco Multidimensional Estatístico
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CID	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONASP	- Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONSU	- Conselho de Saúde Suplementar
CP	- Consulta Pública
DESAS	- Departamento de Saúde Suplementar
DIPRO	- Diretoria de Produtos
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FCES	- Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FUNENSEG	- Fundação Escola Nacional de Seguros
GM	- Gabinete do Ministro
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NTRP	- Nota Técnica de Registro de Produto
OCDE	- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	- Organização Mundial de Saúde
Part	- Atendimento particular
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PP	- Plano Próprio
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PRASP	- Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
PT	- Plano de Terceiros
RDC	- Resolução de Diretoria Colegiada
RPS	- Registro de Produtos de Saúde
SADT	- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos
SAMHPS	- Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SAS	- Secretaria de Assistência à Saúde
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSEP	- Superintendência de Seguros Privados
TMP	- Tempo Médio de Permanência
TOH	- Taxa de Ocupação Hospitalar
TRS	- Terapia Renal Substitutiva
UERJ	- Universidade do Rio de Janeiro
UF	- Unidade da Federação
UFRGS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	- Universidade de Campinas
UNIDAS	- União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIFESP	- Universidade Federal do Estado de São Paulo
US	- Unidade de Serviço
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - AGÊNCIAS REGULADORAS E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE...9	
CAPÍTULO II - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS EMPRESAS DO SETOR SAÚDE SUPLEMENTAR.....	13
CAPÍTULO III - PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SETOR PÚBLICO	18
CAPÍTULO IV - A OFERTA NACIONAL EM SAÚDE	24
4.1 A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) de 2002.....	26
4.1.1 Unidades.....	28
4.1.2 Serviços e Equipamentos.....	31
4.1.3 Leitos	34
4.2 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).....	36
4.3 Oferta de Médicos no Conselho Federal de Medicina (CFM).....	37
CAPÍTULO V - ANÁLISE DE DADOS INTERNACIONAIS	39
5.1 Dados da “OCDE Health Data 2003”	42
5.1.1 Algumas variáveis de renda e gastos com saúde.....	46
5.1.2 Oferta de leitos, tecnologias e médicos por população	47
5.2 Análise internacional e dados nacionais.....	49
CAPÍTULO VI – INFORMAÇÕES SOBRE O SETOR SUPLEMENTAR NA ANS	51
6.1 Informações sobre Beneficiários.....	51
6.2 Informações sobre Operadoras.....	53
6.3 Informações sobre Produtos.....	53
6.3.1 Produtos de cobertura plena e abrangência nacional.....	54
6.3.2 Produtos de cobertura plena de outras abrangências geográficas.....	55
6.4 Informação de dados assistenciais.....	56
CAPÍTULO VII - O SETOR SUPLEMENTAR.....	58
7.1 Estudo de caso – Enfoque da avaliação da rede de serviços na Sul América.....	58
7.2 Algumas taxas de utilização do setor	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	74

INTRODUÇÃO

O ponto de partida deste projeto diz respeito à definição técnica de parâmetros assistenciais, pela qual seria possível oferecer subsídios ao regime de regulação para o monitoramento da adequação da rede de prestadores de serviço e redução da assimetria de informação entre o mercado de saúde suplementar e os usuários.

A política de saúde no país trilhou caminhos mais redistributivos do que aqueles inicialmente previstos, pois, embora inspirada no paradigma inglês – universalização com predominância do setor público –, passou a apresentar tendência estrutural próxima do caso norte-americano – predomínio do setor privado e ação estatal compensadora.

O sistema de saúde se desenvolveu na década de 70, com base na relação público-privado, mas, na década seguinte, o surgimento de novos mecanismos de financiamento levou à maior autonomia do setor privado. O aumento da cobertura assistencial culminou na universalização do atendimento na Nova República, quando se detectou a auto-exclusão de alguns grupos sociais, notadamente, as camadas médias da população, configurando-se então o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde. Esses grupos passaram a ser o público alvo das operadoras de planos de saúde (FAVERET & OLIVEIRA, 1990).

Os planos de saúde, que já existem desde 1960, tiveram sua grande expansão na década de 80, por representarem uma alternativa assistencial, principalmente, para a classe média, em virtude de propiciarem maior oferta e facilidade de acesso. O aumento crescente dos investimentos no ramo do seguro-saúde como uma das conseqüências da política econômica vigente contribuiu ainda para essa expansão. Hoje, com a regulação do setor, alguns aspectos desses planos demandam conhecimento aprofundado para que se realize uma análise adequada.

O ‘produto’ ou plano de saúde, deve ser registrado inicialmente de maneira provisória, por exigência legal, junto à Agência Nacional de Saúde (ANS) antes de ser comercializado.

Esse produto é o resultado de um conjunto de características, podendo ser *contratado*¹ individual ou coletivamente, além de caracterizado por uma *segmentação*² (ambulatorial, hospitalar, odontológica e suas diversas combinações), por uma *abrangência geográfica*³ de área de cobertura (municipal, regional, estadual ou nacional) e por uma *rede de prestadores de serviço hospitalares*⁴. Além desses aspectos, também é exigida uma *Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP)*⁵, que define a base de preço para as características pretendidas.

A obrigatoriedade de registro dos planos de saúde comercializados após a Lei 9.656/98 possibilitou a criação de um banco de dados com essas variáveis descritas, o qual recebeu o nome de Registro de Produtos de Saúde (RPS). Independente da forma pela qual o consumidor terá acesso ao conjunto de prestadores de serviço ou quaisquer que sejam os mecanismos de regulação da operadora, a rede é uma das características do produto e deve ser identificada quando de seu registro na ANS. Atualmente, só há exigência de vinculação no sistema das unidades hospitalares e são encontráveis produtos com a mesma cobertura assistencial, que se diferenciam entre si pela qualificação da rede de prestadores hospitalares.

A exigência de uma cobertura mínima obrigatória – rol de procedimentos – para determinada segmentação, aliada ao acesso ilimitado a procedimentos, gerou aumento nos gastos, o que resultou em preços mais elevados, e a diferenciação de produtos pelas características da rede passou a ser uma estratégia utilizada pelas empresas para redução de custos (WANICK, 2002).

As alterações possíveis com amparo legal na estrutura da rede de prestadores são diversas. Além da vinculação da rede ao produto no momento do registro, esta poderá ser substituída⁶ ao longo do tempo ou mesmo, reduzida, o que se denomina redimensionamento de rede⁷, que é permitido, desde que mantidos os recursos oferecidos originalmente pelo prestador. No caso de substituição, a ANS deverá ser comunicada e, em caso de redimensionamento, a operadora deverá aguardar autorização para efetivar o pretendido.

¹ Contratação – relação contratual que se estabelece seja de modo individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

² Segmentação – classifica a modalidade de atendimento oferecido.

³ Abrangência geográfica – classifica a área em que a operadora garante a cobertura assistencial.

⁴ Rede de prestadores – conjunto de unidades hospitalares que garantem a cobertura assistencial na segmentação oferecida.

⁵ NTRP – Instituída pela RDC 28/ 2000 é a justificativa da formação inicial dos preços dos planos e requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS. Alterada pela RDC 46/ 2000.

⁶ Substituição de rede – Art. 17. § 1º. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

⁷ Redimensionamento de rede - Art. 17 § 4º. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar autorização expressa à ANS para tanto.

Também, quando uma operadora aliena uma carteira de produtos – ou seja, transfere seus produtos para outra operadora⁸ –, a análise da rede de prestadores de serviço que passará a ser oferecida ao consumidor é avaliada, para não haver comprometimento da assistência inicialmente oferecida.

A regulação dos produtos possui, portanto, aspectos normativos, executivos e judicantes. É normativa no que tange à exigência de atendimento a alguns conjuntos de procedimentos médicos, aos quais as operadoras devem submeter-se nas definições de segmentações e contratações distintas; é executiva quando exige o registro do produto junto à ANS; por fim, é judicante quando da atuação desta ao aplicar penalidade às irregularidades desses produtos (CUNHA, 2003).

Em todos esses aspectos, a atuação do regulador demanda análise das condições da oferta para a definição dos parâmetros quantitativos e qualitativos que vão embasar a avaliação da rede disponibilizada aos usuários. As características atuais de regulação dos produtos trazem, como consequência, certos pontos relevantes à consolidação do regime regulatório, o que requer estudo específico. O conhecimento prévio da oferta, fator que, sem dúvida, gera impacto na utilização dos serviços, possibilitará o estabelecimento de prognósticos sobre barreiras de acesso e a consequente ampliação do processo de regulação.

A preocupação com as características de formação de rede já se fazia presente na ANS – Nota Técnica nº 6 de junho de 2001 da Diretoria de Produtos (DIPRO) – onde se esboçava a definição de critérios de oferta, a partir de parâmetros do setor público, para estimar o comportamento do mercado de saúde suplementar. Note-se que a utilização dos parâmetros do setor público sempre esteve presente nas discussões técnicas.

Os questionamentos acerca de quais variáveis devem ser consideradas para a análise da oferta de prestadores de serviços de assistência à saúde, passam por aspectos de abrangência geográfica e por critérios de uma rede mínima que represente maior garantia da cobertura adquirida. Acrescente-se também a esses, o fato de que os prestadores de serviço quase sempre estão vinculados a grande número de operadoras, além de prestarem atendimento a particulares e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos Estados Unidos, durante muito tempo, as unidades hospitalares foram construídas adotando-se apenas a base populacional como critério. Posteriormente, estudos específicos sobre demanda questionaram essa via única para a oferta de unidades hospitalares.

⁸ Transferência ou alienação de carteira - operação voluntária de alienação da totalidade ou de parte da carteira de planos ou produtos privados de assistência à saúde entre operadoras.

Feldstein (1998) cita os estudos de Rosenthal acerca da utilização hospitalar, em que este autor considerou, como variáveis explanatórias, os fatores econômicos – preço, cobertura do seguro e salário – bem como fatores não econômicos – idade, estado civil, sexo, condições de urbanização, raça, educação e número de pessoas por domicílio – e, como variáveis dependentes, em cada Estado americano, o número de pacientes-dia, de internações e o tempo médio de permanência.

Levando em conta as características regionais em estados que contavam com a mesma infra-estrutura, Rosenthal teria concluído que a alocação de leitos somente por critérios populacionais seria insuficiente. Outros aspectos devem ser ressaltados, tais como a existência de demanda reprimida, as possibilidades de racionalização de custos para o paciente e de aumento de remuneração para o profissional. Afora as variáveis descritas, as opções para conformação de rede deveriam apreciar a disponibilidade local de serviços e os diversos componentes da assistência à saúde, que, nos últimos tempos, vêm sendo redirecionados para tratamentos, cirurgias ambulatoriais e cuidados domiciliares (Id., *ibid.*).

Destaque-se que Feldstein (1998) refere ainda que o acréscimo na densidade de médicos em determinada população não produz aumento na quantidade de primeiras consultas, que é resultado da escolha do paciente, mas revela pequeno impacto na quantidade de consultas subseqüentes. Assim, a duplicação do número de médicos por habitante acresce em 11% o número de consultas, ao passo que o valor desembolsado e o tempo gasto em deslocamento do usuário até o local do atendimento têm efeitos negativos no quantitativo de consultas.

Como o médico do primeiro atendimento é o contato inicial do paciente com o sistema de saúde há necessidade de uma estruturação ideal do atendimento ambulatorial como fator determinante da eficiência global e da efetividade do sistema, somando-se à evidência de que a assistência ambulatorial organizada controla os custos globais por ser menos onerosa que a hospitalar. A escassez ou a má distribuição dos provedores de serviços sempre cria dificuldades de acesso a algum segmento da população. Numerosos estudos documentaram diferenças significativas nos padrões de utilização de serviço em determinadas áreas geográficas, inclusive dentro de um mesmo país, enfatizando a lógica de que a necessidade da assistência deveria ser o critério para o uso de serviços de saúde (OCDE - DOCTEUR, 2003).

É preciso ponderar também que o modelo tradicional de unidades de saúde vem tendo seu perfil modificado com o passar do tempo. A organização piramidal convencional dos sistemas de saúde estruturada em níveis de complexidade crescente com o hospital como o

ponto mais importante da assistência, vem sendo substituída pela organização horizontal, em que todos os níveis de atenção têm sua importância definida com um eixo central representado pela atenção primária à saúde. Desse modo, os hospitais passam a se situar, no sistema de saúde contemporâneo, como parte de uma atenção integrada.

O redesenho da atual concepção de Unidade Hospitalar direciona a que seja um lugar para manejo de eventos agudos em casos de reais possibilidades terapêuticas, que apresente densidade tecnológica compatível com suas funções e tamanho em escala adequada para operar com eficiência e qualidade, que seja projetado arquitetonicamente de maneira compatível com as suas funções e de modo a ser atrativo aos usuários (McKEE e HEALY, 2000).

Em decorrência desse novo papel identificam-se duas fortes tendências nas políticas hospitalares em âmbito internacional. Passa a ocorrer uma integração hospitalar horizontal através de fusões que propiciam economia de escala e de otimização dos serviços. Esta prática já se observa no Reino Unido, onde 50% dos hospitais têm mais de 300 leitos e detêm 80% do total de leitos do Serviço Nacional de Saúde. Os Estados Unidos constituem outro exemplo, em razão das fusões terem criado grandes cadeias hospitalares. A outra tendência consiste em uma reengenharia da atenção hospitalar em na busca de novos caminhos para a assistência-atenção com adequação do custo e da qualidade. Como consequência, está ocorrendo a desativação de leitos hospitalares, o fechamento de hospitais e de leitos hospitalares ou a conversão de hospitais em outros estabelecimentos com perfis distintos, principalmente, no campo da assistência social (Id., *ibid.*).

A detecção de custos crescentes na assistência à saúde motivou as mudanças estratégicas descritas levando a que vários organismos internacionais se voltem para a análise do desenvolvimento sistemático de aspectos administrativos da oferta de serviços. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os custos hospitalares representam de 40 a 69% da totalidade das despesas com saúde. Estima-se que o número de leitos hospitalares tenha sido reduzido aproximadamente em 15% entre 1988 e 1998 e que, para as novas unidades, se restrinja o número de leitos planejados em cerca de 20 a 30%. A redução desse tipo de oferta tenderá certamente a interferir nos padrões de utilização, em especial pela incorporação de novas tecnologias.

Na elaboração e desenvolvimento de uma rede de prestadores, a literatura pertinente aponta que, além das características demográficas e geográficas, o tempo despendido para acesso ao local interfere no atendimento. Também são avaliadas as características da clientela

a ser atendida e sua distribuição espacial, ponderando-se, além da extensão da área de abrangência, a existência de possíveis barreiras físicas de acesso; no entanto, independente de qualquer que seja a área, o tempo que se leva até o local em que ocorrerá o atendimento deverá ser considerado. Tais aspectos são muito utilizados na montagem das redes de suporte ao “Managed Care” americano, sistema no qual se preconiza que o tempo para o atendimento não deve ser maior do que uma hora para serviços hospitalares, trinta minutos para emergência e trinta minutos para provedor individual. Na definição desses serviços, a taxa de cobertura esperada é de, pelo menos, um provedor individual para cada mil beneficiários (ANDERSEN, 1996).

No Brasil, o desenvolvimento histórico dos serviços de saúde tanto no setor público, como no setor privado aconteceu de maneira heterogênea, sem qualquer lógica quanto à localização e ao tamanho. Da mesma maneira, e em maior escala, não ocorreu uma distribuição de serviços e equipamentos de maneira racional, o que acarretou expressivas desigualdades estruturais de acesso. Assim, uma rede constituída dessa maneira fragmentada e desarticulada é onde a população busca solução para seus agravos. A avaliação dos serviços pelos gestores responsáveis, em geral, é focada principalmente no controle de faturas dos serviços remunerados por produção, reduzindo o objeto a ser avaliado ao ato ou procedimento médico ou laboratorial (BRASIL-MS, 2001).

Com o objetivo de desenvolver parâmetros para a avaliação e adequação da oferta de prestadores de assistência à saúde e atentando para a experiência de gestão dos sistemas públicos e privados, propomos a elaboração de um estudo que dimensione a oferta, selecionando, para isso, certos itens passíveis de comparabilidade entre parâmetros nacionais e dados internacionais.

Em razão do exposto foram escolhidos, no que diz respeito à atenção hospitalar, o número de leitos totais, os leitos de cuidados intensivos e os leitos de cuidados prolongados. Por sua vez, na atenção ambulatorial foram identificadas algumas tecnologias na área de Diagnóstico por imagem – Tomógrafos computadorizados, equipamentos de Ressonância Magnética e Mamógrafos –, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise). No quesito recursos humanos consideramos o quantitativo de médicos em atividade. Para Radioterapia trabalhamos com os Aceleradores lineares e Bombas de cobalto, uma vez que os parâmetros públicos para equipamentos de Radioterapia contemplam um ou o outro item.

Os aspectos selecionados foram analisados de acordo com a óptica dos parâmetros nacionais existentes para o setor público, descritos na Portaria 1.101/ 02 do Ministério da

Saúde, e pela oferta existente, na pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) do IBGE, de 2002. Para a oferta internacional desses itens consideramos os dados da OCDE.

Foram analisadas também algumas informações existentes na ANS quanto a beneficiários informados, operadoras e, com maior destaque, os produtos registrados no RPS. Em uma tentativa de mapeamento do setor foram selecionados produtos com segmentações que oferecem cobertura médico-assistencial mais abrangente, embora com informação restrita da rede prestadora de serviços.

Ressalte-se que as empresas do setor suplementar não trabalham, em geral, com dados de oferta e apresentam a utilização dos serviços como foco principal. Buscamos na ANS os dados referentes à utilização desses serviços, que hoje são disponíveis apenas de modo parcial por se tratar do banco de dados mais recente na Agência (Sistema de Informação de Produtos – SIP), ainda em processo de validação. As informações que algumas Operadoras tornaram disponíveis, foram confrontadas com a utilização esperada se considerados os parâmetros do setor público.

Estruturamos este estudo em capítulos – afora a Introdução – que contêm uma abordagem inicial sobre a ANS com o objetivo de situar o leitor no contexto da regulação. Pelo mesmo motivo há outro capítulo em que descrevemos, de maneira sucinta, aspectos da rede de prestadores das diferentes tipologias de empresas do setor. No Capítulo II são brevemente citadas algumas estratégias adotadas frente ao cenário regulatório, que impôs regras de modelagem da oferta pela exigência de atendimento ao conjunto de procedimentos obrigatórios.

As raízes históricas dos parâmetros existentes no setor público são encontradas no Capítulo III, em que exemplificamos, com os itens selecionados, os resultados de oferta esperados considerando-se a população Brasil 2002 (IBGE) e os parâmetros da Portaria 1.101/02 do Ministério da Saúde.

No Capítulo IV descrevemos os dados existentes sobre disponibilidade de oferta por unidades, serviços e equipamentos com base na AMS 2002, em especial, quando uma vinculação com planos de saúde é referida. Sem a pretensão de esgotar o tema, nos detivemos em explorar aspectos que envolvem a assistência suplementar. Como outro banco de dados, citamos a posição atual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a oferta de médicos, que foi obtida junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) referente aos dados de dezembro de 2003.

Os dados selecionados de saúde da OCDE 2003⁹, que foram agrupados de duas maneiras: a) dados de renda nacional, de renda per capita e de gastos com saúde; b) índices de oferta de leitos, das tecnologias selecionadas e de médicos referenciados a quantitativos populacionais são apresentados no Capítulo V. Registramos que, durante o desenvolvimento do trabalho, a detecção de diferenças entre a forma de registro de dados nacionais e aqueles da OCDE fez com que alguns itens tivessem de deixar de ser comparados entre as duas fontes.

As informações quantitativas do setor, hoje disponíveis na ANS para Beneficiários, Operadoras, Produtos, bem como os dados assistenciais do SIP, comparados com os parâmetros públicos estão descritos no Capítulo VI.

No Capítulo VII descrevemos a experiência de uma Seguradora no tocante à administração de sua rede de prestadores, seus dados de utilização de serviços, assim como os dados de utilização para os itens selecionados já referidos, de três outras empresas, a saber, uma Medicina de Grupo, uma Autogestão e uma Cooperativa Médica.

⁹ OCDE Health Data 2003 é fonte de estatísticas comparáveis em saúde e sistemas de saúde nos países de OECD. É uma ferramenta importante para os investigadores de saúde, planejadores de políticas governamentais e a comunidade acadêmica, levarem a cabo análises comparativas de sistemas de saúde diversos.

CAPÍTULO I - AGÊNCIAS REGULADORAS E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

As Agências Reguladoras conformam um instrumento operacional da reforma de Estado e foram criadas por leis especiais, o que lhes confere um conjunto inovador de características, a saber: a independência decisória do órgão administrativo colegiado; a ampliação do poder regulamentar de órgãos que compõem a administração indireta; os princípios da livre concorrência, da defesa do consumidor e da eficiência administrativa, bem como de mecanismos de *accountability* e de controle social em relação aos prestadores de serviços (MATTOS, 2002).

Cada agência criada por lei específica e sem vinculação às leis anteriormente expedidas, é fruto de processo legislativo sensível às influências políticas, as quais se fazem presentes no momento da elaboração de determinada lei, em particular, pelo que representa um ‘sistema administrativo’ próprio, que vai variar de agência para agência.

Segundo Santana (2002), a criação das agências reguladoras foi definida, quanto ao período de criação, em três “gerações”, que são:

- 1ª geração (1996-1997): relacionadas à quebra do monopólio do Estado, no setor das telecomunicações, elétrico, de gás e petróleo, com a criação, respectivamente, da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) – única que tem previsão legal para implantação de Contrato de Gestão – e a Agência Nacional de Petróleo (ANP).
- 2ª geração (1999-2000): criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde (ANS), que apresentam peculiaridades, pois, mesmo ao fiscalizarem padrões de oferta e qualidade de serviços pelos entes regulados, além de monitorar preços, já operam em mercados competitivos. Também contam com dispositivos legais para implantação de um contrato de gestão.

- 3ª geração (2000-2002): criação da Agência Nacional de Águas (ANA), da Agência Nacional de Cinema (ANCINE), da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) e da Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ). Com esse grupo perde-se completamente o referencial inicial de regulação de mercados monopolistas, pois dá lugar a uma nítida transição para mercados mais competitivos.

A independência das Agências – idéia fundamental, que norteou o seu surgimento – atendeu a necessidade de se criar um ente administrativo especializado e, principalmente, resistente às oscilações típicas do processo político. Foram concebidas como entidades que mantêm vínculo com a Administração Central, mas que conservam, em relação a esta, relativo grau de autonomia. Dotadas de autonomia financeira e possuindo amplo poder normativo – fruto da deslegalização, isto é, da transferência do poder normativo da sua sede tradicional de Estado para outro órgão sob amparo constitucional – constituíram-se em um novo local de poder decisório.

O limite para os atos de delegação de poderes na Administração Pública é tema polêmico para alguns juristas, que só o facultam à ANATEL e à ANP por haver previsão constitucional para a criação dessas agências; outros, defendem que há respaldo para a criação de agências diversas no Art. 174¹⁰ da mesma constituição e que, por ser o poder normativo inerente à própria atividade de regulação, torna-se imprescindível às agências, para que possam desempenhar eficientemente suas funções (CUELLAR, 2001).

O Estado brasileiro havia desempenhado, por cinco décadas, papel da maior relevância na ordem econômica, impulsionando o desenvolvimento e provendo significativa parcela das necessidades geradas pelo crescimento. A partir da crise fiscal dos anos 80, o aumento incontrolado da inflação e a paralisação do ciclo de crescimento levaram à retirada progressiva do Estado mediante a privatização de atividades econômicas e por meio de concessões de serviços públicos (COSTA, 2000).

As mudanças que atingiram o país tiveram conseqüências diretas também sobre as políticas voltadas para a área da saúde iniciadas com a Reforma Sanitária, que ocorreu de maneira tardia no país, em 1988, com a determinação constitucional da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturado de forma descentralizada, hierarquizada,

¹⁰ “Art. 174 - Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.”

regionalizada e de acesso universal, o SUS foi criado em um momento no qual o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a crise fiscal, a reforma do aparelho do Estado, a contenção de gastos públicos, embora aqui se expandissem os direitos sociais (COSTA, 2000).

Na verdade, o mercado de assistência à saúde suplementar seguiu livre por quarenta anos, sem qualquer padrão de funcionamento e apresentando grande assimetria de informação, com produtos não semelhantes e limitações assistenciais. Apenas as Seguradoras e o seguro-saúde estavam submetidos a algum controle e fiscalização pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), enquanto as demais modalidades de operadoras se consideravam auto-reguladas ou, como Autogestões, atendiam tão somente a suas mantenedoras. Os primeiros projetos de lei sobre a matéria tramitaram no Congresso desde 1989, mas a lei assumiu caráter mais definido somente em 1994, com a aprovação, pelo Senado, de projeto¹¹ que previa cobertura universal para planos de saúde, o qual não chegou a vigorar (MELO, 2003).

Após quatro anos, já no âmbito do Ministério da Saúde, foi criado o Departamento da Saúde Suplementar (DESAS), que inicia a atuação governamental efetiva dessa área na linha de frente da regulamentação, o que culminou com a aprovação, em 1998, da Lei 9.656, ao passo que a Lei de criação do órgão regulador seria promulgada dois anos depois.

Com a nova legislação e a criação da ANS¹² foi significativamente ampliada a intervenção no setor privado e provocou mudanças nas estratégias de atuação dos diversos agentes deste mercado – operadoras de planos e seguros de saúde, prestadores de serviços e consumidores. O modelo de regulação do setor no Brasil, à diferença da grande maioria dos países em que a base é a atividade econômica, fez a opção de atuar também sobre o plano¹³ oferecido e inovou em algumas das medidas adotadas (MONTONE, 2001).

Com o propósito de aumentar a eficácia do processo e por reconhecer a existência de marcante desigualdade sócio-econômica entre as regiões do país, bem como a de concentração de serviços, o regime regulatório exigiu, dentre as mudanças impostas, o

11 Projeto 93/93, do senador Hiram Saraiva

12 Lei 9.961, de 28 de fevereiro de 2000.

13 Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Art. 1º Inciso I da Lei 9656/98).

atendimento a um rol ou conjunto mínimo de procedimentos assistenciais¹⁴ – ambulatoriais, hospitalares, alta complexidade e odontológicos. Tal exigência de padronização de procedimentos foi elaborada com a finalidade de garantir mais eficiência e qualidade a esse mercado, mesmo que isso pudesse levar ao progressivo desaparecimento dos pequenos planos de saúde e à conseqüente concentração de mercado.

Em termos de cobertura assistencial, a legislação promoveu mudanças importantes, em virtude de não mais permitir a exclusão de patologias nem a limitação do número de procedimentos ou dias de internação, sem liberar nenhuma operadora de tal exigência. Mesmo que se leve em conta que a ANS tenha adotado uma pequena intervenção nos contratos coletivos como estratégia, o que permitiu flexibilidade na negociação de preços às Autogestões, estas não ficaram isentas das amplitudes de cobertura.

A amplitude de cobertura assistencial – referida como atendimento a todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) – e o rol mínimo de procedimentos obrigatórios apresentam aspectos que não são exatamente superpostos, além do rol requerer acompanhamento contínuo e um processo dinâmico de revisão face às constantes inovações de procedimentos e tecnologias.

As principais modalidades de assistência médica suplementar no Brasil foram classificadas, desde 1980, em quatro tipos: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestões – planos próprios das empresas – e, por fim, Seguro saúde; no entanto, não mais correspondem à atual segmentação do mercado, em razão da variedade de mecanismos de inserção adotados pelas operadoras de planos de saúde.

Pelo arcabouço legal instaurado e vigente foram definidas as seguintes modalidades¹⁵ como tipologias de operadoras, considerando-se também o atendimento odontológico: Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Odontologia de Grupo e Filantropia. Independente da tipologia ou da modalidade assistencial das operadoras a existência de novos cenários levou a um natural realinhamento das estratégias empresariais no setor.

14 Rol de procedimentos médicos – Resolução CONSU nº10, de 3 de novembro de 1998, e RDC nº 67, de 7 de maio de 2001.

15 Artigo 10 da RDC 39/00.

CAPÍTULO II - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS EMPRESAS DO SETOR SAÚDE SUPLEMENTAR

A implementação de políticas regulatórias fez com que as empresas revissem suas estratégias, uma vez que diversos fatores passaram a atuar como barreiras à entrada de novos concorrentes nesse mercado: a exigência de reserva técnica, o controle e reajustes de preços, a vedação da suspensão ou da rescisão unilateral de contratos, a exigência da relação contratual com consumidores e, também, aspectos que envolvem a cobertura assistencial oferecida por tais empresas. A exigência de cobertura mínima conduziu a uma padronização dos serviços ofertados e a produtos mais homogêneos. Diversas dessas exigências assistenciais só são encontradas em poucos estabelecimentos nas Regiões Sul e Sudeste, em torno dos quais se concentram operadoras e usuários. Certamente, a distribuição da rede existente atuou como um dos determinantes de expansão local dessa atividade empresarial (BAHIA, 2001).

A obrigatoriedade da oferta de serviços que atenda a um padrão de cobertura definido pelo regulador vetou a opção de gerenciamento da oferta como elemento estratégico às empresas, restando-lhes apenas o gerenciamento da demanda. Por um lado, embora haja a possibilidade de remanejamento da oferta no caso dos hospitais, este movimento deverá ser comunicado a ANS se houver substituição de unidades ou necessitará de autorização, quando houver redução de rede hospitalar. Por outro, as empresas, até há pouco tempo, não se preocupavam com a quantidade de prestadores, pois usavam como estratégia concorrencial, em geral, o tamanho da rede prestadora de serviços.

Entretanto, outras abordagens estratégicas de caráter genérico poderiam ser adotadas pelas empresas com vistas à adequação ao novo cenário, em especial, a modernização da estrutura gerencial, tendo a administração de toda cadeia de valores envolvida no processo como eixo: comercialização, prestação de serviços, utilização do consumo e distribuição de riscos (GUERRA, 2001).

De dimensões diferentes, o leque de opções que se apresenta como alternativa vai desde um aprimoramento da estrutura de vendas, distribuição e *marketing* a um investimento

em pesquisa e desenvolvimento de recursos humanos. As empresas diversificaram seus produtos, o que gerou inovações que podem incluir Serviços de Suporte – como, por exemplo, assistência pessoal 24hs, remoção, farmácia com desconto – e/ou Serviços Facilitadores – tais como Atendimento *on line*. Podem também negociar mudança nos custos dos insumos, mas se impõe, sem dúvida, o gerenciamento efetivo da rede de prestadores e da qualidade dos serviços oferecidos para o consumidor (GUERRA, 2001).

Por sua vez, considerando-se que os elementos que compõem a totalidade do processo passam pela análise das estruturas, dos recursos disponíveis para oferecer o serviço e, pelo próprio atendimento e seus resultados, incluindo-se aí a satisfação do consumidor, tanto a busca da qualidade dos serviços como a avaliação isolada de resultados não garantem a qualidade final da assistência.

O conceito de bom atendimento aos usuários dos serviços de saúde é heterogêneo, de padrões diferenciados, razão pela qual se torna possível que uma mesma pesquisa de satisfação – realizada em locais de diferentes culturas e condições sócio-econômicas – indicar resultados diversos.

No mercado, em geral, o consumidor seleciona os serviços que deseja, mas o paciente não decide nem o hospital nem a forma de tratamento na assistência a saúde. Ele escolhe o médico e é este quem vai fazer tais escolhas com base no diagnóstico e na conduta terapêutica, considerando critérios de eficácia para o tratamento, da mesma forma que elege determinado hospital por integrar a rede que o plano do paciente disponibiliza, o que é diretamente influenciado pelo preço pago por esse plano. Todavia, o médico, sob o ponto de vista ético, deveria prescrever o que acredita ser tecnicamente melhor, sem a preocupação de avaliar aspectos de custo/benefício. Em virtude disso há controvérsias na literatura quanto ao papel do médico como determinante da demanda, nas situações em que é também prestador de serviços (FELDSTEIN, 1998).

São visíveis, no cenário atual, as mudanças nas estratégias das empresas de planos de saúde quanto aos prestadores hospitalares. Existe um movimento de verticalização, que é demonstrado pela opção de aquisição de hospitais por parte de algumas empresas, ou de contenção de custos através da reserva de leitos. Outras das estratégias observadas são a procura de novas fontes de financiamento – como no caso dos hospitais filantrópicos, que criam planos próprios – o descredenciamento de leitos junto ao SUS por muitos hospitais privados e o aparecimento de alguns modelos de gestão municipal com maior autonomia de

utilização de recursos federais, de modo a complementar a tabela do SUS, por parte de alguns serviços do setor privado (ANDREAZZI, 2002).

As redes de prestadores de serviços têm peculiaridades inerentes às diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde, mas, independente da forma como essa rede se organiza, é no momento da prestação de serviços que a interface da empresa com o cliente consolida a relação do consumidor com a empresa. Pela percepção do cliente, a boa qualidade é representada externamente pela qualidade na prestação de serviços de saúde, além de uma visão completa de como a empresa opera, seus recursos humanos e físicos. Esta deverá ser bem gerenciada, para efetivamente atender às necessidades da clientela. O gerenciamento assistencial se iniciaria no conhecimento e na definição de critérios para a inclusão de profissionais e serviços no sistema e na avaliação da utilização ocorrida tanto no setor ambulatorial como hospitalar (GUERRA, 2001).

As Seguradoras oferecem redes abertas de prestação de serviços médicos por intermédio do sistema de reembolso dos serviços prestados por médicos e/ ou hospitais que são de livre escolha dos clientes. A definição clássica do Seguro Saúde está restrita à figura do reembolso¹⁶, ao passo que a principal característica do setor é representada pela livre escolha. Destaque-se que, quando as seguradoras iniciaram sua operação no ramo de saúde no Brasil, em 1976, só estavam autorizadas a operar planos de reembolso. Posteriormente puderam adotar, como recurso adicional, uma rede referenciada de profissionais médicos e entidades hospitalares, embora a legislação ainda não lhes permita a manutenção de serviços próprios de atendimento médico-hospitalar (Id., *ibid.*).

A possibilidade de serem estabelecidos vínculos com prestadores de serviço foi autorizada em 1989 pela Circular SUSEP 005, cujo item 12.3 do capítulo I determina que, se for preservada a livre escolha, as Seguradoras poderão estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos com o objetivo de facilitar a prestação da assistência aos segurados.

No dizer de Duarte (2003), as Cooperativas baseiam sua rede ambulatorial nos cooperados, que são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviço, enquanto a rede hospitalar e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia é formada principalmente por credenciados. As Unimed mantinham 82% dos hospitais que atendem a planos de saúde como credenciados e 72% dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) existentes na pesquisa AMS 1999. Desde o final dos anos 90 se observa um incremento de

¹⁶ Art. 130, § 2º do Decreto Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

recursos próprios: em 2000 apresentavam 56 hospitais próprios de pequeno porte, em sua maioria, dos quais apenas cinco com mais de cem leitos.

A troca de serviços entre as diversas cooperativas – denominada intercâmbio – é o mecanismo que permite ao usuário uma condição de portabilidade relativa, ou seja, poder ser atendido em outra operadora – cooperativa – sem perda de seus direitos, o que, por um lado, possibilita, ao segmento, um esquema de referenciamento da clientela. Por outro, o sistema independente de gerenciamento das diversas unidades e as características de descentralização dificultam a implementação de um planejamento integrado e/ou controle de desempenho (DUARTE, 2003).

A principal legislação que define a política nacional de Cooperativismo é a Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, a qual foi modificada pela Lei 6.981, de 1982. De acordo com a legislação, as sociedades cooperativas podem se dividir em Singulares, Cooperativas Centrais ou Federações de Cooperativas e Confederações de Cooperativas. As Singulares representam a menor célula do sistema e têm área de atuação definida e não comum a outras Singulares, o que permite a definição de mercado por área geográfica. Cada Cooperativa possui o seu estatuto e objetivos específicos. Embora a conformação não elimine a autonomia, cria vantagens competitivas em virtude do auxílio mútuo.

As exigências de cobertura assistencial têm exacerbado o intercâmbio entre as Cooperativas. Visando ainda à adequação da oferta, as operadoras vêm modificando sua rede de prestadores de serviço ou promovendo alienações de carteiras de beneficiários, além de, inclusive, criarem novas formas de prestação de serviços de saúde em um cenário nacional já pródigo em arranjos nessa área.

As Medicinas de Grupo atuam basicamente através de prestadores credenciados e se originaram de redes próprias. A figura do credenciamento não obedece, em tese, a nenhum critério uniforme no mercado. As operadoras, em geral, trabalham com parâmetros de utilização de serviços ou com dados resultantes de pesquisas junto ao consumidor e com alguns indicadores de qualidade. A empresa AMIL, por exemplo, informa utilizar parâmetros mínimos de credenciamento por área geográfica e densidade de beneficiários nos casos da distribuição de atendimento de emergência, estando em fase final de elaboração um aplicativo específico para mapear credenciamentos de qualquer natureza (KROPF, 2003)¹⁷.

17 Informação pessoal do Dr. Antonio Jorge Gualter Kropf, Diretor Técnico da operadora AMIL, em setembro de 2003.

As Autogestões, segundo o arcabouço legal, devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora mediante convênios de reciprocidade com outras autogestões e em regiões com dificuldade de contratação direta. É elevado o percentual de empresas nesse segmento que possui e pratica a política de credenciamento de rede prestadora de serviços (61%); outras, atuam com livre escolha, enquanto outras, ainda, com serviços próprios, que são basicamente do tipo ambulatorial (UNIDAS, 2002).

São classificadas na modalidade de Filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou a declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais. Embora algumas trabalhem com rede própria, está presente também o credenciamento de outros prestadores de serviços.

Mesmo reconhecendo os desafios para a conformação de uma rede eficaz tanto na prestação de serviços propriamente dita – local, distância, o profissional ou o serviço – quanto na qualidade – indicadores assistenciais, impacto tecnológico, indicadores de processo e de satisfação de usuários – e quantidade –densidade, concentração da clientela, distribuição geográfica dos serviços, multiplicidade, seletividade, volume e preço –, o que se observa é que nem sempre são consideradas todas essas variáveis e que a prática do uso de indicadores assistenciais ainda é incipiente.

CAPÍTULO III - PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SETOR PÚBLICO

O setor público brasileiro dispõe de relativa experiência tanto na regulação da oferta de prestadores quanto na definição de parâmetros para a assistência à saúde. Em agosto de 1982, o Ministro da Previdência e Assistência Social (MPAS) aprovava o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – que fora elaborado pelo CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) – determinando a responsabilidade pela sua execução ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Dessa decisão surgiram os parâmetros assistenciais da Portaria 3.046/1982, que fundamentou, por muito tempo, planejadores de saúde.

Os gastos com a Assistência Médica da Previdência Social aumentavam em ritmo maior que a receita previdenciária e, se não eram os responsáveis pelo desequilíbrio financeiro da Previdência, representavam seguramente um ponto crítico a esse equilíbrio, levando à necessidade de se criarem mecanismos que permitissem o planejamento e controle do sistema, para possibilitar uma previsão orçamentária consistente (BRASIL - MPAS, 1982).

O modelo vigente de prestação de serviços estava organizado pela lógica da pluralidade, no que se refere às maneiras pelas quais esses serviços eram oferecidos à população: várias formas de remuneração de inúmeros prestadores, desarticulados e sem padrão uniforme; diversos centros de decisão, o que influenciou a política do setor; e, por fim, ausência de uma coordenação efetiva. Tais características acarretaram abusos de várias naturezas nos serviços próprios e contratados, o que comprometia a qualidade assistencial e gerava duplicidade de gastos para a mesma cobertura assistencial.

Dentre as distorções apontadas nas modalidades de atendimento cujo sistema de remuneração se baseava no pagamento por produção de serviços, se encontravam a oferta excessiva de serviços em algumas regiões, induzida por expansão da rede hospitalar privada – que era financiada por recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) em

anos anteriores – e a baixa efetividade do nível ambulatorial, gerando um exagerado percentual de internações e serviços complementares.

O conseqüente prejuízo à qualidade assistencial, em geral, e padrões desiguais de assistência para diferentes grupos populacionais, além do desequilíbrio e imprevisibilidade financeira, levaram à elaboração de diversas propostas, as quais objetivavam a reversão gradual do modelo em vigor, como, por exemplo, a hierarquização e a integração de serviços, a racionalização da demanda e a regionalização progressiva. Com relação aos hospitais privados substituiu-se a remuneração por unidade de serviço (US) pelo pagamento por procedimento Clínico ou Cirúrgico através do Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e foram introduzidos novos mecanismos de auditoria técnica com base em padrões de conduta clínica e cirúrgica.

A Portaria 3.046/ 82 definia os parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS, que eram aplicáveis às previsões orçamentárias e às análises das necessidades de expansão assistencial, assim como norteavam a avaliação de quaisquer propostas relativas a convênios, contratos e credenciamentos de pessoas físicas ou jurídicas para a prestação de assistência médica. Na elaboração dos parâmetros foram levados em conta: os parâmetros internacionalmente recomendados, o percentual médio de beneficiários da Previdência Social na população urbana, as incidências nacionais médias por especialidades nos últimos cinco anos e os pareceres de especialistas.

Foram considerados os parâmetros de cobertura assistencial – subdivididos em consultas médicas, internações e serviços complementares de Patologia Clínica e Radiologia – e os parâmetros de produtividade – capacidade ótima de produção de serviços. Esse documento já apontava, como tendência, o desenvolvimento de novas formas de organização dos serviços contratados, com o crescimento significativo da chamada medicina empresarial, seja via “hospitais-empresa” seja via “empresas de medicina de grupo” e descrevia “um certo grau de desprestígio junto à população, do setor público prestador direto de serviços de saúde, seja o próprio INAMPS ou outros órgãos governamentais, como as Secretarias de Saúde” (BRASIL - MPAS, 1982:15).

Durante muitos anos, os parâmetros da Portaria 3.046/ 82 foram utilizados e, eventualmente, customizados pelos gestores locais sempre que necessário face às características regionais ou a novos procedimentos e tecnologias incorporados. Foram desenvolvidos sistemas em algumas áreas do país, que cruzavam diversas variáveis adaptadas a características locais, o que se pode exemplificar com Maçada (1992), no Rio Grande do

Sul, que desenvolveu uma ferramenta denominada Sistema de Planejamento de Recursos de Saúde, o qual trabalhava um modelo espacial de divisão territorial, a alocação de demandas por serviços de saúde e a sua localização.

A retomada da discussão no Ministério da Saúde assumiu caráter mais definido em dezembro de 2000, quando os novos parâmetros foram submetidos à Consulta Pública (CP nº 1, de 08 de dezembro de 2000). Estes visavam subsidiar a quantificação de serviços, em especial, face às mudanças verificadas em vários níveis de complexidade do sistema e a conseqüente necessidade de revisão dos parâmetros publicados. Com o correr do tempo, esses parâmetros haviam sido alterados pelo uso nas equipes de planejamento face aos novos procedimentos e tecnologias existentes desde a data da publicação original. Registre-se que, antes da consulta pública, os grupos de cobertura ambulatorial, referentes à Atenção Básica, já haviam sido contemplados nas Portarias 3.295/ 98, 832/ 99 e 12/ 00.

Os novos critérios destinavam-se igualmente a orientar os gestores locais na elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) e na implementação de um sistema único descentralizado e regionalizado, objeto também de diversas normas operacionais publicadas em época anterior. Diferentemente da portaria 3.046/82, a CP 01/ 00 considerava a universalização do atendimento, não se restringindo à população urbana e previdenciária. Levava em conta o percentual médio de atendimento e as incidências nacionais médias por especialidade registradas por usuários SUS, nos três últimos anos. A necessidade de adequação regional dos parâmetros recomendados deveria considerar um ajuste epidemiológico e a sazonalidade do local.

A consolidação da CP nº 1, de 2000, só ocorreu em junho de 2002 pela Portaria Ministerial nº 1.101, que definiu os Parâmetros Assistenciais do SUS e revogou a Portaria 3.046/82. Tais parâmetros constituem recomendações técnicas ideais para planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas e incluem tanto os parâmetros de cobertura, destinados a estimar as necessidades de atendimento a determinada população, quanto os parâmetros de produtividade, destinados a estimar a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, materiais ou físicos. Os parâmetros de cobertura são subdivididos em ambulatoriais e hospitalares e adotam critérios de base populacional. Os parâmetros, em conjunto, devem ser considerados instrumentos de um planejamento com especificidades próprias e pautadas por critérios técnicos, podendo ser utilizados para alocação de recursos.

Desse modo, a programação em saúde deverá procurar integrar as várias áreas da atenção, atentando para as possibilidades técnicas dos estados e municípios, uma vez que, a par dos aspectos econômicos evidentes, a maioria dos municípios não tem base populacional que justifique uma rede complexa, razão pela qual se faz necessária uma integração intermunicipal para suprir necessidades específicas (BRASIL - MS, 2001).

Dentre os parâmetros de oferta da portaria selecionamos, para eixo da discussão, aqueles referentes à necessidade de leitos totais, de leitos de cuidados intensivos e de cuidados prolongados, bem como os parâmetros de cobertura para alguns procedimentos de diagnose e terapia: Tomógrafos Computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores Lineares ou Bombas de Cobalto para a Radioterapia e Máquinas de proporção para Hemodiálise¹⁸. Para uma estimativa de necessidades trabalhamos com a população IBGE 2002¹⁹ (174.632.932 habitantes) e os resultados encontrados fazem parte da Tabela 1.

Tabela 1 – Parâmetros da Portaria MS/GM 1.101/ 2002 e estimativa de necessidades Brasil de total de leitos, leitos de cuidados intensivos e de cuidados prolongados, Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores Lineares ou Bombas de Cobalto e Máquinas de Hemodiálise

Itens selecionados	Pt 1.101 / 2002	Necessidades Brasil População 2002
Leitos Hospitalares	2,5 a 3 / 1.000 hab	436.582 a 523.899
Leitos de UTI	10% do total de leitos	
Leitos de cuidados prolongados	0,16 / 1.000 hab	27.941
Tomógrafos	10 / milhão hab	1.746
Ressonâncias Magnéticas	2 / milhão hab	350
Mamógrafos	4,2 / milhão hab	734
Radioterapia ²⁰ - Acelerador linear ou Bombas de cobalto ²¹	1,3 a 2 / milhão hab	227 a 350
Hemodiálise – Máquinas de proporção	66,7 / milhão hab	11.648
Médicos	1 / 1.000 hab	174.633

Fonte: PT MS 1.101/ 2002, IBGE

18 Existem também máquinas de dois pontos. Os cálculos de necessidade são para três turnos de atendimento. A portaria recomenda, como melhor escolha técnica, as máquinas de proporção em três turnos com utilização máxima de atendimento de seis pacientes por semana.

19 Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários.

20 Radioterapia - é o emprego da radiação para tratamento, principalmente, de neoplasias malignas. A aplicação do tratamento pode ser externa ou interna. A aplicação de radiação é por via interna (braquiterapia) ou externa (teleterapia). A forma mais usada de tratamento é a radioterapia externa. Na Teleterapia, o feixe de irradiação é produzido por equipamento que fica distante do paciente e é direcionado para determinada área da superfície desse mesmo paciente. Os equipamentos usados são principalmente os Aceleradores lineares e as Bombas de Cobalto. Na Braquiterapia, a fonte de radiação é colocada em contato com a região merecedora de tratamento através de um contato direto ou através de moldes e implantes teciduais.

21 Os valores estimam que serão atendidos seis pacientes por hora.

A PT 1.101/02 também recomenda parâmetros de cobertura assistencial para procedimentos auxiliares de diagnose e terapia, embora não contemple alguns equipamentos e especialidades que surgiram ou foram reconhecidas após a sua publicação.

Especificamente, para Mamografias, utilizamos o referencial da CP 01/00, uma vez que esse item foi englobado na PT 1.101 com outros exames de Radiodiagnóstico. Os parâmetros de cobertura das tecnologias selecionadas estão na Tabela 2, e os dados completos da Portaria, de maneira esquemática, encontram-se em Anexo I.

Tabela 2 – Parâmetros de cobertura assistencial da Portaria MS/GM 1.101/ 2002 para Tomógrafos, Ressonâncias Magnéticas, Aceleradores lineares ou Bombas de cobalto, Máquinas de Hemodiálise e da Consulta Pública 01/00 para Mamógrafos

Itens selecionados	Pt 1.101 / 2002 ou CP 01 /00 % do total de consultas
Tomografias	0,20
Ressonâncias Magnéticas	0,04
Mamografias	0,23 a 0,37 *
Radioterapia	1,07 a 1,37
Hemodiálise **	0,65 a 2,09

* Calculado – Valor embutido no percentual de radiodiagnóstico na Pt 1.101.

** Os parâmetros são para Terapia Renal Substitutiva (TRS) como um todo, incluindo também outros procedimentos.

A Portaria 1.101/ 02 foi publicada após a criação da ANS e faz referência a um “Sistema de Atenção Médica Supletiva” e a um “Sistema de Desembolso Direto”, sugerindo que, ao se definir o perfil assistencial de determinada área, fosse considerada a possibilidade de se pesquisar qual população se utilizava desses sistemas e se tais sistemas estariam incluídos em seus níveis de cobertura hospitalar. Recomenda cálculo por Região, de acordo com a estimativa do percentual da população coberta por seguro saúde, com base na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) 1998.

Outras portarias do Ministério da Saúde abordam definições de equipamentos e recursos humanos em unidades específicas – como para Unidades de Terapia Intensiva, na Portaria GM / MS nº 3.432, de 1998 – ou definem portes de unidades hospitalares também ponderando seus níveis e complexidade de atenção – como na Portaria GM / MS nº 2.224, de dezembro de 2002.

A PT 2.224/ 02 foi elaborada com atenção à necessidade de estabelecer políticas específicas e planejamento de ações na área hospitalar, em face da diversidade de características desses estabelecimentos no país. Estabelece um sistema de Classificação Hospitalar em portes, que abrange sete itens de avaliação – Leitos totais, Leitos de UTI, Tipo de UTI, Alta complexidade, Urgência e Emergência, Gestação de Alto Risco e Quantidade de Salas de Cirurgia – e, após a aplicação desses critérios, o somatório da pontuação alcançada define o porte da unidade hospitalar.

Por entender que a área de Urgência e Emergência constitui importante componente da assistência à saúde, além do crescimento da demanda por serviços nessa área e da vasta extensão territorial do País, foi publicada a Portaria GM 2.048, de novembro de 2002, do Ministério da Saúde. Define critérios de cobertura e oferta para unidades de atendimento 24 horas não-hospitalares de atendimento às urgências, tal como critérios mínimos para unidades localizadas em ambiente hospitalar geral ou especializado. Os critérios e a composição das equipes de trabalho podem variar, de forma complementar, de acordo com a realidade loco-regional, a especificidade sazonal de certas doenças, alguns grupos etários – aumento de demanda de doenças respiratórias em pediatria e geriatria no inverno – e regiões onde causas externas – como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito – tenham papel marcante nas estatísticas.

CAPÍTULO IV - A OFERTA NACIONAL EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro trouxe, entre outras diretrizes, um novo modelo de atenção através da hierarquização dos diversos níveis de atenção e transferiu o grande papel de gestor, que antes era do governo federal, para os municípios. Os governos municipais, que nem sempre estavam preparados técnica e financeiramente para tal responsabilidade, tentam gerenciar atualmente uma rede pública defasada, de baixa resolutividade, embora de alto custo (SOUZA & BOLDSTEIN, 2002).

Desde a implantação do SUS, mudanças significativas vêm ocorrendo na relação público-privado uma vez que, com a descentralização, ocorreu uma pulverização dos espaços para negociação e disputa no setor saúde, conseqüente à entrada em cena de novos atores da esfera municipal (Id., *ibid.*).

O processo de descentralização levou à expansão da oferta de unidades ambulatoriais em todas as regiões, em especial, as de atenção básica naqueles municípios com menos de 5.000 habitantes, o que se refletiu em aumento do número de empregos em saúde nesses municípios, com incrementos superiores aos do país, a despeito de a oferta de médicos generalistas permanecer precária, independente da natureza do município (COSTA, 2002).

Andreazzi (2002) resume assim as características encontradas para a evolução da rede de serviços de saúde entre os anos 80 e 90: o crescimento dos estabelecimentos privados, sem internação, maior que o dos públicos até a segunda metade de 1990, quando tendem ao equilíbrio, época em que ocorreu retração do número de estabelecimentos com internação e leitos, muitos dos quais desativados tanto no setor público como no privado.

Em termos de gastos, o setor privado veio se aproximando do público, e a importância do SUS para o financiamento da rede hospitalar foi decrescendo em relação ao primeiro. Assim, ocorreu um processo gradativo de autonomia do setor privado em relação ao setor público. Também se observaram mudanças dentro do complexo de estabelecimentos hospitalares mediante um intenso processo de terceirizações necessárias provavelmente à sustentabilidade econômica e à reestruturação produtiva, tal como mudanças nos laboratórios

de análises clínicas, que sofreram transformações capitalistas e foram se fundindo e internacionalizando (ANDREAZZI, 2002).

A variedade no número de prestadores e de produtos de caráter hospitalar ou ambulatorial ofertados resultou em uma cadeia de estabelecimentos de saúde repleta de imbricações. A geração de novos equipamentos e medicamentos foi progressivamente alterando o perfil dos serviços hospitalares ou ambulatoriais oferecidos e modificou a prática médica, que, cada vez mais, passou a se apoiar em aspectos tecnológicos. As especialidades médicas, às quais se associaram novos métodos sofisticados de diagnose e terapia, apresentaram as maiores faixas de rendimento médico, o que explicaria uma distribuição heterogênea da oferta de médicos no país (Id., *ibid.*).

A quantidade e a distribuição dos provedores de serviços de saúde – considerando variações regionais e especificidades da oferta de médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico – são aspectos que condicionam a expansão das operadoras de planos e seguros de saúde. Parte expressiva desses prestadores atende ao SUS e aos planos de saúde, sendo que as imbricações nestes serviços para o atendimento às duas clientelas é bem mais visível nas pequenas e médias cidades, identificando-se, como fatores diferenciais, as melhores condições de hotelaria, a maior garantia de atendimento e o acesso preferencial (BAHIA, 1999).

Essa expansão de caráter seletivo desafia a construção de um sistema que se propõe universal e redistributivo. A conformação desse mercado com diferentes arranjos estruturais de demanda e oferta, em que os mesmos provedores atendem a diversas demandas e financiadores, resulta na mesma rede física de prestadores em inúmeros subsistemas e alcança uma situação máxima quando o mesmo prestador torna-se também uma empresa de plano de saúde (Id., *ibid.*).

As empresas de planos de saúde, por sua vez, oferecem produtos ao mercado que se diferenciam basicamente quanto à composição de suas redes de prestadores hierarquizados por níveis, de acordo com variáveis tais como a escolha do médico, o acesso e o tipo de acomodação hospitalar. O fato dos mesmos prestadores serem credenciados para vários planos resulta em homogeneização dos serviços ofertados, o que interfere e influencia no preço do plano, enquanto sua quantidade e distribuição comprometem a implantação e a expansão de operadoras. Os provedores assumem o papel de instrumentos de auto-regulação que acabam por influenciar os valores e as formas de financiamento dos planos (Id., *ibid.*).

4.1 A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) de 2002

A AMS é uma pesquisa de caráter censitário feita em todos os estabelecimentos de saúde brasileiros identificados e tem o objetivo de traçar o perfil da capacidade instalada em saúde no país. Foi incorporada, em 1948, ao plano das Campanhas Estatísticas em Saúde, as quais já se realizavam no Brasil há algum tempo. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que já atuava como coordenador da fase de elaboração e coleta de dados, passou em 1975, a desempenhar o papel de apurador, sistematizador e responsável pela divulgação dos resultados (IBGE, 2002).

A coleta de informações, a partir de 1988, passou a ser realizada em formulário único, o que permitiu a atualização cadastral e o levantamento de variáveis importantes à construção de indicadores de saúde, adequadas ao modelo proposto de Sistema de Saúde. Com o passar do tempo foram incorporadas novas reformulações, embora tenham sido mantidas algumas variáveis necessárias à preservação da série histórica (Id., *ibid*).

Em 2001, Marinho, Moreno & Cavalin, referiam que os dados de estabelecimentos, coletados nas diversas pesquisas de assistência médico sanitária 1992-1999, apontavam para mudanças da estrutura do setor público conseqüente à implantação do SUS, aos processos de transferência de unidades federais ou estaduais para os gestores municipais e ao surgimento de novos municípios emancipados no período. Tais mudanças não ocorreram de maneira uniforme nas diversas regiões do país.

Na pesquisa AMS 2002, as principais inovações em relação aos dados das anteriores dizem respeito à: classificação de estabelecimentos quanto à existência ou não de terceirizações, introdução de um Questionário Simplificado para estabelecimentos de menor porte, inclusão dos Laboratórios de Análises Clínica e investigação de bens e serviços destinados ao SUS, antes pesquisados apenas quanto a sua existência ou não.

A inclusão da classificação quanto a terceirizações gerou duas opções de análise na pesquisa: os Estabelecimentos de saúde²² considerados separadamente e a composição de estabelecimentos com terceirização, e aqueles por eles terceirizados, aqui denominados como Unidades Assistenciais²³. Para comparação com a série histórica da AMS é necessário

22 Estabelecimentos - fornece as informações dos estabelecimentos considerados em separado, isto é, um registro para cada estabelecimento seja ele único, terceirizado ou com terceirização.

23 Unidades Assistenciais considera os estabelecimentos de saúde únicos e a composição de estabelecimentos com terceirização / terceirizados.

escolher a opção “Unidade Assistencial”, que fornece as informações como registro único composto pelo estabelecimento com terceirizações agregadas.

No universo da pesquisa não estão contemplados alguns itens, como: consultórios particulares, pequenas clínicas ambulatoriais, ambulatórios médicos ou odontológicos de clientela definida – rede escolar e empresas com atendimento a seus funcionários –, estabelecimentos de pesquisa ou ensino que não atendem regularmente, estabelecimentos criados especificamente para campanhas e, dentre os estabelecimentos privados registrados como pessoa jurídica, considera somente aqueles com três ou mais profissionais de saúde e com pelo menos um funcionário próprio.

Os aspectos da saúde suplementar que são abordados referem-se à existência ou não de convênios com operadoras de planos de saúde; em caso afirmativo, à quantidade de operadoras com as quais a unidade trabalha e à existência de plano próprio, o que caracteriza a unidade também como empresa de plano de saúde.

No quesito modalidade da prestação de serviços com relação aos estabelecimentos ou às unidades, consideram as opções SUS²⁴, Plano Próprio (PP)²⁵, Plano de terceiros (PT)²⁶ e Atendimento particular²⁷. Tais opções não possuem caráter excludente e podem ser marcadas mais de uma por vez. A especificidade e a análise das possíveis combinações requerem consulta específica ao Banco Multidimensional Estatístico (BME) do próprio IBGE, referente a pesquisa.

O IBGE divulgou os seguintes resultados gerais das pesquisas 1992, 1999 e 2002:

1. Aumento do total de Estabelecimentos no Brasil, principalmente, os sem internação;
2. Nos Estabelecimentos sem internação, esse aumento é mais significativo no setor público;
3. Nos Estabelecimentos com internação, o setor privado decresceu em 507 unidades no período entre 1999 e 2002 e, igualmente, o setor público, que perdeu 25 unidades;
4. Tendência à redução da diferença público-privado, com diminuição do percentual de participação do setor privado;

24 SUS - quando o estabelecimento é público ou presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS, cujos serviços são pagos mediante o repasse de verbas públicas.

25 Plano próprio - quando o estabelecimento possui ou é de propriedade de uma empresa de seguro de saúde, grupo médico ou medicina de grupo que financia suas próprias atividades através de planos de saúde ou de associados por cotas.

26 Plano de terceiros - quando o estabelecimento atende a clientes de planos de seguro-saúde ou a outras formas de financiamento das ações de saúde administradas por terceiros.

27 Plano particular - quando o estabelecimento atende a clientes particulares mediante desembolso direto.

5. O número total de leitos acompanha essa tendência, exceto na região Norte do país;
6. O número de leitos privados caiu em todas as regiões;
7. A relação leitos totais, leitos privados e leitos públicos / 1.000 hab diminuiu em todas as regiões com ritmos diferentes nas diversas Unidades da Federação (UF);
8. Ocorreu aumento na maioria dos equipamentos entre 1999 e 2002, sem haver alteração da distribuição regional, observando-se o maior aumento no número de tomógrafos computadorizados;
9. A distribuição de equipamentos/ 100 mil hab mostra que duas regiões – Norte e Nordeste – apresentam índices abaixo da média Brasil, embora os índices encontrados por equipamento sejam, em geral, superiores ao cálculo de necessidades, considerados os parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde e mantidas as grandes diferenças regionais (IBGE, 2002).

4.1.1 Unidades

A pesquisa AMS 2002 identificou 65.343 unidades de saúde, das quais 11,3% (7.397) com internação, 71,1% (46.428) sem internação e 17,6% (11.518) são unidades exclusivas de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT). Essa relação percentual variou nas diferentes regiões do país, destacando-se que, nas Regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste, as unidades exclusivamente SADT atingem 20% do total, enquanto o percentual de unidades com internação varia bastante, respectivamente, 9,7%, 10,3% e 16,5%. O número de unidades sem internação é 6 a 7 vezes maior que o número de unidades com internação em todo o país exceto na região Centro Oeste, onde cai para 3,8. Em 1999, a relação era de 5 a 6 vezes nas diversas Regiões e de 2,4 na Região Centro Oeste. Os dados completos estão no Anexo II.

Tabela 3 – Quantidade de Unidades por tipo de atendimento e por Região do país na AMS 2002

Região	Total	Com internação		Sem internação		Exclusivamente SADT	
TOTAL	65.343	7.397	11,3%	46.428	71,1%	11.518	17,63%
Região Norte	5.137	642	12,5%	3.959	77,1%	536	10,43%
Região Nordeste	18.912	2.328	12,3%	14.764	78,1%	1.820	9,62%
Região Sudeste	24.412	2.376	9,7%	16.647	68,2%	5.389	22,08%
Região Sul	11.757	1.206	10,3%	7.826	66,6%	2.725	23,18%
Região Centro-Oeste	5.125	845	16,5%	3.232	63,1%	1.048	20,45%

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002.

Das informações da pesquisa selecionamos o tipo de vínculo com o setor de saúde suplementar para análise, ao passo que, para maior detalhamento dos tipos de financiadores, trabalhamos com o BME, que permite especificidade em sua identificação – atendimento ao SUS, plano de terceiros, plano próprio e atendimento a particulares –, o que possibilita avaliar também as possibilidades de combinações entre eles. O detalhamento dos financiadores por Região e UF estão no Anexo III.

Nos resultados encontrados identificamos que 71,5% do total das unidades de saúde têm algum vínculo com o SUS e que 59,4% atuam prestando serviços exclusivamente a ele, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país, onde esse percentual atinge mais de 70%.

Um total de 23.715 unidades (36,3%) atua com planos de saúde – sejam eles próprios ou de terceiros – independente de atenderem também ao SUS ou a particulares. Esse percentual é mais expressivo nas Regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste, respectivamente, 44%, 41,9% e 43,6% do total de unidades. Apesar da Região Norte apresentar 20,2% de unidades com esta modalidade de financiamento, em Roraima o percentual atinge 40,1%. Na Região Nordeste foram encontradas 25,3% de unidades com esse perfil, com destaque para a Bahia, com 34%.

A Unidade da Federação com o maior número de unidades com convênios é o Distrito Federal, onde 75,6% das unidades atuam com planos de saúde, vindo a seguir o Rio de Janeiro, com 52,35%, e São Paulo, com 49,7%.

Considerado o tipo de atendimento que a Unidade oferece e o tipo de financiador, o maior percentual de vínculo ao SUS se observa naquelas unidades com internação, enquanto as que são exclusivamente SADT têm maior percentual de plano de terceiros e atendimento a particulares. Trabalham com planos de saúde 55,6% das unidades com internação, 17,9% das unidades sem internação e 83,9% daquelas exclusivamente para SADT.

Tabela 4 – Unidades por tipo de atendimento e por tipo de financiador

Tipo de atendimento	Total Unidades	SUS		Plano de Terceiros		Plano Próprio		Atendimento particular	
Total	65.343	46.732	71,5%	22.092	33,8%	2.754	4,2%	24.220	37,1%
Com internação	7.397	5.933	80,2%	4.112	55,6%	690	9,3%	4.393	59,4%
Sem internação	46.428	36.452	78,5%	8.321	17,9%	1.750	3,8%	9.739	21,0%
SADT	11.518	4.347	37,7%	9.659	83,9%	314	2,7%	10.088	87,6%

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002

Em relação às unidades que atuam com planos de terceiros, a pesquisa foi concebida para esclarecer também a quantidade de Operadoras para as quais esse atendimento é prestado, embora nem todas as unidades tenham fornecido esse número. Das 22.092 unidades com plano de terceiros, 21.427 informaram tal quesito e, destas, 94,8% têm somente planos de terceiros, ao passo que o restante tem também um plano próprio. A maioria (46,6%) trabalha com a faixa de mais de 5 até 20 operadoras, embora, 1,5% atuem com mais de 100 operadoras, independente do fato de atenderem ao SUS ou a particulares.

Tabela 5 – Unidades que informam atuar com Planos por quantidade de Operadoras

Planos e Operadoras	Uma	2 até 5	6 até 20	21 até 50	51 até 100	Mais de 100	Total informado
P T	1.046	4.912	9.566	3.611	888	295	20.318
P T e P P	59	252	427	242	106	23	1.109
Total	1.105	5.164	9.993	3.853	994	318	21.427

P T – Plano de terceiros

P P – Plano Próprio

Fonte: BME - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002.

Nas 318 unidades que informam atuar com mais de 100 operadoras, identificamos dois grupos: um, de 295 unidades que trabalham com planos de terceiros, e outro, de 23 unidades que atuam com plano de terceiros e possuem também plano próprio. No primeiro grupo, o número de operadoras por unidade variou de 101 a 428, com média de 190. No segundo grupo, as 23 unidades que também têm plano próprio estão localizadas nos estados da Bahia (1), em Minas Gerais (3), Rio de Janeiro (1), São Paulo (15), Paraná (1), Santa Catarina (1) e Rio Grande do Sul (1). Uma delas tem vínculo com 623 operadoras, porém foi encontrado um número médio de 188 operadoras por unidade.

Estabelecemos um recorte nas *unidades com internação e com planos* quanto à quantidade de operadoras com que atuam e, da mesma maneira, separamos aquelas exclusivamente com planos de terceiros ou com estes associados a plano próprio. A grande maioria (86,9%) pertence ao grupo que trabalha somente com planos de terceiros; destas, 42,4% têm vínculo com 5 a 20 operadoras. Encontramos 37 unidades que referem atuar com mais de 100 operadoras, das quais 10 possuem também um plano próprio. Essas 37 unidades se localizam na Bahia (1), Distrito Federal (1), Espírito Santo (1), Minas Gerais (4), Paraná (2), Pernambuco (1), Rio de Janeiro (1), Rio Grande do Sul (9), São Paulo (14) e Sergipe (1) e mais da metade também atende ao SUS e a particulares.

4.1.2 Serviços e Equipamentos

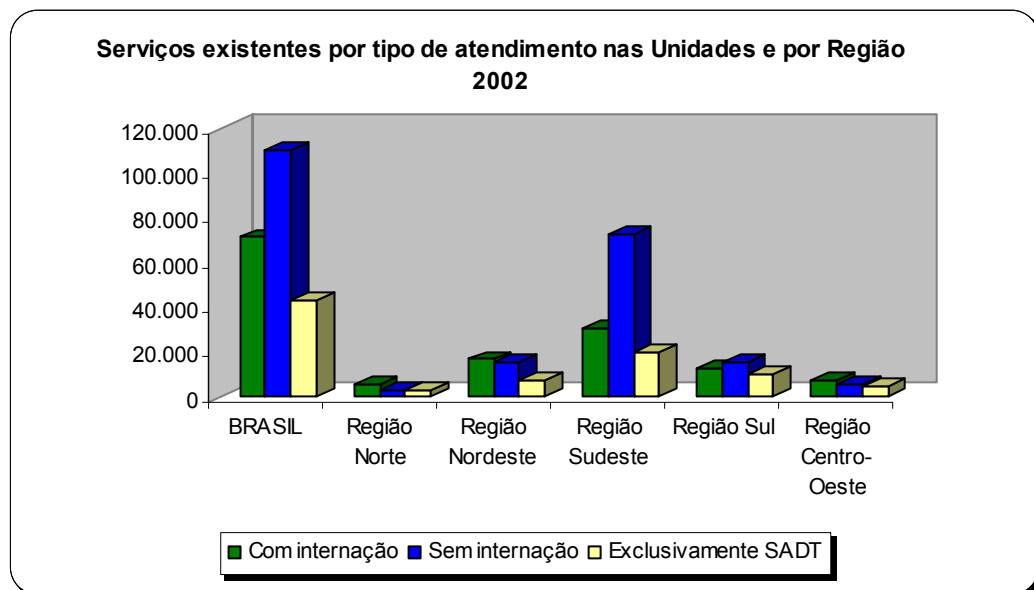
Foram identificados 224.606 Serviços em geral, dentre os quais 31,7% são localizados em unidades com internação, 49,1% em unidades sem internação e 19,2% em unidades exclusivamente SADT. As distribuições regionais não mantêm esse padrão, sendo que nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste mais de 40% se encontram em unidades com internação, enquanto nas Regiões Sul e Sudeste, nas unidades sem internação.

Tabela 6 – Serviços em Unidades por Tipo de atendimento e Região

Região	Com internação		Sem internação		Exclusivamente SADT		Total
TOTAL	71.246	31,7%	110.218	49,1%	43.142	19,2%	224.606
Região Norte	5.085	50,6%	2.480	24,7%	2.488	24,7%	10.053
Região Nordeste	16.558	43,0%	15.030	39,0%	6.917	18,0%	38.505
Região Sudeste	30.073	24,7%	72.248	59,2%	19.633	16,1%	121.954
Região Sul	12.686	33,8%	15.062	40,1%	9.840	26,2%	37.588
Região Centro-Oeste	6.844	41,5%	5.398	32,7%	4.264	25,8%	16.506

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002

Do total de Serviços que atendem a Convênios (47,9%), os maiores percentuais são encontrado nas Regiões Sul (61,4%) e Centro-Oeste (54,8%). Em relação às UFs encontramos valores acima de 60% no Espírito Santo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal. Estão localizados 40,9% em unidades com internação, 24,5% em unidades sem internação e 34,6% em unidades exclusivamente SADT.



Identificou-se um total de 1.180.422 Equipamentos em uso, com incremento de 50,2% em relação à quantidade informada na AMS 1999. O maior percentual de equipamentos foi encontrado na Região Sudeste, mas a maior relação equipamento/ milhão de habitantes está na Região Sul. A distribuição regional de alguns tipos de Equipamentos em uso estão no Anexo IV.

A distribuição regional, daqueles equipamentos selecionados para análise, mantém o padrão de desigualdade existente no país. Dentre as tecnologias selecionadas – Tomógrafos Computadorizados; Ressonâncias Magnéticas; Mamógrafos; Equipamentos de Radioterapia - Acelerador Linear e Bombas de Cobalto - e Hemodiálise – foi encontrada variação positiva com relação à AMS 1999, sendo a maior variação observada em relação às Ressonâncias Magnéticas (51,93%).

A quantidade total de Tomógrafos computadorizados foi de 1.617 equipamentos, pouco inferior ao esperado pela PT 1.101 (1.746) com uma relação de 9,3 equipamentos/ milhão de hab. Nas regiões Norte e Nordeste, as quantidades encontradas equivalem à metade das necessidades, ao contrário do Sudeste e Sul, onde se encontram em números até 20% superiores. Na região Centro-Oeste há equivalência numérica.

As Ressonâncias Magnéticas são em número de 433, superior à necessidade de 350 equipamentos com uma relação de 2,5/ milhão de hab, mantendo o caráter heterogêneo de distribuição, isto é, marcante concentrada nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, inclusive em níveis superiores aos previstos pela PT 1.101/ 02.

Tabela 7 – Quantidade de Equipamentos em geral, Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores lineares e Bomba de cobalto por Região

	Equipamentos em geral	Tomógrafos comp.	Ressonâncias magnéticas	Mamógrafos	Acelerador linear e Bomba de cobalto
Brasil	1.180.422	1.617	433	2.498	343
Região Norte	65.159	61	17	80	7
Região Nordeste	254.134	223	63	418	56
Região Sudeste	552.573	924	242	1.372	180
Região Sul	214.645	285	78	438	74
Região Centro Oeste	93.911	124	33	190	26

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002

O número total de Mamógrafos encontrados foi de 2.498, bem superior à estimativa de necessidade pelos parâmetros da PT 1.101/ 02 (734 mamógrafos) com uma relação de 14,3 / milhão de hab, mas a análise por região evidencia que essa distribuição é bastante desigual, com patamares abaixo da necessidade nas Regiões Norte e Nordeste, quase 4 vezes mais na Centro-Oeste e mais de 4 nas Regiões Sul e Sudeste.

Os Aceleradores Lineares são em número de 209 e as Bombas de Cobalto são em 134. Como os parâmetros utilizados citam um ou outro equipamento para fins de comparação com as necessidades, somamos os dois itens. A quantidade encontrada situa-se dentro dos níveis necessários (227 a 349,3 equipamentos), com um índice 2,0 equipamentos/ milhão hab.

Não utilizamos, para o cálculo de equipamentos, os dados informados para Hemodiálise, uma vez que não há referência na descrição das variáveis do AMS 2002, se forem considerados máquinas ou pontos de atendimento, o que compromete a comparação com a avaliação de necessidades pela PT 1.101/02 e com os dados de oferta internacional.

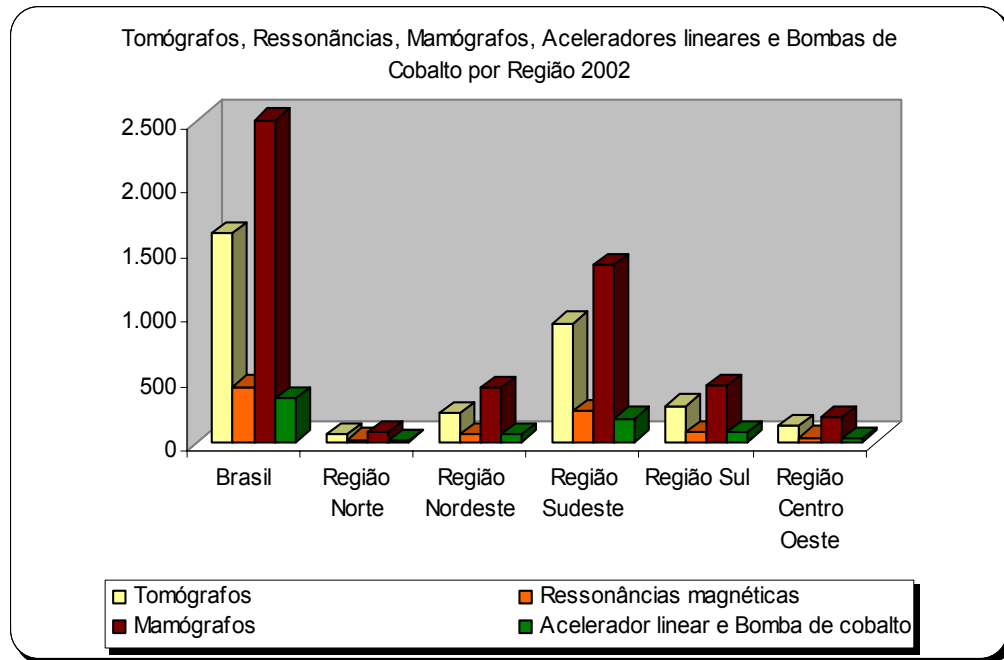
Tabela 8 – Índices de disponibilidade por milhão de habitantes de Tomógrafo computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Aceleradores lineares e Bombas de cobalto, em uso, por milhão de habitantes e por Região e Parâmetros da PT 1.101

	Tomógrafos computadorizados	Ressonâncias magnéticas	Mamógrafos	Acelerador Linear e Bomba cobalto
PT 1.101/02	10 / milhão hab	2 / milhão hab	4,2 / milhão hab	1,3 a 2 / milhão hab
Brasil	9,3	2,5	14,3	2,0
Região Norte	4,5	1,3	5,9	0,5
Região Nordeste	4,6	1,3	8,6	1,1
Região Sudeste	12,4	3,3	18,4	2,4
Região Sul	11,1	3,0	17,0	2,9
Região Centro Oeste	10,2	2,7	15,7	2,1

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002.

A distribuição desses equipamentos por Unidades da Federação revela que não existem Ressonâncias Magnéticas no Acre e no Tocantins nem Aceleradores lineares ou Bombas de cobalto no Acre, Rondônia e Tocantins. Evidencia ainda situações em que os únicos equipamentos existentes só estão disponíveis fora do ambiente hospitalar, como: as Ressonâncias Magnéticas em Roraima (2), Piauí (3), Paraíba (1) e Sergipe (1); os Mamógrafos no Acre (3) e, os Aceleradores Lineares e Bombas de Cobalto em Roraima (1) e Rondônia (1), Maranhão (4) e Rio Grande do Norte (2). A distribuição municipal dos equipamentos conta do Anexo V.

Nas unidades com internação encontramos 63% dos Tomógrafos existentes, 51% das Ressonâncias Magnéticas, 39% dos Mamógrafos e 62,1% dos Aceleradores Lineares e Bombas de Cobalto. Considerando-se a disponibilidade dessas tecnologias em ambiente hospitalar no conjunto dos municípios, existem Tomografias computadorizadas em 305 deles, Ressonâncias Magnéticas em 76, Mamografias em 381 e Aceleradores lineares ou Bombas de cobalto em 94 municípios.



Observa-se que o quantitativo de serviços existentes nos casos de Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas e Radioterapia é bem superior ao de equipamentos, provavelmente, por atenderem a mais de um 'serviço'. A localização do equipamento poderá ser no próprio estabelecimento, de maneira própria ou terceirizada, ou se encontrar fora do estabelecimento, de modo também próprio ou terceirizado segundo observação do IBGE a respeito das variáveis trabalhadas.

4.1.3 Leitos

A informação da quantidade de leitos disponíveis, em 2002, é de 471.171 leitos totais com predomínio de leitos privados (68,9%), mesmo que se avalie regionalmente. A média nacional encontrada é de 2,7 leitos/1.000 hab e a maior concentração de leitos/1.000 hab (3,08 leitos/ 1000 hab) é encontrada na Região Sul, que também possui a maior relação de leitos

privados *versus* leitos públicos. A comparação com a quantidade de leitos na AMS 1999 mostra redução do indicador leitos/1.000 hab em todas as regiões tanto no setor público como no privado, maior neste último, exceto na região Sul.

Tabela 9 – Leitos totais e relação de leitos/ 1.000 hab por Região

	Total	Públicos		Privados		Leitos/ 1.000 hab
Brasil	471.171	146.319	31,1%	324.852	68,9%	2,70
Região Norte	27.653	13.582	49,1%	14.071	50,9%	2,05
Região Nordeste	122.164	51.736	42,3%	70.428	57,7%	2,50
Região Sudeste	205.099	54.434	26,5%	150.665	73,5%	2,75
Região Sul	79.379	15.301	19,3%	64.078	80,7%	3,08
Região Centro-Oeste	36.876	11.266	30,6%	26.610	72,2%	3,05

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002

Em cuidados intensivos existem 20.046 leitos, dos quais: 54,3% em unidades de terapia intensiva para adultos; 9,9% em unidades coronarianas; 33,8% em unidades de terapia pediátrica ou neonatal; e 2% em unidades de cuidados de queimados. A relação encontrada no país foi de 0,11 leitos / 1.000 habitantes, ao passo que, nas regiões, foram observados os seguintes índices por 1.000 habitantes: Região Norte e Nordeste – 0,06; Sudeste – 0,16; Sul – 0,12; Centro-Oeste – 0,13. Em nenhuma das Regiões do país se atinge o parâmetro recomendado na PT 1.101/ 02, que é de 10% da quantidade total de leitos. Esse percentual variou de 2,6% na Região Nordeste a 5,7% na Região Sudeste. Os leitos de cuidados prolongados não são especificados na AMS 2002.

Tabela 10 – Leitos de UTI, relação de leitos de UTI / 1.000 hab, e percentual sobre os leitos hospitalares existentes por Região

	Nº Leitos de UTI	Leitos de UTI/ 1.000 hab	% Leitos Totais
TOTAL	20.046	0,11	4,3%
Região Norte	763	0,06	2,8%
Região Nordeste	3.144	0,06	2,6%
Região Sudeste	11.605	0,16	5,7%
Região Sul	2.960	0,12	3,7%
Região Centro-Oeste	1.574	0,13	4,3%

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária 2002

Na nossa avaliação, alguns aspectos na coleta de dados de Equipamentos requerem revisão e/ou adequação, principalmente, pela rapidez das incorporações tecnológicas, até mesmo para que possam ser estabelecidas comparações com dados e critérios internacionais. Poderiam ser citados, como exemplo, a inclusão de novos itens: Litotripsia, Holter, Polissonografia.

Alguns aspectos técnicos, por exemplo, também requerem ajustes: os dados de Braquiterapia devem ser incluídos em Radioterapia e não em Medicina Nuclear, da mesma maneira que Radioimunoensaio não é Radioterapia e a pesquisa de equipamentos de Hemodiálise requer especificação por pontos e não por máquinas.

4.2 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, com o objetivo de recadastramento dos Estabelecimentos de Saúde instalados no território nacional. É a base para operacionalizar os Sistemas de Informação em Saúde do setor público. Atualmente em uso, a Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde (FCES) é o instrumento que permite aos gestores do SUS coletar dados dos estabelecimentos de saúde do país. Os gestores realizam o cadastramento e a permanente atualização dos dados das FCES, onde estão incluídas as informações gerais sobre a capacidade operacional da entidade, seus leitos totais e aqueles disponibilizados ao sistema público.

A formatação do cadastro teve, como base, as necessidades dos Gestores no tocante aos Sistemas de Informações do SUS (Sistema de Informações Hospitalares – SIH e Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA), e a Pesquisa de Assistência Médica Sanitária de 1998 do IBGE. Permite o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. Deverá abranger a totalidade dos Hospitais existentes no país, os estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e os ambulatoriais não vinculados ao SUS, embora em diferentes etapas. Representa importante ferramenta gerencial para a elaboração de programação, controle e avaliação da assistência e a distribuição geográfica do conjunto de estabelecimentos de saúde no país.

Considera como “Estabelecimentos de Saúde” (ES), qualquer local que se destine à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, independente do seu porte

ou nível de complexidade, incluindo desde um hospital de grande porte até um consultório médico isolado ou uma Unidade de Vigilância Sanitária ou Epidemiológica, estes últimos não contemplados nas pesquisas de Assistência Médico Sanitária.

Em 11/03/2004, estavam cadastrados 74.435 estabelecimentos, 464.478 leitos gerais, 19.220 leitos de UTI, 169.323 serviços e 35.678 equipamentos em uso. Das tecnologias em análise neste trabalho, observamos: 1.550 serviços de Tomografia e 1.341 tomógrafos em uso; 415 serviços de Ressonância Magnética e 274 equipamentos em uso; 1.738 Mamógrafos em uso e 235 serviços de Radioterapia.

4.3 Oferta de Médicos no Conselho Federal de Medicina (CFM)

Os custos crescentes da assistência à saúde colocaram em foco a maneira como atua o profissional médico, considerado o ator principal no funcionamento dos serviços no que concerne à capacidade de interferir na organização e funcionamento dos sistemas de saúde tanto em aspectos de oferta, de demanda, bem como pelo exercício de uma prática profissional autônoma. Para alguns autores, por esta última característica representa o profissional que adquiriu lugar dominante na “indústria de serviços de saúde” (ALMEIDA, 1997).

Essa oferta profissional vem apresentando tendências como o assalariamento, o multi-emprego, a feminilização e o prolongamento da jornada de trabalho. O exercício liberal da profissão em consultórios tem sido praticamente inviabilizado por alguns fatores como o avanço do processo de institucionalização dos setores de prestação de serviços especializados, o da crise econômica financeira da clientela e o do alto custo dos serviços, quando inexistia associação às empresas que atuam na intermediação desses serviços. Embora dependendo destas empresas, quase 79,1% dos médicos ainda mantêm consultórios, sendo diferente a participação em convênios ou cooperativas entre as especialidades, que varia de 37% na Genética Clínica a 100% em Citopatologia (MACHADO, 1999).

Os dados da quantidade de médicos existentes no Conselho Federal de Medicina (CFM) são do exercício de 2003. Dos 410.897 profissionais registrados, somente 70,4% estão em exercício profissional, ou seja, a média nacional é de 1,6 médicos atuantes/ 1.000 hab.

Nas Regiões Norte e Nordeste, as relações encontradas por 1.000 hab são 0,79 e 0,95, respectivamente, inferiores à média nacional. Os índices encontrados nas Regiões Centro

Oeste e Sul atingem a média e, no Sudeste, Ihe são bem superiores (2,3/ 1.000 hab). Os valores encontrados para a relação médicos/ 1.000 hab, embora deficitário nas Regiões Norte e Nordeste se comparados aos parâmetros da PT 1.101, apresentou variações positivas em todos os estados, quando comparados com os dados de Machado (1999), que se referiam ao indicador para o ano de 1995. Os indicadores por UF encontram-se no Anexo VI.

A Comissão Nacional de Residência Médica atribui papel importante na escolha por Residências Médicas específicas aos maiores valores médios de remuneração das especialidades que atuam com procedimentos médicos especializados. Entretanto, quase 40% dos médicos recém-formados no Brasil não têm acesso a qualquer programa de residência médica (Unifesp, 1998).

Embora o número de vagas para residentes no Estado de São Paulo seja superior ao número de recém-formados nas instituições paulistas, a disputa por determinadas especialidades é bastante acirrada e a oferta das vagas existentes é um reflexo da desorganização do mercado de trabalho. No Brasil inexiste praticamente qualquer tipo de planejamento ou de mecanismos de manutenção do equilíbrio do mercado de especialidades médicas, como ocorre em alguns países, onde há rigoroso processo de seleção antes mesmo do ingresso nos cursos de graduação (Ibid.).

CAPÍTULO V - ANÁLISE DE DADOS INTERNACIONAIS

As comparações entre sistemas internacionais de saúde, guardadas as diferenças estruturais na provisão da assistência, podem trazer valiosos subsídios, principalmente, sobre o custo da assistência à saúde. A eficiência de sistemas de saúde é de difícil mensuração, mas vários indicadores sugerem que aquilo que é produzido e a maneira como isso ocorre causam impactos nos resultados de saúde. O montante de recursos de capital e de recursos humanos empregados no setor, as variadas combinações de gastos ambulatoriais e hospitalares e os diversos níveis de atendimento especializado, além das diferentes práticas assistenciais empregadas para uma mesma patologia colaboraram para as diferenças de gastos e de desempenho entre os países e, mesmo, dentro de um país (ANELL & WILLIS, 2000).

No entender de Mills (2000), alguns fatores, embora de generalização limitada, podem ser considerados importantes na configuração dos sistemas de saúde e, dentre estes, aqueles relacionados ao desenvolvimento de um país influenciam o desenho de seus prestadores privados: o tamanho da classe média na população; a prestação de serviços pelo setor público; a capacidade pública de regulamentação e de negociação com o setor privado; o nível de desenvolvimento do setor privado e o grau de educação da população. Da análise de dados do desempenho do setor privado o autor concluiu que este é capaz de complementar a prestação de serviços públicos de saúde, mas não pode maximizar sua contribuição à saúde da população, pelo que aponta para justificativas de maior confiança nos modelos de reforma que reforçam a liderança pública do setor (MILLS, 2000).

Na revisão da literatura que envolve comparação de gastos em sistemas de saúde, são demonstradas evidências que influiriam nos resultados quanto aos gastos em saúde:

- O efeito da renda per capita é claro e bastante significativo;
- Os efeitos da estrutura etária populacional e do desemprego são, com frequência, insignificantes;
- A utilização no cuidado primário de *gatekeepers*²⁸ é eficaz na redução de custos;

²⁸ Médicos de porta de entrada no sistema de atenção gerenciada (*managed care*).

- O co-pagamento ao provedor de serviços pelo paciente reduz os gastos, se comparados a outros sistemas em que isso não ocorre;
- Os sistemas de captação (*captation*)²⁹ tendem a apresentar menos custos que os sistemas de pagamento por procedimento (*fee-for-service*);
- Os gastos com pacientes internados aumentam o total de gastos em saúde;
- A provisão de serviços públicos de saúde é associada a menores gastos totais em saúde, ao passo que o total de médicos pode ter efeitos positivos nos gastos em saúde (GERTHAM & JÖNSSON, 2000. Apud JÖNSSON & ECKERLUND, 2003).

Os dados da OCDE, que agregam, dentre outros, os gastos totais em saúde e na assistência médica, as despesas per capita, a relação entre a parcela de atendimento hospitalar e a de atendimento ambulatorial, a quantidade de profissionais de saúde e a oferta de serviços constituem fonte importante para comparação entre países. As informações sobre a oferta de serviços, só incluídas no início dos anos 90, foram aos poucos se ampliando, embora, pelas características de custos crescentes o fator despesa esteja sempre no centro das atenções (ANELL & WILLIS, 2000).

Alguns fatores, determinantes de limitações nas análises, devem ser considerados em comparações, tais como: a falta da definição universal dos gastos; as mudanças ao longo do tempo, seja de definições seja no uso dos recursos ou no patamar de preço; peculiaridades locais, como a renda nacional, a carga de doença, as preferências dos pacientes, dos médicos e decisões de planejamento da atenção, além, obviamente, da eficácia e precisão dos dados (Id., *ibid.*).

Os dados estatísticos referentes à saúde nem sempre são coletados nos países de maneira precisa e uniforme, bem como empregam, em geral, funcionários governamentais, razões pelas quais as informações, muitas vezes, podem não ser adequadas para prover subsídios sobre a organização global do sistema de saúde local. A grande variedade de prestadores ambulatoriais e os diversos tipos de combinações entre eles, de diferentes complexidades, são outros aspectos a considerar. O *mix* público-privado nos sistemas e nos prestadores representa lacuna importante nas informações, em especial, nos países em desenvolvimento (BERMAN, 2000).

Nesses países em desenvolvimento, a existência de insuficiente cobertura de serviços e as grandes desigualdades em sua distribuição, tanto geográfica como social, compromete a

²⁹ “Captation”: Modalidade de pagamento em que a operadora paga um valor pré-acordado 'per capita' pela prestação do serviço de assistência à saúde, independente do custo do tratamento.

acessibilidade e a equidade necessárias a um sistema de saúde efetivo e eficiente. Naqueles países desenvolvidos e com cobertura universal, outras dimensões de equidade são abordadas e as questões que vão pautar as preocupações com os sistemas de saúde são o seu desempenho, suas capacidades de resposta aos usuários, a mudanças de demanda e a efetividade de aporte de novos recursos no sentido de melhorar os indicadores de saúde pela definição de estratégias mais adequadas aos sistemas existentes (PIOLA, 2002).

Além das três metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os sistemas de saúde – a saber: melhoria da saúde, capacidade de resposta às expectativas dos usuários e financiamento justo –, alguns países estão desenvolvendo novos conceitos ao analisarem seus sistemas de saúde, como, por exemplo, a Austrália, que incluiu, em sua avaliação, aspectos relacionados às condições de saúde, resultados, determinantes ambientais da saúde e desempenho dos serviços de saúde propriamente ditos (Id., *ibid.*).

Em estudo que envolveu seis países ricos do banco de dados da OCDE, no qual se utilizaram dez variáveis por três períodos – 1986, 1991 e 1996 –, Anell & Willis (2000) promoveram a comparação entre sistemas de saúde na qual consideravam gastos e oferta de recursos. A análise das duas categorias, quantidade dependentes – uma vez que os recursos ofertados multiplicados pelos preços dão o gasto total –, mostrou, como consequência, que o mesmo nível de gastos pode comprar quantidades diferentes de recursos nos diversos países.

Esses autores observam que a assistência adequada depende de novas drogas e de novos equipamentos diagnósticos, os quais, com frequência, aumentam a produtividade de médicos e de outros profissionais de saúde. Por sua vez, instalações inadequadas reduzem a capacidade potencial do capital humano, ao passo que salários inadequados geram pouco esforço real de trabalho, isto é, se o poder aquisitivo disponível não é alocado de modo eficaz, o sistema de saúde funcionará abaixo de sua capacidade ótima de produção.

Anell & Willis (2000) demonstraram ainda que os gastos com assistência médica per capita eram aproximadamente três vezes mais altos nos Estados Unidos do que no Reino Unido, embora tenham dobrado em ambos os países em igual período. As despesas farmacêuticas per capita cresceram rapidamente também nesses e nos outros países estudados – Dinamarca, França, Alemanha e Suécia – mais do que dobrando em muitos deles. Com respeito a leitos hospitalares per capita, a França e a Alemanha, por exemplo, apresentavam aproximadamente duas vezes mais leitos hospitalares per capita que os EUA e mais de 50% que a Dinamarca e o Reino Unido; em contraste, os EUA tinham consideravelmente mais

unidades de Ressonância Magnética e de Tomografia Computadorizada que quaisquer dos outros países.

O maior número de médicos e enfermeiras per capita, foi observado na Suécia, ainda que tenha aumentado em todos os países durante os três anos estudados. Os pesquisadores qualificam a correlação entre despesas e as ações de recursos humanos como pequena. Apesar da observação de maiores gastos em assistência nos Estados Unidos, a quantidade de emprego em saúde total ou per capita era bastante semelhante a outros países e inferior à Suécia, enquanto que o acesso à tecnologia médica avançada era, de longe, maior no EUA que nos outros países (ANELL & WILLIS, 2000).

As disparidades regionais de oferta também foram objeto de estudo que envolveu doze países da Europa, os quais foram escolhidos por sua condição de governo social-democrata ou socialista e contavam com duas variáveis, a quantidade de médicos ativos e o número de leitos per capita. A média nacional desses itens foi considerada para os exercícios de 1970 e 1990, e foi constatado que a quantidade de médicos aumentou em todos esses países, comportamento que não se reproduziu na íntegra quanto aos leitos, que diminuíram em sete desses países pesquisados – Noruega, Dinamarca, Inglaterra, Escócia, Alemanha, França, Países Baixos –, ainda que tenham se mantido na Áustria e só tenham aumentado na Suécia, Suíça, Finlândia e Bélgica (WESTENT, 1999).

5.1 Dados da “OCDE Health Data 2003”

A OCDE agrupa 30 países³⁰ que compartilham um compromisso de governo democrático e de economia de mercado, além de manter relações comerciais ativas com outros setenta países. A organização é conhecida por suas publicações, estatísticas e trabalhos que envolvem assuntos econômicos e sociais em macroeconomia, comércio, educação, desenvolvimento, ciência e inovação. Nesses países verifica-se uma significativa variedade de arranjos institucionais para prover a atenção à saúde, a cobertura de seguro médico e o seu financiamento. Possuem elevada ou mediana renda per capita e suas populações têm bom nível de saúde.

Todos os países membros da OCDE recebem alguma forma pública de financiamento ou administram programas de seguro médico, ao passo que o seguro médico privado é a

³⁰Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Japão, Coréia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, República Eslovaca, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos.

forma dominante de cobertura nos Estados Unidos e na Suíça, bem como na minoria da população na Alemanha e dos Países Baixos. Em países como a Hungria, Japão, Coréia, México e, na maioria dos países nórdicos, não são usadas, em geral, políticas de seguro médico privado. Em outros países, o seguro médico privado é usado como política suplementar ou complementar. Em países como a Austrália, Irlanda, Itália, Espanha e o Reino Unido, o seguro privado duplica a cobertura provida por programas públicos universais, o que talvez seja feito para aumentar a escolha de prestadores e ampliar as oportunidades de atendimento. Em muitos deles, a forma utilizada para atingir maior cobertura da população foi a instituição de coberturas compulsórias ou criando programas públicos ou promovendo compra de serviços ao setor privado (OCDE - DOCTEUR, 2003).

Três fatores explicam problemas de acesso detectados em muitos países da OCDE, além do alcance da cobertura do seguro médico ou de barreiras financeiras: a pequena quantidade e / ou má distribuição de médicos, a oferta de serviços e as barreiras socioculturais. O primeiro desses fatores é observado, com freqüência, em países que têm áreas rurais de baixa densidade populacional, áreas de baixa renda e de risco. Em outros casos, mesmo quando o número ou a distribuição de médicos não for o problema, a demanda para serviços pode exceder a capacidade de oferta local em tempo hábil (Ibid.).

Retardos para alguns tratamentos, em particular aqueles eletivos, são comuns em muitos países. Em alguns, com populações significativas de minorias raciais ou étnicas ou com recentes grupos de imigrantes foram identificados problemas de acesso para essas populações. Tais problemas podem refletir diferenças no idioma, isolamento geográfico, normas culturais, situação econômica ou uma combinação desses fatores (Ibid.).

Nas últimas décadas, os esforços dos governos para reduzir a velocidade do crescimento dos gastos em saúde se basearam em três estratégias: regulação de preços, de quantidades de serviços ou ambos; fixação de tetos em gastos assistenciais globais ou por setores e partilha de custos com o setor privado por aumento de co-participações.

Com algum atraso na implantação de políticas voltadas às conseqüências do avanço tecnológico, os governos têm apoiado – especialmente, durante as duas últimas décadas – uma redução no número de leitos de terapia intensiva per capita, com maior concentração em unidades hospitalares de grande porte para alcançar economias de escala. Ao mesmo tempo, os governos dificultaram a liberação de gastos de capital para a construção de novos hospitais, optando pela reestruturação de unidades já existentes (OCDE - DOCTEUR, 2003).

Os tetos orçamentários – instrumento amplamente usado para controlar despesas –, de início, foram implantados nos hospitais, considerados os elementos mais caros do sistema, embora complementados com recursos em atendimento ambulatorial e farmacêutico. As políticas para controlar gastos hospitalares parecem ter tido mais êxito do que aquelas empregadas com igual objetivo para o atendimento ambulatorial ou farmacêutico (OCDE - DOCTEUR, 2003).

A adesão ao seguro privado nos países da OCDE, com exceção dos EUA, cumpre a função de complementar o sistema público de saúde, oscilando a cobertura da população entre 45% na Austrália e 9% no Reino Unido (CHOLLET & LEWIS, 1997. Apud FARIAS & MELAMED, 2003).

A forma de adesão varia de país a país e pode incluir serviços especializados não cobertos pelo setor público, taxas extras para consultas e internações que não estejam contempladas no pagamento efetuado ou indivíduos que optem pelo desembolso direto. O seguro privado de saúde, quase nunca, é a principal fonte de financiamento do setor. Em geral guarda a característica de sistema suplementar, crescendo em função da necessidade de cobertura daqueles não incluídos no seguro social ou pacote básico de benefícios. Em outros casos, atua adicionalmente aos serviços financiados pelo sistema público existente. Nesses países, os planos de seguro privado, com frequência, excluem a cobertura para doenças crônicas ou para as que exigem tratamentos prolongados e onerosos ou apresentam baixo teto de benefícios em número de dias de internação ou de gastos totais (Id., ibid).

Quadro 1 - Características da provisão de serviços de saúde de alguns países da OCDE

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Áustria, Japão, Luxemburgo.	Seguro social	Mix público/privado
Holanda	Mix seguro social/privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia.	Recursos fiscais	Público
Canadá	Recursos fiscais	Privado
EUA, Suíça.	Seguro voluntário	Privado
Itália	Seguro social/ recursos fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos fiscais	Mix público/ privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público/ privado

Fonte: 1998, <www.OCDE.org>. Chollet & Lewis, 1997. Apud Farias e Melamed, 2003.

Ainda que, de maneira geral, se admita consensualmente o papel dos governos como financiadores diretos dos serviços de saúde, as diversas combinações entre o mercado e o governo vão ser mais eficientes em função da forma como são financiadas essas instituições e como acontece a provisão dos serviços. A existência apenas de seguro privado ou a provisão de serviços somente pública não é o ideal mas não há um modelo que combine as duas formas de maneira ótima. O mercado privado teria características de eficiência e as traria para o setor público, ao passo que este teria, por padrão, uma equidade de oferta. Admite-se que, na maioria dos casos, a maneira como o Estado está organizado para prover os serviços é que define o tamanho e o papel do setor privado, que se expande quando e onde os serviços oferecidos pelo setor público forem percebidos como de baixa qualidade, assim como quando houver limitação de oferta ou outra forma de restrição de acesso (FARIAS, 2003).

As exigências de compartilhamento de custos e a cobertura desigual para alguns serviços e tratamentos variam de um país para o outro, levando a discrepâncias significativas nas despesas totais. Alguns países – como, por exemplo, Coréia, México e Turquia – têm sistemas nos quais mais de um terço da despesa é coberto diretamente pelos pacientes, enquanto em pequeno número de países da OCDE, pacientes fazem pagamentos adicionais, como co-participação, em alguns procedimentos. A presença de co-participação pode ter impacto na utilização de certos serviços, tais como as consultas, porém o impacto é pequeno em internação não-eletiva e em outros serviços de alto-custo, para os quais os pacientes têm baixa sensibilidade em relação ao preço.

Segundo Berman (2000), serviços ambulatoriais melhor organizados poderiam trazer marcada promoção de saúde para a população mais carente na maior parte dos países em desenvolvimento, onde a maioria das pessoas procura os serviços ambulatoriais para a prevenção ou tratamento de doenças comuns, como a diarreia infantil, as infecções respiratórias mais simples, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis e a malária aguda, patologias que se situam entre as dez principais condições responsáveis pela carga global de doença naqueles países. O autor ainda refere que, nas últimas duas décadas, os países da OCDE têm introduzido inovações para melhorar o gerenciamento público dos cuidados com a saúde, mas poucas destas têm sido adotadas em países de baixa renda.

Dos dados da OCDE Health Data 2003, selecionamos alguns itens de renda populacional e gastos com saúde e recursos de oferta como leitos e tecnologias médicas, considerando o ano de 2000 e a variação na década 1990-2000.

5.1.1 Algumas variáveis de renda e gastos com saúde

Dentre os indicadores disponíveis com relação à renda e gastos em saúde analisamos o PIB per capita, os gastos totais em saúde, os gastos públicos e os privados, o percentual do PIB para a saúde, os gastos com atenção médica – estratificados por atenção hospitalar e ambulatorial –, seus valores per capita e os gastos com seguro-saúde.

O PIB per capita no ano de 2000 mostra valores superiores àquele dos Estados Unidos (US\$ 34.602), em Luxemburgo (US\$ 43.639), no Japão (US\$ 37.531) e na Noruega (US\$ 37.072); no entanto, se considerarmos o gasto total em saúde, este foi bem superior no primeiro desses países citados, algo em torno de 1.280.000 milhões de dólares com o valor per capita de 4.540 dólares. Os gastos totais variaram 87% nos Estados Unidos entre 1990 e 2000, ainda que com taxa média de crescimento anual menor na segunda metade desta década.

Os gastos públicos variaram de 44% do gasto total nos Estados Unidos a 91% na República Tcheca. A média dos gastos públicos nos países da OCDE esteve em torno de 72,1% do gasto total.

Na classificação dos gastos per capita, depois dos Estados Unidos (US\$ 4.540), se encontram a Suíça com US\$ 3.572, o Japão com US\$ 2.864 e a Noruega com US\$ 2.850 e a média da OCDE é de US\$ 1.790,11. Os maiores gastos em % do PIB também são observados nos Estados Unidos (13,1%), seguidos da Suíça (10,7%) e da Alemanha com 10,6% sendo a média nos países da OCDE de 8,1%.

Nos demais países, a observação do % do PIB comprometido com a saúde no ano de 2000 revela valores entre 5% e 7,5% para Luxemburgo, México, República Eslovaca, Coreia, Irlanda, Finlândia, Hungria, República Tcheca, Reino Unido e Espanha e, valores entre 7,6% e 10%, para Japão, Noruega, Áustria, Nova Zelândia, Itália, Dinamarca, Suécia, Países Baixos, Bélgica, Austrália, Portugal, Islândia, Canadá, França e Grécia.

Os gastos totais com assistência médica só aparecem registrados em vinte países, dentre os quais os maiores valores absolutos são nos Estados Unidos, seguidos de Japão e Alemanha. Os maiores percentuais dos gastos com assistência médica em relação aos gastos totais foram encontrados na Dinamarca, Suíça, Noruega, aparecendo os Estados Unidos em quarto lugar. Esses percentuais, em 2000, variaram de 83%, na Dinamarca, a 53%, na Hungria. A média de gastos com atenção médica foi de 61%, em 2000, enquanto que, em 1990, era de 75% do gasto em saúde.

O dispêndio per capita com atenção hospitalar foi maior na Suíça (US\$ 1.673), conquanto em valores inferiores aos de cinco anos anteriores à data para o mesmo país, e os Estados Unidos, com US\$ 1.253 per capita, aparecem em terceiro lugar, depois da Dinamarca (US\$ 1.343).

Os gastos hospitalares per capita na década 1990-2000 apresentaram variações negativas ou, se ocorreram variações positivas, estas foram em níveis inferiores àquelas dos gastos ambulatoriais per capita. Os Estados Unidos mostraram variação de 26,8% nos gastos hospitalares e de 86,4% nos gastos ambulatoriais. Como exceção, o Japão e a Coreia tiveram maiores variações positivas nos gastos hospitalares per capita quando relacionados aos valores ambulatoriais.

Quanto aos gastos com seguro privado, nos Estados Unidos foram encontrados os maiores valores totais e per capita, em cifras, pelo menos, vinte vezes superiores à Alemanha, que aparece em segundo lugar. Importante ressaltar que, nos Estados Unidos, apesar de numerosas reformas projetadas para aumentar a cobertura pública e privada de saúde, mesmo demonstrando economia próspera ao longo dos anos noventa, houve aumento na taxa de população não segurada.

5.1.2 Oferta de leitos, tecnologias e médicos por população

A base de dados OCDE não disponibiliza o total de leitos e algumas das informações disponíveis quanto a equipamentos não serão usadas em análises comparativas em virtude da heterogeneidade de registro verificada – caso de Radioterapia e da Hemodiálise. Estão disponíveis também quantidades de Litotriptores e Leitos de cuidados prolongados que não se encontram contemplados nas pesquisas nacionais.

A informação, em 2000, da quantidade de leitos de cuidados intensivos variou de 1,1/ 1.000 hab no México a índices de 6 a 7/ 1.000 hab na República Tcheca, Áustria, França, Alemanha, Hungria e Luxemburgo. Na década 1990-2000 ocorreu redução desses leitos por 1.000 hab na grande maioria dos países componentes, com índice médio, em 1990, de 5,0 leitos/ 1.000 hab e 4,2 leitos/ 1.000 hab em 2000. As exceções são a Turquia e a Coreia, que apresentaram variações positivas.

Os leitos de cuidados prolongados variaram de 0,2 / 1.000 hab, na Turquia, a 11,7 / 1.000 hab, na Suíça, com média de 4,73/ 1.000 hab. Nos países que informaram dados em 1990 e 2000, observaram-se taxas negativas de variação, exceto na França, Japão e

Luxemburgo. A maior variação negativa ocorreu na Hungria (-40%), que, mesmo assim, apresentava o índice de 6,9 leitos/ 1.000 hab em 2000.

Com respeito aos equipamentos de imagem/ milhão de habitantes, encontramos as seguintes variações de oferta e médias por milhão de habitantes:

- Tomógrafos – 2/ milhão, no México, a 28,4/ milhão, na Coreia, com média de 14,6/ milhão;
- Ressonâncias Magnéticas – 0,3/ milhão, no México, a 12,9/ milhão, na Suíça, com média de 5,6/ milhão e,
- Mamógrafos – 8,1/ milhão, na República Eslovaca, a 42,6/ milhão, na França, com média de 17,3/ milhão.

Não foram informados dados do Japão em 2000, mas este país possuía, em 1999, 84,4 Tomógrafos /milhão hab e 23,2 Ressonâncias Magnéticas / milhão de hab. A quantidade de Tomógrafos e de Ressonâncias Magnéticas por milhão de habitantes aumentou em todos os países, exceto nos Estados Unidos, onde ocorreu variação negativa (-10,3%) em Tomógrafos, mas que manteve, mesmo assim, em 2000, 13,1/ milhão de hab.

Embora os Estados Unidos sejam mais pródigos na incorporação de novos equipamentos que a média dos países da OCDE, a Coreia e Luxemburgo, que têm um gasto de saúde em percentual do PIB de 5,9 e 5,6%, respectivamente, possuem pelo menos duas vezes mais Tomografias que os Estados Unidos, que tem um gasto de 13,1% do PIB. Da mesma forma, a quantidade de Ressonâncias Magnéticas/ milhão de hab na Islândia (10,7) e na Áustria (10,8) são superiores à quantidade nos Estados Unidos (8,1).

A oferta de equipamentos de Radioterapia, em 2000, oscilou entre 3,7/ milhão, na Espanha e Itália, a 14,2/ milhão hab, na Islândia, com média de 6,7/ milhão hab. Não há informações quanto ao Japão, enquanto os Estados Unidos apresentavam 4,1 equip de radioterapia / milhão nesse ano. Nos países que apresentaram informação para 1990 e 2000 – Austrália, França, Islândia, Itália, República Eslovaca e Estados Unidos –, verificamos variações positivas em equipamentos de Radioterapia, exceto na Islândia, onde ocorreu variação negativa de -39,6%, e nos Estados Unidos, onde não houve qualquer variação.

O índice de Litotriptores/ milhão hab variou de 0,2 no México, a 8,5 na República Eslovaca, com média de 2,4, ao passo que os Estados Unidos apresentavam, em 2000, 2,9 litotriptores/ milhão habitantes.

Os dados de Hemodiálise referem-se ao número de estações / milhão de habitantes e, em 2000, a quantidade encontrada variou de 3,0/ milhão hab, no México, a 203,8/ milhão hab, na Itália. Para os Estados Unidos, só há informação disponível no ano de 1990, quando apresentava 5,6 estações de tratamento/ milhão de habitantes.

Em 2000, o quantitativo de médicos em atividade/ 1.000 hab variou de 4,5/1000 hab, na Grécia, a 1,3/1.000 hab, na Turquia, com média de 2,9 médicos/ 1.000 hab, superior àquela de 1990, que era de 2,4 médicos/ 1.000 hab. Na década ocorreram variações positivas do número de médicos/ 1.000 hab em todos os países, em uma média de 17%.

Os dados completos de renda e gastos nos países da OCDE para o ano 2000 compõem o Anexo VII, os dados de Gastos públicos, Gastos privados e Seguro saúde de 1990 e 2000 estão no Anexo VIII e os dados de oferta de Leitos, Médicos e Tecnologias para 1990 e 2000, no Anexo IX.

5.2 Análise internacional e dados nacionais

Os dados nacionais foram pesquisados junto à Organização Mundial de Saúde, que os disponibilizou para o ano de 2001. O Brasil apresentava, na data, para um PIB per capita de US\$ 7.537, um gasto total em saúde de 7,6% do PIB. Esse percentual tem aumentado desde 1995, com variação de 15%. Os gastos públicos representaram 41,6% do total em saúde e vêm diminuindo desde 1995, com variação de - 4%, enquanto o percentual de gastos privados aumentou 3%. O gasto total per capita, em 2001, foi de US\$ 573 e aumentou 33% no intervalo 95/01, mas é inferior ao valor observado no exercício anterior de US\$ 631.

O percentual da modalidade de seguro privado em saúde no total de gasto privado foi de 35,9% , tendo aumentado 10% desde 1995.

A Tabela 11 resume a média da OCDE e os valores dos Estados Unidos em 2000 para algumas variáveis de renda e gastos com saúde, comparando com dados do Brasil em 2001.

Tabela 11 – Algumas variáveis de renda e gastos em saúde nos países da OCDE e Estados Unidos em 2000 e Brasil 2001

	OCDE Média 2000	EUA 2000	Brasil 2001
PIB per capita	US\$ 20.154	US\$ 34.602	US\$ 7.537
Gasto total em saúde per capita	US\$ 1.790	US\$ 4.540	US\$ 573
Gasto em saúde % do PIB	8,1 %	13,1 %	7,6 %
% de gastos públicos em saúde	72,1 %	44,2 %	41,6 %
Seguros-saúde como % do gasto privado em saúde	18,4%	62,8%	35,1%

Fontes: OCDE Health Data 2003 e OMS.

O Brasil apresenta um percentual de gastos públicos próximo ao dos Estados Unidos, que é bem inferior àquele observado na média dos países da OCDE. O percentual do segmento de seguros no gasto privado em saúde no Brasil, em 2001, foi de 35,1%, superior aos 18,4% da média dos países da OCDE (2000) e inferior àquele percentual dos Estados Unidos (62,8%).

Os indicadores de oferta de Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas e Mamógrafos por milhão de habitantes, Leitos / 1.000 hab e Médicos / 1.000 hab, na OCDE e nos Estados Unidos, foram comparados, como exercício, com os índices Brasil e a Região Sudeste brasileira, mesmo que sejam de competências diferentes.

Tabela 12 – Relação de Tomógrafos computadorizados, Ressonâncias Magnéticas, Mamógrafos, Leitos de UTI e Médicos por quantitativos populacionais na OCDE (média) e Estados Unidos 2000, Brasil e Região Sudeste 2002.

	OCDE Média 2000	EUA 2000	Brasil 2002	Região Sudeste
Tomógrafos/ milhão hab	14,59	13,1	9,3	12,4
Ressonâncias / milhão hab	5,64	8,1	2,5	3,3
Mamógrafos/ milhão hab	17,30	12,3	14,3	18,4
Leitos UTI/ 1000 hab	4,2	2,9	0,11	0,15
Médicos/ 1000 hab	2,85	2,7*	1,6	2,3

* Dados de 1999

Fontes: OCDE Health Data 2003, AMS 2002 e CFM 2003.

A oferta das tecnologias por milhão/ hab, número de leitos e de médicos por 1.000 hab no Brasil é inferior à oferta média dos países da OCDE. Em relação aos Mamógrafos, ainda que a oferta seja inferior à média da OCDE, é superior àquela dos Estados Unidos.

Embora o número de equipamentos de Ressonância Magnética instalados no país seja superior aos valores recomendados pela PT 1.101/ 02, essa oferta por milhão de habitante é menor se comparada a média dos países da OCDE tanto no Brasil como no Sudeste.

A oferta de leitos de UTI é inferior aos valores encontrados na OCDE e Estados Unidos, mesmo considerando-se a Região Sudeste. A oferta de médicos no Brasil é inferior àquela da OCDE e dos Estados Unidos embora desta se aproxime no Sudeste.

CAPÍTULO VI – INFORMAÇÕES SOBRE O SETOR SUPLEMENTAR NA ANS

A ANS possui diversos sistemas de informação, que estão em diferentes estágios de implantação e de reavaliação, o que gera uma gama variada de informações, de forma ainda não integrada. A pluralidade de bases de dados e as múltiplas terminologias confundem, muitas vezes, o usuário, e a ANS vem se empenhando em uniformizar e integrar informações para disponibilizar esses dados de forma mais clara.

Dentre as informações gerais disponíveis na homepage³¹ da ANS e do banco de dados de registro de produtos elegemos alguns itens – Beneficiários, Operadoras e Produtos – para o mapeamento do setor. Convém ressaltar que a informação de beneficiários reflete, na verdade, o número de contratos, não o de pessoas, pois é possível que um mesmo indivíduo tenha mais de um contrato (plano) em uma operadora ou, até, em diferentes operadoras.

6.1 Informações sobre Beneficiários

A ANS possuía um total de 37.748.499 beneficiários no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) em outubro de 2003, o que não significa obrigatoriamente uma cobertura de assistência suplementar de 21,3% da população, uma vez que a informação diz respeito ao quantitativo de contratos e não de pessoas. Um beneficiário de um plano coletivo pode possuir também um plano individual da mesma ou de outra operadora, razão pela qual será informado duas vezes ao sistema.

De toda maneira, a avaliação regional detecta níveis diferenciados nas diversas regiões do país, com maior concentração na Região Sudeste (34,7%) e registrando os maiores índices em: São Paulo (43,5%), Rio de Janeiro (32%), Distrito Federal (31,6%), Espírito Santo (23,1%) e Minas Gerais (20,6%).

31 Acesso em 10/03/2004 - http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadossobrebeneficiarios.asp
- http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadossobreoperadoras.asp
- http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadossobreplanos.asp
- http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadossobresip.asp

Daquele total de beneficiários, 59,2% pertencem a planos anteriores à Lei 9.656/98, com distribuição similar nas diversas Regiões do país. Em dez unidades da Federação são encontrados mais de 60% de beneficiários nessa condição – Roraima, Mato Grosso, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Minas Gerais.

Com relação aos beneficiários de planos posteriores à Lei, 72,7% constituem planos de contratação coletiva, ao passo que 27,3% são planos individuais ou familiares. Nas Regiões Norte e Nordeste, o percentual de beneficiários em planos individuais é maior que a relação Brasil para esse tipo de contratação e o maior percentual de planos coletivos é encontrado na Região Sul. Dentre as unidades da Federação, aquelas que possuem mais beneficiários em planos individuais são Pará, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte.

Duas operadoras de planos de saúde detêm aproximadamente 10% do quantitativo total de beneficiários informados, enquanto 510 operadoras são responsáveis por 90% desses beneficiários.

As Medicinas de Grupo, em conjunto, dão atendimento a 33,3% dos beneficiários, seguidas das Cooperativas Médicas, com 24,4%, das Autogestões, com 14,83%, das Seguradoras, com 12,75%, das Filantrópicas, com 3,73% e 10,99% dos beneficiários correspondem às demais modalidades³². O maior percentual de beneficiários em planos antigos é encontrado na modalidade Autogestão e o maior percentual de planos posteriores à Lei 9656/98 é encontrado nas Cooperativas Odontológicas e nas Medicinas de Grupo.

Dentre os beneficiários de planos posteriores à Lei, 10,3% possuem mais de 60 anos de idade e 9,2% encontram-se na faixa etária de 50 a 59 anos. O maior percentual de beneficiários acima de 60 anos é encontrado nas Filantrópicas (17,7%), nas Autogestões (14,9%) e nas Cooperativas Médicas (12,7%).

A análise por Classificação de Operadora, consideradas as diversas Regiões, aponta para maior percentual de beneficiários em Cooperativas nas Regiões Norte, Sul e Centro Oeste e maior percentual nas Medicinas de Grupo, nas regiões Sudeste e Sul do país.

32 Administradoras, Odontologias de Grupo e Cooperativas Odontológicas.

6.2 Informações sobre Operadoras

Os dados disponibilizados sobre operadoras na página da ANS originam-se do Cadastro de Operadoras (CADOP) para a competência dezembro de 2003, em um total de 2.277 operadoras, predominantemente, da Região Sudeste (59,5%).

Na análise dessas operadoras quanto aos beneficiários informados obtivemos os seguintes percentuais:

- 21,6% não informam beneficiários,
- 19,0% informam menos de 1.000 beneficiários,
- 35,7% informam entre 1.000 e 10.000 beneficiários,
- 21% informam entre 10.001 e 100.000 beneficiários e
- 2,5% mais de 100.000 beneficiários.

A análise das operadoras considerando produtos registrados até 31/12/2003:

- 20,0% não possuem produtos registrados,
- 47,6% possuem até 10 produtos,
- 26,7% de 11 a 50 produtos,
- 4,1% de 51 a 100 produtos,
- 1,5% mais de 100 produtos registrados.

6.3 Informações sobre Produtos

Do total de produtos registrados e ativos, somente 41,7% – o correspondente a 1.781 operadoras – apresentam beneficiários. A maioria desses produtos tem 10.001 a 50.000 beneficiários informados (35,4%), enquanto outros 29,3% estão na faixa de 1.001 a 10.000 beneficiários.

No sistema RPS, em 31/12/2003, havia o registro de 32.975 produtos, dos quais 38,3% de Cooperativas Médicas, 34,67% de Medicinas de Grupo, 9,66% de Seguradoras, 5,69% de Filantrópicas, 2,12% de Autogestões, 9,76% de Cooperativas Odontológicas e Odontologias de Grupo.

Em relação à assistência médica oferecida, denominamos os produtos registrados ativos, que envolvem as segmentações “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”,

“ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontologia” e “referência”³³, como “*produtos de cobertura plena*”. Procedemos à subdivisão em dois grupos de acordo com a abrangência geográfica, ou seja, abrangência nacional ou qualquer outro tipo de abrangência geográfica diferente de nacional – Estadual, Grupo de Estados, Municipal ou Grupo de Municípios.

Do total de produtos no RPS foram contabilizados 14.975 produtos com cobertura plena, ou seja, 45,4% dos produtos ativos do banco.

6.3.1 Produtos de cobertura plena e abrangência nacional

Do total de produtos com cobertura plena, só 3.029 – de 262 operadoras - possuem abrangência nacional, o que significa que menos de 10% do total de produtos ativos do RPS oferecem cobertura integral em todo o país. Dentre estes, a quantidade de produtos de contratação coletiva é 2,1 vezes superior à de produtos individuais, uma vez que 67,2%, 2.037 produtos, possuem contratação coletiva – considerados, em conjunto, “coletivo empresarial” e “coletivo por adesão” – e, 32,8%, ou seja, 992 produtos, são contratados individualmente. A maior quantidade dos produtos de cobertura plena pertence a Cooperativas Médicas tanto contratados individualmente (82,3% dos produtos) como de forma coletiva (72,3% dos produtos).

O número de hospitais informado como rede a esses produtos varia significativamente desde um hospital até milhares deles. Encontramos 148 produtos que não informaram a rede hospitalar utilizada. Não nos detivemos na análise das características da rede, uma vez que os dados lançados no sistema são apenas o registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), a Razão social, a Unidade da Federação e o Município. Não há dados da capacidade instalada dessas unidades, embora tais informações sejam disponibilizadas à ANS sempre que se faz necessário avaliar alterações na rede hospitalar das operadoras.

33 Art 10 da Lei 9656/98 - É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

6.3.2 Produtos de cobertura plena de outras abrangências geográficas

Os produtos de cobertura plena e de abrangência diferente da nacional totalizam 11.946 produtos de 1.034 Operadoras, dos quais são 46,1% de Medicinas de Grupo, 32,9% de Cooperativas Médicas, 10,3% de Seguradoras e 10,3% de Autogestões. Os produtos de contratação coletiva representam aproximadamente 60% desse conjunto e a grande maioria (71,37%) do tipo de abrangência encontrada é de Grupo de Municípios.

A síntese com o número de produtos registrados no RPS, em 31/12/2003, e suas respectivas características compõem a Tabela 13. Ainda existem produtos com características não compatíveis com aquelas permitidas na legislação em vigor (RDC 04/ 00) para segmentação, abrangência ou contratação, a que denominamos *resíduo*. A avaliação dos números do banco de produtos deverá levar em conta o dinamismo do processo, uma vez que, além do registro, se transferem ou cancelam produtos na mesma base de dados.

Tabela 13 – Quantidade de produtos no RPS em 31/12/2003 por Segmentação, Abrangência e Contratação com relação ao tipo de cobertura

Segmentação ^a	Abrangência ^a	Contratação ^a				Resíduo ^e	
		Individual	Coletiva ^d	Total			
Com cobertura plena ^b	Nacional	992	2.037	3.029	-		
	# de Nacional ^c	4.913	7.033	11.946	-		
	Total	5.905	9.070	14.975	-	Total do	
Sem cobertura plena ^b	Nacional	867	1.452	2.319	-		
	# de Nacional ^c	5.468	4.962	10.430	-	31/12/03	
	Total	6.335	6.414	12.749	-		
Total do RPS	Nacional	1.859	3.489	5.348	686	6.034	
	# de Nacional	10.381	11.995	22.376	4565	26.941	
	Total	12.240	15.484	27.724	5.251	32.975	

a - Características legais do Produto

b - Definição da autora englobando as segmentações “Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia” associada ou não a Odontologia e “Referência”

c - Qualquer Abrangência diferente de Nacional (Estadual, Grupo de Estados, Municipal ou Grupo de Municípios)

d - Juntamos coletivo empresarial com coletivo por adesão

e - Produtos que requerem adequação de segmentação, abrangência ou contratação de acordo com a RDC 04/00 que regulamentou o registro

Fonte – Sistema RPS / ANS. Acesso em 24/02/2004

6.4 Informação de dados assistenciais

Outro banco de dados da Agência, o Sistema de Informações de Produtos (SIP), de periodicidade trimestral, foi criado³⁴, em 2002, com a finalidade de avaliar alguns dados da assistência médica e odontológica prestada aos beneficiários de planos de saúde. Os dados solicitados contemplam o número de expostos³⁵, de eventos³⁶ e despesas assistenciais por item de despesa³⁷, tipo de plano e grupo de beneficiários³⁸. Na avaliação de técnicos da ANS, as informações recebidas a partir do primeiro trimestre de 2002 demonstram ainda a existência de inconsistências, atribuídas principalmente a interpretações equivocadas das definições constantes do glossário e também à dificuldade de obtenção dessas informações assistenciais junto aos prestadores de serviços de saúde.

Em agosto de 2003, o percentual das operadoras que enviaram informações ao SIP atingia 72,9% do universo de operadoras registradas – 100% das Seguradoras, 82,1% das Autogestões, 67,8% das Medicinas de Grupo – o que engloba 92% da quantidade de beneficiários informados à Agência.

Os itens de despesa assistencial são divididos em Atendimentos ambulatoriais, Exames, Terapias, Internações e Consultas Médicas. A Tabela 14 registra a posição, em setembro de 2003, das frequências de utilização anualizadas³⁹ por item de despesa e tipo de contratação do produto com base no número de eventos e beneficiários expostos. Os dados foram agrupados por tipo de contratação do plano e evidenciou resultados diferentes, no caso de o plano ser individual ou coletivo.

Os índices encontrados para consultas médicas são superiores àqueles parâmetros do setor público – 2 a 3 consultas/ hab /ano – tanto nos planos individuais como nos coletivos,

34 Normalizado pela RDC 85/02 e alterado posteriormente pela RN 61/03.

35 Exposto é o beneficiário com direito a usufruir a assistência à saúde, no item de despesa assistencial em questão, durante o período devido. Por exemplo: um beneficiário que tem o direito a consultas médicas é um exposto para o item de despesa assistencial “Consultas médicas” e pode não ser um exposto para o item de despesa “Exames complementares”, caso não tenha cumprido o período de carência estabelecido para exames complementares.

36 Somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

37 Subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais devem ser incluídas e não devem ser informadas em mais de um item, para evitar duplicidade. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante “pacotes de procedimentos” ou “captation”, todos os atendimentos e despesas que os compõem devem ser distribuídos nos itens de despesa assistencial.

38 Para efeito do SIP, consideram-se beneficiários as pessoas físicas que contratam o plano privado de assistência à saúde ou aderem ao plano coletivo contratado por pessoa jurídica junto à operadora e seus dependentes.

39 Frequência anualizada com base nos dados dos primeiros semestres de cada ano, uma vez que o prazo da entrega do último trimestre de 2003 seria o último dia útil do segundo mês subsequente. Calculadas considerando-se o número de eventos e de beneficiários expostos.

que apresentaram respectivamente 5,75 e 4,29 consultas por beneficiário em 2003. As taxas de internação, também superiores às do setor público – 7 a 9% – foram 19% nos planos individuais e 15% nos planos coletivos.

Tabela 14 – Dados de utilização no SIP por item de despesa e tipo de contratação dos planos em 2003

Itens de Despesa (Eventos / beneficiário)	Produtos de Contratação Individual e familiar	Produtos de Contratação Coletiva	Total
Atendimentos ambulatoriais	1,49	1,16	1,25
Exames Complementares	11,75	7,82	8,86
Terapias	1,43	0,98	1,09
Internações	0,19	0,15	0,16
Consultas Médicas	5,75	4,29	4,67

Fonte: Sistema de Informações de Produtos - SIP - ANS/MS

Os exames e as terapias mantêm padrão de utilização maior nos produtos de contratação coletiva que nos de contratação individual. Comparações com dados do setor público requerem que os percentuais de exames e terapias refiram-se ao total de consultas realizadas e não por beneficiários.

O maior padrão de utilização observado nos planos indivíduos pode ser explicado pela figura do *risco moral*⁴⁰ que ocorre na presença de um seguro pleno quando há tendência à sobreutilização de serviços, já que, para o usuário do plano individual, isto aparentemente ocorre com custo zero, enquanto nos planos coletivos é mais freqüente a co-participação no atendimento (Cf. ANDRADE e LISBOA, 2001; WANICK, 2002; FARIAS, 2003).

⁴⁰ Risco moral – é um tipo de situação encontrada em diversas relações econômicas associada à existência de incertezas e a racionalidade limitada dos agentes. Estes fatores impedem a existência de um contrato completo e acabam por determinar a ausência de incentivos adequados para a utilização eficiente dos recursos. Quando os contratos não definem exatamente a atribuição de custos e benefícios, as partes envolvidas podem alterar seu comportamento de maneira oportunista. No seguro saúde a possibilidade de acesso sem custo adicional aliada à assimetria de informação, incentiva o indivíduo a estender sua demanda além de um nível ótimo.

CAPÍTULO VII - O SETOR SUPLEMENTAR

Admite-se hoje que a assistência prestada apresenta dificuldades em garantir cobertura total à clientela seja por custos seja pela composição de suas carteiras ou, principalmente, pela própria administração da empresa.

A par das exigências de cobertura impostas pela regulação, outros aspectos advindos de inovações tecnológicas em equipamentos, procedimentos médicos ou medicamentos e algumas questões de caráter médico – tais como: tratamentos estéticos, inseminação artificial, medicamentos importados, medicamentos domiciliares, transplantes, atendimento a dependência química e a pré-existência de doenças – causam impacto significativo à cobertura do plano de saúde anteriormente oferecida. Dentre as soluções possíveis à profissionalização da gestão, o gerenciamento do custo por patologia, programas de prevenção, interação com o profissional médico, criação de centros de referência e conhecimento mais detalhado da clientela poderiam ser listados como alternativas (CATAPRETA, 2003).

Algumas experiências com dados de oferta têm sido trabalhadas em algumas operadoras, subdividindo a rede de acordo com a quantidade de beneficiários no local e definindo especialidades e seus quantitativos de acordo com a clientela, embora sem um referencial técnico que limite. O mais comum é que as operadoras não trabalhem com dados de oferta e sim com dados de utilização. Historicamente, no setor, o tamanho da lista de prestadores credenciados sempre foi trabalhado como estratégia de *marketing* para vendas, com efeitos positivos que perduram até hoje quando da disputa em certames licitatórios.

7.1 Estudo de caso – Enfoque da avaliação da rede de serviços na Sul América

Segundo narrativa do Dr Pedro Fazio, Diretor do grupo Sul América, a Ford do Brasil foi ao mercado, em meados de 1970, procurar uma empresa do ramo de seguros que estivesse interessada em desenvolver um modelo de assistência médica com base em uma experiência americana. Em parceria com eles, a Sul América criou a Gerência de Saúde, que

acompanharia o primeiro plano administrado⁴¹ do mercado. O segundo cliente da Sul América, em moldes similares, foi a General Motors do Brasil e, durante vinte anos, a empresa atuou no setor saúde através de planos administrados.

Em 1989 – espelhada, talvez, na Medicina de Grupo – a empresa lançou o primeiro seguro saúde e, no ano seguinte, vendeu a primeira apólice. A base para precificação do seguro era o modelo de assistência desejado pelas empresas adquirentes e, em 1993, identificou-se a necessidade de revisão da estrutura de preços, introduzindo-se aspectos de ciência atuarial⁴².

No período seguinte, de 1993 a 1995, com a conformação de uma rede de prestadores de serviço, a Sul América incrementou significativamente suas vendas de planos individuais como conseqüência à estabilidade econômica que o país atravessava. O grande aumento de seguros individuais gerou a necessidade de novas estratégias de atuação para interface com os segurados, tais como a criação de *call center* e de apólices mais elaboradas.

A política em relação aos prestadores de serviços foi a da definição de Termos de Compromisso, como instrumentos de adesão à empresa, com garantias de ressarcimento das despesas efetuadas. O referenciamento de prestadores cresceu de 1990 a 1995 e, no último ano desse período, foi grande o esforço para atrair rede. No período entre 1998–1999, o gerenciamento da oferta quer quantitativo quer pela óptica de preço se fez necessário como opção estratégica. Para lidar com o preço, o caminho escolhido foi o do congelamento, ou seja, ausência de reajuste para determinados itens.

No que tange ao quantitativo de prestadores, a opção foi o descredenciamento de alguns com base em determinados critérios, tais como: ausência de faturamento nos últimos doze meses; procedimentos de auditoria de sinistros; pesquisas de satisfação de usuários; e checagem do atendimento apresentado para faturamento. Paralelamente, os ‘contratos’ iniciais com os prestadores evoluíram para a identificação da especialidade e dos serviços contratados; enquanto isso, na empresa, vários sistemas internos começavam a operar de modo interligado, o que levou a restrições nas faturas apresentadas para cobrança.

41 Plano administrado – plano em cuja administração as operadoras não correm nenhum risco; recebem um percentual ou valor fixo por beneficiário, acrescido dos custos efetivamente realizados pelos clientes. É um plano comercializado por todos os tipos de operadora.

42 Ciência Atuarial é a base para os cálculos que garantem o contrato. Ainda pouco conhecida do público adquirente dos Planos de Previdência Privada, em que pese o assunto seja objeto de estudos por matemáticos e estatísticos desde o século XVII, só recentemente foi introduzida como ferramenta para formação de preços em planos e seguros de saúde.

A Auditoria Médica, criada em 1995, decidiu efetuar uma redução da rede. A empresa tinha como certo o fato de que a percepção do consumidor estaria voltada para o Hospital e o Pronto Socorro e que ele não se incomodava com a consulta, já que lhe era habitual a troca de médicos entre as diversas especialidades, à exceção de Ginecologia, Obstetrícia e Psiquiatria. Houve consenso de que o credenciamento inicial não criterioso demandava uma revisão com a conseqüente redução de rede até o ponto em que a percepção de qualidade do cliente permitisse.

Em um primeiro momento, os credenciamentos foram suspensos, mas a rede ainda permanecia aparentemente superior ao necessário, identificando-se a necessidade de uma segunda etapa de cortes. Foi criado um sistema de monitoramento, com critérios que permitissem agregar outras facetas à avaliação, de modo a conjugar volume com qualidade.

Começaram a ser assumidos, na empresa, critérios profissionais que imprimissem qualidade de atendimento com o respaldo das Sociedades Médicas, assim como foi identificada a necessidade de substituição de um sistema baseado no pagamento por procedimento por outro, com enfoque no diagnóstico e a possibilidade da utilização de protocolos clínicos como ferramentas gerenciais.

O ano de 1995 representou um marco de avaliação na rede de prestadores de serviço de natureza física, definindo-se critérios de dimensionamento com base na revisão da quantidade de consultas pagas, de credenciados por especialidade e quantitativo de beneficiários, criando-se um “índice Brasil” que serviria de parâmetro para o futuro. Os índices foram aferidos por segurado, considerando-se o percentual de eventos totais pagos, e divididos em grupos, identificados por sexo e faixa etária de acordo com metodologia própria da empresa.

As redes foram estratificadas, tendo os municípios por base geográfica e considerando o número de especialidades locais ofertadas de acordo com o número de usuários. Procedeu-se à classificação das redes em básica (50 a 200 vidas⁴³), intermediária (201 a 999 vidas) e completa (mais de 1000 vidas).

A base geográfica para a aplicação dos critérios de dimensionamento em grandes municípios e com alta concentração de segurados, como na cidade de São Paulo, considerou as zonas existentes para planejamento e, em alguns casos, até bairros que, muitas vezes, são maiores do que algumas zonas. Utilizaram-se critérios de regionalização intermunicipal para

⁴³ As seguradoras especializadas em saúde herdaram a terminologia do mercado segurador em geral.

atender a municípios com pequeno número de segurados, levando em conta o padrão definido pela empresa.

No período compreendido entre 1995 e 2000, o total de prestadores aumentou de 12.000 para cerca de 33.000, quando cresceu, na empresa, um movimento para que o “Índice Brasil” dos serviços pagos fosse utilizado como critério para avaliação de novos credenciamentos no local. Esse critério passou a ser utilizado na revisão do quantitativo de prestadores existentes, junto à implantação de uma política de visita qualitativa, e como ferramenta da Auditoria.

As Centrais telefônicas (*call center*) representaram um termômetro da disponibilidade de rede e, quando as reclamações diziam respeito à restrição de acesso a alguma especialidade, justificavam a procura de credenciamento local para a situação específica.

Para internações, a Seguradora utilizou o critério de necessidade de 1 internação/ mês/ 1.000 segurados. Não houve preocupação parametrizada com o quantitativo ou a localização de leitos, o que começa a se fazer necessário frente a exigências da regulação no que diz respeito à substituição de unidades hospitalares.

A título de exemplo analisamos isoladamente, no corrente ano, um plano da empresa no município de São Paulo, o qual, mesmo levando em conta os padrões próprios de utilização, aponta para o excedente de profissionais em quase todas as especialidades cirúrgicas em nível ambulatorial, menor excedente nas especialidades clínicas e diagnósticas e déficit em algumas áreas de terapia.

Os índices descritos pela Sul América não foram comparados com outros padrões de utilização quer nacionais ou internacionais e são resultado unicamente das informações de serviços pagos pela Seguradora até 1995 – portanto, anteriores ao advento da Lei 9656/98. Há previsão de revisão e atualização destes, mantidas, a princípio, as características atuais de configuração do levantamento de dados e dos critérios de aferição.

7.2 Algumas taxas de utilização do setor

Segundo a divulgação das entidades representativas do setor de saúde suplementar, os resultados dos índices de utilização encontrados são superiores àqueles dos parâmetros assistenciais verificados no SUS. Esses índices, calculados em função do número de beneficiários, atendem a uma lógica que tem por base gastos e custos. São contabilizados os números de consultas e exames por beneficiários, o número de exames por consulta, a taxa de

internação, a média de permanência em dias de internação e alguns procedimentos de alta complexidade ou de maior impacto financeiro. Em linhas gerais, os departamentos de Auditoria Médica dessas empresas utilizam alguns desses itens em suas atividades rotineiras, sem que haja padronização no setor.

Do segmento de Autogestões, nossa fonte foi a Pesquisa da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde⁴⁴ (UNIDAS) 2002, auto-administrada e realizada à distância, via Internet, com a colaboração técnica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Essa pesquisa foi encaminhada a 300 empresas e contou com 85 participantes no período pesquisado, de julho de 2001 a junho de 2002. Embora represente um número grande de empresas, não se tratou de grupo estatisticamente selecionado. A informação da produção das Autogestões envolvidas na citada pesquisa é a média mensal de consultas ambulatoriais e os principais exames complementares, no período 2001/2002, tendo sido apresentada em valores absolutos sem a informação do total de beneficiários envolvidos (UNIDAS, 2002).

Na tentativa de ampliar o conhecimento do setor suplementar solicitamos a algumas operadoras, de diferentes tipologias, os seus dados de utilização para os itens selecionados com que trabalhamos. Obtivemos informações da Caberj⁴⁵ (Autogestão), da Golden Cross⁴⁶ (Medicina Grupo), Sul América⁴⁷ (Seguradora especializada) e Unimed de Belo Horizonte⁴⁸ (Cooperativa Médica). O período compreendido foi sempre de doze meses.

Como as operadoras utilizam índices por beneficiários, procedemos ao cálculo por consulta, naqueles casos informados, para compararmos com os parâmetros públicos. No caso de Mamografias, cujo referencial é o total de Exames de Radiodiagnóstico, fizemos um cálculo estimado do parâmetro e, no caso das Litotripsias, não há referenciais na 1.101/ 02.

Os índices de utilização encontrados são superiores em quase todos os itens selecionados aos parâmetros do setor público, exceção feita ao caso das sessões de Hemodiálises, cujos valores encontrados estão próximos dos valores públicos. Os parâmetros públicos são para a Terapia Renal Substitutiva como um todo e incluem outros procedimentos, bem como, a Hemodiálise é um procedimento de referencial técnico bem definido, com rigoroso protocolo clínico de ingresso e acompanhamento, não estando sujeito à demanda espontânea. Os valores encontrados para os outros itens pesquisados são

44 Fornecida por Maria Beatriz Coacci.

45 Dados fornecidos pelo Dr. José Paulo Macedo, Superintendente Técnico Operacional da empresa.

46 Dados fornecidos pela Dra Liliane Aparecida Pace Souza, Gerente Técnica

47 Dados fornecidos pelo Dr Pedro Fazio, Diretor do grupo Sul América.

48 Dados fornecidos pela Dra Aída Santana.

semelhantes nas operadoras, embora estas apresentem tipologias distintas, possuam características próprias de rede e gerenciamento, o que justificaria uma coleta de dados ampliada para avaliação mais acurada.

No caso de Tomografias e Ressonâncias Magnéticas observam-se menores índices na Cooperativa, seguida da Autogestão, da Medicina de Grupo, ao passo que os maiores valores são encontrados na Seguradora.

Tabela 15 – Dados de utilização de Operadoras do Setor Suplementar, em 2003, para Tomografias, Ressonâncias, Mamografias, Radioterapia, Hemodiálise e Litotripsia e parâmetros da Pt 1.101 / 02

Eventos	Golden Cross*		Caberj**		Sul América**		Unimed BH**		PT 1.101/ 02
	Eventos/ benef	% total consultas	Eventos / benef	% total consultas	Eventos/ benef	% total consultas	Eventos/ benef	% total consultas	
Consultas	4,38		4,87		4,56		6,2		2 a 3
Tomografias	0,08	1,74	0,07	1,53	0,090	1,98	0,08	1,23	0,200
Ressonâncias	0,06	1,32	0,06	1,14	0,068	1,50	0,02	0,26	0,040
Mamografias	0,15	3,48	0,15	3,06	–	–	0,13	2,08	0,23 a 0,37*
Radioterapia	0,10	2,30	0,13	2,58	–	–	–	–	1,07 a 1,37
TRS									0,65 a
Hemodiálise	0,02	0,46	0,02	0,47	–	–	0,03	0,53	2,09
Litotripsia	0,003	0,08	0,003	0,06	0,009	0,21	0,002	0,03	#

Mamografia: percentual calculado - CP 01/00 Valor embutido no percentual de radiodiagnóstico na PT 1.101.

Hemodiálise: Os parâmetros são de TRS como um todo

- Os dados não foram disponibilizados.

Não existem parâmetros na PT 1.101/ 2002.

Fonte: Dados enviados pelas Operadoras referentes a 12 meses (*dez 02 a nov 03 e ** Jan 03 a Dez 03).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o desenvolvimento dos serviços de saúde públicos e privados foi pautado pela ausência de critérios quanto à sua localização e dimensão. Acompanhando essas características dos serviços, também os equipamentos se distribuíram de maneira desigual, levando a formação de uma rede fragmentada e desarticulada.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, emanado pela Constituição de 1988, consolidou, ao longo dos últimos anos, um sistema múltiplo, segmentado, com participação crescente do setor privado de serviços, planos e seguros de saúde. A estratégia do Ministério da Saúde de redução das diferenças regionais na alocação de recursos levou a um aumento de oferta – principalmente, às custas de unidades de pequeno porte e complexidade e não de maneira uniforme.

Do ponto de vista econômico, não há base populacional em muitos municípios para que seja implantada uma rede complexa, fato que já resultou em orientação para que a organização da assistência levasse em conta a integração de municípios para suprir eventuais necessidades.

Assim, o sistema de saúde brasileiro tem, como base estrutural principal, o segmento privado, que comercializa serviços para o setor público, para o privado e para planos de saúde. A maioria das unidades hospitalares no país é de pequeno porte e de baixa complexidade.

Com o objetivo de oferecer subsídios ao regime de regulação para o monitoramento da adequação da rede de prestadores de serviço, analisaram-se parâmetros para o dimensionamento de serviços, de equipamentos e de profissionais na atenção à saúde uma vez que a restrição organizacional ou territorial da oferta desses itens pode afetar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Consideraram-se os parâmetros nacionais existentes para o setor público, o perfil da oferta no Brasil, obtido da AMS 2002 e o padrão de oferta dos países da OCDE em relação a serviços de atenção hospitalar, atenção ambulatorial e número de médicos em atividade.

A pesquisa AMS 2002 identifica que 36,3% das unidades trabalham com planos de saúde próprios ou de terceiros, existindo maior concentração nas Regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. Em destaque, o Distrito Federal, onde 75,6% das unidades atuam com planos de saúde. A maioria trabalha para 5 a 20 operadoras, conquanto existam 318 unidades registradas com mais de 100 operadoras. Dentre as unidades com internação e com planos, a grande maioria trabalha somente com convênios, embora um percentual atue também com planos próprios.

Dos serviços existentes, apenas 31,7% estão localizados nessas unidades com internação. O quantitativo de equipamentos em uso – com incremento de 50% em relação à pesquisa AMS 99 – tem maior concentração no Sudeste, ainda que a maior relação equipamento/ milhão de habitantes seja encontrada na Região Sul.

Todas as tecnologias estudadas neste trabalho tiveram incremento no período, dentre as quais, o maior foi o relativo aos equipamentos de Ressonância Magnética. Considerados os parâmetros públicos – PT 1.101/02 - as quantidades totais encontradas de Tomógrafos Computadorizados e Aceleradores Lineares são insuficientes no Brasil, ao passo que o número de Ressonâncias e Mamógrafos é superior ao necessário. Nos quatro itens, a distribuição no Norte e Nordeste é bem inferior às necessidades.

A comparação entre o indicador leitos/ 1.000 habitantes e a pesquisa AMS 99 mostra redução em todas as regiões tanto no setor público como no privado. A quantidade de leitos de cuidados intensivos é inferior ao parâmetro público em todas as regiões do país.

O quantitativo de médicos em atividade se concentra igualmente no Sudeste e Sul do país sendo que a relação Médicos/ 1.000 hab é inferior ao parâmetro público em 11 Unidades da Federação, e a média nacional nas Regiões Norte e Nordeste, embora tenha apresentado variações positivas se comparados a pesquisas anteriores.

A pesquisa AMS requer, na nossa avaliação, revisão de aspectos na coleta de dados de Equipamentos - a especificação de pontos para Hemodiálise, a inclusão da Braquiterapia e a exclusão de Radioimunoensaio em Radioterapia – bem como a inclusão de novos itens, como Litotripsia, Holter, Polissonografia. Mesmo trazendo elementos para a análise da distribuição da rede assistencial também pela óptica da Saúde Suplementar, deixa de contemplar itens como consultórios particulares e pequenas clínicas ambulatoriais, que apontariam para unidades importantes na caracterização da porta de entrada do setor.

Comparando-se os dados de oferta no Brasil com aqueles da oferta internacional encontramos quantitativos nacionais inferiores, mesmo nas situações em que o parâmetro público foi atingido. A análise isolada da Região Sudeste diminui as diferenças encontradas.

A média dos gastos públicos com saúde nos países da OCDE esteve em torno de 72% do gasto total, enquanto o Brasil apresenta um percentual de gastos públicos bastante inferior (41,6%) e semelhante ao dos Estados Unidos. O percentual do gasto com seguro saúde no gasto privado em saúde para o Brasil foi de 35,1%, superior aos 18,4% da média dos países da OCDE e inferior àquele dos Estados Unidos (62,8%).

A oferta das tecnologias por milhão/ hab, número de leitos e de médicos por 1.000 hab no Brasil é inferior à oferta média dos países da OCDE, mas os Mamógrafos/ milhão hab, embora em índices inferiores à média da OCDE, são superiores aos valores nos Estados Unidos. Embora a quantidade de equipamentos de Ressonância Magnética no país seja superior aos valores recomendados pela PT 1.101/ 02, essa oferta por milhão de habitantes é menor se comparada à média dos países da OCDE tanto no Brasil como na Região Sudeste.

A realidade internacional também aponta para uma diminuição do percentual dos gastos com atenção hospitalar nos gastos com atenção médica global. Ocorreram variações positivas em todos os países que enviaram a informação para itens como Tomógrafos ou equipamentos de Radioterapia na década de 1990-2000.

Há evidência de que a disponibilidade da oferta de serviços médicos em escala nacional é inferior, em alguns itens, aos parâmetros definidos pela Portaria 1.101/ 02, mesmo reconhecendo que, em procedimentos isolados, os parâmetros públicos vigentes tenham pouca consistência, porque foram baseados em produção de serviços e não há suficiência destes em todas as regiões do país. Naqueles itens em que se verifica compatibilidade, existe marcante concentração regional, o que nos leva a formular a hipótese de que a restrição organizacional ou territorial na oferta desses itens dificulta o acesso e a utilização dos serviços de saúde, comprometendo a cobertura assistencial integral pretendida.

A criação da ANS e a opção de atuar sobre o plano oferecido, definindo o atendimento a um rol ou conjunto mínimo de procedimentos assistenciais, provocou mudanças estratégicas na ação de operadoras de planos e seguros de saúde, prestadores de serviços e consumidores. As operadoras que não tinham como preocupação a adequação da qualificação de prestadores, mas consideravam o tamanho da rede prestadora de serviços como estratégia concorrencial, passaram a ter obrigatoriedade da oferta de serviços que atenda

a um padrão de cobertura definido pelo regulador, e, com limitações impostas ao remanejamento da oferta no caso dos hospitais.

Dos planos registrados na ANS até dezembro de 2003, um percentual de 45,4% se enquadra nas segmentações que oferecem cobertura médica integral e, destes, aproximadamente 20% têm características de abrangência nacional. O número de hospitais informado como rede a esses produtos varia significativamente desde um hospital até milhares deles. Alguns produtos permanecem sem rede, devendo ser avaliado se houve falha no registro ou se existem dentre eles, produtos de livre escolha de rede.

Embora não haja hoje na ANS dados da capacidade instalada dessas unidades, a evidência de insuficiência de oferta de serviços em muitas UFs leva a necessária identificação de mecanismos de composição de oferta que possam atender as necessidades de saúde dos beneficiários do sistema. As análises técnicas quando da substituição de unidades deverão considerar aspectos de limitações de rede local, ainda mais em unidades hospitalares, que são as únicas com obrigatoriedade de registro com o produto.

Algumas experiências de planejamento da oferta tem sido trabalhadas por algumas operadoras, subdividindo a rede de acordo com a quantidade de beneficiários, embora sem um referencial técnico definido. Basicamente trabalham com dados de utilização para definir suas necessidades e possíveis restrições de acesso. Referem índices por beneficiários, numa estratégia voltada basicamente para custos e a par da competência de gestão que vêm agregando a seu negócio, necessitam provar que contam com suporte profissional que garanta o produto oferecido com a visão global do processo.

Apesar das restrições de oferta – principalmente, no tocante a componentes de atendimento ambulatorial especializado, representado aqui, pelo uso de tecnologias, em algumas áreas – os dados de utilização de serviços do SIP e das quatro operadoras pesquisadas, revelam índices superiores àqueles do setor público, o que justifica, a princípio, uma coleta de informações mais abrangente junto a operadoras do mercado, que permita ampliar a base de análise em situações específicas, de caráter regionalizado.

Tal fato não é observado quanto às sessões de Hemodiálise – dados de três operadoras –, em que os valores encontrados estão próximos da faixa esperada na PT 1.101/02. Mesmo que se leve em conta que os parâmetros públicos dizem respeito a toda a Terapia Renal Substitutiva, incluindo outros procedimentos, tal fato poderia ser explicado pelo referencial

técnico bem definido que a Hemodiálise possui, com rigoroso protocolo clínico de ingresso e acompanhamento, sem estar sujeita à demanda espontânea.

Em procedimentos como Tomografias e Ressonâncias Magnéticas, os índices superiores ao parâmetro público apresentam menores níveis na Cooperativa, seguidos da Autogestão, da Medicina de Grupo, enquanto os maiores valores são encontrados na Seguradora.

Certamente influencia hoje na atuação da ANS o fato de ter sido criada quando era escasso o conhecimento do mercado a ser regulado e sem que houvesse definição prévia de seu arcabouço jurídico. Lidava com quadro técnico insuficiente, a ser formado em seu cotidiano e requer política salarial adequada à sua fixação no setor. Constitui grande desafio a definição do grau de intervenção que requer a regulação em saúde. Deverão ser estabelecidos indicadores que permitam avaliar se houve ganho em eficiência econômica, administrativa e principalmente em qualidade assistencial com as medidas implementadas.

No Brasil, ainda estamos em etapa preliminar desse debate no segmento de planos e seguros de saúde pela completa inexistência de parâmetros claros que regulem essa oferta e pela falta de consenso nos diversos segmentos de mercado da necessidade dessa padronização. A oferta de tais insumos pelo segmento de saúde suplementar pode estar sofrendo séria restrição, quando analisada em perspectiva nacional, comprometendo análises de qualidade assistencial se não há suficiência de serviços.

A análise dos índices de utilização, no entanto, revela números superiores aos dos parâmetros públicos, o que justifica um estudo mais abrangente, que trabalhe índices próprios do setor. Os dados de Hemodiálise podem apontar para o fato de que protocolos definidos poderão representar instrumentos das operadoras para o gerenciamento do atendimento aos clientes, além do acompanhamento permanente de indicadores que apontem para o aprimoramento das ações de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v.13, n°4, p. 659-676, out-dez, 1997.

_____. Mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *Texto de Discussão IPEA n599*. Brasília, 1999.

ANDERSEN et al. Managed Behavioral Health care Services. In: KONGSTVEDT, Peter. *The Managed Care – Health Care Handbook*. Maryland: An Aspen Publication, 1996.

ANDRADE, M.V. e LISBOA, M. Economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M.B. e MENEZES FILHO, N.A. (Org.). *Microeconomia e Sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001.

ANDREAZZI, M. F. S. *Teias e tramas: Relações Público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90*. Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANELL, A e WILLIS, M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health*, v.78, n°6, p. 770-778, 2000.

BAHIA, L. Reestratificação das clientela para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil. Rio de Janeiro, 1991. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, Fundação Instituto Osvaldo Cruz – Fiocruz.

_____. Mudanças e padrões da relação público privado: seguros e planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP, Fundação Instituto Osvaldo Cruz – Fiocruz.

_____. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* (São Paulo), v.6, n°2, p. 329-339, 2001.

BERMAN, P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health*, v.78, n°6, p. 791-802, 2000.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Lei 9656*, 03 jun. 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência a saúde. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil). Brasília, 4 jun. 1998. Seção1, p. 1.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu 10*, 3 nov. 1998. Dispõe sobre a elaboração do Rol de Procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura da assistência. Brasília, 1998.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu 12*, 3 nov. 1998. Dispõe sobre a cobertura de transplantes e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência a saúde. Brasília, 1998.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Lei 9961*, 28 jan. 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil), Brasília, 29 jan. 2000. Seção 1.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 4*, 18 fev. 2000. Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2000.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 67*, 07 maio 2001. Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Consu 10, 3 nov. 1998. Rio de Janeiro, 2001.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 68*, 07 maio 2001. Estabelece normas para adoção de cláusulas de cobertura parcial temporária, e institui o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade. Rio de Janeiro, 2001.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Nota Técnica GGRHP/DIPRO/ 06/ 2001*, jun. 2001. Estudo de critérios para formação de rede. Rio de Janeiro, 2001.

_____.AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 85*, 25 set. 2001. Institui o SIP (Sistema de Informações de Produtos) para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários. Rio de Janeiro, 2001.

_____.MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Gabinete do Ministro, *Portaria n° 3046*, 20 jul. 1982. Brasília, 1982.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. *Manual da Atenção Básica*. Brasília, 1998.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. *Organização e Programação da Assistência*. Subsídios para a programação da Assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília, 2001.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Consulta Pública 1, 08 dez. 2000. *Proposta de parâmetros assistenciais do SUS*. Brasília, 2002.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta Pública 3, 15 maio 2002. *Proposta sobre classificação hospitalar por portes*. Brasília, 2002.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete Ministerial. *Portaria 1101*, 12 jun. 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete Ministerial. *Portaria 2048*, 15 nov. 2002. Dispõe sobre parâmetros para urgências e emergências. Brasília, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete Ministerial. *Portaria 2.224*, 5 dez. 2002. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema único de Saúde. Brasília, 2002.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

BRESSER PEREIRA, L C. & GRAU CUNIL, N. *Entre o Estado e o mercado: O público não estatal*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

CHOLLET, D. J. e LEWIS, M. Private insurance: principles and practice. In: G. J. SSchieber. *Inovations in health care, proceedings of a Word Bank Conference*. Word Bank (Serie WB Discussion Papers, 365), Março 10-11, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário e PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n^o. 4, p. 907-923, 2002.

COSTA, Nilson do Rosário, RIBEIRO, José M., SILVA Pedro Luiz B., Melo Marcos André C. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado do setor saúde. *Revista de Administração pública* (Rio de Janeiro), v.35, n^o.2, p. 193-228, Mar/Abr, 2001.

COSTA, Ricardo C. R. *Dilemas da Reforma da Saúde no Brasil Frente à Globalização Financeira*. Niterói, 2000. 212p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense - UFF.

CUELLAR, Leila. *As agências reguladoras e seu poder normativo*. São Paulo: Dialética, 2001.

CUNHA, Paulo César Melo. *As Agências Reguladoras como Instrumento do Aparentamento Estatal - A Agência de Saúde Suplementar – ANS*. Rio de Janeiro, 2002. Trabalho produzido para o mestrado em Direito Empresarial da Universidade Cândido Mendes.

_____. *A Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

DUARTE, C. M. R. *Modelo organizacional da UNIMED – Estudo de caso sobre medicina suplementar*. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, Fundação Instituto Osvaldo Cruz – Fiocruz.

FARIAS, Luís Otávio e MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n^o.2, p.585-598, 2003. ISSN 1413-8123.

FAVERET, P. OLIVEIRA. P.J. A Universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n^o.3, p. 139-162, jun. 1990.

FAZIO, Pedro. Entrevista concedida a Luzia Lamosa Arantes, São Paulo, 2003.

FELDSTEIN, P.J. *Health Care Economics*. New York: Wiley Medical Publication, 1998.

GERTHAM, U. G. e JÖNSSON, B. Internacional comparisons of health: Theory, data and econometric analysis. In: A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*, v. 19, p. 259-270, 2000.

GUERRA, L. L. *Estratégia de serviços das empresas que operam planos / seguros de saúde no Brasil: Cooperativas, Empresas de Medicina de Grupo e Seguradoras*. Caderno de Seguros: teses. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2001.

HURST, J. Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bulletin of the World Health*, v.78, n°.6, 751-760, 2000.

IBGE. *Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária 2002*. Rio de Janeiro, 2002.

IPEA. *Tendências do sistema de saúde brasileiro – estudo Delphi / grupo coordenador Sérgio Francisco Piola, David Vivas Consuelo, Sólton Magalhães Vianna*. Brasília, 2001.

JÖNSSON, B. e ECKERLUND, I. Why do different countries spend different amounts on health care. Macroeconomic analysis of differences in health care expenditure. In: OCDE. *A disease-based comparisons of health systems*. What is best and at what cost? Paris, França: OCDE Publication, 2003.

LEITE, C.O. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

MAÇADA, A.C.G. *Sistema de planejamento de recursos da saúde*. Porto Alegre, 1992. Proposta (de Dissertação de Mestrado), PPGA/UFRGS.

MACHADO, M.H. (Coord.). *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MARINHO, A. MORENO, A.B. e CAVALLIN, L.T. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) IPEA Texto 848, dez 2001. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/Livraria/td.php?ano=2001>>. Acesso em: 13 set. 2003.

MATTOS, Paulo T. Lessa. Regulação Econômica e democracia: contexto e perspectiva na compreensão das agências de regulação no Brasil. In: FARIA, José Eduardo (Org.). *Regulação, Direito e Democracia*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

McKEE, M & HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health*, v.78, n°.6, p. 803-810, 2000.

McPAKE, B. & MILLS, A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health*, v.78, n°.6, p. 811-820, 2000.

MELO, P.H. O processo de regulação da Assistência Suplementar no Brasil. In: PIERANTONI, C. e VIANNA, C. (Orgs.). *Gestão de Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

MILLS, A. et al What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of the World Health*, v.78, n°.6, p. 325-330, 2000.

MONTONE, J. *Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

OCDE. *A Disease-based comparison of Health Systems*. What is best and at what cost? Paris, França: OCDE Publication, 2003.

_____. *A System of Health Accounts version 1.0 OCDE 2000*. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/8/0,2340,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html>. Acesso em: 03 fev. 2004.

_____. *OCDE Health Data 2003 – A comparative Analysis of 30 countries – CD*.

_____. Docteur, E.; Oxley, H. *Health-care systems: Lessons from the reform experience*. Dez. 2003. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2004.

PIOLA, Sérgio Francisco. *Análise comparada de sistemas de saúde: aprendendo com as diferenças*. In: IV Congresso Internacional de Gestão em Saúde CIEFAS, nov. 2002. São Paulo.

SANTANA, Angela. *Agências executivas e agências reguladoras - O processo de agencificação: Pressupostos do modelo brasileiro e balanço da experiência*. Apresentação no Seminário de Gestão Pública, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://aplicativos.planejamento.gov.br/CicloSeminarios/AngelaSantana.ppt>>. Acesso em: 08 mar. 2003.

SOUZA, Rosemary Gonçalves e BOLDSTEIN, Regina Cele de Andrade. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.º. 3, p. 481-492, 2002. ISSN 1413-8123.

UNIDAS. *Pesquisa nacional 2001/2002*. São Paulo, 2003.

UNIFESP. Oferta de vagas de residência médica reflete desorganização do mercado de trabalho. *Jornal da Paulista*, 1998. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed117/reside3.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2004.

WANICK, A.T.S. *Risco Moral, Seleção Adversa e Regulação no Mercado de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

WESTENT, G.P. e GROENEWEGEN, P. P. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? *Health Policy*, v.47, n.º.2, p.169-182, May 1999.

ANEXOS

Anexo 1

PORTARIA 1.101 / 2002

1. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

1.1. CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATEND. ODONTOLÓGICOS

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	% Total de Cons Progr	PARÂMETROS (por hab./ano)	
		Mínimo	Máximo
Consultas Médicas (Total)		2,00	3,00
Consultas Básicas de Urgência	12,00	0,24	0,36
Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma	3,00	0,06	0,09
Consultas Médica Básicas	63,00	1,26	1,89
Consultas Médicas Especializadas	22,00	0,44	0,66
Atendimentos Odontológicos		0,50	2,00

1.2. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	% média Brasil	PARÂMETROS (% total de consultas)	
		Mínimo	Máximo
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	26,88%	15,00	15,00
CLÍNICAS BÁSICAS	53,07%	62,70	62,70
Clínica Médica (inclui PSF)		34,50	
Ginecologia (inclui Mastologia)		15,50	
Obstetrícia		6,70	
Pediatria		6,00	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	20,05	22,30	22,30
Alergologia (inclui Imunologia)		0,20	0,20
Cardiologia		2,00	2,00
Cirurgia Geral		2,30	2,30
Dermatologia (inclui Hansenologia)		1,10	1,10
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)		0,20	0,20
Endocrinologia (inclui Metabologia)		0,40	0,40
Gastroenterologia		0,70	0,70
Hematologia		0,10	0,10
Medicina Física*		1,20	1,20
Nefrologia		0,10	0,10
Neurocirurgia		0,10	0,10
Neurologia		1,20	1,20
Oftalmologia		2,80	2,80
Oncologia		0,30	0,30

**1.3 PARÂMETROS RECOMENDADOS POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS
(Procedimento/ habitante/ ano ou % sobre o total de consultas)**

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	Variação Brasil - 2000 (Proc/hab/ano)	PARÂMETROS (Proc/Hab./ano)	
		Mínimo	Máximo
a) Procedimentos de Atenção Básica			
01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	2,28 a 6,34	2,28	6,43
02 - Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	1,06	1,67
03 - Ações Básicas Em Odontologia	0,40 a 1,60	0,40	1,60
04 - Ações Executadas por outros Prof Nível Superior	0,11 a 0,45	0,11	0,45
05 - Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	pactuação gestores		
b) Procedimentos Especializados			
07 - Proc Especializados, Médicos, Outros Nível.Superior e médio	0,54 a 0,84	0,60	1,00
07.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)		0,06	0,09
07.2. Consultas Médicas Especializadas		0,44	0,66
07.3 Demais procedimentos desse grupo		0,10	0,25
08 - Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,03 a 0,06	0,05	0,05
09 - Procedimentos Traumato-Ortopédicos	0,03 a 0,07	0,10	0,10
09.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.		0,07	0,07
09.2.Tratamento e/ou troca gesso		0,03	0,03
10 - Ações Especializadas Em Odontologia	0,01 a 0,04	0,04	0,06

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	Variação Brasil - 2000 (% total consultas)	PARÂMETROS (% total consultas)	
		Mínimo	Máximo
11 - Patologia Clínica	51,68 a 75,99	30,00	50,00
11.1. Exames Básicos: Bioquímica.Hemato. I a VI , microbiologia .	80,26	24,08	12,04
11.2. Exames Diferenciados: Hormônios I a VIII, Imunologia I,II,III	10,53	3,16	5,27
11.3. Exames Especiais de Imuno. IV a XII, diagnóstico em Genética, Patologia Clínica Ocupacional I, II, III, IV, líquido Amniótico, sinovial / derrame, líquido I e II, suco gástrico, urina I,II,III	7,12	2,14	1,07
11.4. Medicina nuclear in vitro I, II, III	2,09	0,63	1,05
12 - Anatomopatologia e Citopatologia	1,38 a 2,52	2,36	2,36
13 - Radiodiagnóstico	5,49 a 8,91	5,00	8,00
13.1. RX simples e Contrastado	94,75	4,74	7,58
13.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II	4,63	0,23	0,37
13.3. Proc. Esp. Radiol. I, II, III, IV, V	0,32	0,02	0,03
13.4. Angiografias	0,24	0,01	0,02
13.5. Neuroradiologia	0,06	0,00	0,00
14 - Exames Ultra-Sonográficos	0,80 a 2,47	1,00	1,50
14.1. Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX	76,71	0,77	1,15
14.2. Ecocardiografia V e VI	23,29	0,23	0,35
17 - Diagnose	1,61 a 4,69	5,00	6,00
17.1. Alergologia	0,67	0,03	0,04
17.2. Angiologia	0,35	0,02	0,02
17.3. Cardiologia	37,97	1,90	2,28
17.4. Ginecologia/obstetrícia	18,75	0,94	1,13
17.5. Neurologia	5,36	0,27	0,32
17.6. Oftalmologia	24,83	1,24	1,49
17.7. Otorrinolaringologia	4,08	0,20	0,24
17.8. Pneumologia	1,84	0,09	0,11
17.9. Urologia	0,87	0,04	0,05
17.10. Gastroenterologia	4,27	0,21	0,26
17.11. Fisiatria	1,01	0,05	0,06
18 - Fisioterapia (por sessão)	4,52 a 10,94	8,00	9,00

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	Variação Brasil - 2000 (% total consultas)	PARÂMETROS (% total consultas)	
		Mínimo	Máximo
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	0,53 a 1,21	2,00	3,00
19.1. Alergologia	2,16	0,04	0,06
19.2. Angiologia	2,69	0,05	0,08
19.3. Cardiologia	0,32	0,01	0,01
19.4. Dermatologia	4,08	0,08	0,12
19.5. Ginecologia / Obstetrícia	5,76	0,12	0,17
19.6. Oftalmologia	4,48	0,09	0,13
19.7. Otorrinolaringologia	2,18	0,04	0,07
19.8. Pneumologia	29,00	0,58	0,87
19.9. Urologia	8,28	0,17	0,25
19.10. Endoscopia	2,64	0,05	0,08
19.11. Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial	36,00	0,72	1,08
19.12. Atendimento Oficina Terapêutica	(total, distrib de acordo com o mod assistencial implantado)		
19.13. Atendimento Núcleo / Centro Reabilitação			
19.14. Demais Procedimentos desse grupo	2,41	0,05	0,07
21 - Próteses e Órteses	0,20 a 0,74	0,50	0,50
22 – Anestesia	0,0003 a 1,16	1,00	1,00
<i>c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade</i>	8,2603 a 21,47	8,84	17,88
26 - Hemodinâmica	0,01 a 0,03	0,03	0,03
27 - Terapia Renal Substitutiva (diálise)	0,65 a 2,09	0,65	2,09
28 - Radioterapia (por Especificação)	1,07 a 1,37	1,07	1,37
29 - Quimioterapia	0,07 a 0,27	0,07	0,27
30 - Busca de Órgãos para transplante	Conf. Prog. Espec. de transplantes		
31 - Ressonância Magnética	0,01 a 0,02	0,04	0,04
32 – Medicina Nuclear-In Vivo	0,03 a 0,12	0,14	0,14
33 - Radiologia Intervencionista	0,0003 a 0,01	0,01	0,01
35 - Tomografia Computadorizada	0,16 a 0,25	0,20	0,20
36 - Medicamentos Excepcionais	2,63 a 9,73	2,63	9,73
37 -.Hemoterapia	3,63 a 7,58	4,00	4,00
38 - Acompanhamento de pacientes	Não apurado		

1.4. OUTROS PROCEDIMENTOS PARA DIAGNOSE E TERAPIA SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	% total consultas/ % total cons.na especialidade	PARÂMETRO	
		Mínimo	Máximo
1.CARDIOLOGIA (consultas)	2,10%	2,10	2,10
1.1.Ergometria	19,00	0,40	0,40
1.2. Holter	0,50	0,01	0,01
1.3.ECG	60,00	1,26	1,26
1.4. Ecocardiograma	13,00	0,27	0,27
2. NEUROLOGIA (consultas)	1,20%	1,20	1,20
2.1. EEG	33,00	0,40	0,40
2.2.ELETROMIOGRAFIA	1,08	0,01	0,01

1.5. Nº EXS PATOLOGIA CLÍNICA (PAT CLIN) E RADIODIAGNÓSTICO (RADIODIAG), P/ ESPECIALIDADE MÉDICA, PARA CADA 100 CONSULTAS

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PAT CLIN	RADIO DIAG
	Nº exs p/ 100 consultas	
Urgência/ Emergência (Geral)	25	5
Clínicas Básicas	320	24
Clínica Médica	65	15
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergologia	2	1
Cardiologia	60	15
Clínica Cirúrgica	35	8
Dermatologia	20	1
Doenças Vasculares Periféricas	30	5
Endocrinologia	50	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PAT CLIN	RADIO DIAG
	Nº exs p/ 100 consultas	
Medicina Física *	10	20
Nefrologia	50	9
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oftalmologia	15	1
Oncologia	70	15
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Reumatologia	40	15
Tisiopneumologia	25	20
Traumato – Ortopedia	12	30
Urologia	50	15
Outras	20	5

1.6. COBERTURA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA

<i>Acelerador linear ou unidade de cobalto</i>	6 pac/hora
Pequeno porte - 300 a 500 novos pacientes ano	500.000 A 715.000 HAB
Médio porte - 501 a 1000 novos pacientes ano	
Grande porte - 1001 ou mais novos pacientes ano	
<i>Mamógrafo</i>	1 / 240.000 HAB
<i>Máquinas para diálise</i>	
Máquinas de proporção em 3 turnos	1 / 15.000 HAB
Outras máquinas, até dois pontos , em 3 turnos	1 / 30.000 HAB
Cicladoras p/ uso domiciliar	01 p/ 01
<i>Ósteo densímetro</i>	1 / 140.000 HAB
<i>Tomógrafo computadorizado</i>	1 / 100.000 HAB
	1 / 1.500 leitos em hospitl de atenção terciária
<i>Ressonância magnética</i>	1 / 500.000 HAB
	1 / 1.500 leitos em hospitl de atenção terciária
<i>Ultrassonografia</i>	1 / 25.000 HAB
<i>RX simples</i>	1 / 25.000 HAB
<i>RX Odontológico</i>	1 / 25.000 HAB

ARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR

2.1 CÁLCULO DO Nº INTERNAÇÕES, P/ ESPECIALIDADE, P/ DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	% do total de internações (Pop x 0,08)	Parâmetro (0,08 x %)	PARÂMETRO ENCONTRADO	
			Mínimo	Máximo
Cirúrgica	20,00	1,60	1,39	3,40
Clínica Médica	33,00	2,64	1,73	3,59
Cuidados Prolongados	0,80	0,06	0,00	0,06
Obstétrica	20,25	1,62	1,18	2,01
Pediátria	15,00	1,20	0,70	1,53
Psiquiatria	3,50	0,28	0,17	0,29
Reabilitação	1,08	0,09	0,00	0,02
Tisiologia	0,13	0,01	0,003	0,03
Fator de Ajuste*	6,24	0,50		
TOTAL	100,00		5,100	10,93
Psiquiatria Hospital Dia	0,50	0,04	0,005	0,07

* Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

2.2. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (TMP) HOSPITALAR

ESPECIALIDADE	Variação Brasil 1999	PARÂMETRO Dias /ano por internação
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8
Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2
Cuidados Prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0
Obstétrica - Parto Normal e Cirúrgico	2,0 a 3,5	Média 3,0
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0
Psiquiátrica	31,6 a 52,7	Média 28,0
Hospital Geral		5,5
Hospital Psiquiátrico		40,0
Tisiologia	24,6 a 31,7	28,0
TBC	16,1 30,6	7,0
TBC c/ Lesões extensas		25,0
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0

2.3. N° DE INTERNAÇÕES/LEITO/ANO, POR ESPECIALIDADE VARIANDO POR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

ESPECIALIDADE	Número de Internações / Leito / Ano Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	
	TOH média do SUS =	TOH méd. desejável = 80%
Cirúrgica	36,50	60,80
Clínica Médica	33,69	56,15
Cuidados Prolongados (Crônico)	3,89	6,48
Obstétrica	58,40	97,33
Pediátrica	29,20	48,66
Psiquiátrica	6,26	10,42
Reabilitação	6,26	10,42
Tisiologia	8,19	13,64
Psiquiatria Hospital Dia	5,01	8,34
Fator de Ajuste	29,30	48,82

2.4. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Em linhas gerais estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

- | | |
|--|----------------------------------|
| a) Leitos Hospitalares Totais = | 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 |
| b) Leitos de UTI = | 4 % a 10% do total de Leitos |
| c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós- cirúrgico) | 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica; |
| d) Leitos para Pré- Parto | 2 leitos por sala de parto. |

2.5. CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES , POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média permanência de

$$CIL = \frac{365 \times TOH}{TMP}$$

Legenda:
 CIL = Capacidade de Internações por Leito/ano
 TMP= Tempo da Média de Permanência
 TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

Legenda:
 LN = Leitos necessários
 NIP = N° de Internações Programadas
 CIL = Capac. de Internações por Leito

2.6. CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR CLÍNICA

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação Brasil	PARÂMETROS RECOMENDADOS		
		% sobre neces. total leitos	Leitos/ 1000hab	Leitos por 1000 hab c/ TOH de 48% e TMP acima
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	6,6
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	20,9
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,02 a 0,18	5,62	0,16	0,9
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	2,7
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	5,8
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	6,9
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	0,7
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	0,0
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	0,2
Fator de Ajuste *		5,83	0,17	1,0
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	292,0

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

3.1. NºS DE BOLSAS DE SANGUE NECESSÁRIAS PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EM UNIDADES HOSPITALARES, POR TIPO DE UNIDADE, NO ANO.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL DE BOLSAS/ LEITO/ ANO
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI / Pronto Socorro e Alta Complexidade	16 a 20
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca	21 a 50
Hospital com leitos de hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100,00

3.2. OFTALMOLOGIA

Valores Esperados	% sobre o total de consultas
Cirurgias Oftalmológicas	0,57%
Catarata (65%)	0,3705
Outras cirurgias (35%)	0,1995
Necessidade de consulta por cirurgia (4 consultas)	

3.2. ONCOLOGIA

	Esperado	
	Mínimo	Máximo
Novos casos de cancer na população por ano	0,13%	0,24%
Necessidade de Quimioterapia (70% dos casos esperados em alguma etapa da sua evolução)		
Relação 1 criança para 16 adultos		
Necessidade de Radioterapia (60 %)	54 campos/paciente em 23 dias	
	ou 2,3 campos/paciente/dia	
Consultas oncológicas 1 consulta/ mês quimioterapia 1 consulta/semana radioterapia		

3.3. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

	Esperado	
	Pacientes	Pop
Novos casos na população por ano	40	100.000
Acréscimo anual sobre o nº pacientes dialisados	10%	
Hemodiálise	0,90	
CAPD	0,07	
DPA	0,02	
DPI	0,01	

3.4. RECURSOS HUMANOS - capacidade de produção, razão por habitante

RECURSOS HUMANOS	Carga Horária semanal (Hs)	Atend. (cons/h)	Razão (prof/habit)
Assistente social	30	3	
Enfermeiro	30	3	
Fisioterapeuta	30	4,4	
Médico	20	4	1/1000
Médico generalista			0,8
Médico especialista			0,2
Nutricionista	30	3	
Odontólogo	20	3	1/1500 a 5000
Psicólogo	30	3	
Psiquiatra	20	3	
Equipe de Saúde da Família - 1/750 a 1000 famílias			
Equipe do Programa de Agentes Comunitários - 1/150 a 250 famílias			

3.5. AGRUPAMENTOS DEMOGRÁFICOS PARA PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL DE CONSULTAS MÉDICAS

	Parâmetros (% da população geral)
População menor de 1 ano	0,03
População de 1 a 4 anos	0,07
População de 5 a 14 anos	0,20
População de 15 a 44 anos	0,50
População de 45 a 59 anos	0,12
População de mais de 60 anos	0,08

.6. Nº DE LEITOS POR HABITANTE / ANO		
Leitos por 1000 habitantes	Área urbana	
	sede	outras
Hospitais locais ou unidades básicas	2	
Hospitais regionais	2	1
Área rural		
	sede	outras
Hospitais locais ou unidades básicas		1
Hospitais regionais	1	1

ANEXO II

UNIDADES DE SAÚDE POR TIPO DE ATENDIMENTO POR REGIÃO E UF - AMS 2002

Região/UF	Total	Com internação		Sem internação		Exclusivamente SADT	
TOTAL	65.343	7.397	11,3%	46.428	71,1%	11.518	17,6%
Região Norte	5.137	642	12,5%	3.959	77,1%	536	10%
.. Rondônia	764	116	15,2%	534	69,9%	114	15%
.. Acre	345	32	9,3%	279	80,9%	34	10%
.. Amazonas	882	115	13,0%	711	80,6%	56	6%
.. Roraima	242	23	9,5%	191	78,9%	28	12%
.. Pará	2.147	262	12,2%	1.679	78,2%	206	10%
.. Amapá	221	25	11,3%	180	81,4%	16	7%
.. Tocantins	536	69	12,9%	385	71,8%	82	15%
Região Nordeste	18.912	2.328	12,3%	14.764	78,1%	1.820	10%
.. Maranhão	1.846	298	16,1%	1.444	78,2%	104	6%
.. Piauí	1.480	202	13,6%	1.154	78,0%	124	8%
.. Ceará	2.869	300	10,5%	2.261	78,8%	308	11%
.. Rio Grande do Norte	1.437	195	13,6%	1.106	77,0%	136	9%
.. Paraíba	1.665	210	12,6%	1.253	75,3%	202	12%
.. Pernambuco	3.026	352	11,6%	2.229	73,7%	445	15%
.. Alagoas	935	106	11,3%	773	82,7%	56	6%
.. Sergipe	809	59	7,3%	694	85,8%	56	7%
.. Bahia	4.845	606	12,5%	3.850	79,5%	389	8%
Região Sudeste	24.412	2.376	9,7%	16.647	68,2%	5.389	22%
.. Minas Gerais	8.858	762	8,6%	6.260	70,7%	1.836	21%
.. Espírito Santo	1.491	122	8,2%	1.036	69,5%	333	22%
.. Rio de Janeiro	4.679	530	11,3%	2.966	63,4%	1.183	25%
.. São Paulo	9.384	962	10,3%	6.385	68,0%	2.037	22%
Região Sul	11.757	1.206	10,3%	7.826	66,6%	2.725	23%
.. Paraná	4.393	556	12,7%	2.889	65,8%	948	22%
.. Santa Catarina	3.166	234	7,4%	2.194	69,3%	738	23%
.. Rio Grande do Sul	4.198	416	9,9%	2.743	65,3%	1.039	25%
Região Centro-Oeste	5.125	845	16,5%	3.232	63,1%	1.048	20%
.. Mato Grosso do Sul	946	145	15,3%	553	58,5%	248	26%
.. Mato Grosso	1.346	197	14,6%	926	68,8%	223	17%
.. Goiás	1.968	447	22,7%	1.168	59,3%	353	18%
.. Distrito Federal	865	56	6,5%	585	67,6%	224	26%

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) 2002

Anexo III

UNIDADES DE SAÚDE AMS 2002 - Combinações de financiadores por Região e UF

	SUS	SUS + PT	SUS + PP	SUS + Part	SUS + PT + Part	SUS + PP + Part	SUS + PT + PP	SUS + Part + PT + PP	PT	PT + PP	PT + Part	PT + PP + Part	PP	PP + Part	Part	Total
TOTAL	38.809	367	93	711	6.299	39	12	402	760	95	13.506	707	987	448	2.108	65.343
Região Norte	3.927	17	11	69	287	4	0	13	23	1	521	24	116	21	103	5.137
.. Acre	291			2	4				1		31	1	7	2	6	345
.. Amapá	183				1				5		26	2	1	1	2	221
.. Amazonas	706	5	5	5	45	2		3	2		69	5	10	6	19	882
.. Pará	1.646	7	1	29	137	1		8	8	1	230	10	17	9	43	2.147
.. Rondônia	567	4	3	20	33	1		1	2		98	2	11	1	21	764
.. Roraima	139	1	2	1	5			1	4		10	2	70	2	5	242
.. Tocantins	395			12	62				1		57	2			7	536
Região Nordeste	13.502	133	30	232	1.280	8	7	63	123	15	2.788	101	161	72	397	18.912
.. Alagoas	809	1		7	44			3	8		50	3	4		6	935
.. Bahia	3.039	33	5	45	377	2	2	21	24	2	1.110	46	15	11	113	4.845
.. Ceará	2.069	20	3	28	180	4	2	15	22	7	409	19	23	15	53	2.869
.. Maranhão	1.507	7	4	46	84			3	2	2	147	1	12	1	30	1.846
.. Paraíba	1.273	21	2	22	105	1		1	10		184	3	11		32	1.665
.. Pernambuco	2.031	18	8	40	158		1	4	33	3	502	18	54	37	119	3.026
.. Piauí	1.169	13	4	22	157		1	7	4		76	4	11	2	10	1.480
.. Rio Grande do Norte	1.029	14	2	8	108			5	17	1	218	4	8	6	17	1.437
.. Sergipe	576	6	2	14	67	1	1	4	3		92	3	23		17	809
Região Sudeste	12.367	120	31	234	2.076	14	3	191	427	61	6.706	408	473	227	1.074	24.412
.. Espírito Santo	918		1	9	124	1		4	11	1	359	19	6	9	29	1.491
.. Minas Gerais	5.341	53	12	100	875	6		68	139	9	1.662	57	157	55	324	8.858
.. Rio de Janeiro	1.820	19	7	70	350	1	1	23	88	14	1.709	97	72	66	342	4.679
.. São Paulo	4.288	48	11	55	727	6	2	96	189	37	2.976	235	238	97	379	9.384
Região Sul	6.343	70	15	131	1.998	9	1	96	136	10	2.198	124	175	94	357	11.757
.. Paraná	2.476	34	7	62	644	6		32	72	1	824	29	50	26	130	4.393
.. Rio Grande do Sul	2.277	13	3	35	723	1		44	42	6	737	81	67	51	118	4.198
.. Santa Catarina	1.590	23	5	34	631	2	1	20	22	3	637	14	58	17	109	3.166
Região Centro-Oeste	2.670	27	6	45	658	4	1	39	51	8	1.293	50	62	34	177	5.125
.. Distrito Federal	133			1	4		1		24	5	565	25	11	19	77	865
.. Goiás	1.132	14	2	18	400	1		13	7	3	328	5	7	7	31	1.968
.. Mato Grosso	894	8	3	18	125	2		18	18		174	8	30	5	43	1.346
.. Mato Grosso do Sul	511	5	1	8	129	1		8	2		226	12	14	3	26	946

Fonte : BME da pesquisa AMS 2002

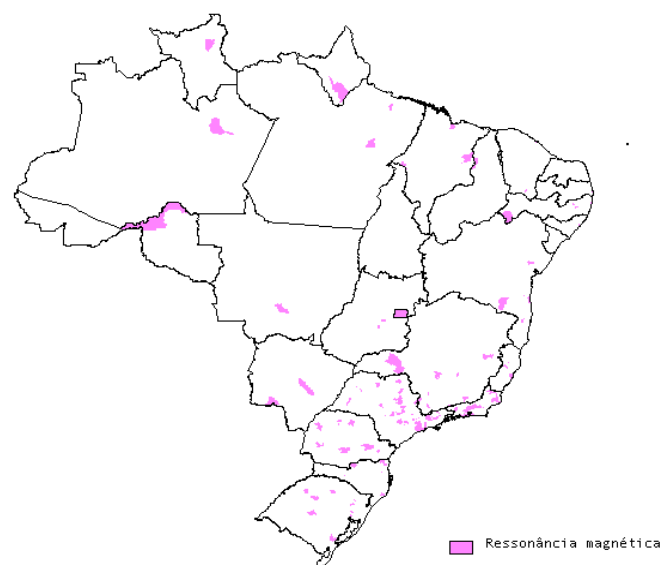
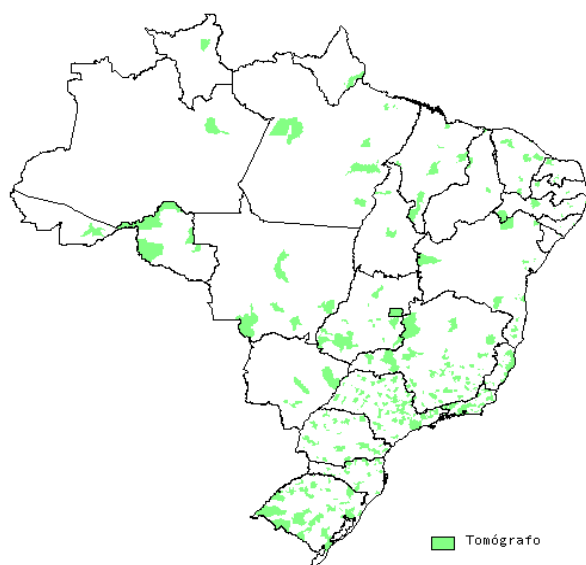
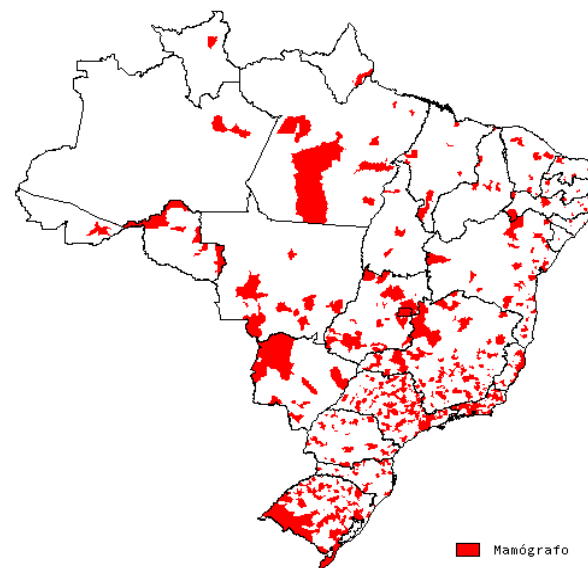
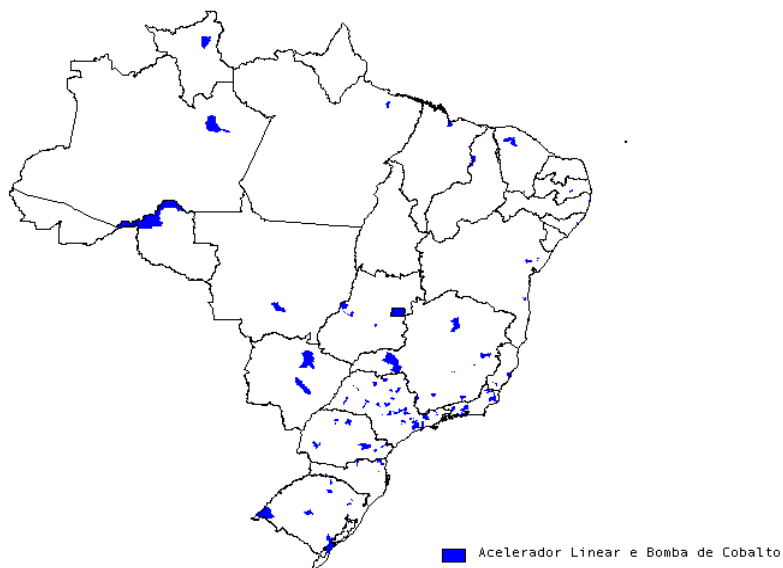
ANEXO IV

EQUIPAMENTOS EM USO POR REGIÃO SEGUNDO TIPO DE EQUIPAMENTO - AMS 2002

Tipo de equipment	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Total	
	Nº	Equip / milhão hab	Nº	Equip / milhão hab	Nº	Equip / milhão hab	Nº	Equip / milhão hab	Nº	Equip / milhão hab	Nº	Equip / milhão hab
TOTAL	65.159	4.824,9	254.134	5.202,8	552.573	7.422,3	214.645	8.340,9	93.911	7.760,2	1.180.422	6.759,4
Gama câmara	30	2,2	113	2,3	368	4,9	123	4,8	44	3,6	678	3,9
Mamógrafo com comando simples	58	4,3	304	6,2	1.066	14,3	327	12,7	133	11,0	1.888	10,8
Mamógrafo com estereotaxia	22	1,6	114	2,3	306	4,1	111	4,3	57	4,7	610	3,5
Raio X até 100 mA	331	24,5	1.195	24,5	3.343	44,9	893	34,7	478	39,5	6.240	35,7
Raio X de 100 a 500 mA	341	25,3	1.350	27,6	4.162	55,9	1.172	45,5	587	48,5	7.612	43,6
Raio X mais de 500 mA	124	9,2	408	8,4	1.340	18,0	523	20,3	210	17,4	2.605	14,9
Raio X para densimetria óssea	31	2,3	135	2,8	532	7,1	152	5,9	82	6,8	932	5,3
Raio X para hemodinâmica	13	1,0	72	1,5	243	3,3	88	3,4	35	2,9	451	2,6
Tomógrafo computadorizado	61	4,5	223	4,6	924	12,4	285	11,1	124	10,2	1.617	9,3
Ressonância magnética	17	1,3	63	1,3	242	3,3	78	3,0	33	2,7	433	2,5
Ultrassom doppler colorido	191	14,1	863	17,7	2.434	32,7	742	28,8	408	33,7	4.638	26,6
Ultrassom ecógrafo	406	30,1	1.868	38,2	3.179	42,7	1.083	42,1	675	55,8	7.211	41,3
Endoscópio das vias respiratórias	68	5,0	313	6,4	1.090	14,6	254	9,9	115	9,5	1.840	10,5
Endoscópio das vias urinárias	44	3,3	178	3,6	979	13,2	266	10,3	108	8,9	1.575	9,0
Endoscópio digestivo	210	15,6	1.094	22,4	2.828	38,0	884	34,4	433	35,8	5.449	31,2
Equipamentos para optometria	89	6,6	835	17,1	1.109	14,9	225	8,7	193	15,9	2.451	14,0
Laparoscópio/vídeo	96	7,1	422	8,6	1.329	17,9	489	19,0	242	20,0	2.578	14,8
Microscópio cirúrgico	164	12,1	715	14,6	2.012	27,0	546	21,2	319	26,4	3.756	21,5
Eletrocardiógrafo	592	43,8	3.065	62,7	10.494	141,0	2.422	94,1	1.200	99,2	17.773	101,8
Eletroencefalógrafo	74	5,5	366	7,5	1.341	18,0	353	13,7	181	15,0	2.315	13,3
Acelerador linear	3	0,2	31	0,6	110	1,5	46	1,8	19	1,6	209	1,2
Bomba de cobalto	4	0,3	25	0,5	70	0,9	28	1,1	7	0,6	134	0,8
Braquiterapia	3	0,2	24	0,5	154	2,1	44	1,7	7	0,6	232	1,3
Equipamento para hemodiálise	326	24,1	2.256	46,2	5.980	80,3	2.120	82,4	654	54,0	11.336	64,9

Fonte: Datasus - IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) 2002

ANEXO V – DISTRIBUIÇÃO POR MUNICÍPIO DE EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA, MAMÓGRAFOS, TOMÓGRAFOS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS



Anexo VI

MÉDICOS EM ATIVIDADE 2003 E RELAÇÃO POR 1.000 HAB 1995 E 2003

Unid.Federação	Médicos em atividade 2003	Médicos / 1.000 habitantes		
		2003	1995	Variação
TOTAL	289.476	1,64	1,19	0,38
Região Norte	10.956	0,79	0,52	0,53
.. Acre	449	0,75	0,45	0,66
.. Amapá	406	0,76	0,65	0,17
.. Amazonas	2.710	0,89	0,59	0,52
.. Pará	4.944	0,75	0,53	0,42
.. Rondônia	987	0,68	0,39	0,74
.. Roraima	472	1,32	0,57	1,32
.. Tocantins	988	0,80	0,49	0,64
Região Nordeste	47.040	0,95	0,66	0,44
.. Alagoas	3.221	1,10	0,86	0,28
.. Bahia	12.216	0,91	0,7	0,30
.. Ceará	6.888	0,89	0,59	0,50
.. Maranhão	3.128	0,53	0,37	0,44
.. Paraíba	3.874	1,10	0,9	0,22
.. Pernambuco	10.357	1,27	0,78	0,63
.. Piauí	2.092	0,72	0,39	0,83
.. Rio Grande do Norte	3.272	1,13	0,67	0,69
.. Sergipe	1.992	1,06	0,76	0,40
Região Sudeste	169.882	2,25	1,64	0,37
.. Espírito Santo	5.577	1,72	1,27	0,35
.. Minas Gerais	29.099	1,57	1,16	0,35
.. Rio de Janeiro	50.452	3,39	2,05	0,65
.. São Paulo	84.754	2,19	1,75	0,25
Região Sul	42.340	1,63	1,23	0,32
.. Paraná	14.236	1,44	1,02	0,41
.. Rio Grande do Sul	20.329	1,93	1,56	0,24
.. Santa Catarina	7.775	1,39	0,94	0,48
Região Centro-Oeste	19.258	1,56	1,23	0,27
.. Distrito Federal	7.050	3,22	2,8	0,15
.. Goiás	6.919	1,30	1,03	0,27
.. Mato Grosso	2.613	0,99	0,65	0,52
.. Mato Grosso do Sul	2.676	1,23	0,98	0,26

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datusus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários. CFM - quantidade de médicos atuantes em 2003. Machado, 1997.

ANEXO VII

DADOS OECD - RENDA E GASTOS SAÚDE EM 2000

	PIB per capita US\$	Gasto Total em saúde							Gasto Atenção Médica			Gasto Atenção Hospitalar		Gasto Atenção Ambulatorial		Seguro Privado		
		US\$ milhões	US\$ per capita	% PIB	Gasto Público US\$ milhões	Gasto Privado US\$ milhões	US\$ milhões	US\$ per capita	% PIB	US\$ milhões	US\$ per capita	US\$ milhões	US\$ per capita	US\$ milhões	US\$ per capita	% do Gasto privado		
Australia	20.317	34.537	1.803	8,9	23.939	69,3%	10.789	31,2%	24.316	1.270	6,2	14.522	758	7.776	406	2.520		23,4%
Austria	23.415	15.125	1.865	8,0	10.192	67,4%	4.502	29,8%	10.801	1.332	5,7	6.270	773	4.532	559	1.064	131	23,6%
Bélgica	22.147	19.841	1.935	8,7	14.107	71,1%	5.448	27,5%										
Canada	22.890	64.476	2.095	9,2	45.689	70,9%	18.787	29,1%	44.386	1.443	6,3	19.634	638	19.153	622	697	23	3,7%
República Tcheca	5.006	3.675	358	7,1	3.358	91,4%	317	8,6%	2.352	229	4,6	1.272	124	1.015	99			
Dinamarca	29.658	13.217	2.475	8,3	10.907	82,5%	2.310	17,5%	10.939	2.049	6,9	7.172	1.343	3.275	613	210	39	9,1%
Finlândia	23.083	7.987	1.543	6,7	6.000	75,1%	1.987	24,9%	5.720	1.105	4,8	3.186	616	2.420	468	171	33	8,6%
França	22.072	121.223	2.058	9,3	91.930	75,8%	29.293	24,2%	83.945	1.425	6,5	51.302	871	27.686	470	5.401	92	18,4%
Alemanha	22.654	197.117	2.398	10,6	147.909	75,0%	49.208	25,0%	134.254	1.633	7,2	72.126	877	40.841	497	16.393	199	33,3%
Grecia	10.782	10.729	1.018	9,4	6.023	56,1%	4.706	43,9%										
Hungria	4.564	3.118	305	6,7	2.355	75,5%	763	24,5%	1.663	163	3,6	897	88	506	50			
Islandia	29.774	762	2.711	9,1	649	85,2%	126	16,5%										
Irlanda	24.837	6.003	1.579	6,4	4.398	73,3%	1.605	26,7%										
Italia	18.528	87.323	1.512	8,2	64.061	73,4%	23.262	26,6%	62.362	1.080	5,8	36.001	623	26.361	456	773	13	3,3%
Japão	37.531	363.543	2.864	7,6	284.964	78,4%	81.856	22,5%	266.482	2.100	5,6	137.774	1.085	122.693	967			
Coreia	9.818	27.127	577	5,9	12.039	44,4%	15.088	55,6%	18.602	396	4,0	7.189	153	11.413	243	1.188	25	7,9%
Luxemburgo	43.639	1.070	2.445	5,6	939	87,8%	113	10,6%	796	1.819	4,2	436	996	297	679			
México	5.778	32.216	321	5,6	14.998	46,6%	17.285	53,7%	19.496	194	3,4	11.485	114	8.010	80	838	2	4,8%
Países Baixos	23.193	31.905	2.003	8,6	20.224	63,4%	11.681	36,6%	22.539	1.415	6,1	14.245	894	5.637	354	2.915	183	25,0%
Nova Zelândia	13.231	4.069	1.055	8,0	3.175	78,0%	895	22,0%								255	66	28,5%
Noruega	37.072	12.801	2.850	7,7	10.780	84,2%	1.875	14,6%	9.975	2.221	6,0							
Polonia	4.074				6.616		2.831											
Portugal	10.362	9.555	934	9,0	6.542	68,5%	3.013	31,5%										
República Eslovaca	3.655	1.122	208	5,7	1.003	89,4%	119	10,6%	631	117	3,2							
Espanha	14.001	41.667	1.044	7,5	29.865	71,7%	11.803	28,3%	28.712	719	5,1	17.404	436	10.958	274	1.618	41	13,7%
Suecia	27.031	20.131	2.269	8,4	17.117	85,0%	3.014	15,0%										
Suiça	33.400	25.660	3.572	10,7	14.271	55,6%	11.389	44,4%	20.512	2.855	8,5	12.017	1.673	7.123	991	1.125	157	9,9%
Turquia	2.954																	
Reino Unido	24.556	104.723	1.786	7,3	84.768	80,9%	19.955	19,1%										
Estados Unidos	34.602	1.280.872	4.540	13,1	565.575	44,2%	715.297	55,8%	959.281	3.400	9,8	353.429	1.253	574.124	2.035	449.035	1.592	62,8%

ANEXO VIII

DADOS OECD - GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS EM 1990 E 2000

	% Gasto Público no Gasto Total		% Gasto Privado no Gasto Total		Relação Público/ Privado		% Seguro privado no Gasto Privado	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Austrália	67,1%	69,3%	32,9%	31,2%	2,0	2,2		23,4%
Austria		67,4%	26,5%	29,8%	2,8	2,3	34,0%	23,6%
Bélgica		71,1%		27,5%		2,6		
Canada	74,5%	70,9%	25,5%	29,1%	2,9	2,4	3,2%	3,7%
República Checa		91,4%	2,6%	8,6%	37,9	10,6		
Dinamarca	82,7%	82,5%	17,3%	17,5%	4,8	4,7	7,4%	9,1%
Finlândia	80,9%	75,1%	19,1%	24,9%	4,2	3,0	8,8%	8,6%
Francia	76,6%	75,8%	23,4%	24,2%	3,3	3,1	17,4%	18,4%
Alemania	76,2%	75,0%	23,8%	25,0%	3,2	3,0	30,4%	33,3%
Grecia		56,1%	46,3%	43,9%	1,2	1,3		
Hungria		75,5%		24,5%		3,1		
Islandia		85,2%	13,5%	16,5%	6,4	5,2		
Irlanda		73,3%	28,1%	26,7%	2,6	2,7		
Italia	79,3%	73,4%	20,7%	26,6%	3,8	2,8	3,0%	3,3%
Japón		78,4%	22,4%	22,5%	3,5	3,5		
Coreia	36,6%	44,4%	63,4%	55,6%	0,6	0,8	0,5%	7,9%
Luxemburgo		87,8%	6,9%	10,6%	13,4	8,3		
México		46,6%	63,3%	53,7%	0,7	0,9		4,8%
Países Baixos	67,1%	63,4%	32,9%	36,6%	2,0	1,7		25,0%
Nueva Zelanda		78,0%	17,6%	22,0%	4,7	3,5	15,8%	28,5%
Noruega	82,8%	84,2%	17,2%	14,6%	4,8	5,7		
Polonia			8,3%		11,0	2,3		
Portugal		68,5%	34,5%	31,5%	1,9	2,2	2,3%	
República Eslovaca		89,4%		10,6%		8,4		
Espanña	78,7%	71,7%	21,3%	28,3%	3,7	2,5	17,4%	13,7%
Suecia		85,0%	10,1%	15,0%	8,9	5,7		
Suíza	52,4%	55,6%	47,6%	44,4%	1,1	1,3	2,8%	9,9%
Turquia			39,0%		1,6			
Reino Unido		80,9%	16,4%	19,1%	5,1	4,2	19,9%	
Estados Unidos	39,6%	44,2%	60,4%	55,8%	0,7	0,8	56,6%	62,8%
Média	68,8%	72,1%	27,4%	27,7%	5,14	3,48	15,7%	18,4%

ANEXO IX

DADOS OECD- OFERTA DE LEITOS, MÉDICOS E TECNOLOGIAS EM 1990 E 2000

	Leitos de Cuidados Intensivos / 1.000 hab		Leitos de Longa permanência / 1.000 hab		Medicos / 1.000 hab		Tomografia Computadorizada/ milhão hab		Ressonância megnética/ milhão hab		Mamografia/ milhão hab		Radioterapia/ milhão hab		Litotriptores/ milhão hab		Pontos de Hemodiálise/ milhão hab	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Australia		3,8	4,3	3,8	2,2	2,4	13,8		0,6	4,7			2,9	5,2	0,3	1,6	4	9,1
Austria	7,0	6,2	2,1	1,8	2,2	3,1	11,6	25,8		10,8				4,2		1,7		85,4
Bélgica	4,9		1,2		3,3	3,9	16,1		2,0									
Canada	4,0	3,2			2,1	2,1	7,1		0,7	2,5					0,4		36,7	77
República Tcheca	8,5	6,6			2,7	3,4		9,6		1,7		10,6		9,8		2,8		102,5
Dinamarca	4,1		8,7	5,6	3,1	3,4	4,3	11,4	2,5	6,6				5,4				
Finlândia	4,3	2,4	10,4	7,8	2,4	3,1	9,8	13,5	1,8	9,9	29,3		16,4		0,2			
França	5,2	4,2	1,2	1,4	3,1	3,3	6,7	9,6	0,8	2,6	23,8	42,6	6	6,1	0,7	1,0		180,5
Alemanha	7,5	6,4	3,5			3,3	10,1		1,9				5,1		1,2			
Grecia	4,0		1,5		3,4	4,5	6,5		0,4				5,3		2,4		78,1	166
Hungria	7,1	6,3	3,0	1,8	2,9		1,9	5,3	0,1	1,5		10,8	1,5		0,3			
Islandia	4,3		7,1	7,8	2,8	3,4	11,8	21,3	3,9	10,7	15,7	17,8	23,5	14,2		3,6		92,5
Irlanda	3,3	3,0	7,2	6,1		2,2	4,3											
Italia	6,2	4,3				4,1	6,0	20,6	1,3	7,5			1,3	3,7	1,7			203,8
Japão			0,2	1,8	1,7	1,9	55,2		6,1						2,5			
Coreia	2,7	5,2			0,8	1,3		28,4		5,4		13,3		5,3		4,4		95,6
Luxemburgo	7,0	6,7	2,0	5,5	2,0	2,5	15,7	25,1	2,6	4,6		22,9		4,6		2,3		11,4
México		1,0				1,4		2,0		0,3				4,7		0,2		3
Países Baixos	4,3	3,5	3,5	3,7	2,5	3,2	7,3		0,9						0,8			
Nova Zelanda	8,0				1,9	2,2	3,6	8,8						9,8				
Noruega	3,8	3,1		9,5		2,9	11,6		0,7									
Polonia	6,3	5,1	5,6	5,5	2,1	2,2	0,2				0,2		0,2		0,1			39
Portugal	3,4				2,8	3,2	4,5		0,8									
República Eslovaca		5,9		1,1		3,7	0,8	8,3		1,1	1,1	8,1	2,7	10,9			8,1	46,1
Espanha	3,3					3,3		12,1		4,9				3,7		1,8		
Suecia	4,1	2,4	5,4		2,9	3,0	10,5		1,5						1,2			
Suiça	6,5	4,1		11,7	3,0	3,5	12,5	18,5	3,9	12,9				10,4		4,5		9,5
Turquia	2,0	2,2		0,2	0,9	1,3	1,6											5,2
Reino Unido		3,9	3,5	3,9	1,5	2,0	4,3		1					4,9				
Estados Unidos	3,7	2,9		6,1	2,4		14,6	13,1	3,7	8,1		12,3	4,1	4,1	1,3	2,9	5,6	