

# Avaliação dos planos de saúde no estado de São Paulo

Jorge Carlos Machado-Curi<sup>I</sup>, Tomás Patricio Smith-Howard<sup>II</sup>, Jarbas Simas<sup>III</sup>, Marcos Eurípedes Pimenta<sup>IV</sup>, Paulo Manuel Pêgo-Fernandes<sup>V</sup>, Benoit Jacques Bibas<sup>VI</sup>, Florisval Meinão<sup>VII</sup>

Associação Paulista de Medicina (APM)

## INTRODUÇÃO

O mercado de planos de saúde começou a se desenvolver no Brasil nas décadas de 40 e 50, quando empresas do setor público reverteram recursos próprios e de seus empregados para financiar ações de assistência à saúde. A partir dos anos 50, começaram a surgir organizações de assistência à saúde destinadas, exclusivamente, aos funcionários estaduais desprotegidos pela Previdência Social. Mas foi na década de 60 que os denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam, decisivamente, o processo empresarial da medicina.<sup>1</sup>

O mercado foi se expandindo e, em 1988, a Constituição Federal, além de estabelecer a atribuição do estado de assegurar o direito à saúde dos cidadãos pela criação de um sistema nacional de saúde, garantiu o setor de assistência médico-hospitalar, permitindo a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, sob o controle do estado.<sup>1</sup> No entanto, até a promulgação da Lei 9.656/98,<sup>2</sup> que definiu as regras para o funcionamento do setor de saúde suplementar, o estado brasileiro não dispunha dos instrumentos necessários para a regulação do ramo de planos privados de assistência à saúde, já organizado e funcionando há décadas no país.<sup>1</sup>

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Medida Provisória 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999,<sup>2</sup> e, posteriormente, pela Lei 9.961/00,<sup>2</sup> resultou da exigência da sociedade para a necessidade de se regular o setor.

## OBJETIVO

Foi realizado estudo em conjunto pela Associação Paulista de Medicina (APM) e o Instituto de Pesquisas Datafolha, com o objetivo de conhecer a opinião dos médicos do estado de São Paulo sobre a atuação dos planos ou seguros de saúde.

## MÉTODOS

Foi realizada pesquisa quantitativa pelo Instituto Datafolha, no período de 23 de junho a 18 de agosto de 2010, com abordagem telefônica dos entrevistados, mediante aplicação de questionário estruturado com cerca de 15 minutos de duração. A seleção dos respondentes foi aleatória, com base em cadastro de médicos fornecido pelo Conselho Federal de Medicina. A checagem foi simultânea e também posterior à coleta de dados, e cobriu cerca de 30% do material de cada pesquisador.

Foram entrevistados médicos do estado de São Paulo, cadastrados pelo Conselho Federal de Medicina, credenciados ou conveniados a no mínimo três planos ou seguros de saúde (atualmente e/ou nos últimos cinco anos). Foram realizadas 403 entrevistas finais no Estado de São Paulo, sendo 200 na capital e 203 no interior (cidades do interior e outras cidades da região metropolitana). Para composição do total do estado, houve ponderação com base na participação de cada segmento (40% capital, 60% interior). A margem de erro máxima, para mais ou para menos, considerando um nível de confiança de 95% é de cinco pontos percentuais para o total da amostra e sete pontos percentuais para os segmentos capital e interior.

Além de avaliar o funcionamento dos planos de saúde de maneira geral, os profissionais médicos responderam perguntas específicas sobre os planos de saúde. Todas essas respostas foram espontâneas, ou seja, sem opções de resposta previamente apresentadas ao entrevistado. Em cada pergunta, o entrevistado apontava até três planos, hierarquizando as respostas em primeiro, segundo e terceiro lugar. As respostas sempre foram relacionadas aos planos com os quais o entrevistado trabalha ou trabalhou nos últimos cinco anos. As questões foram as seguintes:

1. Planos que mais glosam procedimentos ou medidas terapêuticas;

<sup>I</sup>Presidente da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>II</sup>Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>III</sup>Diretor de Defesa Profissional adjunto da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>IV</sup>Consultor em Saúde Suplementar do Departamento de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>V</sup>Diretor Científico adjunto da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>VI</sup>Assessor da Presidência da Associação Paulista de Medicina (APM).

<sup>VII</sup>1º vice-presidente da Associação Paulista de Medicina (APM).

2. Planos que mais interferem no número de exames e procedimentos;
3. Planos que mais interferem nos atos diagnósticos e terapêuticos, mediante a designação de auditores;
4. Planos que mais interferem no tempo de internação;
5. Planos que mais interferem no período de internação pré-operatório;
6. Plano que paga o pior honorário;
7. Planos que apresentam mais procedimentos burocráticos;
8. Pior plano ou seguro de saúde.

As avaliações específicas dos planos de saúde não foram incluídas neste artigo. Para identificar as marcas líderes do ranking em cada uma das categorias estudadas, foram realizados testes estatísticos (Teste Z, diferença de proporções), com nível de confiança de 95%.

## RESULTADOS

A maioria dos médicos que atende planos de saúde no estado de São Paulo é do sexo masculino (62%). Observa-se

uma maior presença de mulheres médicas na capital, quando comparado ao interior (43% versus 35%, respectivamente). A média de idade é de 46 anos, e vale notar que, no interior do estado, a média de idade dos médicos é ligeiramente maior (Gráfico 1).

Em uma escala de 0 a 10, os médicos paulistas atribuíram nota 4,7 para os planos ou seguros de saúde no Brasil (Gráfico 2). Considerando apenas os planos com os quais tiveram algum relacionamento nos últimos cinco anos, a avaliação é similar à média atribuída aos planos de modo geral: nota média de 5,1 em escala de 0 a 10.

Cerca de 9 em cada 10 entrevistados afirmaram que há interferência dos planos ou seguros de saúde sobre a autonomia técnica do médico. 52% afirmam que esta prática é comum a todos, ou a maioria dos planos (Gráfico 3). Em uma escala de 0 a 10, o médico atribui nota 6,0 para o grau de interferência dos planos (Gráfico 4). Para cerca de 3 em cada 10 médicos, glosar procedimentos ou medidas terapêuticas é o tipo de interferência que mais afeta a autonomia médica (Gráfico 5).

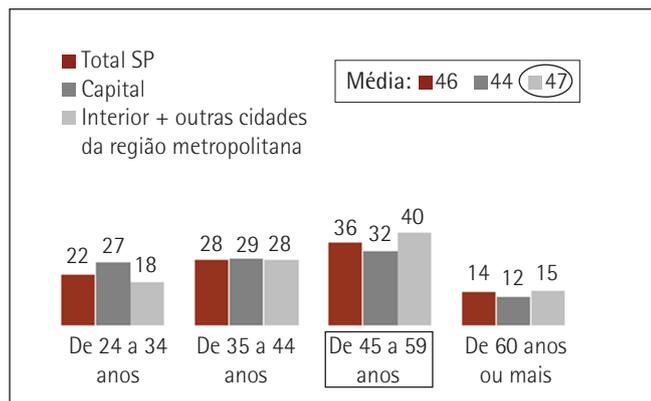


Gráfico 1. Idade média dos entrevistados.

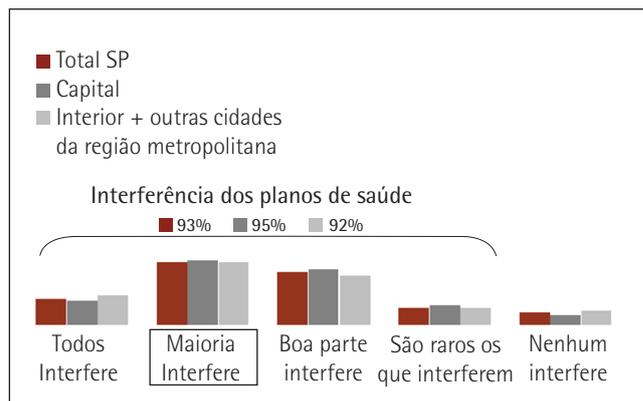


Gráfico 3. Percepção sobre a interferência dos planos ou seguros de saúde na autonomia técnica do médico.

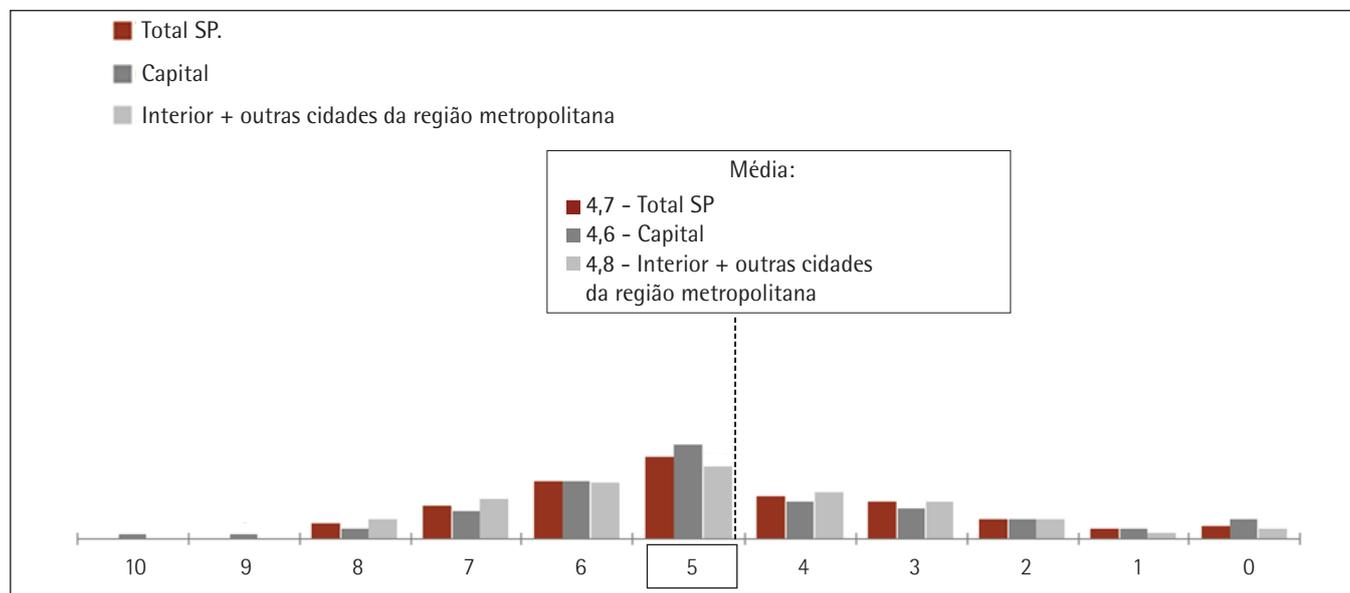


Gráfico 2. Avaliação geral dos planos de saúde no Brasil.

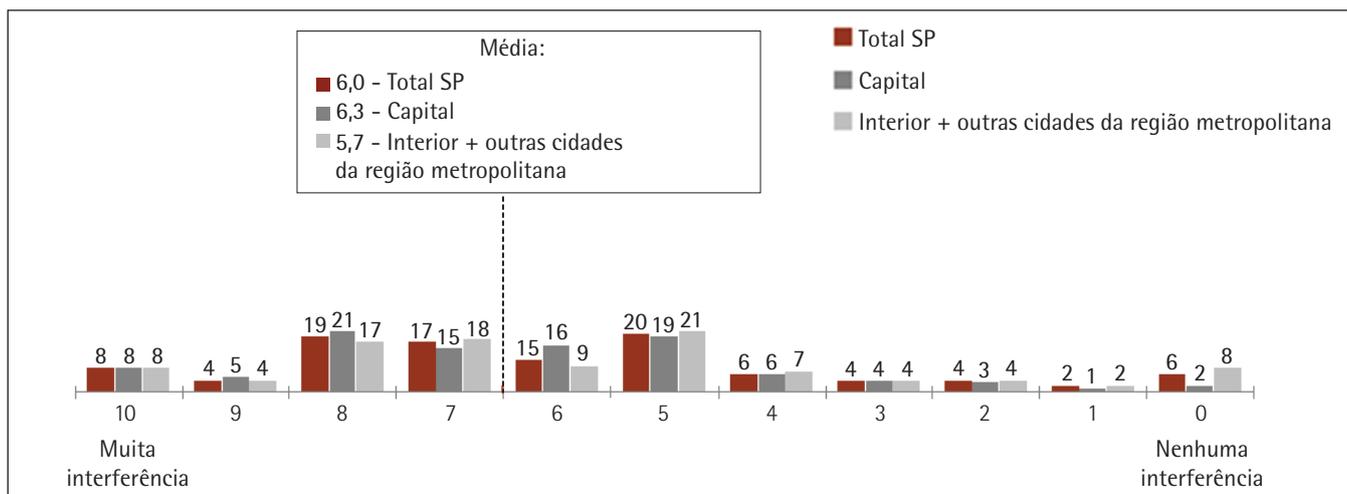


Gráfico 4. Grau de interferência dos planos ou seguros de saúde na autonomia técnica do médico.

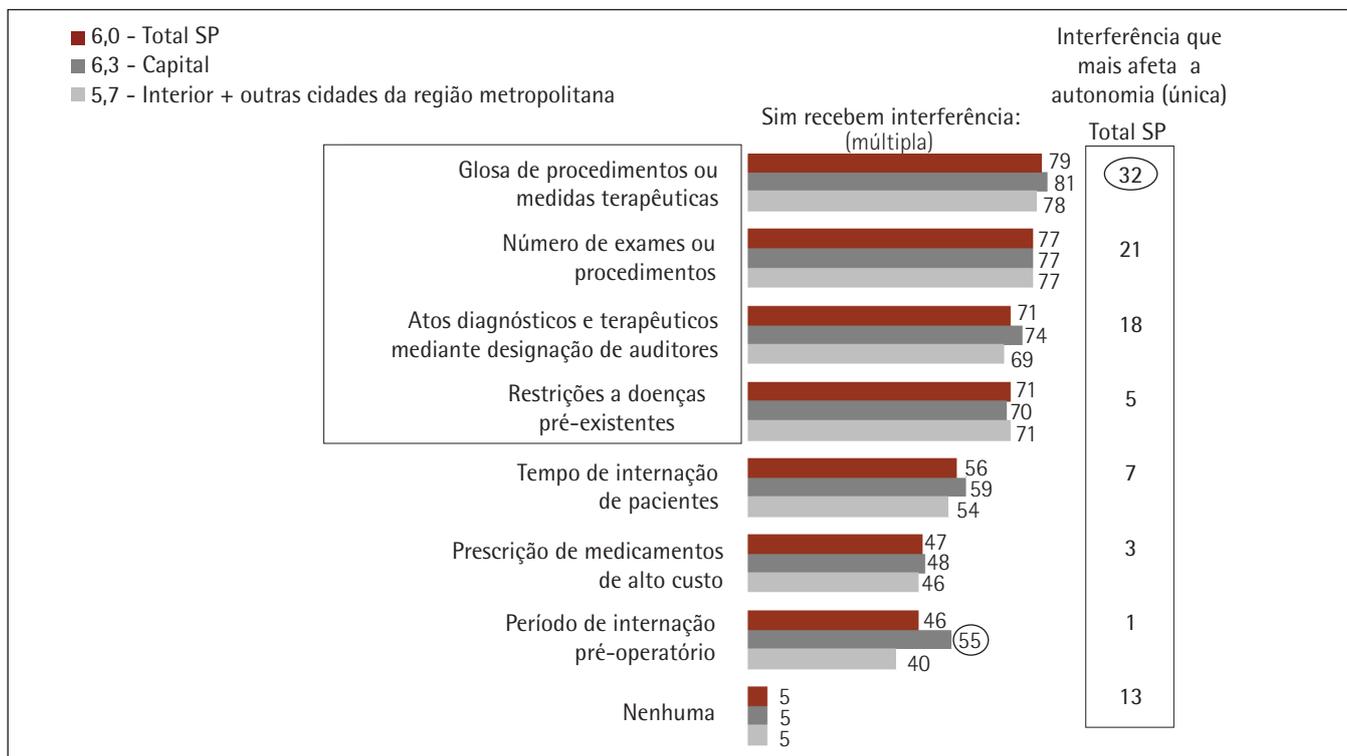


Gráfico 5. Interferência dos planos ou seguros de saúde na autonomia técnica do médico, por tipo de serviço.

### DISCUSSÃO

Dados da ANS<sup>3</sup> mostram que o Brasil tem hoje aproximadamente 45,5 milhões de indivíduos beneficiários de planos de assistência médica, com ou sem odontologia. Em 2000, 18,1% da população possuía algum plano de saúde. Nos últimos 10 anos, o crescimento de vínculos a planos privados de assistência médica no Brasil foi superior ao crescimento populacional, elevando a taxa de cobertura em cerca de 23,4%.<sup>3,4</sup> O número crescente de brasileiros com acesso à operadoras de planos de saúde foi sem dúvida fator importante na melhora do acesso ao atendimento médico no país.

No entanto, o atual sistema coloca o profissional médico em situação alarmante. Os valores pagos aos médicos estão defasados e muitos profissionais não têm condição de arcar com as despesas de seus consultórios. O valor médio de uma consulta gira entre R\$ 30,00 a R\$ 40,00.<sup>1</sup> Por outro lado, o mercado de operadoras de planos de saúde cresce exponencialmente. O total de receita das operadoras de planos de saúde em 2003 foi de mais de 28 bilhões de reais.<sup>4,5</sup> Este número subiu para 37 bilhões em 2005, 51 bilhões em 2007 e atingiu seu máximo em 2009, com mais de 68 bilhões de reais.<sup>4,5</sup>

Ataques à autonomia dos médicos, interferência na relação com os pacientes, pressões para redução de internações, de exames e outros procedimentos são as constatações desta pesquisa do Instituto Datafolha a pedido da APM, sobre a opinião dos profissionais de medicina do Estado de São Paulo a respeito da atuação das operadoras e seguradoras de saúde. Tirando-se como base uma escala de 0 a 10, o médico paulista atribuiu nota 4,7 para os planos ou seguros saúde no Brasil, com equilíbrio entre capital (4,6) e interior (4,8). Considerando apenas as empresas com as quais têm ou tiveram algum relacionamento nos últimos cinco anos, a avaliação é similar: nota média de 5,1.

Tão grave quanto a opinião dos médicos do estado de São Paulo sobre as operadoras de planos de saúde é a qualidade do atendimento que está sendo oferecido à população. Insatisfeitos com a baixa remuneração, ausência de reajuste dos honorários médicos e constantes interferências sobre a prática médica, um grande número de profissionais está se descredenciando dos planos de saúde. Isso leva a uma quebra na relação médico-paciente e piora considerável no atendimento. Além disso, o número de especialistas credenciados é cada vez menor, o que faz com que haja atrasos e demora na marcação de consultas, com consequente prejuízo à população atendida.

Recentemente foi publicada a Súmula Normativa número 16, que veda às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade, os quais implicam inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração na forma de multa de R\$ 35.000,00.<sup>6,7</sup> Se medidas como esta não forem aplicadas urgentemente, e seriamente fiscalizadas, haverá prejuízo real ao atendimento qualificado no contexto dos planos de saúde. Mais ainda, no futuro próximo, pode significar a inviabilidade do serviço.

## CONCLUSÃO

É necessária uma revisão ampla e urgente da regulamentação dos planos de saúde em nosso país, isto é, da Lei 9.656, e a proposta de um novo modelo de gestão, que seja adequado e salutar para o médico, a operadora do plano de saúde, e principalmente para a população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Adequação de planos antigos. Histórico da regulação. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_destaque/artigo\\_complementar\\_11375.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11375.asp). Acessado em 2011 (12 abr).
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm). Acessado em 2011 (12 abr).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil 2003-2010). Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acessado em 2011 (12 abr).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Publicações ANS. ANS Informação. Síntese anual dos dados sobre beneficiários, operadoras e planos de saúde. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/ANS\\_informacoes/2010\\_ans\\_informacao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/ANS_informacoes/2010_ans_informacao.pdf). Acessado em 2011 (12 abr).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acessado em 2011 (12 abr).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Súmula Normativa nº 16, de 12 de abril de 2011. Disponível em [http://www.ans.gov.br/modules/mod\\_legislacao/exibir/texto\\_lei.php?id=1712](http://www.ans.gov.br/modules/mod_legislacao/exibir/texto_lei.php?id=1712). Acessado em 2011 (28 abr).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS publica entendimento sobre limitação de pedidos de exames. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/542-ans-pub>. Acessado em 2011 (28 abr).

## INFORMAÇÕES

### Endereço para correspondência:

Jorge Carlos Machado-Curi  
Associação Paulista de Medicina  
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278  
Bela Vista – São Paulo (SP)  
CEP 01318-901  
Tel. (11) 3188-4200/3188-4300  
E-mail: presidencia@apm.org.br

**Fontes de fomento:** nenhuma declarada

**Conflito de interesse:** nenhum declarado

**Data de entrada:** 24 de março de 2011

**Data da última modificação:** 17 de abril de 2011

**Data de aprovação:** 3 de maio de 2011

**PALAVRAS-CHAVE:**

Planos de pré-pagamento em saúde.  
Seguro saúde.  
Saúde.  
Saúde suplementar.  
Satisfação dos consumidores.

**RESUMO**

**Contexto e objetivo:** A relação médicos-operadoras de planos de saúde é conflituosa. O objetivo deste estudo foi avaliar a opinião dos médicos do estado de São Paulo sobre a atuação dos planos ou seguros de saúde.

**Tipo de estudo local:** Pesquisa quantitativa, encomendada pela Associação Paulista de Medicina (APM).

**Métodos:** Foram entrevistados médicos do estado de São Paulo, cadastrados pelo Conselho Federal de Medicina, credenciados ou conveniados a no mínimo três planos ou seguros de saúde. Foram realizadas 403 entrevistas finais no estado de São Paulo, sendo 200 na capital e 203 no interior (cidades do interior e outras cidades da região metropolitana).

**Resultados:** Em uma escala de 0 a 10, os médicos paulistas atribuíram nota 4,7 para os planos ou seguros de saúde no Brasil. Considerando apenas os planos com os quais tiveram algum relacionamento nos últimos cinco anos, avaliação é similar à média atribuída aos planos de modo geral: nota média de 5,1 em escala de 0 a 10. Em relação à percepção sobre a interferência dos planos ou seguros de saúde na autonomia técnica do médico, cerca de 9 em cada 10 entrevistados afirmou que há interferência sobre a autonomia do médico.

**Discussão:** O médico paulista está extremamente descontente com a atuação das operadoras de planos de saúde. Remuneração abaixo da média, ausência de reajuste de honorários e interferências excessivas e constantes na prática médica tornam a relação médicos-operadoras crítica.

**Conclusões:** É necessária a revisão urgente da regulamentação dos planos de saúde no Brasil.