

DANIELA GOES PARAISO

**A DEMANDA POR SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE POR EPISÓDIOS PARA O CASO SABESPREV**

Belo Horizonte, MG

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG

2005

DANIELA GOES PARAISO

**A DEMANDA POR SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE POR EPISÓDIOS PARA O CASO SABESPREV**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Economia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Viegas Andrade

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG
2005

*Aos meus pais,
João e Maria Isaura*

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos iniciais e imensuráveis aos meus pais. Obrigada pelo estímulo e apoio incondicional desde o primeiro momento, pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram, e sensatez com que sempre me ajudaram. E também aos meus irmãos: Marcela, David e Edinho, pelos quais tenho extrema admiração e carinho. Sem vocês, nada disso teria sido possível. Obrigada por abrirem mãos de tantos sonhos para poderem partilhar os meus!

À Mônica Viegas, por ter me dado a primeira chance, pelo incentivo durante toda a elaboração da dissertação e pela compreensão e suporte indispensáveis desde sempre. Muito obrigada por tudo!

Ao meu grande amigo Paulo, pela inesgotável paciência e compreensão, dando-me força, incentivo e principalmente, acreditando em mim.

Às minhas amigas de casa, Mariangela e Fabiana, por toda amizade ao longo desses anos de convivência. Especialmente à Ma, que sempre me ofereceu um ombro amigo nas horas de dúvidas e desânimo, além de ser responsável pela minha vida acadêmica atual! Ao meu amigo Sandro, por ter me recebido aqui em Belo Horizonte, sempre tão gentil e disposto.

Aos meus grandes e queridos amigos de Bueno por fazerem sempre parte de minha vida, aonde quer que eu esteja. À Letícia, Luciana e Louise, por tantos anos de amizade e carinho, sempre tão necessários. A todos os meus tios e primos que sempre torceram e acreditaram tanto em mim.

Ao AliReza, grande amigo e incentivador, com o qual pude compartilhar cada etapa desta caminhada. Thank you for everything!

À professora Ignez Helena Perpétuo, pela disponibilidade e atenção dispensadas e pelos comentários efetuados. Gostaria de agradecer também aos componentes da banca examinadora, Edson Domingues e Rodrigo Simões, cujas críticas e sugestões permitiram que o trabalho se completasse de maneira adequada.

Aos amigos de sala, do curso de mestrado e doutorado em economia, pelos bons momentos juntos e que espero que não se perca. Obrigada Paulo, Mariangela, Marina, Ana Claudia, Tharsila, Isabel, Héder, Gustavo, Felipe, Antônio, Pedro, Eduardo, Ângelo, Rubens, Jonas e Ricardo. Sempre me lembrarei com carinho de todos vocês. Em especial a Kenya, Rubens e Miriam pelo profissionalismo exemplar, pelo apoio em todos os momentos e pela grande amizade.

À CAPES pelos apoio financeiro.

A Deus, que tudo isso me permitiu.

Naturalmente, os eventuais erros, omissões e imprecisões são de minha exclusiva responsabilidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	3
2.1. Abordagem Macroeconômica.....	3
2.2. Evidências Empíricas sobre Determinantes da Demanda dos Serviços de Saúde	7
3. CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E ANÁLISE DESCRITIVA.....	12
3.1. Base de Dados	12
3.1.1. Construção das Variáveis	14
3.1.2. Tipologia dos Gastos	15
3.2. Estatística Descritiva	18
3.2.1. Análise Descritiva das Variáveis Sócio-Econômica Demográficas	19
3.2.2. Análise Descritiva dos Gastos	22
3.2.2.1. Análise Descritiva dos Gastos segundo Atributos de Risco.....	26
3.2.2.1.1. Análise Descritiva dos Gastos Associados aos Episódios, segundo Idade e Sexo, para os Beneficiários do Plano de Saúde da SABESPREV	27
3.2.2.1.2. Análise Descritiva dos Gastos Associados aos Episódios, segundo Escolaridade e Estado Civil, para Titulares e Beneficiários da SABESPREV ...	32
3.3. Frequência de doenças.....	35
3.3.1. Descrição da metodologia utilizada para estimar a frequência de cada doença crônica no Brasil a partir de dados da SABESPREV e do Suplemento de Saúde da PNAD/98.....	36
3.3.2. Frequência de Doenças Crônicas Comuns na PNAD/1998 e SABESPREV/2003	36
3.3.3. Gasto Médio por Doença Crônica para os Beneficiários da SABESPREV com Gasto Positivo para o ano de 2003	39
4. MODELO ECONOMÉTRICO	42
4.1. Modelo Teórico	42
4.2. Especificação do Modelo Econométrico	46
4.3. Análise em Painel	49
4.4. Análise dos Resultados.....	52
4.5. Resultados do Modelo	56
4.5.1. Resultados do Modelo em <i>Cross-Section</i> para os Beneficiários	56
4.5.2. Resultados do Modelo em <i>Cross-Section</i> para os Titulares	63
4.5.3. Resultados do Modelo em Painel para os Beneficiários.....	65
4.5.4. Resultados do Modelo em Painel para os Titulares.....	70
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	76
ANEXO	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Total dos gastos com saúde como percentual do PIB e total de gastos <i>per capita</i> com saúde (US\$ de 2005) em países da OCDE no período de 1980 a 2003.....	4
TABELA 2: Participação dos Gastos Privados no Gasto Total com Saúde em alguns Países da OCDE no período de 1980 a 2003.....	5
TABELA 3: Participação dos Gastos Privados no Gasto Total com Saúde no Brasil, no período de 1997 a 2002	6
TABELA 4: Idade Média dos Beneficiários Segundo Sexo - 2003	19
TABELA 5: Distribuição dos Beneficiários Segundo Estado Civil – 2003.....	20
TABELA 6: Idade e Renda Média dos Titulares Segundo Sexo - 2003	20
TABELA 7: Distribuição dos Titulares Segundo Escolaridade - 2003.....	22
TABELA 8: Distribuição dos Titulares Segundo Estado Civil - 2003.....	22
TABELA 9: Gasto Médio com Serviços de Saúde Titulares - 2001 a 2003 (R\$ de 2000). ..	24
TABELA 10: Gasto Médio com Serviços de Saúde Beneficiários - 2001 a 2003 (R\$ de 2000).....	24
TABELA 11: Distribuição dos Gastos Associados aos Episódios dos Titulares - 2001 a 2003 (R\$ de 2000)	25
TABELA 12: Distribuição dos Gastos Associados aos Episódios dos Beneficiários - 2001 a 2003 (R\$ de 2000)	25
TABELA 13: Gasto Médio dos Titulares que Realizaram Gastos – 2003 (R\$ de 2000)....	26
TABELA 14: Gasto Médio dos Beneficiários que Realizaram Gastos – 2003 (R\$ de 2000)	26
TABELA 15: Gasto Médio Ambulatorial das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)	28
TABELA 16: Gasto Médio Ambulatorial dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)	28
TABELA 17: Gasto Médio de Int. Aguda das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)	29
TABELA 18: Gasto Médio de Int. Aguda dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)	29
TABELA 19: Gasto Médio Crônico das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000).....	30
TABELA 20: Gasto Médio Crônico dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)	31
TABELA 21: Gasto Médio com Parto das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)..	32
TABELA 22: Valor Médio dos Gastos Segundo Escolaridade - Titulares do Sexo Masculino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)	33
TABELA 23: Valor Médio dos Gastos Segundo Escolaridade - Titulares do Sexo Feminino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000).....	33
TABELA 24: Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Titulares do Sexo Masculino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)	34
TABELA 25: Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Titulares do Sexo Feminino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000).....	34
TABELA 26: Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Beneficiários do Sexo Masculino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)	34
TABELA 27: Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Beneficiários do Sexo Feminino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000).....	35
TABELA 28: Gasto Médio por Doença Crônica para os Beneficiários da SABESP/2003 (R\$ de 2000)	39
TABELA 29: Gasto Médio por Doença Crônica para as Mulheres Beneficiárias da SABESP/2003 (R\$ de 2000)	40

TABELA 30: Gasto Médio por Doença Crônica para os Homens Beneficiários da SABESP/2003 (R\$ de 2000)	41
TABELA 31: Descrição das Variáveis e Sentido dos Efeitos Marginais.....	55
TABELA 32: Efeito marginal sobre a probabilidade de ter gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo modelo Tobit para os beneficiários de 2003.....	59
TABELA 33: Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os titulares do ano de 2003.....	64
TABELA 34: Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os Beneficiários.....	68
TABELA 35: Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os Titulares.....	71

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Pirâmide Etária dos Beneficiários da SABESPREV	19
GRÁFICO 2: Pirâmide Etária dos Titulares da SABESPREV	21
GRÁFICO 3: Gasto Ambulatorial Médio dos Homens Beneficiários do ano de 2003.....	28
GRÁFICO 4: Gasto Ambulatorial Médio das Mulheres Beneficiárias do ano de 2003	28
GRÁFICO 5: Gasto com Internação Médio dos Homens Beneficiários do ano de 2003 ...	30
GRÁFICO 6: Gasto com Internação Médio das Mulheres, Beneficiárias do ano de 2003 .	30
GRÁFICO 7: Gasto Médio Crônico dos Homens Titulares do ano de 2003	31
GRÁFICO 8: Gasto Médio Crônico das Mulheres Ttitulares do ano de 2003.....	31
GRÁFICO 9: Gasto Médio com Parto das Mulheres Beneficiárias do ano de 2003	32
GRÁFICO 10: Frequência de Doenças Crônicas Comuns na PNAD/1998 e SABESPREV/2003	38
GRÁFICO 11:Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Homens Beneficiários no ano de 2003	57
GRÁFICO 12: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	57
GRÁFICO 13: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Crônico para Homens Beneficiários no ano de 2003	58
GRÁFICO 14: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Crônico para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	58
GRÁFICO 15: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio de Internação Aguda para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	61
GRÁFICO 16: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio de Internação Aguda para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	61
GRÁFICO 17: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio de Internação Aguda para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	61
GRÁFICO 18: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio de Internação Aguda para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	61
GRÁFICO 19:Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	62
GRÁFICO 20: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	62
GRÁFICO 21:.....	62
GRÁFICO 21: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	62
GRÁFICO 22: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	62
GRÁFICO 23: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Homens Beneficiários no ano de 2003	66
GRÁFICO 24: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	66
GRÁFICO 25: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Crônicos para Homens Beneficiários no ano de 2003	67
GRÁFICO 26: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Crônicos para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	67
GRÁFICO 27: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	67
GRÁFICO 28: Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	67

GRÁFICO 29: Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003.....	67
GRÁFICO 30:Efeito Marginal da Idade sobre Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003	67

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Descrição Das Variáveis.....	81
Anexo II. Tabelas	82
TABELA 36: Motivo da Saída dos Titulares do Plano de Saúde da Sabesprev, 2001 a 2003	82
TABELA 37: Descrição da Situação Atual dos Titulares do Plano de Saúde da Sabesprev, 2001 a 2003	82
TABELA 38: Coeficientes do Modelo Tobit em <i>Cross-Section</i> para os Beneficiários, 2003	83
TABELA 39: Coeficientes do Modelo Tobit em <i>cross-section</i> para os Titulares, 2003.....	83
TABELA 40: Coeficientes do Modelo Tobit em painel para os Beneficiários, 2003.....	84
TABELA 41: Coeficientes do Modelo Tobit em painel para os Titulares, 2003.....	85
Anexo III. Códigos Da AMB Utilizados Na Construção Do Banco De Dados	86
Anexo IV. Regulamentos Dos Planos De Saúde	91

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar os determinantes da demanda por serviços de saúde em uma população segurada. Para tal, utiliza-se como fonte de dados um banco inédito da SABESPREV (Fundação Sabesp de Seguridade Social do Estado de São Paulo). O método de estimação utilizado é o modelo Tobit através do qual busca-se examinar o comportamento das diferentes categorias de episódios (crônicos, internação aguda, ambulatorial e obstétrico) de acordo com as principais características socioeconômicas e demográficas do indivíduo. Os principais resultados encontrados indicam grande importância dos atributos de sexo e idade na determinação de todos os episódios de saúde. Em geral, verifica-se que as crianças, mulheres em idade reprodutiva e a população em idade mais avançada apresentam maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde, assim como seu valor esperado. A renda e o nível de escolaridade determinam a maior procura por serviços ambulatoriais e de caráter preventivo. O estado de saúde passado, representado por variáveis *proxies*, que tentam buscar alguma informação do *status* individual de saúde, é bastante relevante na análise do episódio crônico. Os resultados das estimativas dão margem para que sejam discutidas medidas voltadas para a redução das desigualdades na utilização dos serviços de saúde, uma vez que os coeficientes estimados mostram que existem diferenças importantes entre os grupos etários e entre os sexos na demanda por serviços de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the determinants of the demand for health services among a population that had private insurance. We used data from the Fundação Sabesp de Seguridade Social (SABESPREV), in order to examine the behavior of different categories of episodes (chronic, acute inpatient, outpatient and obstetric) according with the main socioeconomic and demographic characteristics of the individual. We used the Tobit model to analyze the expenditure decision and the conditional mean value. The main results of this work indicate that the sex and age variables are important in the determination of all health care episodes. In general, we observe that children, women in the reproductive age period and the elderly population have a higher probability of using health services, as well as conditional expenditure. The variables income and years of schooling determine the demand for clinic and preventive services. The past health status is relevant to analyze chronic disease episodes is represented by several proxies which attempt to inform about the individual health status. The results of the estimate are important for the discussion of how to reduce the inequalities in health services, once that the estimated coefficient shows that there are important differences among age groups and sex in the demand for health services.

1. INTRODUÇÃO

A importância do setor saúde na sociedade é indiscutível, uma vez que a saúde é um dos fatores determinantes do bem-estar das pessoas. Nesse sentido, a oferta de bens e serviços de saúde assim como o próprio nível de saúde do indivíduo aparecem como uma preocupação cada vez mais crescente entre os formuladores de políticas públicas. Sob este aspecto, a economia da saúde é uma área que está se desenvolvendo rapidamente para oferecer novos instrumentos de análise ao setor saúde, o qual apresenta algumas peculiaridades que podem diferenciá-lo dos demais setores econômicos. Segundo ARROW (1963), a dinâmica desse setor envolve três agentes distintos: operadores, provedores e consumidores. Para os consumidores, a demanda por saúde é irregular ou imprevisível, isto é, os indivíduos não sabem exatamente quando e com qual frequência vão necessitar de assistência médica. Desse modo, a quantidade de bens e serviços comprada depende da ocorrência e severidade da doença e da decisão do médico. Essa incerteza, combinada com os custos potencialmente altos dos tratamentos, é a razão principal para que o setor seja objeto de cobertura de seguro, uma vez que o indivíduo é avesso ao risco financeiro proveniente de certas doenças que são aleatórias, ou seja, não estão sob seu controle. Sendo assim, o indivíduo decide contratar um seguro ou plano de saúde a fim de diversificar os riscos oriundos dessas doenças e, com isso, obter maior ganho de bem-estar.

No âmbito dos gastos despendidos com saúde, os dados disponíveis na literatura revelam uma expansão considerável dos gastos com bens e serviços de saúde na maioria dos países desenvolvidos, principalmente a partir dos anos 1970. Nos Estados Unidos, por exemplo, a participação do gasto total com saúde no PIB dobrou entre 1980 e 2003. No Brasil, os dados de gastos com saúde nos últimos anos indicam crescimento da participação da componente privada no gasto total, embora o percentual do PIB gasto com saúde tenha variado pouco de 1997 a 2002. Esse crescimento tem motivado a investigação do comportamento e dos determinantes dos gastos com saúde ao longo do tempo e entre diferentes países.

Apesar da relevância desta análise, existem ainda poucos estudos que buscam analisar os determinantes dos gastos e, conseqüentemente, da demanda por serviços de saúde. No Brasil, a maior parte dos trabalhos existentes investiga os perfis de utilização do consumo desses bens e serviços de saúde. Este é o primeiro trabalho que tem como objetivo investigar os determinantes da demanda por serviços de saúde no país. Nosso interesse é

compreender como os atributos do indivíduo interferem na realização dos gastos com saúde. Além disso, o estudo apresenta informações importantes para o desenho de políticas voltadas para a redução das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

A análise da demanda por serviços de saúde é realizada a partir de um banco de dados longitudinal inédito disponibilizado pela Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, para os anos de 2001 a 2003. O plano de saúde oferecido por essa empresa se insere na modalidade de autogestão, sendo ofertados aos beneficiários (empregados e dependentes diretos e indiretos) três planos de saúde distintos que diferem pelo grau de cobertura e pelo relacionamento do beneficiário com a empresa.

Essa dissertação está dividida em 5 capítulos, incluindo esta introdução. O segundo capítulo apresenta os principais trabalhos existentes na literatura econômica que estimaram modelos de demanda por serviços de saúde, com o objetivo de caracterizar o nível e composição dos gastos com saúde em diferentes países e entender o comportamento dos gastos com saúde a nível do indivíduo. O terceiro capítulo apresenta e descreve o banco de dados da SABESPREV utilizado, apresenta o uso das informações dos gastos anuais individuais para estimar a demanda por serviços de saúde e apresenta a tipologia dos gastos adotada segundo tipo de episódio de saúde. Além disso, apresenta uma análise do perfil de gastos de pacientes que apresentam algumas doenças crônicas selecionadas por grupo etário e sexo com o intuito de explorar o bando de dados da SABESPREV e os atributos existentes na PNAD/98. O quarto capítulo especifica a metodologia utilizada para realização da análise da demanda por serviços privados de saúde e apresenta os principais resultados encontrados. No quinto capítulo deste trabalho são feitas as considerações finais, que destacam a grande importância dos atributos de sexo e idade na determinação dos episódios de saúde analisados, o que corrobora a relevância de se considerar informações sobre os atributos do indivíduo na utilização desses serviços.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Os gastos com saúde têm crescido muito nas últimas décadas, principalmente nos países desenvolvidos. Este crescimento elevado e a perspectiva de aumento continuado têm motivado a investigação dos determinantes do comportamento dos gastos e da demanda por bens e serviços de saúde. Do ponto de vista macroeconômico, alguns trabalhos procuram entender como variações nos insumos afetam os resultados médio da população e a parcela do Produto Interno Bruto (PIB) despendida em saúde, sua composição e seus determinantes. Na abordagem microeconômica, a ênfase principal é entender a determinação dos gastos do indivíduo modelando o comportamento dos consumidores e da demanda individual por planos ou seguros de saúde e por cuidados médicos.

O objetivo desse capítulo é apresentar os principais trabalhos existentes na literatura econômica que estimaram modelos de demanda por serviços de saúde. O capítulo está organizado em duas seções. Na primeira seção, a fim de mostrar a relevância da realização de estudos que busquem entender o comportamento dos gastos com saúde, apresentamos uma caracterização do nível e composição dos gastos com saúde em diferentes países. Na segunda seção, apresentamos os principais trabalhos que focalizam o indivíduo para entender o comportamento dos gastos com saúde.

2.1. Abordagem Macroeconômica

Na maioria dos países desenvolvidos tem se verificado uma grande expansão nos gastos com saúde, principalmente a partir da década de 1970 (ABEL-SMITH, 1963,1967; NEWHOUSE, 1977)¹. Esse crescimento tem se mostrado tanto em termos absolutos, como na participação do Produto Interno Bruto (PIB) e em termos *per capita*, evidenciando que os gastos com saúde estão crescendo em nível e mais do que a população como um todo. A TAB.1 apresenta a evolução dos gastos com atenção à saúde entre 1980 e 2003 para a maior parte dos países membros da Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE).

¹ Para maiores detalhes ver Leu (1986), Gerdtham et al (1988), Hiritis & Posnett (1992).

TABELA 1:

Total dos gastos com saúde como percentual do PIB e total de gastos *per capita* com saúde (US\$ de 2005) em países da OCDE no período de 1980 a 2003

	Gasto com saúde (% do PIB)							Total de gasto com saúde <i>per capita</i>						
	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Alemanha	8,7	8,5	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	965	1748	2276	2671	2784	2916	2996
Austrália	7,0	7,8	8,2	9,0	9,1	9,3	9,3	691	1307	1745	2404	2521	2699	2699
Áustria	7,6	7,1	8,2	7,7	7,5	7,6	7,6	764	1338	1870	2184	2195	2280	2280
Bélgica	6,4	7,4	8,7	8,8	8,8	9,1	9,6	637	1345	1820	2279	2424	2607	2827
Canadá	7,1	9	9,2	8,9	9,4	9,6	9,9	783	1737	2051	2503	2710	2845	3003
EUA	8,7	11,9	13,3	13,1	13,8	14,6	15,0	1055	2738	3654	4539	4888	5287	5635
França	7,1	8,6	9,5	9,3	9,4	9,7	10,1	711	1568	2033	2456	2617	2762	2903
Holanda	7,5	8,0	8,4	8,2	8,7	9,1	9,8	757	1438	1826	2259	2520	2775	2976
Itália	-	8,0	7,4	8,1	8,2	8,4	8,4	-	1391	1535	2049	2154	2248	2258
Japão	6,5	5,9	6,8	7,6	7,8	7,9	7,9	580	1115	1538	1971	2092	2139	2139
Reino Unido	5,6	6,0	7,0	7,3	7,5	7,7	7,7	482	986	1374	1833	2032	2231	2231
Suíça	7,3	8,3	9,7	10,4	10,9	11,1	11,5	1033	2033	2575	3182	3362	3649	3781

Fonte de Dados: *The World Health Report – 2005*

Observando a evolução dos gastos, pela TAB. 1, percebemos que em todos os países selecionados da OCDE, o gasto total com saúde se elevou muito nas últimas décadas (com exceção da Áustria). A elevação do gasto total no PIB foi mais expressiva nos EUA, passando de 8,7% em 1980 para 15% em 2003, ou seja, praticamente dobrando nesse período. Em termos de gasto *per capita* com saúde, observamos que o valor *per capita* em 2003 é bastante superior ao que se observava no início do período em todos os países analisados. O crescimento mais expressivo ocorreu nos Estados Unidos, seguido da Suíça e Alemanha (com pouco mais de metade do valor dos EUA). Os dados revelam que em 2003 o gasto *per capita* com saúde, nos Estados Unidos, foi cinco vezes maior que o mesmo gasto em 1980, mostrando que o gasto absoluto no setor cresceu a taxas bem maiores que a taxa de crescimento da população².

Analisando a decomposição dos gastos em público e privado, observamos na maioria dos países da OCDE a participação do Estado no gasto total com saúde é bastante expressiva,

² Embora o gasto *per capita* com saúde nos EUA seja maior, este país apresenta menor expectativa de vida e maior taxa de mortalidade infantil que alguns países da OCDE. A mortalidade infantil é de 7,8 por mil, contra 5,8 por mil na média desses países; por sua vez, a expectativa de vida ao nascer de homens norte-americanos é de 72,7 anos e a das mulheres é de 79,4, enquanto na OCDE estas se situam, respectivamente, em 74,0 e 80,3 anos de vida. Para maiores detalhes ver ANDERSON e POULLIER (1999).

com exceção dos Estados Unidos, que se caracteriza como a única economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no financiamento e gestão do setor saúde para a população economicamente ativa (ANDRADE e LISBOA, 2000). Contudo, na maior parte desses países, a participação privada tem aumentado nos últimos anos, como mostra a TAB. 2. Segundo LASSEY (1997), o crescimento das despesas privadas em saúde ocorreu devido ao aumento da oferta de planos de saúde pelas grandes empresas, e esse fenômeno ocorre de diferentes formas de acordo com o país. Na França e na Inglaterra, essa expansão do setor privado ocorreu devido à insuficiência da cobertura do sistema público, já na Alemanha pela substituição do sistema público por privado nas classes de renda mais altas. Nos Estados Unidos, embora o gasto privado com saúde represente mais da metade do gasto total e seja bastante elevado, quando comparado aos outros países da OCDE, observamos que houve uma redução no nível do gasto privado nas últimas décadas. Segundo ANDRADE (2000), essa redução da participação dos gastos privados no gasto total é resultado, principalmente, das novas relações de contrato estabelecidas entre as seguradoras e os provedores, implementadas sobretudo a partir dos anos 90³.

A TAB. 2 apresenta os dados dos principais países da OCDE sobre a participação dos gastos privados com saúde no gasto total no período de 1980 a 2003.

TABELA 2:
Participação dos Gastos Privados no Gasto Total com Saúde em alguns Países da OCDE
no período de 1980 a 2003

	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Alemanha	21,3	23,8	19,5	21,4	21,6	21,4	21,8
Austrália	37,0	32,9	33,3	31,4	32,2	32,5	32,5
Áustria	31,2	26,5	29,1	30,4	31,5	30,1	30,1
Canadá	24,4	25,5	28,6	29,6	29,9	30,3	30,1
EUA	58,5	60,4	54,7	55,8	55,2	55,1	55,6
França	19,9	23,4	23,7	24,2	24,1	23,9	23,7
Holanda	30,6	32,9	29,0	36,9	37,2	37,5	37,6
Itália	-	20,9	28,1	26,5	24,2	24,6	24,9
Japão	28,7	22,4	17,0	18,7	18,3	18,5	18,5
Reino Unido	10,6	16,4	16,1	19,1	17,0	16,6	16,6
Suíça	-	47,6	46,2	44,4	42,9	42,1	41,5

Fonte de Dados: Elaboração própria com base nos dados da *The World Health Report - 2005*

³ Além disso, em 1965 foram criados dois programas públicos de saúde *Medicare* – para pessoas com mais de 65 anos e *Medicaid* – destinado às famílias de baixa renda, aumentando a participação do governo nos gastos totais. Ver ANDRADE e LISBOA (2002).

No Brasil, onde o sistema de saúde é misto, caracterizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Sistema de Saúde Suplementar, a participação do setor privado no gasto total com saúde constitui uma parcela significativa do mercado de serviços de saúde (MAIA, 2004).

A TAB. 3 nos fornece informações sobre a participação dos gastos privados no gasto total com serviços de saúde no Brasil no período de 1997 a 2002. Podemos notar a forte proporção do gasto privado como percentual do PIB quando comparado aos países da OCDE. Observamos também que a participação dos gastos privados no gasto total com saúde decresceu nos últimos anos, embora, como dito anteriormente, represente mais da metade do gasto total com saúde no Brasil.

TABELA 3:
Participação dos Gastos Privados no Gasto Total com Saúde no Brasil
no período de 1997 a 2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Brasil	56,5	56	57,2	59	57,1	54,1

Fonte de Dados: *The World Health Report - 2005*

Já é conhecido na literatura que alguns fatores têm contribuído para o aumento dos gastos com saúde como o uso intensivo e o desenvolvimento de novas tecnologias e as transições demográfica e epidemiológica. No que se refere ao desenvolvimento de novas tecnologias, no setor saúde, diferentemente dos outros da economia, a tecnologia é um fator determinante para o aumento dos custos. Segundo NEWHOUSE (1993) a tecnologia explica a maior parte do crescimento dos gastos em saúde. Estes gastos aumentam à medida que novas técnicas são incorporadas, pois os tratamentos das doenças foram se tornando cada vez mais caros e sofisticados (ZUCHHI *et al.* (1998), KANAVOS e MOSSIALOS, 1996)⁴.

Em muitos dos estudos que analisam a transição demográfica predomina a preocupação com a pressão que o crescimento da população idosa pode fazer sobre os gastos previdenciários, a utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, com os custos neste setor. Uma explicação para a elevação dos gastos com saúde em países que predominam uma alta proporção de idosos é dada por POL e THOMAS (2001), que

⁴ Para mais detalhes ver WEISBROD (1991) e ALBUQUERQUE (2004).

analisam as transformações no perfil epidemiológico da população. Segundo os autores, conforme os indivíduos envelhecem, seu perfil epidemiológico muda e as doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes, transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. Essas doenças exigem tratamentos de longo prazo e uso de equipamentos tecnológicos mais sofisticados, o que leva a uma elevação nos custos com os serviços de saúde. Além disso, à medida que a população envelhece, a demanda por medicamentos que retardem e tratem doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida irá continuar a aumentar, ocasionando assim, um aumento nos gastos (OPAS, 2005).

O Brasil se encontra no estágio intermediário de transição epidemiológica. Seu perfil epidemiológico combina a presença de doenças características de países em desenvolvimento, como doenças infectocontagiosas e, de países desenvolvidos, como doenças crônico degenerativas, que atingem os mais idosos e a população com renda mais elevada.

Dessa forma, os avanços tecnológicos na área médica, principalmente, diagnóstico e terapêutico, associado às mudanças do perfil epidemiológico, têm contribuído para o aumento dos gastos com saúde nas últimas décadas. No entanto, além desses fatores macroeconômicos, existem diferenças nos atributos individuais e na cobertura de planos ou seguros de saúde que podem afetar a demanda por esses bens e serviços de saúde e impactar nos custos dos tratamentos.

Na próxima seção faremos uma breve revisão de trabalhos empíricos que analisam os principais determinantes dos gastos com saúde, do ponto de vista microeconômico.

2.2. Evidências Empíricas sobre Determinantes da Demanda dos Serviços de Saúde

Existem poucos trabalhos na literatura que estimem a demanda por serviços de saúde e isso se deve, em parte, a escassez de banco de dados que forneça informações individuais e ao longo do tempo. Os principais trabalhos existentes analisam os determinantes da demanda por serviços de saúde tendo como unidade de medida da demanda os gastos ou a utilização dos bens e serviços de saúde, considerando-se os atributos de risco idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo e carga genética.

O relato mais importante na literatura sobre determinantes da demanda por serviços de saúde, que têm como unidade de medida os gastos e que serviu de referência para trabalhos posteriores, foi realizado por NEWHOUSE (1993). O autor, utilizando dados do RAND *Health Insurance Experiment* dos Estados Unidos, procurou mensurar o impacto de uma estrutura de co-pagamento⁵ na demanda por bens e serviços de saúde. O principal objetivo do trabalho era estimar a elasticidade preço da demanda e assim, mensurar o risco moral⁶ nesta população na presença de compartilhamento de custos. NEWHOUSE (1993) estimou a demanda em função do uso de serviços de saúde e da escolha do seguro em algumas áreas escolhidas dos Estados Unidos. Em seu modelo, os serviços de saúde incluem todos os gastos, exceto gastos com serviços e consultas relacionadas com a saúde mental do paciente. As variáveis utilizadas foram o seguro de saúde, estado de saúde e medidas socioeconômicas e demográficas. Os resultados encontrados por NEWHOUSE (1993) mostram a sensibilidade da demanda por serviços médicos e medicamentos, dados mudanças nos preços ou divisão dos custos. Os resultados demonstram que a divisão de custos pode reduzir os gastos totais em torno de 25 a 30% em relação ao plano com seguro pleno. De forma geral, todos os tipos de serviços médicos são sensíveis à divisão de custos.

Utilizando a mesma fonte de dados, KEELER *et al* (1982,1988) analisaram a demanda por serviços de saúde utilizando como medida a frequência da demanda de episódios de saúde. O uso de episódios como unidade de medida justifica-se pelo fato de que os indivíduos tomam decisão de procurar o cuidado médico levando-se em consideração uma expectativa sobre o custo total de tratamento e não apenas o custo da consulta inicial. Os autores, utilizando-se dos dados do RAND *Health Insurance Experiment*, agruparam os gastos em quatro tipos de categorias de acordo com o tipo de episódio: episódios hospitalares, odontológicos, farmacêuticos e ambulatoriais (agudo, crônico de rotina e preventivo) e procuram analisar como o preço e as variáveis socioeconômicas e demográficas tal como cobertura e compartilhamento nos custos afetavam a frequência dos episódios. Os resultados indicam que o número de episódios difere muito com a cobertura e as taxas de co-pagamentos do plano de saúde, mas mostraram-se fracamente relacionados com os planos de saúde. Além disso, no que diz respeito às características individuais, os episódios

⁵ Os co-pagamentos constituem um valor específico ou percentual, cobrado pelo serviço prestado, cujo pagamento é efetuado pelo segurado. Muitos trabalhos pressupõem que, se os consumidores de serviços de saúde não tivessem alguma contribuição nos custos, eles tenderiam a utilizar mais esses serviços. Dessa forma, é importante entender o efeito da utilização de co-pagamentos nos serviços de saúde e assim, conhecer a resposta da demanda diante de mudanças nos preços dos serviços médicos.

hospitalares, agudos e crônicos são fortemente afetados por aspectos de saúde e pela visita prévia ao médico. Os episódios de prevenção e dentário são mais afetados pelo nível educacional e pela renda, além de serem mais concentrados entre mulheres e crianças. Os episódios crônicos, no entanto, se concentraram mais nos participantes mais velhos.

A análise da demanda por serviços de saúde também pode ser realizada tendo como unidade de medida da demanda a utilização dos serviços de saúde. A utilização dos serviços mede a demanda pelo uso de determinado serviço médico em um período. O primeiro trabalho realizado nesse sentido é desenvolvido por CAMERON *et al.* (1988). Nessa abordagem, os autores desenvolvem um modelo que interage a utilização dos serviços de saúde e a demanda por seguro de saúde. Estima-se uma equação de utilização dos serviços de saúde para a Austrália para verificar a frequência com que os indivíduos utilizam os serviços de saúde. A análise empírica resulta no estado de saúde como o determinante mais importante da escolha dos serviços de saúde, enquanto a renda aparece como determinante mais importante da escolha do seguro que na utilização do cuidado de saúde. Além disso, a utilização dos serviços parece ser maior para aqueles que possuem uma cobertura mais ampla.

POHLMIEER e ULRICH (1995), por sua vez, estimam um modelo de utilização dos serviços de saúde em duas etapas. De acordo essa abordagem, na primeira etapa, a decisão de contato é feita pelo paciente quando escolhe o médico para se tratar de alguma doença. Na segunda etapa, a decisão de frequência é feita pelo médico que decide a intensidade do tratamento. Os autores estimam modelos separados para diferentes especialidades de cuidados médicos. A análise é realizada com base no número de visitas ao médico generalista e no número de visitas a especialistas (exceto ginecologista ou pediatra). No que se refere à procura por cuidados médicos, verificou-se que as mulheres procuram serviços preventivos mais frequentemente e usam mais medicamentos do que os homens; não foram observadas diferenças importantes de gênero na procura por médicos generalistas. A renda é uma variável importante na procura por médicos especialistas: uma renda mais elevada resulta em maior procura por esses médicos, principalmente por aqueles segurados por planos privados de saúde. Para o estado de saúde, medido por doenças crônicas, os resultados indicam que indivíduos com doenças crônicas tendem a

⁶ O risco moral é caracterizado como a sobreutilização dos serviços de saúde na presença de um plano ou seguro de saúde (MAIA, 2004).

procurar em torno de 72% a mais visitas a médicos especialistas que indivíduos sem doenças crônicas.

No caso do Brasil, não existem trabalhos que modelam a demanda por serviços de saúde, pois há grande dificuldade na disponibilidade de bancos de dados para esse fim. A maioria dos trabalhos procura analisar os perfis de utilização do consumo desses bens e serviços. Entre estes trabalhos, podemos citar RIBEIRO (2005). A autora utiliza os dados da PNAD/98 e investiga os perfis de utilização de serviços de saúde, considerando os atributos individuais idade, sexo e condição de cobertura por plano ou seguro de saúde. RIBEIRO (2005) distingue os grupos de serviços de saúde em ambulatoriais, representados por consultas médicas, e hospitalares, representados por internações. De maneira geral, encontra que os indivíduos apresentam padrão de utilização diferente na infância e na adolescência, sendo que as crianças, as mulheres em idade reprodutiva e a população em idade avançada apresentam as maiores taxas e frequências de consultas e internações. A cobertura por planos de saúde apresenta perfil diferenciado entre homens e mulheres, sendo maior principalmente para mulheres e crianças. No caso das mulheres, as taxas de utilização são elevadas no início do período reprodutivo, principalmente para aquelas cobertas por plano de saúde.

BERENSTEIN (2005), utilizando dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do ano 2000, para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil, busca identificar a variação de custos de saúde entre e dentro dos grupos etários. A autora mostra que a taxa de utilização dos serviços de saúde é mais elevada para os menores de um ano e para o grupo acima de 60 anos, sendo que para as mulheres há uma elevação na utilização no período reprodutivo. Além disso, constata que entre os menores de um ano, a prematuridade é o procedimento que mais contribui para a elevação dos custos.

O resultado robusto que existe na literatura internacional e no Brasil, independente da forma de mensuração, são os atributos de idade e sexo como determinantes da utilização de serviços de saúde. O que se observa é que as mulheres vivem mais e apresentam maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde (AQUINO *et al.*, 1992; FONSECA *et al.*, 2000; GREEN e POPE, 1999; PINHEIRO *et al.*, 2002; NUNES (1999, 2004); SASSI e BÉRIA, 2001; TRAVASSOS *et al.* (2000)).

Estes diferenciais por sexo também variam segundo o tipo de serviço que procuram, sendo que as mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais. Essa demanda apresenta-se de forma mais voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo. De um modo geral, as mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo, enquanto os homens buscam mais o cuidado curativo. A demanda masculina por serviços ambulatoriais ocorre, em sua maior parte, como induzida pelo trabalho ou seguro social (AQUINO, *et al.*, 1992; PINHEIRO *et al.*, 2002).

Um outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao período reprodutivo das mulheres que também contribui para a existência desses diferenciais de utilização de serviços de saúde. Este diferencial explica-se em grande parte pela demanda médica associada à gravidez e ao parto (AQUINO *et al.*, 1992; GREEN e POPE, 1999; MÉDICI e CAMPOS, 1992; SASSI e BÉRIA, 2001).

O perfil de morbidade também é diferenciado entre os homens e as mulheres. O uso mais freqüente de serviços de saúde por parte das mulheres está mais associado aos problemas crônicos. Isto pode estar relacionado ao fato das mulheres declarem mais do que os homens a presença de problemas de saúde, mas quando se leva em consideração a gravidade da doença, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas fatais (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Com relação à idade, esta apresenta efeito diferenciado na utilização de serviços de saúde, de acordo com os perfis de morbidade e epidemiológico. A literatura da saúde sugere que o padrão de consumo é distinto ao longo do ciclo de vida e se concentra nas idades extremas. De forma geral, a utilização dos serviços de saúde é mais elevada nos anos iniciais da vida, decresce na adolescência e volta a aumentar nas idades mais avançadas. Isso ocorre pois o perfil de necessidades de saúde varia segundo a idade (FACCHINI e COSTA, 2002; SASSI e BÉRIA, 2001).

3. CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS E ANÁLISE DESCRITIVA

O propósito deste capítulo é apresentar a análise descritiva do banco de dados do Sistema de Seguridade de Saúde da Empresa de Abastecimento de Água e Esgoto do Estado de São Paulo (SABESP) – SABESPREV.

O capítulo está dividido em quatro seções. A primeira parte descreve o banco de dados e suas particularidades. A segunda apresenta a construção das variáveis. A terceira, uma análise estatística descritiva e a última, descrição dos gastos médios e características da população que apresenta algumas doenças específicas.

3.1. Base de Dados

A base de dados utilizada neste trabalho consiste dos registros administrativos dos procedimentos de saúde realizado pelos beneficiários da SABESPREV - Fundação SABESP de Seguridade Social⁷, para os anos de 2001 a 2003. O plano de saúde da SABESPREV se insere na modalidade de autogestão⁸ sendo ofertado aos beneficiários (empregados e dependentes diretos e indiretos) três tipos de contratos: o primeiro, denominado plano pleno, é ofertado apenas para os funcionários da ativa da SABESP e os seus dependentes legais (cônjuges e filhos), os demais, denominados de plano básico e especial têm como público alvo os aposentados e ex-funcionários da SABESP, seus pensionistas (viúvos e viúvas) e parentes em vários graus (dependentes e agregados). A única diferença entre esses dois últimos contratos é a cobertura de serviços: a do especial é mais abrangente que a do básico⁹. O plano da SABESPREV opera com rede credenciada sendo permitida a cobrança de co-participações e franquias. Para este trabalho não tivemos acesso às informações de pagamento de co-participações, inviabilizando qualquer análise sobre divisão de custos e efeitos sobre a demanda.

Este banco difere dos bancos usualmente utilizados em pesquisas acadêmicas, por ser um banco administrativo, cuja unidade de análise são os procedimentos utilizados por cada paciente. As informações originais estão organizadas em 5 bancos separados, conforme diagrama apresentado no Anexo I, sendo necessário utilizar variáveis chaves para fazer a ligação desses bancos.

⁷ A SABESPREV é gestora do Fundo de Assistência e Previdência dos Funcionários da Companhia de Água e Esgoto do Estado de São Paulo – SABESP.

⁸ Planos geridos pelas próprias empresas. Em geral a autogestão combina a administração própria com outras modalidades, como por exemplo acesso a determinados serviços de rede credenciada.

⁹ No anexo V apresentamos os três tipos de contratos conforme disponibilizado em www.sabesp.com.br.

No Brasil as informações de gastos com saúde disponíveis são, em geral, de dois tipos: Informações provenientes de pesquisas domiciliares nas quais os indivíduos declaram quanto gastam com saúde e os respectivos componentes, como a Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílio (Suplemento de Saúde - PNAD/98)¹⁰, a Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) e a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)¹¹ realizadas pelo IBGE e, informações obtidas de prestadores públicos sobre gastos hospitalares e ambulatoriais, como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)¹². Os problemas relativos a cada um deles referem-se, em primeiro lugar, a confiabilidade dos dados, uma vez que estes são autodeclarados e suscetíveis à inconsistência por parte de quem presta a informação e, em segundo lugar, estão sujeitos à distorções nos preços relativos, principalmente nos procedimentos realizados na área ambulatorial.

Neste trabalho, como mencionado anteriormente, utilizamos as informações providas pela SABESPREV. Trata-se de um banco de dados inédito no Brasil e, apesar das informações sobre os atributos pessoais serem mais limitadas que as informações da PNAD – não sendo possível controlar, por exemplo a utilização dos cuidados médicos a partir de dados sobre o estado de saúde dos indivíduos, as informações a respeito da utilização de serviços de saúde são bem mais completas. Os dados de utilização dos serviços médicos nos permitem fazer a análise da demanda através dos gastos e por episódios. Vale a pena ressaltar que o gasto não é o que o indivíduo gasta com o pagamento do plano e sim o custo para a seguradora. Assim, consideramos ao longo de todo o trabalho, gastos como *proxy* para a quantidade demandada de serviço, segundo atributos do indivíduo.

¹⁰ As informações contidas no questionário da PNAD/98 contêm um suplemento especial dedicado a vários aspectos da saúde, entre eles os gastos dos indivíduos agrupados em várias categorias, como medicamentos de uso regular, mensalidades de planos de saúde e consultas médicas. Entretanto, a PNAD não contempla informações sobre outros tipos de gasto (como habitação, transporte, alimentação, entre outros) e apresenta algumas dificuldades, entre eles a identificação dos gastos como domiciliares – o que pode levar a problemas de dupla contagem e, o fato das informações serem reportadas por uma única pessoa do domicílio – o que pode estar associado a um erro de memória muito grande, pois depende da capacidade dos entrevistados de recordar e informar a ocorrência de doenças. Devido a todos os problemas com a PNAD/98 a PNAD/2005 não replicou os gastos. Ver ANDRADE (2002).

¹¹ A PPV contém informações acerca do estado de saúde, hábitos dos indivíduos, medidas de acesso e utilização dos serviços de saúde e informações sobre gastos com assistência médica. A POF apresenta dados específicos sobre gastos com assistência médica e tem como objetivo verificar como o dispêndio familiar está alocado. Cabe ressaltar que a PNAD, PPV e POF apresem ainda informações sobre o domicílio e sobre características sócio-econômicas dos indivíduos.

¹² O SIH/SUS possui informações sobre o paciente, provedor e o tipo de procedimento realizado. As informações disponibilizadas pelo SIA/SUS são mais amplas, compreendendo procedimentos de alta complexidade. Ambas as pesquisas estão relacionadas com a elaboração dos registros de cobrança do procedimento.

Nesse sentido, para realizar a análise da demanda por serviços de saúde, o primeiro passo foi a reorganização do banco de dados original considerando-se como unidade de análise os indivíduos. Desse modo, construímos o banco de forma que cada linha representasse um indivíduo com todos os procedimentos realizados pelo mesmo.

A base de dados construída nesse trabalho contém informações sobre os gastos de serviços de saúde e, dados socioeconômicos e demográficos de seus beneficiários para o período de 2001 a 2003, sendo composta de, aproximadamente, 58 mil indivíduos – funcionários, ex-funcionários da empresa e seus dependentes, agregados e designados – que constitui toda a carteira da empresa, a qual denominamos beneficiários do plano de saúde da SABESPREV. Do total de beneficiários foram selecionados os titulares dos planos, visto a disponibilidade das informações socioeconômicas para estes estar mais completa, compreendendo cerca de 17000 indivíduos. As estimativas da demanda por serviços de saúde serão realizadas considerando o conjunto de toda a população beneficiária dos planos de saúde da Sabesprev e o conjunto dos titulares.

3.1.1. Construção das Variáveis

Para utilizar o banco de dados da SABESPREV, organizamos as informações em micro-dados tendo como unidade de análise cada usuário/indivíduo. Os dados de titulares e beneficiários estavam armazenados em bases separadas, existindo mais informações para os titulares¹³. As informações extraídas para os usuários foram de dois tipos: atributos pessoais e registros de utilização dos serviços médicos. O primeiro grupo contém as seguintes informações: identificação no plano (código Sabesprev), sexo, data de nascimento, estado civil, tipo de plano, a data de inclusão no plano, descrição e data da situação atual no plano, descrição e data da alteração do plano, renda e escolaridade¹⁴. No Anexo I encontra-se o formato no qual o banco foi disponibilizado e a forma de ligação entre as diversas bases.

¹³ O banco original continha uma série de variáveis as quais foram filtradas seja por não serem relevantes para a análise, seja por não apresentarem consistência no preenchimento. As informações de utilização extraídas foram o valor e a descrição de cada procedimento.

¹⁴ As informações de renda e escolaridade só estão disponíveis para os titulares por estes serem os empregados da empresa. Além dessas informações estava disponível ainda a data de admissão na empresa. A informação do plano não foi utilizada para os titulares, uma vez que todos devem estar, obrigatoriamente inscritos no plano pleno.

3.1.2. Tipologia dos Gastos

Neste trabalho a demanda por serviços de saúde é estimada utilizando como medida os gastos anuais por episódio individuais com esses serviços. Outra forma usual de se estimar a demanda por serviços de saúde é através da utilização (CAMERON et al, 1988; POHLMEIER e ULRICH, 1995; FABBRI e MONFARDINI, 2002). A literatura empírica utiliza indiscriminadamente uma forma ou outra, dependendo da disponibilidade de informações. No caso do banco da Sabesprev as informações de gastos são obtidas diretamente, daí a nossa escolha desta unidade de medida.

A tipologia utilizada divide os gastos segundo tipo de episódio. Um episódio representa todos os procedimentos envolvidos no mesmo evento de saúde. Também pode ser definido como um conjunto de visitas médicas originadas pelo mesmo motivo (SANTOS SILVA e WINDMEIJER, 2001). Um evento cirúrgico, por exemplo, compreende tantos os exames e consultas anteriores à cirurgia como os procedimentos realizados no ato cirúrgico e no período de recuperação.

O uso de episódios como unidade de observação permite uma maior precisão nas estimativas dos gastos de saúde. Uma vez que o indivíduo tem determinado problema de saúde, existe uma série de exames que é esperada que ele realize. A demanda por serviços de saúde não representa necessariamente a demanda por apenas uma consulta médica, existe uma expectativa sobre o tratamento completo. Nesse sentido, a unidade de medida mais plausível para mensurar a utilização de cuidados médicos são os episódios de doença.

Outros trabalhos também consideraram o episódio como unidade de análise, como o que realizado por KEELER *at al.* (1982, 1988). Em seu trabalho a análise dos episódios de doença foi realizada através de um sistema que agrupou os diferentes relatórios de despesa médica de acordo com o tipo de episódio. Foram definidos quatro tipos de episódios de acordo com os serviços básicos que os indivíduos demandariam: hospitalar, médicos, farmacêuticos e odontológicos. Em nossa análise, os episódios farmacêuticos e odontológicos não foram realizados devido a inexistência dessas informações em nosso banco de dados.

Os diferentes tipos de episódios foram analisados separadamente para melhor compreensão da análise da demanda por serviços de saúde. Uma razão para essa distinção é o fato da natureza dos serviços e dos gastos associados a esses episódios ser totalmente distinta.

Dessa forma, os episódios foram desagregados em: (1) episódios de internação associados a eventos agudos de saúde – que compreendem todos os gastos dos indivíduos que tiveram internações no mês, excetuando-se os indivíduos que tiveram procedimentos obstétricos e crônicos; (2) episódios obstétricos – referente a todos os gastos realizados pelas mulheres ao longo do período de gestação; (3) episódios crônicos – relativo a todos os gastos realizados por pessoas que apresentam doenças crônicas e, (4) episódios ambulatoriais – atinente a todos os procedimentos ambulatoriais realizados no período.

Para a construção dos episódios, o primeiro passo foi definir os gastos com internação. Estes gastos foram identificados utilizando-se dois critérios, dada a disponibilidade de informações contidas no banco: o Código da Associação Médica Brasileira (AMB)¹⁵ e Porte Anestésico (PA). Nesse sentido, inicialmente identificamos nas tabelas AMB quais os procedimentos eram utilizados exclusivamente em internações¹⁶. O código da AMB permitiu a identificação de procedimentos realizados unicamente por pacientes que estão internados (dentro do hospital). Os gastos com esses procedimentos referentes a qualquer usuário foram identificados e separados mensalmente. Além desse critério, utilizamos o indicador de porte anestésico do procedimento. Todos os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8 conforme a complexidade do procedimento. Segundo especialistas¹⁷, quando o porte anestésico é igual ou superior a 3, o procedimento deve ser realizado dentro dos hospitais. Assim, os procedimentos com porte anestésico nesta categoria também foram identificados e separados mensalmente. Dentro daquele mês, sempre que um usuário fosse identificado como submetido a algum procedimento de internação, todos os seus gastos foram classificados nesta categoria e somados para a vetorização do banco. O banco foi vetorizado para que o usuário passasse a ser a unidade de análise, de modo que cada linha do banco contivesse todos os custos de procedimentos realizados com aquele usuário em cada mês e ano. A utilização do período de tempo mensal justifica-se como sendo o prazo suficiente para que o usuário realizasse as consultas e exames necessários e, conjuntamente com o seu médico, decidisse pela internação¹⁸.

¹⁵ No Banco original os procedimentos estavam registrados segundo diversas tabelas da AMB. Desse modo a informação sobre o tipo de tabela também foi utilizada.

¹⁶ O Anexo III apresenta os procedimentos utilizados na decomposição dos gastos de internação.

¹⁷ Os procedimentos ambulatoriais são considerados com porte anestésico igual 0, 1, 2 e 3 (em alguns casos).

¹⁸ Evidentemente, qualquer periodicidade escolhida seria arbitrária. A fragilidade do período de um mês decorre da possibilidade de haverem procedimentos que foram realizados em determinado mês, mas o pagamento foi executado somente no mês subsequente.

Em seguida, classificamos os gastos segundo a tipologia de episódio. Os episódios crônicos compreendem gastos associados à presença de doença crônica. O termo doença crônica pode designar doença rara ou complexa, condição exigente da realização de procedimentos de alto risco ou cuidado de longa duração¹⁹. Nesse sentido, os gastos associados ao episódio crônicos são considerados previsíveis e contínuo ao longo do tempo (BAHIA *et al*, 2004), tendo como unidade de análise o gasto anual por paciente. Este episódio foi identificado de acordo com os procedimentos da AMB²⁰ associados a doenças crônicas e também de acordo com a frequência de visitas médicas realizada pelo indivíduo. Existem diversos procedimentos na tabela da AMB que normalmente são realizados por pacientes portadores de doenças crônicas. A identificação dessas doenças foi obtida com a ajuda de um médico especialista que definiu quais procedimentos eram vinculados a essas doenças. Após essa definição, consideramos como episódio de doença crônica apenas aqueles procedimentos realizados pelo indivíduo com frequência de utilização igual ou superior a três visitas médicas. Embora essa limitação de três visitas médicas seja arbitrária, especialistas consideram a realização de um procedimento e um retorno no período como uma ocorrência razoável. No entanto, quando essa frequência aumenta, isto pode estar sugerindo que o paciente tenha algum problema mais sério e que o cuidado médico deve ser intensificado. A decomposição dos gastos em episódio crônico é extremamente relevante em nossa análise. Segundo ALMEIDA *et al* (2002), as doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, a maior razão para a demanda de serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor.

O episódio de internação aguda considera todos os gastos com internação que os indivíduos tiveram durante o ano excluindo os gastos provenientes de internações associadas a doenças crônicas. Os episódios de internação aguda são aqueles não previsíveis e não adiáveis e que não estão associados a nenhuma doença regular. Constitui-se em um evento de saúde que não tem continuidade de tratamento. Do ponto de vista

¹⁹ Segundo BAHIA *et al* (2004) existem diferentes abordagens para o termo doença crônica, além da definição mencionada no texto. O *US National Center for Health Statistics* considera doença crônica uma condição com duração igual ou superior a três meses. Contudo, o *Dictionary of Health Services Management* inclui as características do tratamento na definição de doença crônica. A presença de atributos clínicos e/ou assistenciais como permanência da alteração fisiológica; incapacitação, ainda que residual; tipo e duração do tratamento caracteriza a natureza da doença. Em CASTRO *et al* (2002), a doença crônica se caracteriza por seu curso demorado, progressão e necessidade de tratamentos prolongados.

²⁰ O Anexo III apresenta os procedimentos utilizados na decomposição dos gastos crônicos.

econômico, gastos com esse tipo de tratamento ocorrem somente quando o paciente está temporariamente doente.

O episódio obstétrico refere-se a todos os gastos que as mulheres realizaram ao longo do período de gestação. Essa decomposição dos gastos se justifica pela importância das internações obstétricas no total das internações. Segundo dados da SIH/SUS, cerca de 20% das internações no Brasil são internações obstétricas. Além disso, esse grupo tem uma natureza específica apresentando tempo médio de internação bem inferior aos procedimentos que envolvem cirurgia, por exemplo. A identificação do episódio obstétrico foi feita segundo códigos da Associação Médica Brasileira (AMB)²¹. A unidade de observação desse episódio é um parto realizado dentro de um período de 12 meses. Considera-se a data do procedimento da cirurgia e a essa data associaram-se os gastos nos nove meses anteriores e nos 3 meses subsequentes. Assume-se a hipótese de que todos os gastos realizados nesses 12 meses estavam correlacionados com o episódio obstétrico. Nesse caso, especificamente, o período de análise será de 05 de outubro de 2000 a 1º de fevereiro de 2004.

Os episódios ambulatoriais envolvem procedimentos de menor complexidade, tendo uma alta demanda e um gasto médio por atendimento mais baixo. Os gastos associados a esses serviços são gastos considerados adiáveis²² quando associados a eventos preventivos. Os episódios ambulatoriais mais frequentes incluem gastos com consultas, exames e tratamento preventivo.

3.2. Estatística Descritiva

Nessa subseção apresentamos a estatística descritiva das principais informações contidas no banco considerando os universos dos titulares e dos beneficiários para o ano de 2003. A opção por apresentar apenas a análise do ano de 2003 deve-se ao fato de que nos demais anos a alteração da população usuária não é tão grande²³.

²¹ Os Códigos da AMB para estes procedimentos são apresentados no Anexo III.

²² Talvez do ponto de vista da sociedade os gastos ambulatoriais não sejam tão adiáveis. Podemos citar como exemplo destes gastos: imunizações, controle de natalidade, papa Nicolau etc.

²³ Segundo dados da tabela 36 do anexo 4 no período de 2001 a 2003 foram excluídos da carteira de titulares cerca de 1500 empregados, o que corresponde a cerca de 7.5% dos titulares.

3.2.1. Análise Descritiva das Variáveis Sócio-Econômica Demográficas

A TAB. 4 apresenta a idade média dos beneficiários do plano de saúde da SABESPREV, segundo sexo²⁴. Observamos que a distribuição por sexo e idade é bastante similar entre os beneficiários: as mulheres representam 51,63%, se aproximando da distribuição verificada na população brasileira e a idade média é de aproximadamente 35 anos.

TABELA 4:

Idade Média dos Beneficiários Segundo Sexo - 2003

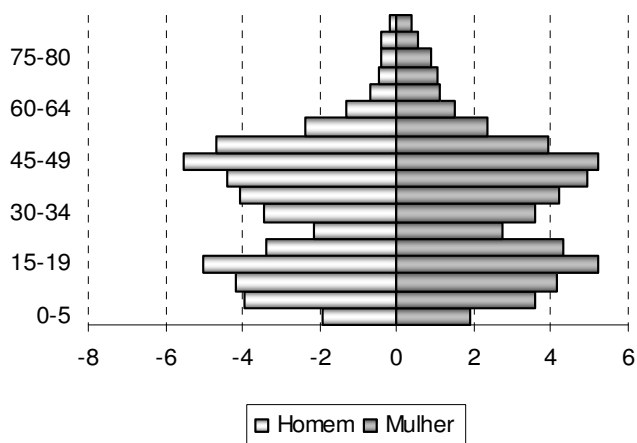
	N	%	Idade Media
Homens	27627	48,37	33,72(18,72)
Mulheres	29489	51,63	35,20(19,91)
Total	57116	100,00	34,48(19,36)

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

A composição etária dos beneficiários é, em geral, semelhante entre homens e mulheres (GRAF. 1), com uma maior participação do grupo etário de 45 a 49 anos e o contingente masculino mais jovem que o feminino.

GRÁFICO 1:

Pirâmide Etária dos Beneficiários da SABESPREV



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

²⁴ A análise realizada para os beneficiários inclui apenas informações de gastos, idade e sexo, devido à disponibilidade dos dados.

Em relação ao estado civil, os solteiros correspondem ao grupo mais representativo, com o percentual de mulheres superior ao dos homens. Por outro lado, os casados e os outros grupos apresentam um percentual de pessoas do sexo masculino superior ao de pessoas do sexo feminino (TAB. 5).

TABELA 5:

Distribuição dos Beneficiários Segundo Estado Civil – 2003

Estado civil	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
0 (Solteiro)	29175	51,08	14842	50,33	14333	51,88
1 (Casado)	25935	45,41	13451	45,61	12484	45,18
2 (Outros)	2006	3,51	1196	4,05	810	2,93
Total	57116	100	29489	100	27627	100

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

As TAB. 6 apresenta a idade e renda média de titulares segundo gênero. Observamos que predominam os homens entre os titulares do plano, representando cerca de 82% da população. Isto pode ser explicado pelo tipo de serviço operacional da empresa, que é ainda predominantemente ocupado por homens. Quanto à idade, os homens apresentam idade média superior: 43,7 anos versus 40,9 para as mulheres titulares. A renda média, no entanto, é maior entre as mulheres que apresentam um diferencial de 10%. Este resultado sugere que as mulheres ocupam postos de trabalho superiores uma vez que estes apresentam distribuição mais concentrada nos graus de instrução mais elevados.

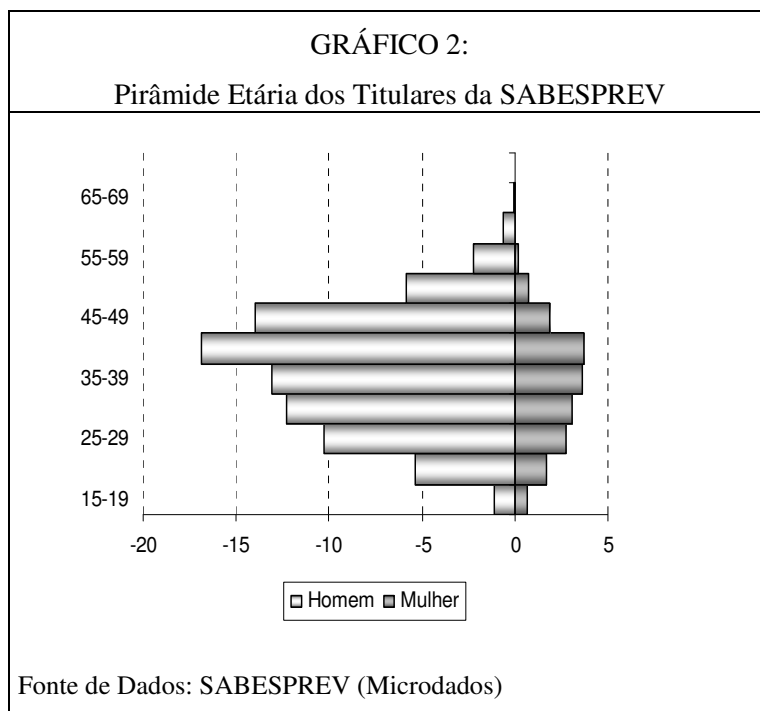
TABELA 6:

Idade e Renda Média dos Titulares Segundo Sexo - 2003

	N	%	Idade Média	Renda Média
Homens	13960	81,69	43,79(9,35)	2157,63(1719,05)
Mulheres	3129	18,31	40,95(8,91)	2385,82(1559,91)
Total	17089	100,00	43,27(9,34)	2199,42(1693,29)

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

O GRAF. 2 apresenta a pirâmide etária dos titulares do plano segundo o sexo. Nota-se que o grupo etário de maior participação na amostra está entre 40 e 45 anos, tanto para os homens quanto para as mulheres titulares do plano.



As informações atinentes ao grau de instrução estão disponíveis apenas para os titulares do plano e apresentam as seguintes categorias: analfabeto, primário incompleto, primário completo, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau incompleto, segundo grau completo, terceiro grau incompleto e terceiro grau completo. Essas categorias foram codificadas de maneira a corresponder a ciclos completos de instrução quais sejam: indivíduos com menos de 4 anos de estudo, indivíduos com 4 a 7 anos de estudo, indivíduos com 8 a 10 anos, indivíduos com 11 a 14 e indivíduos com 15 anos ou mais.

A distribuição dos titulares segundo grau de instrução evidencia um elevado nível de escolaridade para os empregados da Sabesp, mais de 50% tanto de homens quanto de mulheres apresenta pelo menos segundo grau completo, ou seja, acima de 11 anos de estudo. Além disso, o percentual de indivíduos com menos de 04 anos de estudo é bem inferior ao observado para a população brasileira sendo 9,02% dos homens analfabetos ou com apenas primário incompleto, contra 1,01% das mulheres (TAB. 7)²⁵.

TABELA 7:

Distribuição dos Titulares Segundo Escolaridade - 2003

Escolaridade	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
0 (analf/prim incomp)	1116	7,66	1091	9,02	25	1,01
1 (prim com/1º grau incomp)	2753	18,89	2644	21,85	109	4,40
2 (1º grau com/2º grau incomp)	2785	19,11	2517	20,81	268	10,81
3 (2º grau comp/3º grau incomp)	4757	32,63	3786	31,29	971	31,29
4 (3º grau comp)	3166	21,72	2060	17,03	1106	44,61
Total	14577	100	12098	100	2479	100

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

No que se refere ao estado civil, os titulares - em sua maioria (67%) - pertencem ao grupo 1 (casados), sendo que entre os homens este grupo representa 71,75% e entre as mulheres 44,84% (TAB 8).

TABELA 8:

Distribuição dos Titulares Segundo Estado Civil - 2003

Estado civil	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
0 (Solteiro)	4589	26,85	3255	23,32	1334	42,63
1 (Casado)	11419	66,82	10016	71,75	1403	44,84
2 (Outros)	1081	6,33	689	4,94	392	12,53
Total	17089	100	13960	100	3129	100

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Com relação à situação atual dos titulares na empresa temos que cerca de 86,62% dos indivíduos estão ativos no período de 2001 a 2003 (Ver Tabela 37 do Anexo II).

3.2.2. Análise Descritiva dos Gastos

As TABs. 9 e 10 apresentam os valores médios dos gastos dos titulares e beneficiários, respectivamente, decompostos segundo a metodologia proposta, para os anos 2001, 2002 e 2003. Todos os valores estão apresentados a preços constantes de 2000²⁶. Como se observa, o comportamento dos gastos médios ambulatoriais e de internação aguda é bastante distinto ao longo dos três anos para titulares e beneficiários. Essa diferenciação no comportamento dos gastos pode estar associada a uma alteração no perfil de utilização dos serviços. Como

²⁵ Das 17.089 observações 2.512 não apresentaram declaração de escolaridade.

pode ser visto na TAB.9, houve uma redução nos gastos médios ambulatoriais no período (48,5% para os titulares e 39,69% para os beneficiários), enquanto os gastos com internação aguda se elevaram (58,77% para os titulares e 51,30% para os beneficiários). Na divisão por quantis (TAB. 11 e 12), o que se verifica é que os gastos com internação aguda representavam apenas 5% dos usuários em 2001 passando para 25% dos usuários em 2002 e 2003. O contrário ocorre com os gastos ambulatoriais. Em 2001 estes gastos representavam 75% dos usuários, no entanto, em 2002 e 2003 esse percentual caiu para 50% dos usuários, o que pode ter contribuído para a redução dos gastos médios ambulatoriais.

Outros fatores podem contribuir para esse diferencial de comportamento dos gastos médios ambulatoriais e de internação aguda. Além da diferença dos perfis de utilização dos serviços, essa diferença pode estar associada ao comportamento da inflação dos serviços de saúde que foi de 9,01% em 2002, comparado a 4,11% em 2001. Como a inflação apresentou grande variação em 2002 em relação a 2001 os preços podem não ter sido reajustados imediatamente causando queda dos gastos reais. Como a carteira é relativamente estável no período (7,5% dos titulares foram excluídos nos três anos) é pouco razoável associar toda essa variação a uma alteração do perfil dos usuários. Podemos supor também que os hospitais podem ter conseguido reajustar os preços mais rapidamente que o atendimento ambulatorial pelo fato de existirem em número inferior aos serviços ambulatoriais. Além da diferença dos valores médios entre os gastos ambulatoriais e de internação aguda, a dispersão dos gastos com internação aguda é bem superior, apresentando desvio padrão cerca de 5 vezes superior ao observado para os gastos médios ambulatoriais.

O gasto médio crônico apresenta um comportamento similar para titulares e beneficiários do plano, sendo crescente ao longo dos três anos de análise, com exceção dos titulares no ano de 2003 em que o gasto médio teve um pequeno decréscimo em relação ao ano de 2002. Esses gastos apresentam valores máximos bastante expressivos, na casa de 140 a 334 mil reais para titulares e de 400 a 580 mil reais para beneficiários, quando consideramos os três anos, reforçando a importância do seguro para esse tipo de gasto.

Em relação ao gasto médio obstétrico, verifica-se uma tendência crescente de gastos para ambas as populações analisadas. O valor médio superior para os beneficiários deve-se ao

²⁶ Os gastos foram deflacionados pelo IPC saúde da FIPE disponível em www.fipe.com/indices.

fato das mulheres beneficiárias representarem cerca de 51 % da população e estarem na idade reprodutiva.

TABELA 9:

Gasto Médio com Serviços de Saúde dos Titulares - 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Episódios	2001				2002				2003			
	Média	Desv Pad	Min	Máx	Média	Desv Pad	Min	Máx	Média	Desv Pad	Min	Máx
Obstétrico	34	690	0	59426	54	1067	0	85920	66	1195	0	89014
Int Aguda	432	3080	0	287296	574	2140	0	134885	687	2930	0	135847
Crônico	232	3742	0	334396	247	2986	0	140700	226	3134	0	174559
Ambulatorial	334	750	0	70231	207	424	0	18843	173	499	0	39482

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 10:

Gasto Médio com Serviços de Saúde dos Beneficiários - 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Episódios	2001				2002				2003			
	Média	Desv Pad	Min	Máx	Média	Desv Pad	Min	Máx	Média	Desv Pad	Min	Máx
Obstétrico	70	945	0	107114	68	974	0	85920	101	1170	0	89014
Int Aguda	409	2532	0	287296	510	2244	0	180320	619	3044	0	178812
Crônico	270	4583	0	400904	335	5339	0	477154	352	6274	0	580897
Ambulatorial	267	505	0	70231	174	399	0	30691	161	623	0	77356

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Como pode ser visto nas TAB. 11 e 12, ao analisarmos a distribuição dos gastos por quantil dos titulares e beneficiários, percebe-se que o patamar de gastos é bastante concentrado. Das pessoas que tiveram gastos ambulatoriais, 90% da população teve gastos inferior a 1000 reais por ano e os 10% com maiores gastos, tiveram gastos variando entre 726 reais a 77 mil reais; enquanto que de internação aguda variou de 434 reais a 135 mil reais (287 mil reais para os beneficiários). Para todo o período em análise, cerca de 25% dos beneficiários tiveram gastos ambulatoriais nulos e pelo menos 75% da população não apresentou gasto algum de internação aguda. Nota-se ainda que, apenas 1% do gasto da população está associada ao gasto crônico, sendo estes valores bastante elevados e superiores aos outros episódios analisados ao longo dos três anos. O gasto com parto se concentrou no mesmo quantil, sendo que apenas 1% da população beneficiária teve gasto obstétrico entre R\$ 2468 e R\$ 107 mil para os beneficiários.

TABELA 11:
Distribuição dos Gastos Associados aos Episódios dos Titulares –
2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Quantile	2001				2002				2003			
	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb.	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb
100% Max	59426	6562	334396	70231	85920	134884	140700	18843	89014	135847	174559	39482
99%	0	2291	3780	2237	0	6905	4163	1715	0	8607	4530	1492
95%	0	948	0	1248	0	2517	0	926	0	2817	0	733
90%	0	0	0	902	0	1367	0	596	0	1527	0	474
75%	0	0	0	417	0	434	0	252	0	566	0	204
50% Méd.	0	0	0	152	0	0	0	55	0	0	0	39
25%	0	0	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0
10%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0% Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 12:
Distribuição dos Gastos Associados aos Episódios dos Beneficiários –
2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Quantile	2001				2002				2003			
	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb	Obstétrico	Int.Agud	Crônico	Amb
100% Max	107114	287296	400904	70232	85920	180320	477154	30691	89014	178812	580897	77356
99%	2468	6730	3800	1895	0	6403	4843	1509	3774	7834	4316	1436
95%	0	2143	0	1048	0	2311	0	780	0	2491	0	434
90%	0	901	0	712	0	1253	0	492	0	1347	0	175
75%	0	0	0	334	0	361	0	202	0	453	0	32
50% Med	0	0	0	118	0	0	0	43	0	0	0	0
25%	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0
10%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0% Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

As TABs. 13 e 14 apresentam os valores médios para os titulares e beneficiários que realizaram gastos positivos para o ano de 2003. As categorias que apresentam a menor elevação são os gastos ambulatoriais e de internação aguda, além de apresentarem um comportamento bastante similar entre as duas populações analisadas. Este fato talvez seja porque estes tipos de gastos são mais comuns na população, enquanto os gastos crônicos são mais raros. Podemos notar também que o gasto médio crônico é inferior na população

titular do plano do que nos beneficiários. Isso pode estar relacionado com o melhor estado de saúde das pessoas que são ativas na empresa e o fato de ter a doença crônica não resultar em redução das horas de trabalho. Além do mais, os valores médios condicionados são mais de duas vezes superior ao gasto médio com internação aguda e cerca de 27 vezes o gasto médio crônico, reforçando mais uma vez a importância de seguro para estes tipos gastos na população. Com relação ao episódio obstétrico, notamos que o gasto médio entre as titulares é superior ao das beneficiárias. Como visto anteriormente, a idade média das titulares do plano é superior ao das beneficiárias, o que sugere que as mulheres titulares possam estar em seu período reprodutivo.

TABELA 13:

Gasto Médio dos Titulares que Realizaram Gastos – 2003 (R\$ de 2000)

Episódio	N.Obs	Média	Desv Pad	Min	Máx
Obstétrico	127	8973	10636	97	89014
Int.Aguda	7636	1537	4232	13	135847
Crônico	627	6181	15208	16	174559
Ambulatorial	12777	232	565	0	39482

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

TABELA 14:

Gasto Médio dos Beneficiários que Realizaram Gastos – 2003 (R\$ de 2000)

Episódio	N.Obs	Média	Desv Pad	Min	Máx
Obstétrico	856	6802	6773	97	89014
Int.Aguda	24595	1436	4511	12	178812
Crônico	2070	9736	31551	16	580897
Ambulatorial	41792	220	720	0	77356

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

3.2.2.1. Análise Descritiva dos Gastos segundo Atributos de Risco

Nessa subseção realizamos a análise descritiva dos gastos considerando os atributos de risco: idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil. Primeiramente, analisamos os atributos de riscos mais usuais: idade e sexo para os beneficiários do plano de saúde da SABESPREV²⁷. Em seguida, analisamos os gastos associados aos episódios segundo escolaridade e estado civil para ambas as populações titulares e beneficiárias do plano.

²⁷ Nesta análise, para entendermos o comportamento dos gastos segundo os atributos idade e sexo, não incluímos os titulares por se tratarem de uma população mais específica, além de ser composta, em sua maioria, por homens.

3.2.2.1.1. Análise Descritiva dos Gastos Associados aos Episódios, segundo Idade e Sexo, para os Beneficiários do Plano de Saúde da SABESPREV

Os atributos idade e sexo são importantes na medida em que, na maior parte das vezes, são observáveis pelas seguradoras sendo passíveis de serem incorporados nos contratos. A evidência empírica indica diferenciais nos gastos entre indivíduos, segundo essas duas variáveis demográficas, que se distinguem entre populações e países²⁸. Para o caso brasileiro existem dados disponíveis que permitem inferir diferenças nos gastos e utilização segundo diferentes grupos de idade e sexo, corroborando a importância desses atributos para a análise do risco.

Para analisar esses gastos construímos grupos de idade que apresentam perfis de gasto mais típico: 0-1 (recém-nascidos, devido a maior frequência nos gastos); 2-4 (crianças, no entanto, acreditamos que a frequência de gasto seja menor); 5-14 (período de pré-adolescência); 15-24 (jovens); 25-39 (idade reprodutiva da mulher/idade ativa); 40-49; 50-59; 60-69; 70-79 e 80 ou mais (e a partir dos 40 anos, os grupos etários representam a evolução dos gastos na medida em que a população envelhece).

As TAB. 15 e 16 e os GRAF. 3 e 4 apresentam o gasto médio ambulatorial para homens e mulheres beneficiários do plano de saúde da Sabesprev, por grupos de idade, para o ano de 2003²⁹. O formato da curva em J para homens e em U para mulheres corrobora os fatos estilizados já presentes na literatura empírica (CASTRO *et al.*, 2002 e NUNES, 1999). Ao observamos as médias de gastos por grupos de idade, notamos que os gastos são mais elevados para crianças menores de 02 anos, seguido de uma redução dos valores até a adolescência e tornando-se a se elevar a partir do grupo etário 15-25 para as mulheres e 25-40 anos para os homens. Este resultado também foi encontrado por PINHEIRO *et al* (2002), mostrando que os maiores valores para os gastos ocorrem para os menores de 02 anos e para aqueles com idade mais avançada. Cabe ressaltar ainda, que o diferencial de sexo mais relevante incide exatamente no período reprodutivo da mulher. Isso pode ser justificado pelo início do período fértil das mulheres em que ocorre um acompanhamento preventivo mais rigoroso. Para as mulheres, os gastos ambulatoriais diminuem após os 80 anos, sugerindo que nessa faixa etária são realizados mais gastos de internação.

²⁸ Ver “*Risk adjustment in competitive health plans market*” VAN de VEN (2000).

²⁹ A análise não inclui os titulares do plano, pois para entender os atributos de risco, idade e sexo, os titulares são uma análise muito específica (idade maior de 15 anos) e a maioria é homem.

TABELA 15:

Gasto Médio Ambulatorial das Mulheres Beneficiárias - 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	81	209	308	0	1240
2-4	1004	115	195	0	2319
5-14	4397	114	221	0	4427
15-24	5427	129	262	0	6072
25-39	6024	152	330	0	7879
40-49	5810	202	636	0	38956
50-59	3590	198	387	0	6579
60-69	1490	224	905	0	29509
70-79	1130	264	2355	0	77356
80 +	536	203	514	0	5884

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 16:

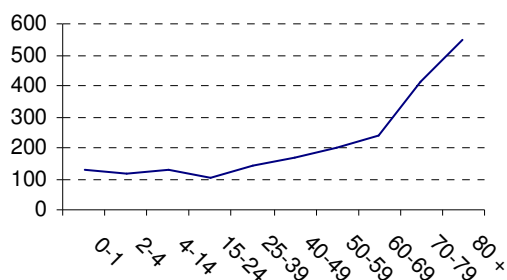
Gasto Médio Ambulatorial dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	79	132	211	0	1194
2-4	1018	117	181	0	1600
5-14	4642	126	278	0	6487
15-24	4804	102	197	0	3994
25-39	5546	140	265	0	3723
40-49	5674	166	371	0	16229
50-59	4037	197	753	0	39482
60-69	1123	240	950	0	19417
70-79	483	416	2706	0	47293
80 +	221	550	2761	0	35011

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 3:

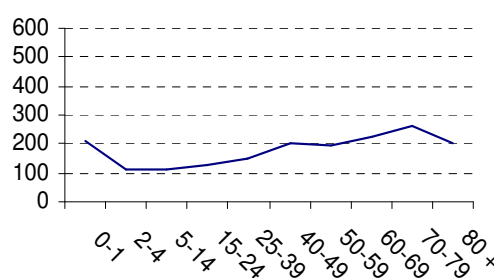
Gasto Ambulatorial Médio dos Homens Beneficiários do ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 4:

Gasto Ambulatorial Médio das Mulheres Beneficiárias do ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Os gastos médios com internação aguda por grupos etários para o ano de 2003 são apresentados nas TAB. 17 e 18 e nos GRAF. 5 e 6. Observamos que esses gastos são crescentes com a idade para ambos os sexos, e à medida que a idade aumenta, esta tendência de elevação nos gastos médios fica mais acentuada. Verificamos ainda que esses gastos são elevados para crianças menores de dois anos, caindo até o grupo de idade de 5 a 15 anos, e apresentando um comportamento crescente a partir desta idade. Os gastos médios com internação aguda das mulheres são mais elevados do que os homens até o grupo de idade de 60 a 70 anos, o que pode estar associado às despesas preventivas. Segundo CASTRO (2002), esses gastos são maiores entre as mulheres, mesmo quando excluimos as internações relacionadas ao parto.

TABELA 17:

Gasto Médio de Int. Aguda das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	81	541	1304	0	7052
2-4	1004	375	1636	0	42961
5-14	4397	234	2143	0	128667
15-24	5427	340	1514	0	68555
25-39	6024	617	1778	0	59318
40-49	5810	846	2856	0	76816
50-59	3590	896	2042	0	38734
60-69	1490	1293	5631	0	126958
70-79	1130	1474	5710	0	117052
80 +	536	1796	5265	0	50570

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

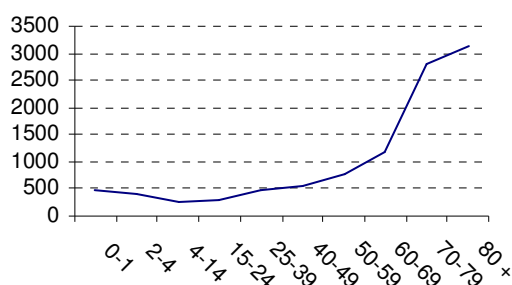
TABELA 18:

Gasto Médio de Int. Aguda dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	79	477	800	0	5109
2-4	1018	387	1131	0	17841
5-14	4642	254	1977	0	123617
15-24	4804	312	1757	0	80204
25-39	5546	493	2021	0	67545
40-49	5674	560	2291	0	81394
50-59	4037	791	4212	0	135847
60-69	1123	1195	6280	0	156678
70-79	483	2795	12756	0	178812
80 +	221	3114	10268	0	100349

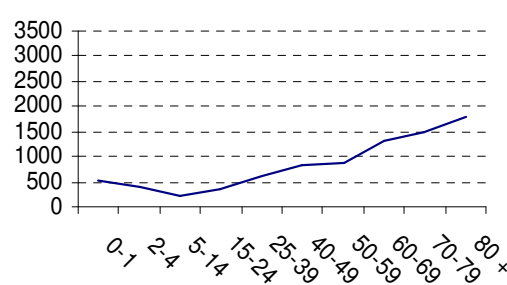
Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

GRÁFICO 5:

Gasto com Internação Médio dos Homens
Beneficiários do ano de 2003

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 6:

Gasto com Internação Médio das Mulheres,
Beneficiárias do ano de 2003

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Em relação ao gasto médio crônico (TABs. 19 e 20 e GRAFs. 7 e 8) verificamos que é decrescente com a idade até o grupo de 15 a 25 anos, após o qual, os gastos crônicos crescem significativamente para ambos os sexos. Notamos que o gasto médio para as mulheres do primeiro grupo de idade é bastante elevado, fato que pode estar relacionado a problemas crônicos graves em recém-nascidos que foram incorporados ao gasto das mulheres. Os diferenciais por sexo aumenta muito a partir do último grupo etário.

TABELA 19:

Gasto Médio Crônico das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	81	7195	64541	0	580897
2-4	1004	174	4672	0	147951
5-14	4397	25	543	0	22354
15-24	5427	36	1223	0	85884
25-39	6024	86	2277	0	155684
40-49	5810	274	4589	0	255427
50-59	3590	413	4075	0	109141
60-69	1490	1249	9539	0	224766
70-79	1130	1595	10270	0	195539
80 +	536	3895	17996	0	241808

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

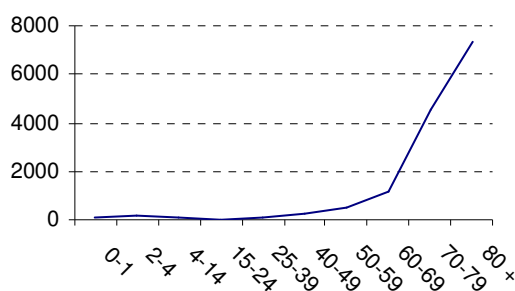
TABELA 20:

Gasto Médio Crônico dos Homens Beneficiários – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	79	51	280	0	2132
2-4	1018	184	3016	0	91600
5-14	4642	61	2017	0	99691
15-24	4804	30	808	0	44334
25-39	5546	107	3100	0	158380
40-49	5674	235	3620	0	174559
50-59	4037	502	9254	0	549726
60-69	1123	1182	8071	0	135654
70-79	483	4566	23356	0	290355
80 +	221	7303	40790	0	442086

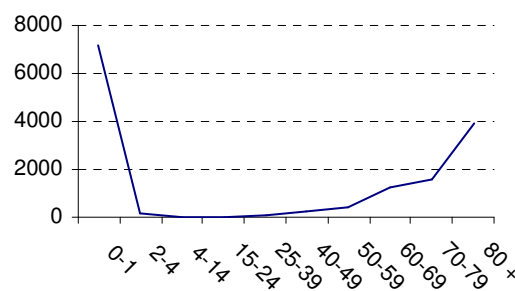
Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

Gasto Médio Crônico dos Homens Beneficiários do ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Gasto Médio Crônico das Mulheres Beneficiárias do ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Ao analisarmos o gasto médio obstétrico para as beneficiárias do plano de saúde da SABESPREV, verificamos que o perfil da curva de gasto médio é bastante distinto (TAB. 21 e GRAF. 11). O gasto médio com parto é crescente até o grupo de idade de 25 a 40 anos e decresce acentuadamente a partir deste ponto. Este resultado reflete a idade fértil das mulheres e está relacionado a internações por parto e gravidez (MÉDICI & CAMPOS, 1992).

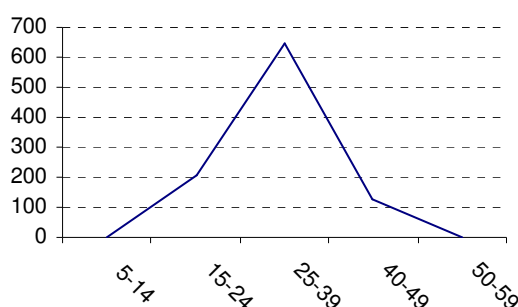
TABELA 21:

Gasto Médio Obstétrico das Mulheres Beneficiárias – 2003 (R\$ de 2000)

Grupo Idade	Obs.	Média	Desv.Padrao	Min	Max
0-1	81	0	0	0	0
2-4	1004	1	51	0	1640
5-14	4397	1	46	0	3083
15-24	5427	207	1476	0	38305
25-39	6024	650	2648	0	58695
40-49	5810	130	1936	0	89014
50-59	3590	1	64	0	3096
60-69	1490	5	204	0	7895
70-79	1130	0	0	0	0
80 +	536	0	0	0	0

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

GRÁFICO 9:

Gasto Médio Obstétrico das Mulheres
Beneficiárias do ano de 2003

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

3.2.2.1.2. Análise Descritiva dos Gastos Associados aos Episódios, segundo Escolaridade e Estado Civil, para Titulares e Beneficiários da SABESPREV

As TABs. 22 e 23 apresentam os valores médios dos gastos para homens e mulheres titulares do plano de saúde segundo o grau de escolaridade. O perfil dos gastos médios é bastante distinto quando se consideram as categorias de gasto e o sexo: para os homens, para todos os três anos, os gastos com internação aguda e crônica têm uma tendência decrescente com o grau de escolaridade enquanto os gastos ambulatoriais são relativamente estáveis, apresentando um pequeno aumento no último nível de escolaridade. Os gastos

ambulatoriais médios relativamente parecidos entre os grupos de escolaridade sugere que a empresa possui uma política de prevenção de doenças que atinge de forma igualitária todos os empregados da mesma. Por outro lado, a relação decrescente entre escolaridade e gastos com internação aguda e crônico sugere que os homens mais escolarizados têm um melhor estado de saúde, o que pode estar relacionado ao cuidado preventivo anterior à entrada na empresa. Para as mulheres o comportamento dos gastos de internação aguda e crônico segundo escolaridade não apresenta padrão tão robusto quando se consideram os três anos: em 2001 e 2002 o comportamento é mais errático e em 2003 a relação grau de escolaridade/gasto com internação aguda é decrescente. No que se refere aos gastos ambulatoriais o padrão feminino é superior ao do masculino apresentando valores médios estáveis entre os grupos de escolaridade.

TABELA 22:

Valor Médio dos Gastos Segundo Escolaridade - Titulares do Sexo Masculino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Escolaridade	2001				2002				2003			
	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb
0 (analf/prim incomp)	0	527	579	273	0	548	561	168	0	775	863	162
1 (prim com/1º grau incomp)	0	466	421	288	0	601	404	156	0	765	377	170
2 (1º grau com/2º grau incomp)	0	508	206	269	0	497	186	156	0	546	186	135
3 (2º grau comp/3º grau incomp)	0	321	151	283	0	443	117	181	0	534	112	153
4 (3º grau comp)	0	389	82	373	0	484	171	251	0	605	150	230

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 23:

Valor Médio dos Gastos Segundo Escolaridade - Titulares do Sexo Feminino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Escolaridade	2001				2002				2003			
	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb	Obst.	Int.Aguda	Crônico	Amb
0 (analf/prim incomp)	0	298	237	490	0	663	457	244	0	2946	639	252
1 (prim com/1º grau incomp)	212	825	499	386	144	1230	698	245	215	1089	107	148
2 (1º grau com/2º grau incomp)	274	418	110	525	280	817	244	261	167	1610	74	183
3 (2º grau comp/3º grau incomp)	216	495	117	480	278	719	169	271	309	971	128	191
4 (3º grau comp)	138	492	247	550	266	734	242	384	398	917	355	250

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Em relação ao estado civil, em geral, tanto para homens como para mulheres, ser casado ou pertencer ao grupo de viúvo, desquitado ou separado eleva os gastos de internação aguda e o gasto crônico principalmente para os beneficiários do plano de saúde da SABESPREV (TABs. 24, 25, 26 e 27). Isso provavelmente está refletindo uma maior preocupação com o estado de saúde, dado que os laços familiares alteram o valor da saúde e o controle sobre a mesma.

TABELA 24:

Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Titulares do Sexo Masculino, 2001 a 2003
(R\$ de 2000)

Episódio	2001			2002			2003		
	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros
Obstétrico									
Int. Aguda	521	372	639	437	518	546	501	645	622
Crônico	156	270	230	132	283	285	95	259	425
Ambulatorial	261	302	340	162	189	193	142	172	182

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 25:

Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Titulares do Sexo Feminino, 2001 a 2003
(R\$ de 2000)

Episódio	2001			2002			2003		
	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros
Obstétrico	141	243	108	166	444	158	327	468	111
Int. Aguda	453	527	607	732	741	803	908	1082	1240
Crônico	124	194	274	146	327	166	175	229	297
Ambulatorial	506	495	576	325	303	298	209	196	239

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 26:

Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Beneficiários do Sexo Masculino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Episódio	2001			2002			2003		
	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros
Obstétrico									
Int. Aguda	330	444	734	306	562	580	383	763	720
Crônico	172	374	376	222	539	305	173	552	441
Ambulatorial	191	280	289	131	189	186	124	188	228

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 27:

Valor Médio dos Gastos Segundo Estado Civil - Beneficiários do Sexo Feminino, 2001 a 2003 (R\$ de 2000)

Episódio	2001			2002			2003		
	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros	Solteiros	Casados	Outros
Obstétrico	105	176	58	77	197	66	129	285	52
Int. Aguda	306	511	784	404	732	1058	479	819	1306
Crônico	176	331	676	179	380	887	220	439	1042
Ambulatorial	237	346	431	161	212	240	147	181	216

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

3.3. Frequência de doenças

Como visto anteriormente nas TABs. 13 e 14, os valores médios gastos com doenças crônicas são consideravelmente maiores do que a observada entre os outros episódios de saúde. Assim, a presença de um problema crônico de saúde constitui um dos determinantes mais importantes para a procura e utilização de serviços de saúde.

Nesse sentido, nesta subseção procuramos analisar o perfil de gastos de pacientes que apresentam seis doenças crônicas por sexo e grupo etário, uma vez que o consumo de serviços de saúde depende de um conjunto de variáveis socioeconômicas e demográficas. Esta subseção tem o intuito de explorar o banco de dados da Sabesprev comparando-o com atributos existentes na PNAD/98.

3.3.1. Descrição da metodologia utilizada para estimar a frequência de cada doença crônica no Brasil a partir de dados da SABESPREV e do Suplemento de Saúde da PNAD/98

O Suplemento de Saúde da PNAD/98 permite estimar existência de problemas crônicos de saúde e analisar as características sócio-demográficas dos indivíduos com problemas crônicos, assim como o uso dos serviços de saúde, em comparação com o restante da população (ALMEIDA *et al*, 2002). As informações sobre a presença de doença crônica foram obtidas com base nas respostas do questionário da PNAD. São 12 perguntas contidas no questionário referentes as seguintes doenças: doença séria na coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite e cirrose. As pessoas são consideradas portadoras de doenças crônicas se responderem afirmativamente à presença de um problema relatado anteriormente. Extraímos as

variáveis: doença séria da coluna ou costas, câncer, diabetes, doença do coração, doença renal crônica e tuberculose.

Na SABESPREV, as informações acerca das doenças crônicas foram obtidas com base nos códigos da AMB. Consideramos como pessoas portadoras de doenças crônicas aquelas que tiveram algum procedimento referente a um caso crônico, levando-se em consideração a divisão de doenças crônicas elaboradas pela PNAD/98. Para a definição de doenças crônicas contamos com a ajuda de um médico especialista. A partir desse procedimento, identificamos todos os códigos referentes às doenças crônicas e os separamos por tipos de doenças. A comparação das doenças crônicas da SABESPREV com os dados da PNAD/98 limita-se a seis doenças: doença séria na coluna ou costas; câncer; diabetes; doença do coração; doença renal crônica e tuberculose. Pelo procedimento acima adotado, não conseguimos identificar na população o restante das doenças.

Para analisarmos a presença de doenças crônicas na PNAD e na SABESPREV empregamos a metodologia utilizada por BELTRÃO *et al.* (2002). Calculamos a taxa específica de morbidade dada pela razão entre o número de pessoas de um dado grupo etário e sexo que sofre de algum tipo de morbidade específica, e todas as pessoas nesse grupo etário e sexo:

$$P(e, s, m) = \frac{pop(e, s, m)}{pop(e, s)}$$

em que e indica o grupo etário, s o sexo e m a condição de morbidade. No denominador temos a população do grupo etário (e) e sexo (s) e no numerador, o subconjunto dessa população que sofre da condição de morbidade (m).

Apresentamos para cada uma das morbidades uma figura com os resultados obtidos na PNAD e a SABESPREV e em seguida apresentamos o gasto médio por para doenças crônica para os beneficiários da SABESPREV com gastos positivos.

3.3.2. Frequência de Doenças Crônicas Comuns na PNAD/1998 e SABESPREV/2003

O GRAF. 10 apresenta a frequência de doenças crônicas comuns obtidas através da PNAD e da SABESPREV. Conforme pode ser visto, a direção dos resultados é a mesma para todas as doenças, com exceção dos casos de tuberculose e problema sério nas costas ou coluna. No caso dos problemas sérios nas costas ou colunas, existe uma grande

discrepância nos níveis de ocorrência da doença para as duas bases analisadas. A SABESPREV apresenta percentuais muito elevados de casos até o grupo de idade de 25-40 anos e decresce a partir desse grupo.

Com relação aos casos de tuberculose, as curvas de frequência são bastante erráticas na SABESPREV. No caso da PNAD, a baixa incidência da doença pode ser explicada pelo fato da tuberculose ser uma doença de evolução lenta pois o diagnóstico mais comum, de forma pulmonar, ocorre apenas depois de um mês de doença e, muitas vezes, quando os diagnósticos de pneumonia e bronquite são descartados (BELTRÃO *et al.* 2002). E ainda de acordo com o texto, 30% dos casos não chegam a ser diagnosticados e como a tuberculose é uma doença estigmatizada, o doente pode não responder afirmativamente a pergunta. Diferentemente da SABESPREV, em que os dados são registros de pessoas que realmente realizaram algum procedimento relacionado à doença.

A frequência de diabetes apresenta um padrão semelhante nas duas bases de dados analisadas. O percentual de doença das pessoas com diabetes é bastante elevado na SABESPREV, o que pode ser explicado critério de classificação da mesma em nosso banco de dados. É muito provável que em nossos resultados estejam incluídos procedimentos médicos que não estejam exclusivamente relacionados com pessoas portadoras de diabetes. Na desagregação por sexo, as mulheres da Sabesprev apresentam maior incidência de doença até o grupo etário de 60-70 anos. Enquanto na PNAD, os homens apresentam maior frequência de ocorrência da diabetes do que as mulheres a partir do grupo etário de 40-50 anos.

Com relação às doenças do coração, observamos que na PNAD as diferenças entre os grupos etários aumentam para as idades mais avançadas. Na desagregação por sexo, verificamos que as mulheres da PNAD apresentam mais problemas de coração a partir do grupo etário de 25-40 anos. Na SABESPREV, parece não haver uma diferença muito significativa entre homens e mulheres.

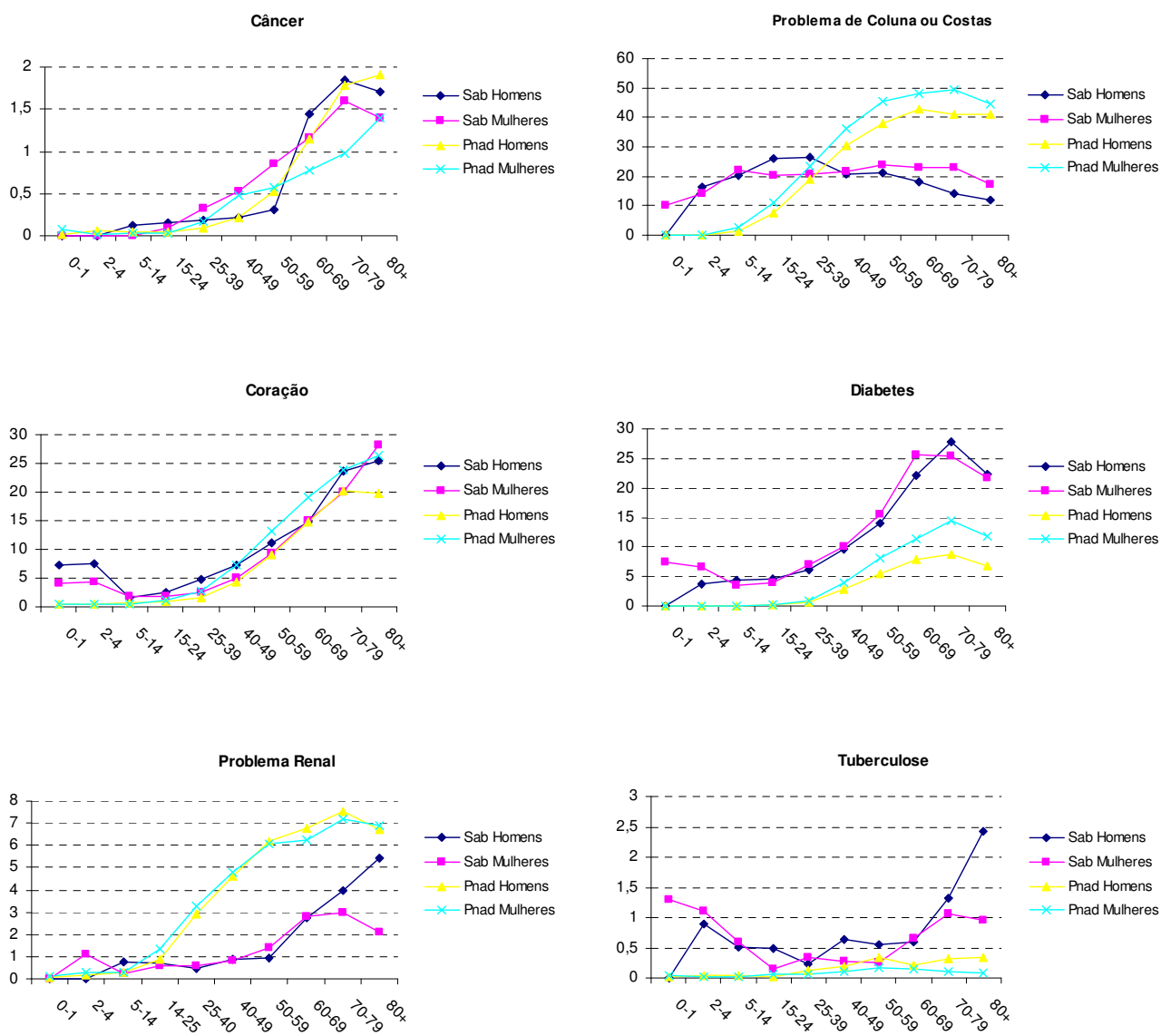
Quando analisamos a frequência das pessoas portadoras de câncer, verificamos que as curvas de frequência apresentam um comportamento distinto para a PNAD e SABESPREV embora exista uma tendência crescente da frequência dessa doença. Na análise por gênero, os homens da SABESPREV apresentam maior incidência da doença a partir de 50-60 a 60-70 anos e entre os homens da PNAD essa maior incidência ocorre a

partir do grupo etário de 50-60 anos. Ou seja, os homens apresentam maior frequência de câncer que as mulheres nas idades mais avançadas.

Finalmente, ao analisarmos as pessoas com problemas renais, também verificamos uma tendência da incidência da doença crescente com a idade e bastante elevada na PNAD. Este resultado das estimativas pode ser explicado pela metodologia utilizada pela PNAD no processo de obtenção das informações, pois segundo BELTRÃO *et al* (2002) os resultados encontrados podem estar incluindo outras doenças renais que não estão exclusivamente relacionados aos problemas renais crônicos.

GRÁFICO 10:

Frequência de Doenças Crônicas Comuns na PNAD/1998 e SABESP/2003



Fonte de Dados: PNAD/98 e da SABESP/03

3.3.3. Gasto Médio por Doença Crônica para os Beneficiários da SABESPREV com Gasto Positivo para o ano de 2003

A TAB. 28 apresenta os valores esperados dos gastos com doenças crônicas para homens e mulheres com gastos estritamente positivos. Podemos observar que o valor médio dos gastos com algumas doenças crônicas específicas (tuberculose, câncer e problemas renal – caso específico dos homens) é bastante superior ao gasto médio crônico encontrado na TAB. 14. Este resultado pode estar relacionado ao custo do tratamento ou o tempo de internação hospitalar, que podem ser maiores, em média, que as demais doenças crônicas especificadas.

TABELA 28:

Gasto Médio por Doença Crônica para os Beneficiários da SABESPREV/2003

(R\$ de 2000)

	Coluna	Câncer	Diabetes	Coração	Renal	Tuberculose
Mulher	2133	26800	3116	9158	8967	38045
Homem	1766	19512	2826	9294	14628	27821

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

Ao desagregamos o gasto médio por idade e sexo, verificamos que todas as doenças apresentam um comportamento errático em relação à idade, principalmente para as mulheres (TABs. 29 e 30). Quando analisamos as pessoas portadoras de tuberculose, verificamos que seus gastos são bastante superiores às outras doenças crônicas, crescentes a partir dos 15 anos de idade tanto para homens quanto para mulheres. E, embora a tuberculose seja uma doença mais comum entre jovens e adultos, notamos que nas primeiras faixas etárias esses gastos são bastante expressivos. Esse resultado sugere que as crianças podem ter mais facilidade para contrair a doença, principalmente quando existe um adulto infectado.

Em relação as pessoas portadoras de câncer, notamos que as mulheres apresentam gastos bastante superiores ao realizado pelos homens, principalmente nas faixas etárias de 15 a 25 anos e entre 40 e 60 anos. Podemos associar esses resultados a mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente porque, dependendo do tipo de câncer, o prognóstico é relativamente bom se detectado nos estágios iniciais e como as mulheres procuram mais serviços preventivos, os gastos associados tendem a ser

maior. Já em relação aos homens, os gastos são crescentes com a idade a partir dos 25 anos e apresentam valores superiores às mulheres na primeira e última faixa etária. Grande parte dos gastos das pessoas portadoras de câncer está associada ao câncer de pulmão, que incide principalmente nos homens.

Em relação aos problemas do coração, observamos que os homens apresentam gastos superiores ao das mulheres e crescentes com a idade a partir dos 40 anos. Estes resultados revelam que, apesar de problemas do coração afetar homens e mulheres, os homens nas idades mais avançadas são mais suscetíveis a essa doença, principalmente por seus hábitos alimentares e sociais, relacionados ao fato de viver em estresse, estar acima do peso ideal, não fazer exercícios físicos e tomar bebidas alcoólicas em excesso.

Ao analisarmos o gasto médio das pessoas portadoras de diabetes, verificamos que as mulheres têm gasto inferior ao dos homens nas primeiras e últimas faixas etárias. Nos grupos etários intermediários (entre 15 e 40 anos), as mulheres têm maior dispêndio. Alguns trabalhos evidenciam que existe uma tendência maior das mulheres de desenvolverem a diabetes em seu período fértil, o que pode estar associado ao aumento dos gastos nesse período.

Com relação às demais doenças crônicas, notamos um gasto médio relativamente parecido entre homens e mulheres e o mesmo comportamento dos gastos em relação à idade dos beneficiários.

TABELA 29:

Gasto Médio por Doença Crônica para as Mulheres Beneficiárias da SABESPREV/2003
(R\$ de 2000)

	Coluna	Câncer	Diabetes	Coração	Renal	Tuberculose
0-1	610	-	864	290550	-	580897
2-5	15475	-	1168	48663	816	147951
5-14	683	-	1607	4366	26397	11265
15-24	1062	43353	1211	5792	7566	950
25-39	1309	11313	2620	4023	1791	4180
40-49	2316	46924	2285	5290	3007	8196
50-59	1916	22414	2308	5141	2606	18471
60-69	3976	31444	3376	9738	10703	36581
70+	3964	12515	5849	14107	23007	59895

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 30:

Gasto Médio por Doença Crônica para os Homens Beneficiários da SABESPREV/2003
(R\$ de 2000)

	Coluna	Câncer	Diabetes	Coração	Renal	Tuberculose
0-1	-	-	-	1014	-	-
2-4	1568	-	980	26393	-	6624
5-14	1732	43774	3541	23133	24369	1744
15-24	1100	955	571	2767	1343	499
25-39	1084	14399	1647	3051	4098	3158
40-49	1655	7960	2059	5533	7193	11263
50-59	2087	9776	2137	6747	4011	39510
60-69	3307	24446	3655	9763	9069	40893
70+	6369	37206	7809	29101	50558	92460

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados).

4. MODELO ECONOMETRICO E RESULTADOS

O banco de dados da SABESPREV possui as informações dos usuários para três anos: 2001, 2002 e 2003. Neste trabalho estimamos a demanda por serviços de saúde em duas metodologias distintas: uma análise em *cross-section* para o ano de 2003 e uma análise em painel para os três anos disponíveis. A estimação da *cross-section* para o ano de 2003 justifica-se na medida em que embora os dados estejam disponíveis para os três anos as informações para o ano mais recente foram mais rigorosamente controladas pela empresa. Já a estimação em painel permite controlar a heterogeneidade não observada decorrente dos choques individuais no estado de saúde. Como apresentado na tipologia dos gastos, a demanda por serviços de saúde será estimada considerando os gastos decompostos em episódios ambulatoriais, obstétricos, de internação aguda e crônico. O modelo usado para esta estimação é a regressão Tobit para os episódios de gastos com serviços de saúde realizados. A escolha deste modelo decorre da grande concentração de indivíduos que não realizaram nenhum procedimento médico. Assim, a regressão Tobit permite um tratamento diferenciado daqueles que tiveram gastos médicos e daqueles que não tiveram nenhum evento em saúde.

Nesta seção, apresentamos a revisão do modelo teórico e discutimos a metodologia utilizada na análise da demanda por serviços de saúde. A primeira parte consiste na descrição do modelo de Grossman, que norteia a evolução dos trabalhos em economia da saúde desenvolvidos posteriormente. Na segunda parte, apresentamos o modelo econométrico utilizado na análise para dados em *cross-section* e para dados em painel. Além disso, são apresentados os resultados do modelo Tobit para titulares e beneficiários do plano de saúde da SABESPREV.

4.1. Modelo Teórico

O arcabouço teórico freqüentemente utilizado na literatura empírica sobre os determinantes do estado de saúde dos indivíduos é o modelo de demanda por saúde desenvolvido por GROSSMAN (1972). Nesse modelo a saúde é considerada um estoque de capital que determina a quantidade de tempo saudável disponível do indivíduo em um dado período de tempo. O indivíduo utilizará seu tempo disponível para produzir riqueza e para investir em sua própria saúde. O autor também considera o tempo que o indivíduo fica doente, sendo que a quantidade de tempo doente em cada período de sua vida é menor quanto maior for o estoque de capital saúde que ele possuir.

Os investimentos brutos em capital saúde são determinados a partir de funções de produção familiar em que os insumos são o próprio tempo dos indivíduos bem como bens adquiridos no mercado como assistência médica, dieta alimentar, exercícios físicos, recreação entre outros. Dessa forma, o nível de utilidade não é afetado diretamente pelo consumo dessas mercadorias e sim pelo efeito que o consumo desses bens proporciona ao estado de saúde. Assim, a demanda desses bens é considerada como uma demanda derivada da demanda por saúde.

Além disso, de acordo com o modelo, os indivíduos nascem com um determinado estoque inicial de saúde, que se deprecia ao longo do tempo, a uma taxa crescente a partir de certa idade, principalmente para aqueles indivíduos mais debilitados de saúde. Esta taxa de depreciação é estabelecida de forma determinística, variando com a idade, hábitos e com os bens consumidos pelos indivíduos. Desse modo, mesmo oferecendo a mesma qualidade de tratamento médico para indivíduos diferentes, os resultados podem ser bastante distintos devido à gravidade da doença e do diferencial no estoque inicial de saúde de cada um deles.

Cabe ressaltar ainda, que o estoque de saúde também depende de algumas características socioeconômicas do indivíduo. Estes fatores estão relacionados com o local que os indivíduos residem (considerando a presença da oferta de serviços médicos, saneamento básico entre outros) assim como o nível de escolaridade das famílias. Neste último caso, a educação afeta diretamente a produtividade do indivíduo. Desse modo, indivíduos com maior nível educacional são produtores mais eficientes de saúde, pois possuem hábitos de consumo mais saudáveis que lhes proporcionam um melhor estado de saúde.

Uma das principais características do modelo é a de que os indivíduos escolhem seu período de vida através das escolhas que faz ao longo da mesma. Essas escolhas, que são realizadas de acordo com a função de utilidade de cada indivíduo, influenciam o estoque de saúde individual. O nível de utilidade é maior quanto maior o estoque de saúde do indivíduo e de acordo com o aumento de consumo de outros bens e serviços. O objetivo do indivíduo é escolher uma quantidade ótima de estoque de saúde e de bens de consumo que maximize a sua utilidade.

Um resultado importante do modelo de GROSSMAN (1972) é que o investimento em saúde aumenta os dias saudáveis ou reduz o tempo perdido devido a doenças e está

diretamente relacionado com a renda do indivíduo. Dessa forma, quanto menos tempo o indivíduo tiver para se dedicar ao trabalho devido às doenças, menor será sua renda.

O autor também encontra que a saúde é positivamente relacionada com o nível educacional. Assim, os indivíduos mais educados tendem a consumir bens e serviços de saúde que reduzam a taxa de depreciação do seu estoque de saúde, tornando-o mais saudável. Este resultado sugere que quanto mais informações o indivíduo possuir, melhor será sua escolha entre os bens e serviços disponíveis que resultem em melhor estado de saúde. Além disso, os indivíduos com maior nível educacional possuem menor necessidade de investimento para manutenção de seu estoque de saúde.

A principal fragilidade do modelo de Grossman reside na consideração da taxa de depreciação do estoque de saúde de forma determinística. No modelo de Grossman a taxa de depreciação do estoque de saúde depende dos atributos individuais e do consumo de bens e serviços de saúde. Desse modo, admite previsibilidade completa, ou seja, negligencia a incerteza em seu modelo.

Posteriormente ao desenvolvimento de Grossman, muitos autores tomaram como base seu modelo mantendo as características originais do trabalho com algumas modificações, principalmente incluindo o componente estocástico da taxa de depreciação³⁰. PHELPS e NEWHOUSE (1973) retomam o modelo de Grossman, mas eliminam o pressuposto de que os serviços de saúde são homogêneos e incluem variáveis que refletem o efeito da existência de seguros de gastos médicos na demanda de saúde. Também introduzem os efeitos da qualidade propondo que os diferentes serviços tem diferentes produtividade.

Por outro lado, diferentemente dos modelos citados acima que tomam como unidade de análise o indivíduo, MINERS (1979) propõe tomar como unidade de análise a família. Segundo o autor, a interdependência do nível de saúde dos membros da família se estabelece mediante o contágio de enfermidade na própria família, com as características genéticas e a higiene ambiental do lugar. Desta forma, MINERS (1979) inclui em sua função de utilidade não apenas os serviços de saúde e um conjunto de outros bens, como também o cuidado para cada membro familiar.

O modelo desenvolvido por Peter HELLER (1979) define a atenção necessária e a preventiva como bens diferentes. Alguns tipos de cuidado se percebe como mais

necessários que os preventivos, tal como as vacinas. De acordo com este modelo, se o preço monetário ou o custo em tempo dos serviços aumenta, a demanda desses serviços caem. Aqui se encontra o princípio do *trade-off* existente entre cuidados preventivos e curativos.

FOSTER (1989) e recentemente LILJAS (1998) desenvolveram modelos de acumulação de capital saúde e de demanda de serviços médicos em que se introduz o conceito de incerteza (Grossman supõe informação perfeita). Como no caso anterior, caracterizam dois tipos de gastos de serviços médicos. O primeiro se tem com fins preventivos e não depende da natureza incerta da enfermidade, e o que se busca é diminuir a probabilidade de estar enfermo. O segundo, com a finalidade curativa, depende da ocorrência da enfermidade ser aleatório. De acordo com os autores, a incerteza que enfrentamos com respeito a contrair uma enfermidade aumenta significativamente a demanda de saúde e especificamente os serviços sanitários. O grau de aversão ao risco dos indivíduos determinará qual será a diferença entre a demanda de saúde com ou sem incerteza. Aqueles indivíduos com grau de aversão maior são os que demandam uma maior quantidade de insumos sanitários.

Embora todos esses trabalhos tenham contribuído muito no sentido de ampliar o modelo de Grossman, ainda existe muita dificuldade para se estimar um modelo de demanda por bens e serviços de saúde devido à disponibilidade de dados individuais e ao longo do tempo. Em nosso trabalho utilizamos dados individuais disponibilizados pela SABESPREV e seguimos o arcabouço teórico proposto por GROSSMAN (1972), que constrói um modelo de demanda por saúde. A demanda por saúde é uma expressão da “necessidade por serviços de saúde”, que é um conceito relativo, pois resultante do julgamento da sociedade e do indivíduo sobre a importância dos custos e benefícios de determinado tratamento. Assim, estimamos a demanda por serviços de saúde, uma vez que a demanda pelos serviços, representada pelos episódios de gastos por saúde, é uma variável observável. Dessa forma, buscamos incorporar em nosso modelo as principais variáveis que determinam a demanda por saúde no modelo de Grossman, como idade, sexo, nível educacional, renda, estado de saúde passado e estado civil.

³⁰ Ver ZWEIFEL(1981).

4.2. Especificação do Modelo Econométrico

No capítulo 3, a análise descritiva realizada buscou reproduzir o comportamento dos diferentes tipos de gastos associados aos episódios de tratamento segundo os principais atributos dos indivíduos. No entanto, para saber em que medida cada atributo do indivíduo determina a realização do gasto com saúde e seu valor, temos que controlar o gasto com saúde para todas as características individuais conjuntamente. Utilizaremos então, o modelo Tobit para esta análise.

A escolha do modelo Tobit ocorre porque nos dados utilizados, a variável dependente (episódios de gasto com serviços de saúde) assume muitas vezes o valor zero, o que significa que uma fração significativa da população não gasta em nenhum ponto do tempo. Como existem muitas observações concentradas em zero, estimamos um modelo Tobit³¹, no qual a variável dependente é censurada para todas as observações iguais a zero. Como temos uma distribuição censurada, a única parte da distribuição relevante para a estimativa da variável dependente está acima do ponto de censura, tornando-se necessário uma restrição de não-negatividade na estimação dos gastos com saúde. Se optássemos pelo método dos mínimos quadrados ordinários (OLS), as estimativas para os coeficientes das variáveis exógenas seriam enviesadas, dado a existência de muitas observações concentradas em zero, desse modo, os estimadores para os coeficientes não seriam consistentes.

Para resolver este problema é utilizado o modelo Tobit, que pode ser expresso em termos de uma equação estrutural, também chamado de função índice. Assim, definimos uma nova variável aleatória y , ou seja, o gasto associado ao episódio de tratamento para o indivíduo i , transformada da variável original Y^* , que é uma variável latente não observada, representando apenas os valores superiores a zero e que são censuradas para valores iguais a zero. Desse modo, a formulação geral do modelo Tobit utilizado em nossa análise corresponde a:

$$(9) \quad Y_i^* = \beta X_i + \varepsilon_i$$
$$Y_i = \beta X_i + \varepsilon_i \quad \text{se } \beta X_i + \varepsilon_i > 0$$
$$Y_i = 0, \quad \text{se } \beta X_i + \varepsilon_i \leq 0$$

Na qual o vetor $\beta(i)$ mensura o impacto das características do indivíduo na decisão de gastos com saúde; X_i representa as características do indivíduo i que influência nos gastos e ε_i , uma variável aleatória que indica que o estado de saúde dos indivíduos. A condição de não negatividade dos gastos com serviços de saúde implica que a variável aleatória é truncada de modo que $y(i)$ seja maior ou igual a zero para toda a realização ε_i .

Dependendo do propósito de estudo, podemos considerar três funções médias condicionais. No caso das variáveis latentes, $E[Y_i^*|x_i] = x_i'\beta$, no entanto, se os dados são sempre censurados, este resultado não é útil. Para uma variável aleatoriamente extraída da população, que pode ou não ser censurada temos:

$$(11) \quad E[y_i / x_i] = \Phi\left(\frac{x_i' \beta}{\sigma}\right)(x_i' \beta + \sigma \lambda_i)$$

em que

$$\lambda_i = \frac{\phi[(0 - x_i' \beta) / \sigma]}{1 - \Phi[(0 - x_i' \beta) / \sigma]} = \frac{\phi(x_i' \beta) / \sigma}{\Phi(x_i' \beta) / \sigma}$$

Para as variáveis não censuradas, equivalentes ao modelo truncado descrito anteriormente, temos que o efeito marginal para a variável latente é dado por:

$$(12) \quad \frac{\partial E[y_i^* | x_i]}{\partial x} = \beta$$

Para y , dado a censura (caso padrão com censura em 0 e erros normalmente distribuídos), tem-se o efeito marginal de uma variação em x no valor esperado de y ,

$$(13) \quad \frac{\partial E[y / x]}{\partial x} = \beta \Phi\left(\frac{x_i' \beta}{\sigma}\right)$$

Observa-se que o efeito marginal de uma variação em x sobre o valor esperado de y é obtido pelo coeficiente do modelo multiplicado pela probabilidade de se ter um resultado positivo. Se a probabilidade for igual a um, o efeito marginal é β , como no modelo linear estimado pelos métodos dos mínimos quadrados ordinários (MQO).

³¹ Ver GREENE (2003), MADDALA (1987) e WOOLDRIDGE (2002).

McDonald e Moffit (1980) sugeriram a seguinte decomposição de $\frac{\partial E[y_i | x_i]}{\partial x_i}$,

$$(14) \quad \frac{\partial E[y_i | x_i]}{\partial x_i} = \beta \{ \Phi[1 - \lambda_i(\alpha_i + \lambda_i)] + \phi(\alpha_i + \lambda_i) \}$$

em que $\alpha_i = x_i' \beta$, $\Phi_i = \Phi(\alpha_i)$ e $\lambda_i = \phi_i / \Phi_i$. Tomando as duas partes separadamente, este resultado decompõe o vetor de inclinação em:

$$(15) \quad \frac{\partial E[y_i | x_i]}{\partial x_i} = \text{Prob}[y_i > 0] \frac{\partial E[y_i | x_i, y_i > 0]}{\partial x_i} + E[y_i | x_i, y_i > 0] \frac{\alpha \text{Prob}[y_i > 0]}{\partial x_i}$$

Os autores descreveram como a mudança total no valor de y_i pode ser desagregada em duas partes: mudança em y_i causada pelos valores acima do limite, ponderada pela probabilidade de estar acima do limite e a mudança na probabilidade de estar acima do limite, mas ponderada pelo valor esperado de y quando acima do limite.

O modelo tobit é estimado através do método da máxima verossimilhança que é dado por:

$$(16) \quad \ln L = \sum_{y_i > 0} -1/2 \left[\log(2\pi) + \ln \sigma^2 + \frac{(y_i - x_i' \beta)^2}{\sigma^2} \right] + \sum_{y_i} \ln \left[1 - \Phi \left(\frac{x_i' \beta}{\sigma} \right) \right]$$

As duas partes correspondem respectivamente à regressão clássica para observações não limite e as probabilidades relevantes para as observações limite; esta verossimilhança combina distribuições discreta e contínua, em que a contribuição para a verossimilhança será dada por $\text{prob}(y^* \leq 0)$ para todas as observações em que $Y^* \leq 0$ e $\text{prob}(y^* > 0)$, para observação $y^* > 0$.

A estimação do modelo de Tobit pelo método de máxima verossimilhança não produz um resultado imediato, dada a condição de não negatividade da variável dependente. O efeito marginal da variável explicativa é assegurado por uma ponderação do parâmetro estimado, sendo assim definido:

$$(17) \quad \frac{\partial E(y > 0, x)}{\partial x_i} = \beta_i + \beta_i \frac{d\lambda}{dc} (x\beta / \sigma),$$

tal que $\lambda(c) = \frac{\phi(c)}{\Phi(c)}$ é denominada de razão inversa de Mills para uma constante c . Para se obter as estimativas de máxima verossimilhança, maximizamos a função anterior em relação a β e σ^2 .

Já o efeito marginal da variável explicativa sobre a probabilidade da variável dependente estar acima do ponto de censura, ou seja, sobre a probabilidade do gasto ser estritamente positivo, é dado por:

$$(18) \frac{\partial P(y > 0 | x)}{\partial x_i} = (\beta_i / \sigma) \phi(x\beta / \sigma)$$

É importante ressaltar que a estimação dos efeitos marginais realizada nesse modelo (decisão de gastar e a de quanto gastar) é estimada em apenas uma etapa, determinadas pelo mesmo processo. As duas decisões do processo poderiam ser separadas se existisse alguma variável que pudesse alterar a primeira etapa, mas que não alterasse a segunda etapa do processo de decisão. O que justificaria a utilização do modelo proposto por HECKMAN (1979). No entanto, essa variável não existe e, por isso, utilizamos o modelo Tobit.

Devemos mencionar também, que ao estimar o modelo Tobit, podemos nos deparar com o problema da heterocedasticidade e não-normalidade dos erros, dado a sensibilidade do modelo à presença deste fenômeno, que faz com que os parâmetros estimados sejam inconsistentes. MADDALA (1983) e POWELL (1984), apresentaram alguns cálculos para abordar este problema e estimar um modelo Tobit heterocedástico. No entanto, segundo os autores, o efeito marginal calculado no modelo com heterocedasticidade é geralmente muito similar àquele obtido pelo modelo que assume homocedasticidade, embora os coeficientes sejam diferentes³².

4.3. Análise em Painel

Nesse trabalho, a amostra utilizada para a estimação das equações de demanda por serviços de saúde caracteriza um painel de indivíduos analisados em três anos consecutivos (2001 a

³² Neste trabalho não testaremos a presença de problemas de especificação como esse, o que implica que caso eles existam não será realizada uma correção apropriada para estimação do modelo. Para ver como corrigir o problema de heterocedasticidade no modelo Tobit, ver MADDALA (1983, p.178) e ver POWELL (1984).

2003). Uma amostra de dados em painel ou dados longitudinais é aquela que acompanha o mesmo indivíduo ao longo do tempo e fornece muitas informações para cada unidade da amostra sendo possível agregar à análise as dimensões transversal (*cross-section*) e temporal ao longo de um período de tempo.

A opção pela estimação dos dados em painel resulta de muitas possibilidades não disponíveis em uma *cross-section*, como a oportunidade de comparar o mesmo indivíduo sob diferentes circunstâncias e permitir com isso usar o indivíduo como seu controle, se aproximando de um experimento ideal.

Uma das vantagens dos dados longitudinais em relação aos dados de corte transversal é a capacidade de controlar a heterogeneidade não observável. Em economia da saúde, o estado de saúde é a principal heterogeneidade não observável que afeta o comportamento dos indivíduos em relação à demanda por esses serviços. Através dos dados em painel podemos controlar os efeitos das variáveis explicativas dos efeitos individuais. Por outro lado, a combinação de dados temporais com dados de cortes transversais, fornece uma quantidade maior de informação, possuem maior variabilidade, menor colinearidade entre as variáveis, mais graus de liberdade e maior eficiência na estimação; além de permitir testar a estacionariedade da relação entre a variável explicativa e dependente ao longo do tempo, efeito das variáveis macroeconômicas no comportamento dos indivíduos. (GREENE, 1997).

Na análise de dados longitudinais, assume-se que os dados são independentes em relação às unidades individuais para um dado ano, mas podem ser correlacionados com o tempo para uma unidade individual. Assume-se que o modelo mais simples dessa correlação com o tempo é adequadamente controlado por efeitos individuais específicos.

Para estimar um painel partimos de uma estrutura básica de um modelo de regressão linear, como se segue:

$$(19) Y_{it} = \alpha_0 + \beta_0 + X_{it}\beta_1 + \varepsilon_{it}$$

em que $\alpha_0 = \alpha + u_i$ é o efeito individual, constante no tempo, mas específico para cada indivíduo. Caso os α 's sejam iguais para todos os indivíduos, o estimador dos Mínimos Quadrados Ordinário fornece estimativas eficientes e consistentes de α e β . Caso isso não

aconteça, existem duas abordagens para especificar a natureza dos efeitos individuais no modelo: efeitos fixos e efeitos aleatórios.

Na abordagem dos efeitos fixos, consideramos α_i como sendo um termo constante na regressão e na abordagem dos efeitos aleatórios, α_i é um grupo específico de erros comum em cada período de tempo.

O modelo de efeitos fixos considera que as diferenças entre as unidades de comportamento entre os indivíduos e no tempo podem ser captadas pelo termo constante. Neste modelo, temos que, α_i é um parâmetro não conhecido e pode ser estimado pelo método dos mínimos quadrados ordinários com variável *dummy* (LSDV). No caso do modelo dos efeitos aleatórios, as informações sobre os indivíduos são consideradas como uma amostra aleatória e a estimação é feita através da utilização dos mínimos quadrados generalizados (FGLS). Os α_i são independentes e identicamente distribuídos e independentes do erro aleatório (ε_{it}).

A escolha entre os estimadores de efeitos fixos e aleatórios depende das informações disponíveis da amostra e dos objetivos da estimação. Uma opção seria utilizar o teste de Hausman³³ para verificar a eficiência do modelo de efeitos aleatórios em relação ao modelo de efeitos fixos. Esse teste consiste na verificação da existência de correlação entre os efeitos individuais e as variáveis explicativas. Pode-se dizer que o modelo de efeitos aleatórios é consistente e eficiente e o modelo de efeitos fixos é consistente mas não eficiente se essa correlação não existir. Caso contrário, o estimador dos efeitos fixos é consistente e eficiente, mas o estimador de efeitos aleatórios é inconsistente.

Com relação aos testes utilizados na estimação de dados em painel³⁴, podemos mencionar o teste de Wald, que se compara ao teste F para a análise conjunta das variáveis do modelo.

³³ Para análise do modelo Tobit em painel utilizamos o comando `xttobit` do Stata. Este comando estima o modelo Tobit para efeitos aleatório. Não existe comando para um modelo de efeito fixo paramétrico condicional, como também não existe uma estatística suficiente que permita que os efeitos fixos sejam condicionados fora da verossimilhança. Honoré (1992) desenvolveu um estimador semi-paramétrico para modelos Tobit de efeitos fixo. Modelos Tobit de efeitos fixo não condicionado pode ser estimado com o comando `tobit` com variáveis estimadoras para os painéis. As variáveis indicadoras apropriadas podem ser geradas usando `tabulate` ou `xi`. No entanto, estimativas dos efeitos fixos não condicionados são viesadas.

³⁴ Não utilizamos testes para analisar a presença da heterocedasticidade e autocorrelação dos resíduos, dado que a estimação do modelo Tobit é feita pelo método da máxima verossimilhança. Como mencionado anteriormente para os dados em *cross-section*, o efeito marginal calculado no modelo com heterocedasticidade é geralmente muito similar àquele obtido pelo modelo que assume homocedasticidade, embora os coeficientes sejam diferentes.

4.4. Análise dos Resultados

Nesta seção iremos analisar os resultados de acordo com o modelo econométrico proposto na seção anterior. O objetivo é analisar o comportamento da probabilidade de utilizar os serviços de saúde e a variação do valor utilizado com estes serviços, segundo alguns atributos de risco. A compreensão da análise do modelo Tobit é possível através dos efeitos marginais obtidos no modelo de regressão.

Utilizamos três grupos de variáveis para buscar explicar as decisões de gastos e de quanto gastar: variáveis socioeconômicas, demográficas e relativas ao estado de saúde. Abaixo descrevemos como essas variáveis são especificadas:

1 – Sexo: Segundo a literatura, o padrão de consumo entre homens e mulheres é distinto. E essa diferença é, em grande parte, relacionada a questões reprodutivas, como gastos com parto e tratamentos ginecológicos. Existem evidências robustas na literatura que comprovam a sobreutilização feminina dos serviços de saúde (FONSECA *et al.*, 2000; AQUINO *et al.*, 1992; SASSI & BÉRIA, 2001; PINHEIRO *et al.*, 2002; TRAVASSOS *et al.* (2000); GREEN & POPE, 1999; NUNES (1999, 2004)). Em nossa análise, utilizamos a variável *dummy sex1* = 1 (se for homem) e 0 caso contrário.

2 – Idade: Espera-se que à medida que a idade aumenta, aumente também a utilização dos serviços de saúde, como reportados nos GRAF. 3-8. A literatura de saúde sugere que o padrão de consumo é distinto ao longo do ciclo de vida e se concentra nas idades extremas, pois o perfil de necessidades de saúde varia entre homens e mulheres segundo a idade (SASSI & BÉRIA, 2001; FACCHINI & COSTA, 2002). Alguns estudos analisam especificamente o envelhecimento populacional e sua relação com a saúde (ROMERO, 2002). A utilização dos serviços de saúde também pode ser distinto dependendo do tipo de episódio em análise. As idades são representadas pelos grupos etários de 1 a 10 mencionados anteriormente. Utilizamos as interações entre sexo e grupos de idade, dadas pelas seguintes *dummies*: *idh1* a *idh10* (sexo masculino e grupos de idade de 1 a 10) e *idm1* a *idm10* (sexo feminino e grupos de idade de 1 a 10). A razão de ter sido utilizado grupos etários em vez de uma variável contínua refletindo a idade, foi para captar diferentes impactos que as faixas etárias podem ter sobre a utilização dos serviços de saúde. A idade na forma quadrática e cúbica foram testadas nas análises, no entanto as *dummies* se mostraram mais adequadas para explicar a utilização dos serviços de saúde.

3 – Renda do titular do plano de saúde: Variável incluída apenas no modelo dos titulares e representada pela variável *ren*³⁵. O efeito da renda sobre os gastos é ambíguo. Por um lado, quanto maior a renda, maior o nível de informação que as pessoas possuem e, portanto, maior a utilização de serviços de saúde, principalmente os de caráter preventivo. Os indivíduos são não saciados em procedimentos de saúde, pois a saúde é um bem valioso e quanto mais informações eles possuem maior será sua predisposição a ter acesso a esse bem³⁶ (TRAVASSOS *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2002; ALMEIDA *et al.* 2002). Por outro lado, o custo de oportunidade dos grupos socioeconômicos mais elevados pode ser muito alto, de forma que o sacrifício que esses indivíduos têm que fazer para a aquisição desses bens e serviços de saúde é cada vez maior. Além disso, este custo depende do vínculo empregatício destes agentes. No caso dos titulares da SABESPREV todos possuem carteira assinada então, a princípio, faltas por eventos em saúde são justificáveis. Dependendo do cargo, entretanto, torna-se mais difícil a ausência na empresa seja por motivos relacionados a responsabilidades assumidas, seja por motivos morais, éticos etc.

4 – Anos de estudo: Tenta captar qual o efeito que o nível de informação tem em relação a quanto gastar e o valor médio esperado desse gasto. O aumento do nível educacional pode levar a uma maior utilização dos serviços de saúde, principalmente se forem de caráter preventivo. O efeito esperado é diferente dependendo do tipo de cuidado. Para o episódio crônico, pode ser que o aumento do nível de instrução leve a redução dos gastos, mas para os episódios ambulatoriais, pode haver um aumento nos gastos, dado o caráter preventivo (TRAVASSOS *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2002, 2004). Foram criadas quatro *dummies* de escolaridade obtidas a partir da descrição do grau de instrução, dividindo-se os titulares em cinco grupos: analfabetos e primário incompleto (categoria de referência), primeiro grau completo e segundo grau incompleto, segundo grau completo e terceiro grau incompleto, e terceiro grau completo.

5 – Tipo de plano de saúde: A inclusão da variável *plano* pretende verificar se a maior cobertura leva a um aumento na utilização dos serviços de saúde³⁷. Essa variável é incluída

³⁵ A renda foi obtida a partir da soma do salário ao adicional por tempo de serviço à comissão por função e à gratificação de cargo de confiança. Devido à impossibilidade de ligarmos cada beneficiário a seu respectivo titular, não foi possível imputarmos renda aos beneficiários para que a informação fosse aproveitada na análise dos mesmos.

³⁶ Pode existir a indução de demanda por parte do próprio paciente. Serviços ofertados dentro da restrição orçamentária do indivíduo sempre serão demandados quando o mesmo se depara com algum evento em saúde.

³⁷ Criamos uma *dummy* para tipo de plano, tendo como categoria de referencia o plano pleno.

apenas para os beneficiários, pois estes têm a possibilidade de obter o plano básico ou especial, diferentemente dos titulares da Sabesprev que possuem o plano pleno e não têm possibilidade de escolha.

6 – Estado civil: Espera-se que a utilização dos serviços de saúde seja menor entre os solteiros (*solt*) e maior entre os casados (*cas*)³⁸. Isso pode estar relacionado à utilização preventiva mais acentuada entre os casados. A preocupação com a saúde é maior entre estes indivíduos uma vez que, de forma geral, existe mais de uma pessoa influenciando no seu cuidado preventivo.

7- Situação atual no plano de saúde: As variáveis desistiram do plano (*desist*), ficaram inadimplentes (*inadimp*), faleceram naquele ano (*falec*) ou foram demitidas da empresa (*demit*), foram construídas com o objetivo de verificar se a situação atual dos indivíduos poderia explicar a influência sobre os resíduos. Para os indivíduos que faleceram naquele ano, existe um fato empírico de que os indivíduos gastam mais quando estão perto da morte (MILLER, 2001; GRAY, 2005). Este comportamento dos gastos se reflete de forma diferente dependendo do tipo de gasto relacionado. Se o cuidado for de internação, por exemplo, haverá um aumento na utilização desses serviços se o indivíduo faleceu naquele ano. Dessa forma, o modelo quer testar como a situação desses indivíduos diante da empresa afeta o tipo de gasto. Se as pessoas são inadimplentes, demitidas ou desistiram do plano, elas podem gerar um problema de risco moral no plano, ou seja, a sobreutilização dos serviços de saúde.

8 – Gasto e internação no período anterior: Essas variáveis foram construídas para serem *proxy* do estado de saúde passado. O estado de saúde passado é uma variável fundamental, pois a saúde tem um componente estocástico que pode se perpetuar ao longo do tempo. Se ocorrer algum choque hoje, este choque não terá impacto no período corrente, mas sim nos anos subsequentes. A variável *Gst1* se refere ao gasto no período anterior que excedeu a médias mais uma vez e meia o desvio-padrão. A variável *Int1* se refere a internação no período anterior a análise. É esperado que, se os indivíduos tiveram gastos com qualquer serviço de saúde no período anterior ou foram internadas anteriormente, maior será a utilização dos serviços de saúde no período corrente. Isso pode estar relacionado com a

³⁸ Criamos duas *dummies* de estado civil separando os usuários em três grupos: solteiros, casados e um terceiro grupo de referência que engloba viúvos, desquitados e outros;

continuidade de tratamento, dependendo da gravidade da doença. Estas variáveis são indicadores de estado de saúde precário dos indivíduos.

9 – *Dummies* de Período: Na análise em painel foram geradas *dummies* de período (*an1* à *an3*) para os anos analisados. Neste caso, o período de referência foi 2001 (*an1*). Estas variáveis procuram captar os efeitos sazonais que podem ter afetado os gastos em saúde num determinado período. Estes efeitos sazonais podem afetar os gastos negativa ou positivamente em um determinado ano: a ocorrência de uma epidemia de dengue pode afetar os gastos negativamente, enquanto uma campanha preventiva de vacinação contra a febre amarela pode afetar os gastos positivamente, por exemplo. As variáveis, entretanto, não conseguem captar qual fator está afetando os gastos.

A TAB. 31 apresenta um resumo das variáveis utilizadas e o sentido esperado dos efeitos sobre os gastos ambulatoriais e de internação.

TABELA 31:

Descrição das Variáveis e Sentido dos Efeitos Marginais

Variável	Descrição	Gasto***	Int****
<i>Sex1</i>	Homem = 1, mulher = 0	-	-
<i>Idh1 a Idh10</i>	Interação entre sexo e idade (Homens)	.+*	.+*
<i>Idm1 a Idm10</i>	Interação entre sexo e idade (Mulher)	.+*	.+*
<i>Solt</i>	Solteiro=1, caso contrário = 0	-	-
<i>Cas</i>	Casado = 1, caso contrário = 0	+	+
<i>Plano</i>	Plano Pleno = 1, caso contrário = 0	+	+
<i>Gst1</i>	Gasto Ano Anterior $\geq \mu + 1,5 \sigma = 1$, caso contrário = 0	+	+
<i>Int1</i>	Teve internação no ano anterior = 1, caso contrário = 0	+	+
<i>Log-Ren**</i>	Log da Renda	./+	./+
<i>Esc2**</i>	Primário Completo/ 1º Grau Incompleto= 1, caso contrário = 0	-	-
<i>Esc3**</i>	1º Grau Completo/ 2º Grau incompleto = 1, caso contrário = 0	-	-
<i>Esc4**</i>	2º Grau Completo/ 3º Grau Incompleto = 1, caso contrário = 0	-	-
<i>Esc5**</i>	3º Grau Completo = 1, caso contrário = 0	-	-

<i>desist</i>	Desistiram do Plano =1, caso contrário = 0	-	./+
<i>inadimp</i>	Ficaram inadimplentes =1, caso contrário = 0	-	./+
<i>falec</i>	Faleceram = 1, caso contrário = 0	-	+
<i>demit</i>	Foram demitidos da empresa = 1, caso contrário = 0	-	./+
<i>An2*****</i>	2002 = 1, caso contrário = 0	./+	./+
<i>An3*****</i>	2003 = 1, caso contrário = 0	./+	./+

* Efeito Marginal conjunto da forma funcional da idade
** Informação disponível apenas para titulares
*** Sentido do Efeito Marginal Esperado para qualquer tipo de gasto
**** Sentido do Efeito Marginal Esperado para gastos de internação
***** Informação disponível apenas na análise em painel

4.5. Resultados do Modelo

Nesta seção são apresentados os resultados dos efeitos marginais estimados pelo modelo Tobit: efeito sobre a decisão de utilizar e sobre a quantidade utilizada de serviços de saúde, condicionado a ter realizado algum evento positivo³⁹. Inicialmente são reportados os resultados para os modelos estimados em *cross-section* para os beneficiários e titulares no ano de 2003. Em seguida, apresentamos a análise dos resultados para dados em painel dos beneficiários e titulares do plano de saúde da SABESPREV para os anos de 2001 a 2003.

As inferências que procedem à apresentação dos dados consistem numa análise qualitativa dos gastos associados aos episódios de saúde, concentrando-se no grau de significância estatística e nos sinais dos efeitos marginais. A magnitude desses efeitos sobre os episódios de saúde não será objeto de análise, uma vez que esta exigiria testes acerca da forma funcional utilizada.

4.5.1. Resultados do Modelo em *Cross-Section* para os Beneficiários

De um modo geral, o modelo dos beneficiários possui um bom ajuste aos dados. Os principais atributos do indivíduo (idade, sexo e estado de saúde passado) são significativos em praticamente todos os episódios. Os resultados em *cross-section* para os beneficiários são apresentados na TAB. 32.

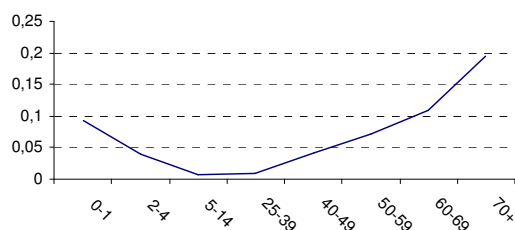
Para o episódio crônico destacamos as variáveis de idade, situação atual no plano e estado de saúde passado como determinantes da realização desse episódio. Como podemos

³⁹ A apresentação dos efeitos marginais decorre do fato de os coeficientes não serem diretamente interpretáveis. No Anexo II estão os resultados dos coeficientes (TAB. 38-41).

observar nos GRAFs. 11-14, tanto para homens quanto para mulheres, o efeito da idade na probabilidade de realização dos gastos com saúde e em seu valor esperado condicionado é elevado nos anos iniciais da vida, decrescem na adolescência e voltam a aumentar nas idades mais avançadas. O resultado obtido corrobora as evidências existentes na literatura. Segundo AQUINO (1992), os gastos são mais elevados nas primeiras e últimas faixas etárias e, de acordo com o autor, quanto maior a idade maior a probabilidade de realização de um episódio crônico, tanto para homens quanto para mulheres. Essa constatação também está presente nos trabalhos de GLENNERSTER & MATSANIS (1994) citado por NUNES (1999 e 2003) que verificam que os grupos etários mais idosos possuem maiores taxas de internação. Apenas para ilustrar como a idade é importante, nos grupos etários extremos, a chance de um homem utilizar os serviços associados a um evento crônico de saúde é de 19,46% a mais do que a proporção de homens de 15 a 25 anos tomada como variável de referência.

GRAFICO 11:

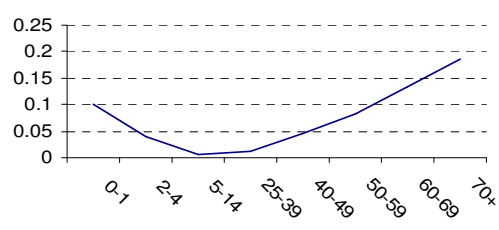
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 12:

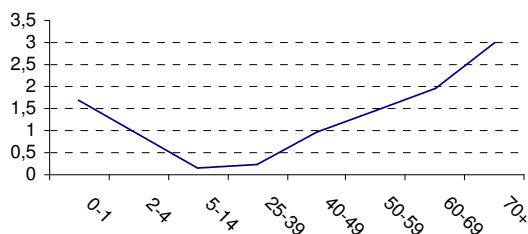
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 13:

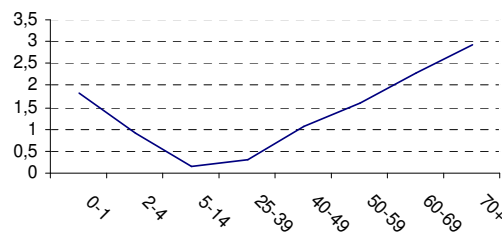
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Crônico para Homens
Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 14:

Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Crônico para
Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Constatamos que indivíduos que vieram a falecer durante o período em análise afetam positivamente tanto a decisão de utilizar o serviço de saúde, como seu valor condicionado. Este resultado possui conformidade com a literatura disponível acerca de gastos com saúde, que enuncia um aumento dos gastos com serviços de saúde quando os indivíduos estão perto da morte, principalmente os gastos associados aos episódios crônicos de saúde. Segundo GRAY (2005) este aumento nos gastos ocorre porque as intervenções médicas são comuns nos últimos estágios da vida e uma grande proporção destes indivíduos que vieram a falecer provavelmente estava nos hospitais nesse período. Alguns trabalhos constataam que a concentração de cuidados médicos no último ano de vida está associada a algumas doenças crônicas, como doenças do coração e câncer (RILEY *et al.*, 1987 citado por GRAY, 2005).

As variáveis que reportam o estado de saúde do indivíduo, evidenciam uma correlação positiva com os gastos. Os dados indicam que se as pessoas realizaram gasto ou tiveram internação no ano anterior maiores são as chances de realização dos gastos associados ao episódio crônico, assim como seus valores esperados condicionados.

TABELA 32:

Efeito marginal sobre a probabilidade de ter gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo modelo Tobit para os beneficiários de 2003

Efeito marginal sobre a Probabilidade: $\partial P(y > 0 x) / \partial x_i$								
Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial		Obstétrico	
sex01	0,0030	+	-0,0266	***	0,0073	+	-	-
idh1	0,0915	***	0,2373	***	-0,1399	***	-	-
idh2	0,0401	***	0,0596	***	0,0133	+	-	-
idh3	0,0058	+	-0,0023	+	0,0247	***	-	-
idh5	0,0085	**	0,0828	***	0,0152	**	-	-
idh6	0,0414	***	0,0747	***	0,0283	***	-	-
idh7	0,0712	***	0,1018	***	0,0175	*	-	-
idh8	0,1087	***	0,0866	***	0,0205	+	-	-
idh9	0,1946	***	0,1134	***	-0,0514	***	-	-
idm1	0,1014	***	0,1600	***	-0,0259	+	-	-
idm2	0,0410	***	0,0541	***	0,0040	+	-	-
idm3	0,0047	+	-0,0416	***	0,0299	***	-	-
idm5	0,0109	***	0,0674	***	-0,0219	***	4,22E-10	***
idm6	0,0469	***	0,1223	***	0,0098	+	1,49E-10	***
idm7	0,0817	***	0,1331	***	0,0001	+	-6,21E-11	+
idm8	0,1327	***	0,1098	***	-0,0108	+	-	-
idm9	0,1867	***	0,0733	***	-0,0316	***	-	-
solt	-0,0020	+	0,0046	+	0,0175	***	-5,23E-11	+
cas	-0,0009	+	-0,0281	***	0,0137	***	5,05E-11	+
plano	-0,0023	+	-0,0553	***	0,0313	***	-1,06E-10	*
desist	-0,0226	*	-0,1508	***	0,0641	***	-1,45E-09	***
inadimp	-0,0081	+	-0,1068	***	0,0049	+	-1,82E-10	+
falec	0,0492	***	0,1446	***	-0,0110	+	-	-
demit	-0,0121	+	-0,1507	***	0,0493	***	-1,02E-08	***
gst1	0,0347	***	-0,0312	***	0,0339	***	2,94E-10	***
int1	0,0186	***	0,2850	***	-0,2210	***	5,08E-10	***
Constante	-0,1411	***	-0,1201	***	0,2184	***	7,84E-09	***

Efeito marginal sobre o valor esperado condicionado: $\partial E(y y > 0, x) / \partial x_i$								
Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial		Obstétrico	
sex01	0,0906	+	-0,1442	***	0,0387	+	-	-
idh1	1,6993	***	1,6324	***	-0,6185	***	-	-
idh2	0,9067	***	0,3380	***	0,0721	+	-	-
idh3	0,1664	+	-0,0123	+	0,1358	***	-	-
idh5	0,2404	**	0,4735	***	0,0821	**	-	-
idh6	0,9593	***	0,4251	***	0,1558	***	-	-
idh7	1,4497	***	0,5929	***	0,0953	*	-	-
idh8	1,9485	***	0,5024	***	0,1121	+	-	-
idh9	3,0056	***	0,6744	***	-0,2533	***	-	-
idm1	1,8337	***	1,0002	***	-0,1323	+	-	-
idm2	0,9220	***	0,3055	***	0,0213	+	-	-
idm3	0,1382	+	-0,2208	***	0,1651	***	-	-
idm5	0,3025	***	0,3812	***	-0,1132	***	0,2678	***

idm6	1,0630	***	0,7193	***	0,0526	+	0,4018	***
idm7	1,6037	***	0,7969	***	0,0005	+	-0,0513	+
idm8	2,2665	***	0,6492	***	-0,0565	+	-	-
idm9	2,9347	***	0,4200	***	-0,1603	***	-	-
solt	-0,0605	+	0,0249	+	0,0931	***	-0,0491	+
cas	-0,0289	+	-0,1525	***	0,0730	***	0,0495	+
plano	-0,0693	+	-0,3101	***	0,1602	***	-0,1961	*
desist	-1,2169	*	-0,7564	***	0,3801	***	-0,3219	***
inadimp	-0,2795	+	-0,5456	***	0,0260	+	-0,1140	+
falec	1,0591	***	0,8884	***	-0,0572	+	-	-
demit	-0,4467	+	-0,7557	***	0,2845	***	-0,5631	***
gst1	0,8179	***	-0,1666	***	0,1893	***	0,6178	***
int1	0,5418	***	1,6600	***	-1,1167	***	0,3055	***
Constante	-4,3086	***	-0,6527	***	1,1584	***	8,1131	***

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

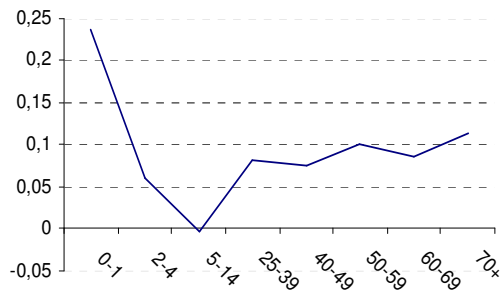
***Nível de significância de 1%

A variável "falcec" e as demais variáveis não foram incluídas em gasto com parto devido à inexistência de observações.

No episódio de internação aguda, ser homem reduz a chance de utilizar os serviços de saúde em 2,66% e seu gasto médio, dado que o evento foi realizado, é de 14,42% menor que o das mulheres. Com relação à idade, os resultados sugerem que tanto os homens quanto as mulheres tendem a aumentar a utilização de serviços médicos com o aumento da idade. Diferentemente dos resultados encontrados para o episódio crônico, tanto a decisão de gasto com saúde quanto seu valor condicionado tendem a decair nas últimas faixas etárias, como pode ser observado nos GRAFs. 15-18, voltando a aumentar no último grupo etário para os homens. Esse resultado indica que nas últimas faixas etárias o indivíduo procura especialidades que ofereçam mais tratamentos intensivos, deslocando o consumo dos serviços de internação aguda para o episódio crônico.

GRÁFICO 15:

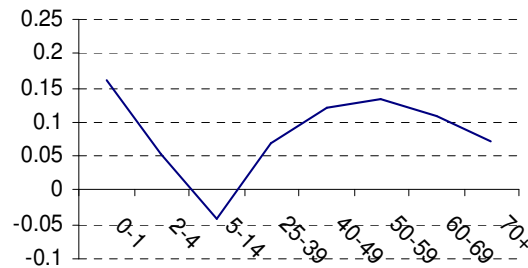
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio de Internação Aguda para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 16:

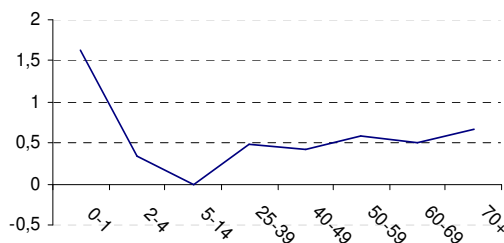
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio de Internação Aguda para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 17:

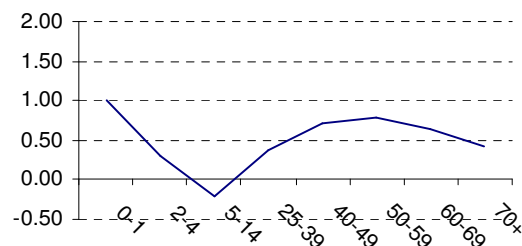
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio de Internação Aguda para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 18:

Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio de Internação Aguda para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Vê-se também que o efeito sobre a utilização dos serviços de saúde causado pelas variáveis que reportam o estado de saúde do indivíduo é positivo, já que o gasto com saúde está associado aos gastos e/ou internação realizados no período anterior.

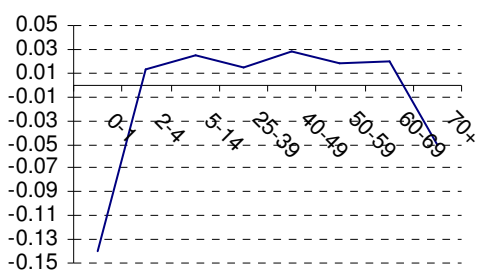
Com relação ao episódio ambulatorial, o efeito marginal da idade sobre a probabilidade e sobre o valor esperado condicionado do gasto apresenta um padrão bastante distinto daqueles evidenciados para o episódio crônico e de internação aguda. Podemos notar nos GRAFs. 19-22 que tanto a probabilidade quanto o valor esperado condicionado, para homens e mulheres, são bastante erráticos ao longo dos grupos etários. Isso parece ocorrer pelo fato do episódio ambulatorial ser mais freqüente que os demais, uma vez que esse episódio pode ser determinado por apenas uma consulta médica. Assim, o efeito da idade

na probabilidade e no valor dos gastos com saúde não é uma característica tão marcante nesse episódio.

As medidas que refletem o estado de saúde dos indivíduos apresentaram significância na determinação dos gastos, aumentando a probabilidade e o valor esperado condicionado do episódio ambulatorial. Desse modo, o fato do indivíduo ter realizado gasto no período anterior, aumenta em 3,47% e 81,79% a probabilidade de ocorrência e seu valor condicionado, respectivamente.

GRÁFICO 19:

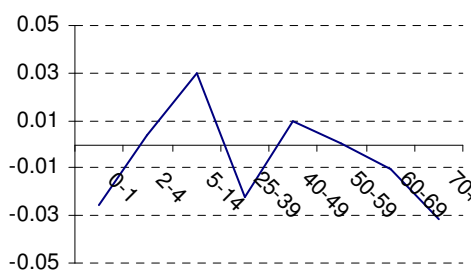
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 20:

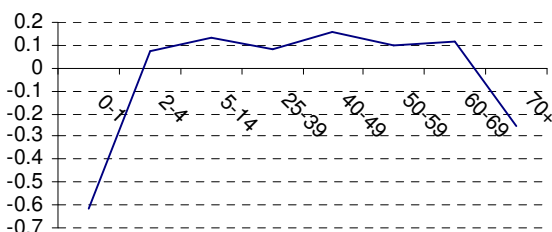
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 21:

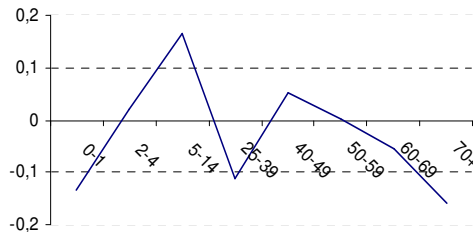
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 22:

Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado Condicionado de um Episódio Ambulatorial para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Finalmente, ao analisarmos o episódio obstétrico, verificamos que a idade é a variável mais importante na determinação desse episódio. Os resultados indicam que há um grande dispêndio para as idades de 25 a 40 anos, consequência de internações por parto e gravidez.

A alta taxa de utilização dos serviços de saúde está associado ao período fértil feminino. As variáveis do estado de saúde passado também influenciam a realização do episódio de parto, sugerindo que as mulheres que foram internadas ou tiveram qualquer gasto no ano anterior aumentam a probabilidade e o valor esperado desse episódio.

4.5.2. Resultados do Modelo em *Cross-Section* para os Titulares

A estimação da demanda por serviços de saúde para os titulares do plano de saúde da SABESPREV apresenta, de maneira geral, os mesmos resultados encontrados para os beneficiários. Cabe ressaltar que os titulares constituem uma população específica, composta basicamente por homens e por pessoas ativas na empresa. Sendo assim, os resultados obtidos não serão comparados, uma vez que o objetivo de se estimar a demanda por serviços de saúde para os titulares é captar o efeito das variáveis socioeconômicas, renda e escolaridade, sobre a probabilidade e o valor esperado dos gastos associados aos episódios de saúde.

Os resultados encontrados podem ser visualizados na TAB. 33. Podemos observar, que entre os principais atributos do indivíduo, apenas a variável sexo mostra-se significativa em todos os episódios de saúde. O resultado encontrado segue um fato estilizado na literatura, evidenciando que as mulheres são mais propícias ao dispêndio com saúde do que os homens, dado os efeitos marginais positivos e significativos deste atributo sobre a probabilidade e sobre o valor esperado dos gastos com saúde associado aos episódios de internação aguda e ambulatorial. No entanto, como visto anteriormente, esse resultado é oposto para o episódio crônico. O efeito da idade sobre a probabilidade e o valor esperado é significativo nos episódios crônico e de internação aguda, mas apenas para os homens nas faixas intermediárias de idade.

Observamos que os atributos socioeconômicos dos indivíduos são fatores cruciais na determinação dos episódios de saúde. A renda causa efeito significativo tanto na probabilidade de realização dos gastos com saúde como em seu valor esperado condicionado. Esse fenômeno só não é significativo para o episódio crônico. Cabe ressaltar que a renda influencia menos a decisão de gastar e muito mais a decisão de quanto gastar. Esse resultado sugere que, na presença do plano de saúde e com uma renda superior, os indivíduos possuem maior acesso aos serviços de saúde e tendem a utilizá-los ainda mais.

O efeito da escolaridade na probabilidade e no valor esperado condicionado é positivo para o episódio ambulatorial. Isso sugere que as pessoas mais instruídas possuem melhores condições de utilizar os serviços de assistência à saúde. Segundo ZUCCHI *et al.* (1998), quanto melhor o nível de instrução do indivíduo, melhores as condições deste para identificar sintomas, bem como o risco de gravidade das doenças, o que ocasiona um aumento da demanda por bens e serviços de saúde. Assim, o nível cultural do indivíduo, associado à sua escolaridade, determina o nível de informação sobre seu estado de saúde e de sua família, afetando o nível do dispêndio com saúde (OLIVEIRA, 2005). No entanto, observamos que os indivíduos com maior nível de instrução possuem menor probabilidade de realização de um episódio crônico e de internação aguda do que os menos instruídos. Nesse caso, o maior nível educacional induz os indivíduos a terem maiores gastos com prevenção e, portanto, menos episódios associados aos eventos crônicos e de internação aguda. É importante salientar que os indivíduos mais escolarizados possuem maior renda e, com isso, maior probabilidade de ter acesso aos serviços preventivos, o que implica a redução desses episódios.

TABELA 33 :

Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os titulares do ano de 2003

Efeito Marginal sobre a Probabilidade: $\partial P(y > 0 | x) / \partial x_i$

Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	0,0062	*	-0,1908	*	-0,1903	**
idh5	-0,0365	***	0,0961	+	-0,088	**
idh6	-0,0185	***	0,0751	+	-0,0795	*
idh7	0,0069	+	0,0822	+	-0,0822	*
idh8	-		0,0672	+	-0,0792	+
idm5	-0,0243	+	0,0037	+	0,0239	+
idm6	-0,0113	+	0,0196	+	0,0436	+
idm7	0,0019	+	-0,0038	+	0,0843	+
idm8	0,0313	+	-0,0443	+	0,0113	+
log_ren	-0,001	+	0,0667	***	0,0245	***
Solt	-0,0046	+	-0,012	+	0,0181	+
Cas	-0,0026	+	-0,0421	***	0,028	***
esc2	-0,0087	*	-0,0288	*	0,0299	**
esc3	-0,014	***	-0,0108	+	0,0169	+
esc4	-0,0136	***	-0,0484	***	0,0434	***
esc5	-0,0093	+	-0,1076	***	0,0814	***
Desist	-0,0319	*	-0,3011	***	0,1333	*
Inadimp	-0,0322	+	-0,3417	***	0,0753	+
Falec	0,1242	***	0,1051	+	-0,1381	**

Demit	-0,0054	+	-0,1431	***	0,0331	+
gst1	0,0421	***	-0,0236	+	0,0159	+
int1	0,0234	***	0,303	***	-0,2199	***

Efeito Marginal sobre o Valor Esperado Condicionado:

$$\partial E(y | y > 0, x) / \partial x_i$$

Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	0,1767	*	-1,1902	*	0,8872	*
idh5	-1,1885	***	0,5525	+	-0,456	**
idh6	-0,5387	***	0,4248	+	-0,4200	*
idh7	-0,1963	+	0,4725	+	-0,4224	*
idh8	-		0,3910	+	-0,3914	+
idm5	-0,8892	+	0,0203	+	0,1369	+
idm6	-0,3445	+	0,1100	+	0,2572	+
idm7	0,0515	+	-0,0211	+	0,542	+
idm8	0,693	+	-0,2375	+	0,0633	+
log_ren	-0,0282	+	0,3689	***	0,1353	***
solt	-0,1281	+	-0,0662	+	0,1022	*
cas	-0,0692	+	-0,2356	***	0,1520	***
esc2	-0,2514	*	-0,1572	*	0,1702	***
esc3	-0,4188	***	-0,0596	+	0,0949	+
esc4	-0,3892	***	-0,2646	***	0,2462	***
esc5	-0,2667	+	-0,5724	***	0,4886	***
desist	-3,8939	*	-1,4646	***	0,9801	**
inadimp	-0,7107	+	-1,6629	***	0,4797	+
falec	2,0881	***	0,6363	+	-0,6316	**
demit	-0,1566	+	-0,7276	***	0,1935	+
gst1	0,9039	***	-0,1284	+	0,0897	+
int1	0,612	***	1,8039	***	-1,1615	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

A variável idh8 não foi incluída devido à multicolinearidade.

A variável "sex1" não foi incluída para o episódio de parto devido a realização desse episódio ser especificamente para as mulheres.

4.5.3. Resultados do Modelo em Painel para os Beneficiários

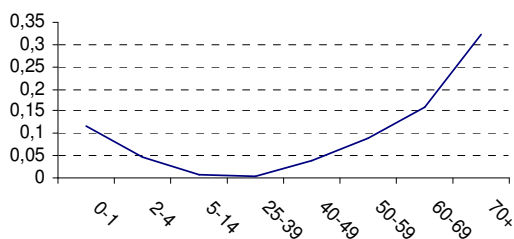
Os resultados para dados em painel dos beneficiários da SABESPREV são robustos mesmo controlando pela heterogeneidade não observada. Em geral, os resultados evidenciam os mesmos sinais e magnitude que os resultados encontrados em *cross-section*, como pode ser visto na TAB. 34. Contudo, os parâmetros são estatisticamente mais significativos para dados em painel. Os resultados mais relevantes obtidos são os efeitos da idade, sexo, possuir plano especial, período de entrada do plano e as variáveis que indicam a situação atual dos indivíduos. Em todos os episódios analisados, verificamos que a mulher tem maior probabilidade de utilização de serviço de saúde que os homens, assim

como seu valor esperado. A maior probabilidade de utilização ocorre no episódio de internação aguda, em que o fato de ser mulher aumenta em 1,83% a chance de realização desse episódio e em 9,8% o seu valor esperado. Como mencionado anteriormente na análise dos dados em *cross-section*, as mulheres têm maior propensão à utilização de serviços de saúde que os homens.

Com relação à idade, podemos observar que a maior probabilidade de realização de um episódio ocorre nas faixas de idade mais extremas, ou seja, entre crianças e idosos. Isso fica mais evidente no episódio crônico. Nesse caso, as pessoas com idades mais avançadas (último grupo etário, pessoas com 70 anos ou mais) aumentam em 26,19% e 55,88% a probabilidade de utilização de serviços de saúde e seu valor médio condicionado, respectivamente. Além disso, os resultados mostram que as mulheres têm menor probabilidade de realização desse evento. Podemos notar também, que nas últimas faixas de idade, as pessoas utilizam menos os serviços ambulatoriais e mais os relacionados às doenças crônicas. Como o serviço ambulatorial está mais associado com cuidados preventivos, faz sentido que essa procura se desloque, ao longo da vida, para especialidades que ofereçam mais tratamentos intensivos, dado que existe uma evolução de doença que se caracterizam mais com esse tipo de cuidado. Os GRAFs. 23- 30 evidenciam esses resultados.

GRÁFICO 23:

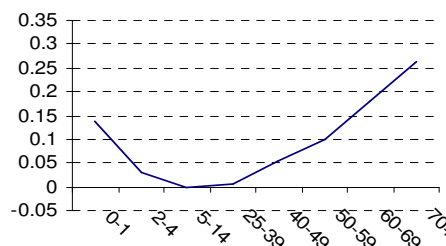
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 24:

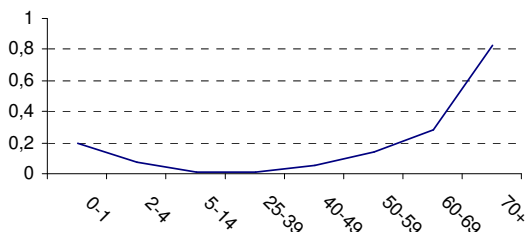
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de realização de um Episódio Crônico para Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 25:

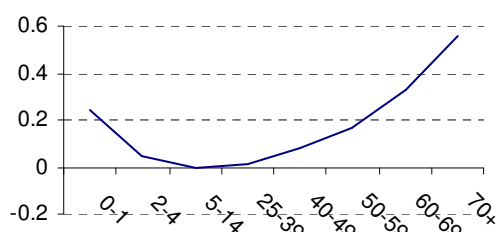
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Crônico para Homens
Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 26:

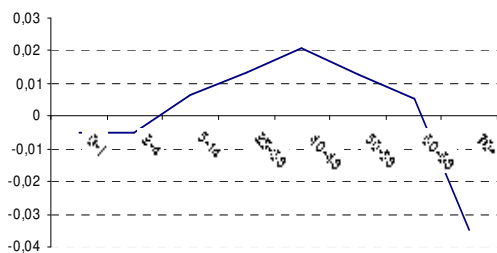
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Crônico para
Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 27:

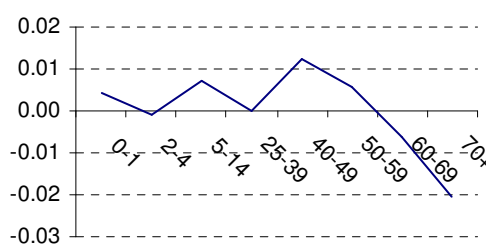
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de
realização de um Episódio Ambulatorial para Homens
Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 28:

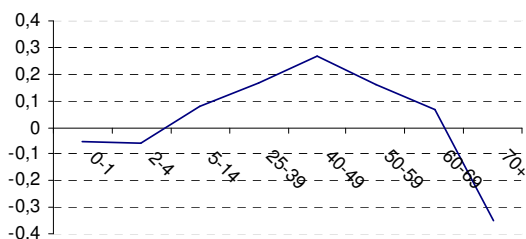
Efeito Marginal da Idade sobre a Probabilidade de
realização de um Episódio Ambulatorial para
Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 29:

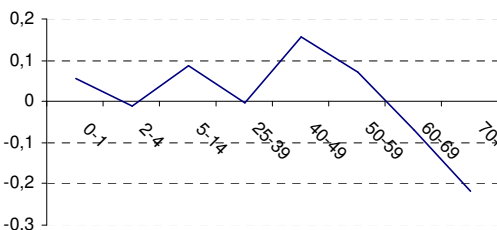
Efeito Marginal da Idade sobre o Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Ambulatorial para
Homens Beneficiários no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

GRÁFICO 30:

Efeito Marginal da Idade sobre Valor Esperado
Condicionado de um Episódio Ambulatorial para
Mulheres Beneficiárias no ano de 2003



Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

Outra variável importante para a análise refere-se ao plano de saúde. Esta variável indica se houve alteração em relação à cobertura do mesmo. Portanto, o fato de uma pessoa possuir um plano especial (maior cobertura) em relação ao plano básico (menor cobertura) reduz em 1,9% e 1,5% a realização dos episódios crônicos e de internação aguda, respectivamente. Isto pode ser explicado pelo fato de que a maior cobertura oferece mais possibilidades para que as pessoas procurem serviços preventivos e desenvolvam, dessa forma, menos doenças que justifiquem a busca por cuidados mais específicos. Isso também pode ser verificado ao analisarmos o episódio ambulatorial. De fato constatamos que o aumento da cobertura do plano aumenta a probabilidade de realização desse episódio. A utilização de mais serviços relacionados aos eventos ambulatoriais possibilita a menor realização de episódios crônicos e de internação aguda no futuro.

No que se refere as variáveis da situação atual, verificamos que o fato de uma pessoa falecer durante o período em análise aumenta a probabilidade e a quantia do gasto, sobretudo para os gastos com saúde associados aos episódios crônico e de internação aguda. Como estes episódios estão relacionados com doenças mais graves e de continuidade, a procura se intensifica nas idades mais avançadas. No entanto, a realização de um episódio ambulatorial se reduz, indicando que a procura por serviços preventivos já não era tão adequada para os problemas relacionados com o falecimento.

TABELA 34:

Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os Beneficiários

Efeito marginal sobre a probabilidade: $\partial P(y > 0 x) / \partial x_i$						
Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	-0,0009	*	-0,0183	***	-0,0008	+
idh1	0,1158	***	0,0869	***	-0,0048	+
idh2	0,0482	***	0,0640	***	-0,0051	+
idh3	0,0069	+	0,0074	**	0,0067	***
idh5	0,0049	+	0,0460	***	0,0132	***
idh6	0,0375	***	0,0465	***	0,0207	***
idh7	0,0896	***	0,0693	***	0,0126	***
idh8	0,1588	***	0,0741	***	0,0056	+
idh9	0,3224	***	0,1028	***	-0,0348	***
idm1	0,1381	***	0,0367	*	0,0044	+
idm2	0,0309	***	0,0391	***	-0,0010	+
idm3	-0,0011	+	-0,0267	***	0,0071	***

idm5	0,0061	+	0,0579	***	-0,0001	+
idm6	0,0545	***	0,0783	***	0,0126	***
idm7	0,1004	***	0,0946	***	0,0059	***
idm8	0,1792	***	0,0958	***	-0,0060	**
idm9	0,2619	***	0,0905	***	-0,0205	***
solt	-0,0151	***	-0,0082	**	0,0100	***
cas	-0,0073	*	-0,0173	***	0,0049	***
an2	0,0118	***	0,1107	***	-0,0669	***
an3	0,0085	***	0,1343	***	-0,0826	***
plano	-0,0198	***	-0,0156	***	0,0015	*
desist	-0,0698	***	-0,0938	***	0,0099	**
inadimp	-0,0254	+	-0,0539	***	-0,0110	+
falec	0,3924	***	0,1313	***	-0,0725	***
demit	-0,0508	***	-0,0897	***	0,0141	***

Efeito marginal sobre o valor esperado condicionado:

$$\partial E(y | y > 0, x) / \partial x_i$$

Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	-0,0014	*	-0,0980	***	-0,0097	+
idh1	0,1956	***	0,5742	***	-0,0555	+
idh2	0,0747	***	0,3951	***	-0,0593	+
idh3	0,0103	+	0,0403	**	0,0815	***
idh5	0,0072	+	0,2675	***	0,1667	***
idh6	0,0570	***	0,2705	***	0,2704	***
idh7	0,1441	***	0,4263	***	0,1589	***
idh8	0,2835	***	0,4691	***	0,0691	+
idh9	0,8282	***	0,7082	***	-0,3473	***
idm1	0,2408	***	0,2130	*	0,0543	+
idm2	0,0470	***	0,2276	***	-0,0127	+
idm3	-0,0016	+	-0,1375	***	0,0875	***
idm5	0,0091	+	0,3436	***	-0,0017	+
idm6	0,0841	***	0,4836	***	0,1587	***
idm7	0,1637	***	0,6195	***	0,0717	***
idm8	0,3287	***	0,6405	***	-0,0694	**
idm9	0,5588	***	0,5959	***	-0,2183	***
solt	-0,0222	***	-0,0442	**	0,1189	***
cas	-0,0108	*	-0,0928	***	0,0588	***
an2	0,0175	***	0,6459	***	-0,6983	***
an3	0,0125	***	0,7950	***	-0,8443	***
plano	-0,0296	***	-0,0859	***	0,0176	*
desist	-0,0966	***	-0,4291	***	0,1246	**
inadimp	-0,0366	+	-0,2621	***	-0,1225	+
falec	1,4811	***	1,0056	***	-0,6244	***
demit	-0,0714	***	-0,4131	***	0,1808	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev\2003

Notas: + Não significativo;
 * Nível de significância de 10%
 ** Nível de significância de 5%
 ***Nível de significância de 1%

4.5.4. Resultados do Modelo em Painel para os Titulares

No que se refere ao painel dos titulares (TAB 35), observamos que de maneira geral os resultados encontrados no modelo em painel confirmam os resultados encontrados em *cross-section*, sendo, no entanto, estatisticamente mais significantes. Como observado anteriormente, a probabilidade de ter um episódio de saúde, assim como o valor desse dispêndio é maior entre as mulheres do que entre os homens. No entanto, para os titulares, a maior probabilidade de realização de um episódio ocorre para o episódio de internação aguda.

A idade apresentou efeito diferenciado na realização dos episódios e, de modo geral, não se mostrou estatisticamente significativa. No caso do episódio crônico, o efeito da idade foi maior nas idades mais avançadas, principalmente para as mulheres nos dois últimos grupos etários (7,70% e 17,13%). Para o episódio ambulatorial, o efeito da idade apenas foi significativo para mulheres nos grupos de idade intermediários, indicando que existe uma maior procura por serviços ambulatoriais por mulheres na faixa de idade entre 40 e 60 anos, provavelmente por procura de tratamentos preventivos.

Com relação à renda, as estimativas obtidas nos modelos de regressão indicam que essa variável foi determinante na realização de todos os episódios. Entretanto, a renda é mais importante na determinação do episódio de internação aguda, indicando que o aumento de um real na renda aumenta em 1,78% a probabilidade de realização desse episódio e em 9,9% o seu valor médio esperado. Notamos também que existe uma relação inversa entre a renda e os episódios crônico e uma relação positiva com o episódio ambulatorial (dado seu caráter preventivo).

A escolaridade também é uma variável fundamental na determinação dos episódios e afeta negativamente a realização de um episódio crônico e de internação aguda (embora estatisticamente significantes apenas nos dois últimos níveis de escolaridade) e positivamente a realização de um episódio ambulatorial. A procura por serviços ambulatoriais é maior com o aumento no nível de escolaridade, indicando que as pessoas mais escolarizadas buscam mais serviços de saúde, principalmente os de caráter preventivo que os menos escolarizados. De fato, isso se reflete na menor procura por serviços crônicos e de internação aguda dado que pessoas com nível educacional superior tendem a ser mais preocupadas com suas condições de saúde.

Da mesma forma que os resultados encontrados para a *cross-section* dos titulares, o fato da pessoa falecer no período em análise leva a uma maior procura por serviços médicos, principalmente os referentes ao episódio crônico em 39,03% e também, no seu valor esperado, em 145,41%. E como mencionado anteriormente, existe uma relação inversa entre o falecimento e a procura por serviços ambulatoriais, dado o caráter preventivo do mesmo. Nesse caso, há uma redução de 8,26% e 73,75% na probabilidade da realização desse episódio e no seu valor esperado, respectivamente.

Por fim, cabe ressaltar a importância das variáveis *dummies* de período (*an2* e *an3*). O que podemos inferir é que existe algum efeito particular fora do modelo que afetou os episódios de tratamento. Assim sendo, além dos atributos considerados na análise de nossos modelos, existe a possibilidade de outras variáveis influenciarem a decisão de procurar um serviço médico, além dos anteriormente mencionados.

TABELA 35:

Efeito Marginal sobre a probabilidade de realização do gasto com saúde e efeito marginal sobre o valor esperado do gasto condicionado à restrição de positividade, obtidos pelo Modelo Tobit para os Titulares

Efeito marginal sobre a probabilidade: $\partial P(y > 0 x) / \partial x_i$						
Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	-0,0225	*	-0,0394	*	-0,0184	*
idh5	0,0120	+	0,0063	+	-0,0010	+
idh6	0,0419	+	-0,0058	+	0,0070	+
idh7	0,0885	***	0,0152	+	0,0008	+
idh8	0,1578	***	0,0069	+	0,0020	+
idm5	0,0023	+	0,0406	+	0,0039	*
idm6	0,0356	+	0,0353	+	0,0177	*
idm7	0,0770	+	0,0430	+	0,0234	+
idm8	0,1713	***	-0,0153	+	0,0154	+
log_ren	-0,0089	*	0,0178	***	0,0011	*
solt	-0,0014	+	-0,0103	*	0,0042	+
cas	-0,0010	+	-0,0234	***	0,0067	***
esc2	-0,0454	***	-0,0071	+	0,0101	***
esc3	-0,0677	***	-0,0080	+	0,0137	***
esc4	-0,0617	***	-0,0371	***	0,0263	***
esc5	-0,0606	***	-0,0757	***	0,0408	***
an2	0,0184	***	0,1105	***	-0,0619	***
an3	0,0228	***	0,1391	***	-0,0823	***
desist	-0,0224	+	-0,1328	***	0,0216	*
inadimp	-0,0581	+	-0,0746	+	0,0160	+
falec	0,3903	***	0,1478	***	-0,0826	***
demit	-0,0653	***	-0,0881	***	0,0187	***

Efeito marginal sobre o valor esperado condicionado:
 $\partial E(y | y > 0, x) / \partial x_i$

Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial	
sex01	-0,0340	*	-0,2316	*	-0,2210	*
idh5	0,0180	+	0,0353	+	-0,0128	+
idh6	0,0634	+	-0,0321	+	0,0920	+
idh7	0,1394	***	0,0861	+	0,0108	+
idh8	0,2803	***	0,0390	+	0,0261	+
idm5	0,0034	+	0,2438	+	0,0513	+
idm6	0,0546	+	0,2095	+	0,2530	*
idm7	0,1240	+	0,2617	+	0,3516	*
idm8	0,3165	***	-0,0829	+	0,2197	+
log_ren	-0,0133	*	0,0990	***	0,0139	+
solt	-0,0020	+	-0,0562	*	0,0549	+
cas	-0,0015	+	-0,1324	***	0,0845	***
esc2	-0,0658	***	-0,0391	+	0,1356	***
esc3	-0,0968	***	-0,0440	+	0,1866	***
esc4	-0,0900	***	-0,2013	***	0,3595	***
esc5	-0,0872	***	-0,3888	***	0,6153	***
an2	0,0275	***	0,6667	***	-0,7100	***
an3	0,0341	***	0,8712	***	-0,8970	***
desist	-0,0326	+	-0,5938	***	0,3225	*
inadimp	-0,0819	+	-0,3632	+	0,2300	+
falec	1,4541	***	1,2676	***	-0,7375	***
demit	-0,0916	***	-0,4215	***	0,2729	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

Diante dos resultados encontrados, podemos concluir que, tanto nas *cross-section* quanto em painel, e ainda, para titulares e beneficiários, as mulheres, de um modo geral, utilizam mais serviços de saúde que os homens. A procura de um dos tipos de episódios por homens e por mulheres depende da idade e do poder aquisitivo do próprio indivíduo. Observamos diferenças com relação ao nível de escolaridade na ocorrência dos episódios. E também que, entre as variáveis que indicam a situação atual das pessoas, o falecimento teve maior importância na determinação dos episódios.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo investigar alguns determinantes da demanda dos gastos e, conseqüentemente, da demanda por serviços de saúde, em uma população segurada. Para tal, sistematizou-se os principais resultados dos dados do plano de autogestão da Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, a fim de examinar o comportamento das diferentes categorias de episódios (crônicos, internação aguda, ambulatorial e obstétrico) de acordo com as principais características socioeconômicas e demográficas do indivíduo. O arcabouço econométrico utilizado neste trabalho para análise de decisão de gastar do indivíduo e do valor esperado condicionado foi o modelo Tobit.

Os principais resultados encontrados indicam grande importância dos atributos de sexo e idade na determinação da demanda de todos os episódios de saúde. Em geral, verifica-se que as crianças, mulheres em idade reprodutiva e a população em idade mais avançada apresentam maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde, assim como seu valor esperado, o que corrobora os resultados encontrados na literatura. Vale ressaltar que a maior procura por serviços de saúde pelas mulheres está associado aos cuidados de caráter preventivo. Já os homens tendem a ter mais problemas crônicos de saúde, principalmente nas últimas faixas etárias, em que incide seu maior consumo. A população em idade mais avançada tem maior probabilidade de procurar os serviços crônicos, devido ao estado de saúde nessa faixa etária estar mais relacionado com esse tipo de doença.

Podemos observar também que a renda e o nível de escolaridade são duas variáveis importantes e também determinam a maior procura por serviços de saúde, assim como seu valor esperado, dependendo do tipo de episódio em análise. Os resultados encontrados indicam que o maior nível de escolaridade aumenta a probabilidade da realização do episódio ambulatorial, mas, por outro lado, reduz a probabilidade e o valor médio esperado do episódio crônico. Este resultado é bastante relevante, uma vez que o maior nível educacional do indivíduo permite a identificação das doenças com antecedência, pois se espera que pessoas mais escolarizadas utilizem mais os serviços de saúde, sobretudo os de caráter preventivo. Por outro lado, quanto maior a renda do indivíduo, maior é a probabilidade do episódio de internação aguda ter sido realizado e a quantidade

despendida. O efeito dessa variável é oposto para o episódio crônico. Esses resultados diferem quando analisamos os episódios em *cross-section* e em painel.

No que diz respeito às variáveis que indicam a situação atual dos indivíduos na empresa, o fato da pessoa vir a falecer no período em análise leva a uma maior procura por serviços médicos, principalmente os referentes aos episódios crônicos e de internação aguda. Este resultado está de acordo com a literatura que indica que no período final da vida os gastos são mais complexos, e conseqüentemente mais elevados. Existe, no entanto, uma relação inversa entre o falecimento e a procura por serviços ambulatoriais, dado o caráter preventivo do mesmo. Nesse sentido, é de grande relevância para o agente regulador responsável pela proposição e implementação de políticas públicas entender as causas de morte da população segurada.

Vale a pena ressaltar que o estado de saúde passado dos indivíduos, representado por variáveis *proxies* que tentam buscar alguma informação do *status* individual de saúde, é extremamente relevante na análise do episódio crônico. Dessa forma, verifica-se que se o indivíduo teve gasto de qualquer tipo no ano anterior, maior é a probabilidade de gasto no período corrente e maior é o gasto médio desse episódio.

Os resultados das estimativas dão margem para que sejam discutidas medidas voltadas para a redução das desigualdades na utilização dos serviços de saúde. Os coeficientes estimados tanto para a probabilidade de gastar quanto para o valor esperado condicionado, mostram que existem diferenças importantes para os grupos etários e entre os sexos. Esse resultado é fundamental uma vez que a regulamentação vigente no Brasil não permite discriminação por sexo e apresenta uma divisão dos grupos etários pouco justificada na literatura. Os resultados da análise controlada e da estatística descritiva apontam para outra divisão etária que parece ser mais relevante do ponto de vista da construção de grupos de risco mais homogêneos.

Por fim, é preciso ter em vista as limitações desse trabalho. A primeira delas refere-se ao estado de saúde passado dos indivíduos. Nesse sentido, trabalhos devem incorporar informações mais precisas sobre o estado de saúde passada dos indivíduos que reflitam o *status* individual de saúde. Outro ponto a ser incorporado em trabalhos futuros está na necessidade de se incluir informações socioeconômicas e demográficas para os

beneficiários numa tentativa de se expandir e comparar as informações com os funcionários da empresa. Desse modo, seria interessante incluir as variáveis renda e nível de escolaridade para todos os beneficiários do plano.

Outra questão, a ser considerada em trabalhos futuros, está na necessidade de relacionar titulares e dependentes a fim de analisar como os gastos e a demanda por bens e serviços de saúde seriam afetados pelo nível de renda e a correlação intrafamiliar.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABEL-SMITH, B. **Paying for health services**: a study of the costs and sources of finance in six countries. Geneva: World Health Organization, 1963. (Public health papers; n.17)

ABEL-SMITH, B. **An international study of health expenditure and its relevance for health planning**. Geneva: World Health Organization, 1967. (Public health paper; n.32)

ALBUQUERQUE, E. M., SOUZA, S. G. A., BAESSA, A. R.. Research and innovation in health: an interpretation based on the economics of technology. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.277-294, Apr./June 2004.

ALMEIDA M. F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.743-756, 2002.

ANDERSON, G. F., POULLIER J. P. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. **Health Aff**, v.18, n.3, p.178-92, May-Jun. 1999.

ANDRADE, M. V. **A saúde na PNAD**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 29p. (Texto para Discussão; 170) Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20170.pdf>>.

ANDRADE, M. V. **Ensaio em economia da saúde**. 2000. Tese (Doutorado em Economia) - Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2000. (Ensaio 6: A regulamentação dos contratos de seguro saúde, 33f.)

ANDRADE, M. V., LISBOA, M. B. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia**, v.54, n.1, p.5-36, jan./mar. 2000.

ANDRADE, M. V., LISBOA, M. B. **Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 24p. (Texto para Discussão; 175) Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20175.pdf>>.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.3, p.195-202, 1992.

ARROW, Kenneth. Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**, v.53, n. 5, 1963.

BAHIA, L., SIMMER, E., OLIVEIRA, D. C. Private health plans coverage and chronic diseases: notes on the use of high-cost procedures. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.921-929, Oct./Dec. 2004.

BELTRÃO, K. I., SUGARA, S. Comparação de informações sobre saúde nas populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. 2002

BERENSTEIN, C. K. **O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil**: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000. 2005. 91f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

CAMERON, A. C. *et al.* A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. **Review of Economic Studies**, v.55, n.1, p.85-106, 1988.

CASTRO, M. S. M, TRAVASSOS C., CARAVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p.795-811, 2002.

CASTRO, M. S. M. **Utilização das internações hospitalares no Brasil**: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. 2004. 101f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2004.

COSTA, L. I. *et al.* Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.733-741, 2002.

CUTLER, D. M., MEARA, E. The medical costs of the young and old: a forty-year perspective. In: WISE, D. A. (Ed.) **Frontiers in the economics of aging**. Chicago: University of Chicago / NBER, 1998. cap.4, p215–246 apud BERENSTEIN, C. K. **O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil**: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000. 91f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

FABBRI, D., MONFARDINI, C. **Public vs. private health care services demand in Italy**: a count data analysis on Shaw data. Bologna, Italy: University of Bologna, Dept. of Economics, 2002. 26p. Disponível em: <http://www.dise.unisa.it/AIEL/Fabbri_Monfardini.pdf>.

FACCHINI, L. A, COSTA, J. S. D. Utilização de serviços ambulatoriais em pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.4, p.360-369, 1997.

FONSECA, M. J. M., ANDRADE, C. R., CHOR, D., VALENTE, J., BELTRAO, K., DUCHIADE, P. M. Morbidade referida e uso de serviço de saúde em funcionários de banco estatal. [s.l.]: ABEP, 2000. 21p. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a207.pdf>>.

FOSTER, E. Lineamentos teóricos sobre demanda de los servios de salud. Quito, Ecuador: Mim. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1989.

GERDTHAM, U. G, JONSSON, BENGT. International comparisons of health expenditure. CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.) **Handbook of Health Economics**. Amsterdam: Elsevier, 1988. V. 1(A)

GLENNERSTER, H., MATSAGANIS, M. The English and Swedish care reforms. **International Journal of Health Services**, v.24, n.2, p.232-251, 1994 apud NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.345-366.

GRAY, A. Population ageing and health care expenditure. **Ageing Horizons**, n.2, p.15-20, 2005. Disponível em: <<http://www.ageing.ox.ac.uk/ageinghorizons/thematic%20issues/healthcare/papers%20healthcare/pdf%20files/gray%20issue%202%202005.pdf>>.

GREEN, C. A, POPE, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. **Social Science and Medicine**, v.48, n.10, p.1363-1372, 1999.

- GREENE, W. **FIML estimation of sample selection models for count data**. New York: New York University, Department of Economics, Stern School of Business, 1997. (Working Paper 97-02)
- GREENE, W. H. **Econometric analysis**. 5th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2003. 1026 p.
- GROSSMAN, M. On the concept of health and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v.80, n.2, p.223-255, Mar./Apr. 1972.
- HECKMAN, J. J. Sample selection bias as a specification error. **Econometrica**, v.47, n.1, p.153-61, 1979.
- HELLER, P. Family requests and the derived demand for health care en **Economic Inquiry**, n.17, p.133-139, 1979.
- HITIRIS, T., POSNETT, J. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. **Journal of Health Economics**, v.11, n.2, p.173-181, Aug. 1992.
- HONORÉ, B. Trimmed LAD and Least Squares Estimation of Truncated and Censored Regression Models with Fixed Effects. **Econometrica**, 60: 533-565. 1992
- IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>>.
- KANAVOS, P., MOSSIALOS, E. **The methodology of international comparisons of health care expenditures: any lessons for health policy?**. London: LSE Health, The London School of Economics, 1996. (Discussion paper; n.3) Disponível em: <<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP3.pdf>>.
- KEELER, E. B. *et al.* **The demand for episodes of medical treatment: interim results from the health insurance experiment**. Santa Monica, Calif.: RAND, 1982.
- KEELER, E. B. *et al.* **The demand for episodes of medical treatment in the health insurance experiment**. Santa Monica, Calif.: RAND, 1988.
- LASSEY, M. L., LASSEY, W. R., JINKS, M. J. (Eds.) **Health care systems around the world: characteristics, issues, reforms**. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall, 1997. 368p.
- LEU, R. E. The public-private mix and international health care costs. In: CULYER, A. J., JONSSON, B. (Eds.) **Public and private health services**. Oxford: Basil Blackwell, 1986. p.41-66.
- LILJAS, B. The demand for health with uncertainty and insurance. **Journal of Health Economics**, v.17, n.2, p.153-170, 1998.
- MADDALA, G. **Limited advanced and qualitative variables in econometrics**, Econometric Society Monographs. 1983.
- MADDALA, G. S. 'Limited dependent variable models using panel data'. **Journal of Human Resources**, v.23, n.3, p.307-337, 1987.

- MAIA, A. C. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- MCDONALD, J., MOFFITT, R. A. The Uses of Tobit Analysis. **Review of Economics and Statistics**, 62, pp. 318-21. 1980.
- MÉDICI, A. C., CAMPOS, M. R. **Brasil**: padrões de morbidade e utilização dos serviços de saúde (uma análise da PNAD/86) Rio de Janeiro: IBGE, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 1992. 123p. (Relatórios Técnicos; 08/92)
- MILLER, T. Increasing longevity and medicare expenditures. **Demography**, v.38, n.2, p.215-226, 2001.
- MINERS, L. The familys demand for health a rural investigation. 1979. Dissertação (Mestrado) - University of North Caroline at Chapel Hill, 1979.
- NEWHOUSE, J. Medical care expenditure: a cross-national survey. **Journal of Human Resources**, v.12, n.1, p.115-125, 1977.
- NEWHOUSE, Joseph P. *et. al.* **Free for all?** lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge, MA: Harvard University, 1993. 489p.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único De Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.345-366.
- NUNES, A., SANTOS, J. R. S., BARATA, R. B., VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, IPEA, 2003. 224p.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.427-450.
- OPAS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60p. (Tradução Suzana Gontijo)
- OLIVEIRA, T. B. **Determinantes dos Gastos das Famílias com Saúde em Minas Gerais** saúde. Monografia – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- PHELPS, C. H., NEWHOUSE, J. **Coinsurance and the demand for medical care services**. Santa Mónica, USA.: Rand, 1973. (Paper; R-964)
- PINHEIRO, R. J., VIACAVA, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
- POHLMEIER, W., ULRICH, V. An econometric model of two-part decision-making process in the demand for health care. **The Journal of Human Resources**, v.30, n.2, p.339-361, 1995.

POL, L. G., THOMAS, R. K. **The demography of health and health care**. 2^{ed}. New York: Kluwer Academic; Plenum, 2000. 382p.

POWELL, J. L. Least absolute deviation estimation for the censored regression model. **Journal of Econometrics**, v.25, n.3, p.303-25, 1984.

RIBEIRO, M. M. **Utilização de serviços de saúde no Brasil**: uma investigação do padrão etário, por sexo e cobertura por plano de saúde. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

RILEY, G., J., LUBITZ, R., PRIHODA, AND E. RABEY. "The use and costs of medicare services by cause of death." **Inquiry**, v.24, n.3, p.233-244, 1987 apud GRAY, A. Population ageing and health care expenditure. **Ageing Horizons**, n.2, p.15-20, 2005. Disponível em: <<http://www.ageing.ox.ac.uk/ageinghorizons/thematic%20issues/healthcare/papers%20healthcare/pdf%20files/gray%20issue%202%202005.pdf>>.

ROMERO, D.E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.777-794, 2002.

SANTOS SILVA, J. M. C., WINDMEIJER, F. Two-part multiple spell models for health care demand. **Journal of Econometrics**, v.104, n.1, p.67-89, Aug. 2001.

SASSI, M. R, BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, p.819-832, jul.-ago, 2001.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Pan Americana Salude Publica**, v.11, n.5/6, p.365-373, 2002.

VAN de VEN, W. P. M. M. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.) **Handbook of health economics**. New York: Elsevier, 2000. v.1A, p.755-845.

WEISBROD, B. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. **Journal of Economic Literature**, v.29, n.2, p.523-552, 1991.

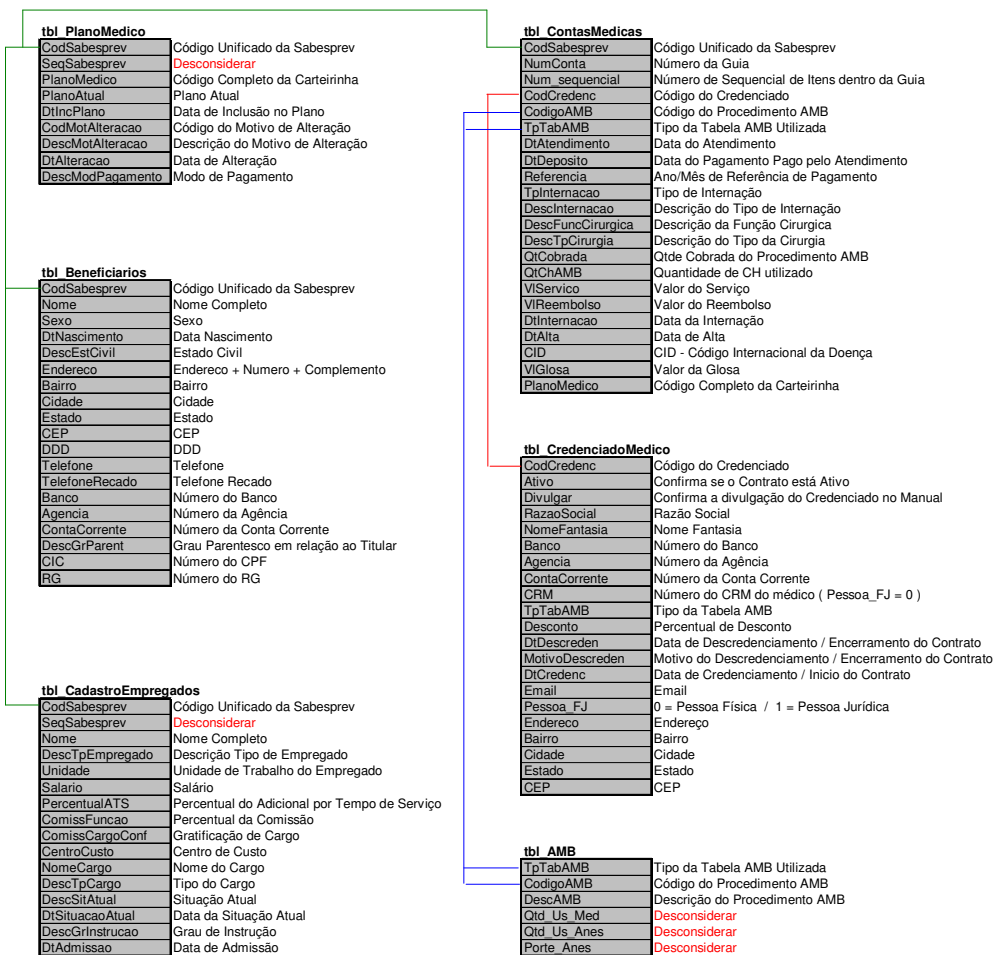
WOOLDRIDGE, J. **Econometric analysis of cross section and panel data**. Cambridge, Mass.: MIT Press, 2002. 752p.

ZUCCHI, P., DEL NERO, C., MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**, v.32, n.5, p.124-47, 1998.

ZWEIFEL, P. Supplier-induced demand in a model of physician behavior. In: Ed. VAN DER GAAG, J., PERLMAN, M. (Eds.) **Health, economics, and health economics**. Amsterdam: North-Holland. 1981. p.245-67.

ANEXO

Anexo I. Descrição Das Variáveis



Anexo II. Tabelas

TABELA 36:

Motivo da Saída dos Titulares do Plano de Saúde da Sabesprev, 2001 a 2003

Descrição da Situação Atual	N	%
Desligado - Aposentado	1	0,07
Desligado - Aposentado Inval Acid Trab	7	0,47
Desligado - Aposentado Inval Doen Prof	1	0,07
Desligado - Aposentado Inval Outros	153	10,19
Desligado - No Periodo De Experiencia	18	1,20
Desligado - Pedido De Demissao	164	10,93
Desligado Justa Causa	33	2,20
Desligado S Justa Causa	767	51,10
Desligado Termino Contrato/Prazo Determ	57	3,80
Falecimento	288	19,19
Falecimento Por Acidente De Trabalho	12	0,80

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir dos dados da Sabespre

TABELA 37:

Descrição da Situação Atual dos Titulares do Plano de Saúde da Sabesprev, 2001 a 2003

Descrição da Situação Atual	N	%
Acidente de Trabalho	42	0,25
Aposentadoria - Inval Outros	3	0,02
Ativo	93	0,54
Auxilio Doenca	351	2,05
Auxilio Doenca - Crem.Ind	16	0,09
Auxilio Maternidade	25	0,15
Dem. S/ Justa Causa	2	0,01
Dem. Termino Contrato/Prazo Determinado	3	0,02
Demissao Voluntaria / Incentivada	109	0,64
Desligado - Aposentado	1	0,01
Desligado - Aposentado Inval Acid Trab	7	0,04
Desligado - Aposentado Inval Doen Prof	1	0,01
Desligado - Aposentado Inval Outros	153	0,90
Desligado - No Periodo De Experiencia	18	0,11
Desligado - Pedido De Demissao	164	0,96
Desligado Justa Causa	33	0,19
Desligado S Justa Causa	767	4,49
Desligado Termino Contrato/Prazo Determ	57	0,33
Falecimento	288	1,69
Falecimento Por Acidente De Trabalho	12	0,07
Ferias	219	1,28
Licenca Maternidade	1	0,01
Licenca Premio	11	0,06
Licenca Sem Direito A Vencimentos	16	0,09
Pedido De Demissao	218	1,28
Retorno	14479	84,73

Fonte de Dados: SABESPREV (Microdados)

TABELA 38:

Coeficientes do Modelo Tobit em *Cross-Section* para os Beneficiários, 2003

Regressores	Crônico		Int. Aguda		Ambulatorial		Obstétrico	
sex01	0,7761	+	-0,4099	***	0,0779	+	-	-
idh1	11,7502	***	3,8381	***	-1,3820	***	-	-
idh2	6,9028	***	0,9192	***	0,1437	+	-	-
idh3	1,3978	+	-0,0351	+	0,2689	***	-	-
idh5	2,0040	**	1,2781	***	0,1636	**	-	-
idh6	7,3951	***	1,1536	***	0,3080	***	-	-
idh7	10,5357	***	1,5752	***	0,1897	*	-	-
idh8	13,2070	***	1,3394	***	0,2222	+	-	-
idh9	18,3229	***	1,7600	***	-0,5303	***	-	-
idm1	12,4952	***	2,5107	***	-0,2718	+	-	-
idm2	7,0059	***	0,8341	***	0,0427	+	-	-
idm3	1,1646	+	-0,6440	***	0,3257	***	-	-
idm5	2,5058	***	1,0399	***	-0,2311	***	0,2678	***
idm6	8,1112	***	1,8957	***	0,1052	+	0,4018	***
idm7	11,4424	***	2,0696	***	0,0010	+	-0,0513	+
idm8	14,9141	***	1,7028	***	-0,1148	+	-	-
idm9	18,1563	***	1,1319	***	-0,3304	***	-	-
solt	-0,5194	+	0,0708	+	0,1872	***	-0,0491	+
cas	-0,2480	+	-0,4341	***	0,1468	***	0,0495	+
plano	-0,5897	+	-0,8526	***	0,3288	***	-0,1961	*
desist	-12,7299	*	-2,4095	***	0,7258	***	-0,3219	***
inadimp	-2,4982	+	-1,6802	***	0,0522	+	-0,1140	+
falec	7,8875	***	-2,2585	***	-0,1161	+	-	-
demit	-4,0958	+	-2,4073	***	0,5501	***	-0,5631	***
gst1	6,3414	***	0,4831	***	0,3719	***	0,6178	***
int1	4,5690	***	4,4893	***	-2,3185	***	0,3055	***
Constante	-36,9337	***	-1,8539	***	2,3325	***	8,1131	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

TABELA 39:

Coeficientes do Modelo Tobit em *cross-section* para os Titulares, 2003

Regressores	Crônico	Int.		Ambulatorial		
			Aguda			
sex01	1,4610	*	-2,9786	*	-1,9222	**
idh5	-10,4384	***	1,4736	+	-0,9292	**
idh6	-4,4993	***	1,1492	+	-0,8473	*
idh7	-1,6216	+	1,2592	+	-0,8644	*
idh8	-	-	1,0300	+	-0,8174	+
idm5	-8,0956	+	0,0559	+	0,2654	+
idm6	-2,9218	+	0,3000	+	0,4917	+
idm7	0,4159	+	-0,0586	+	0,9975	+
idm8	5,1571	+	-0,6784	+	0,1237	+
log_ren	-0,2292	+	1,0192	***	-0,2668	***

Solt	-1,0543	+	-0,1840	+	0,1997	+
Cas	-0,5608	+	-0,6431	***	0,3025	***
esc2	-2,0902	*	-0,4403	*	0,3306	**
esc3	-3,5323	***	-0,1654	+	0,1856	+
esc4	-3,2247	***	-0,7401	***	0,4795	***
esc5	-2,2156	+	-1,6545	***	0,9269	***
Desist	-76,6717	*	-5,1679	***	1,7093	*
Inadimp	5,2756	+	-6,1263	***	0,8867	+
Falec	13,3380	***	1,6229	+	-1,3811	**
Demit	-1,3015	+	-2,2369	***	0,3716	+
gst1	6,6328	***	-0,3602	+	0,1749	+
int1	4,9026	***	4,7553	***	-2,3531	***
Constante	-22,6201	***	-7,0627	***	3,4460	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

TABELA 40:

Coefficientes do Modelo Tobit em painel para os Beneficiários, 2003

Regressores	Cronico		Int.Agudo		Ambulatorial	
sex01	-0,0035	*	-0,1797	***	-0,0132	+
idh1	0,4384	***	0,9700	***	-0,0756	+
idh2	0,1770	***	0,6847	***	-0,0808	+
idh3	0,0253	+	0,0736	**	0,1096	***
idh5	0,0179	+	0,4746	***	0,2226	***
idh6	0,1369	***	0,4798	***	0,3582	***
idh7	0,3329	***	0,7397	***	0,2121	***
idh8	0,6154	***	0,8052	***	0,0929	+
idh9	1,5106	***	1,1787	***	-0,4881	***
idm1	0,5296	***	0,3780	*	0,0731	+
idm2	0,1129	***	0,4035	***	-0,0173	+
idm3	-0,0040	+	-0,2568	***	0,1175	***
idm5	0,0223	+	0,6047	***	-0,0024	+
idm6	0,1997	***	0,8376	***	0,2120	***
idm7	0,3751	***	1,0501	***	0,0965	***
idm8	0,7028	***	1,0775	***	-0,0946	**
idm9	1,1071	***	1,0081	***	-0,3020	***
solt	-0,0546	***	-0,0812	**	0,1607	***
cas	-0,0266	*	-0,1704	***	0,0796	***
an2	0,0430	***	1,1443	***	-0,9703	***
an3	0,0308	***	1,4006	***	-1,1782	***
plano	-0,0719	***	-0,1559	***	0,0239	+
desist	-0,2494	***	-0,8461	***	0,1666	**
inadimp	-0,0915	+	-0,5017	***	-0,1679	+
falec	2,3393	***	1,6144	***	-0,9097	***
demit	-0,1820	***	-0,8117	***	0,2403	***
Constante	0,1755	***	1,2156	***	3,8824	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

TABELA 41:

Coeficientes do Modelo Tobit em painel para os Titulares, 2003

Regressores	Crônico		Int. Agudo		Ambulatorial	
sex01	-0,0825	*	-0,4127	*	0,2986	*
idh5	0,0441	+	0,0641	+	-0,0170	+
idh6	0,1538	+	-0,0586	+	0,1221	+
idh7	0,3288	***	0,1556	+	0,0144	+
idh8	0,6136	***	0,0707	+	0,0347	+
idm5	0,0083	+	0,4307	+	0,0680	*
idm6	0,1311	+	0,3716	+	0,3302	*
idm7	0,2880	+	0,4600	+	0,4545	+
idm8	0,6774	***	-0,1529	+	0,2869	+
log_ren	-0,0326	*	0,1803	***	-0,0185	+
solt	-0,0050	+	-0,1031	*	0,0729	+
cas	-0,0036	+	-0,2395	***	0,1129	***
esc2	-0,1650	***	-0,0715	+	0,1791	***
esc3	-0,2453	***	-0,0804	+	0,2458	***
esc4	-0,2245	***	-0,3709	***	0,4734	***
esc5	-0,2197	***	-0,7337	***	0,7945	***
an2	0,0673	***	1,1762	***	-0,9692	***
an3	0,0833	***	1,5150	***	-1,2380	***
desist	-0,0813	+	-1,1984	***	0,4172	*
inadimp	-0,2101	+	-0,7026	+	0,2999	+
falec	2,3144	***	1,9768	***	-1,0688	***
demit	-0,2356	***	-0,8222	***	0,3547	***
Constante	0,5600	***	0,7531	*	3,3042	***

Fonte de Dados: Elaboração própria a partir de dados da Sabesprev2003

Notas: + Não significativo;

* Nível de significância de 10%

** Nível de significância de 5%

***Nível de significância de 1%

Anexo III. Códigos Da Amb Utilizados Na Construção Do Banco De Dados

Códigos relacionados aos procedimentos de internação:

Consultas (Estes Códigos Não Caracterizam Pacientes Internados)

00010006 - Consulta Oftalmológica
00010014 - Consulta Em Consultório
00010030 - Consulta Oftalmológica
00010073 - Consulta Médica Em Pronto Socorro

Materiais e Medicamentos (Estes Códigos Não Caracterizam Pacientes Internados)

89030028 - Materiais Em Consultorio, Ambulatorio Ou P.S.
89040023 - Medicamentos E Gases Usados Ambulatorialmente
98013017 - Materiais E/Ou Filmes Radiologicos Ambulatorial
98014013 - Medicamentos/Gases E/Ou Contrastes Ambulatorial
98043013 - Materiais Usados Em Servicos Especiais (Sadt)
98044010 - Medicamentos E/Ou Gases Em Servicos Especiais
98063014 - Materiais E/Ou Filmes Radiologicos Em Med.Ocup.
98064010 - Medicamentos/Gases E/Ou Contrastes Em Med.Oc.
98513010 - Materiais E/Ou Filmes Radiologicos Ambulatorial
98514016 - Medicamentos/Gases E/Ou Contrastes Ambulatorial
98563017 - Materiais E/Ou Filmes Radiologicos Em Med.Ocup.

Diárias e Taxas (Estes Códigos Não Caracterizam Pacientes Internados)

27040330 - Taxa De Irradiacao De Unidade Hemoterapica
27040348 - Taxa De Utilizacao De Bolsa Plastica P/ Unidade
27040356 - Taxa De Utilizacao De Descartaveis P/ Aplicacao
27040461 - Taxa Deleucotizacao P/Componente
29010012 - Aerossolterapia Sem Pressao Positiva
29010020 - Aerossolterapia Com Pressao Positiva
29010039 - Prova De Complacencia Pulmonar
29010047 - Curva Fluxo-Volume Estudo Dos Fluxos Pulmonares
29010055 - Determinacao Da Mecanica Respiratoria
29010063 - Espirografia Simples
29010080 - Estudo Da Funcao Pulmonar (Pulmoes Em Separado)
29010128 - Medida Da Difusao Alveolo - Capilar
29010136 - Prova Ventilatoria Completa (05+06+07+14+15)
29010144 - Prova Farmaco-Dinamico
29010179 - Reeducao Funcional Respiratoria
33019991 - Uso De Dopler/Colorido
88010015 - Tratamento Ambulatorial Intensivo Fase I
88010023 - Programa Para Recaida
89020014 - Taxa De Sala Cirurgica Pequena
89020057 - Taxa De Sala Cirurgica Ambulatorial
89029992 - Taxas Diversas
89050010 - Remocao Simples - Sem Medico Acompanhante
89050029 - Remocao Com Acompanhamento Medico
98012010 - Taxas Diversas Ou Taxa De Observacao
98037013 - Taxas, Materiais E/Ou Medicamentos Em Sadt
98042017 - Taxas Diversas Em Servicos Especiais (Sadt)
98045016 - Remocao De Pacientes Ambulatoriais
98061011 - Diaria (Qualquer) Paciente Medicina Ocupacional
98062018 - Taxas Diversas/De Observacao Em Med.Ocupacional
98065017 - Despesas De Remocao Em Medicina Ocupacional
98512013 - Taxas Diversas Ou Taxa De Observacao
98537016 - Taxas, Materiais E/Ou Medicamentos Em Sadt

Diagnose

29020158 - Nebulizacao Simples
50070053 - Vitrectomia Anterior
50070061 - Vitrectomia (Vias Pars Plana)
50100033 - Cirurgias Antiglaucomatosas (Qualquer Tecnica)
50140035 - Retinoplexia Com Introflecao Escleral (Qualquer Tecnica)
56010222 - Erecao Farmaco-Induzida

Terapia Psiquiatria / Psicologia

70010013 - Entrevista Inicial Em Psiquiatria
70020043 - Psiquiatria: Orientacao Familiar
70020051 - Psiquiatria: Psicoterapia Grupal
70020060 - Psiquiatria: Psicoterapia Individual

70030014 - Entrevista Inicial Em Psicologia
 70030022 - Segunda Entrevista Em Psicologia
 70040010 - Psicologia: Avaliacao Completa (Testes)
 70040028 - Psicologia: Avaliacao De Personalidade
 70040052 - Psicologia: Avaliacao Psicomotora
 70040060 - Psicologia: Teste De Rorsharch
 70050023 - Psicologia: Ludoterapia Individual
 70050031 - Psicologia: Orientacao Familiar
 70050040 - Psicologia: Psicomotricidade Grupal
 70050058 - Psicologia: Psicomotricidade Individual
 70050066 - Psicoterapia Grupal
 70050074 - Psicoterapia Individual
 72010029 - Audiometria Tonal Limiar
 72010045 - Audiometria Vocal Limiar De Discriminacao
 72010053 - Audiometria Vocal Limiar De Intelegibilidade
 72010126 - Impedanciometria (Inclui Timpanometria)
 72010185 - Pesquisa De Pares Cranianos (Viii Par)
 72010207 - Rinomanometria
 72010266 - Testes Vestibulares Sem Eletronistagmografia
 72010282 - Testes Vestibulares Com Vecto-Eletronistagmo
 72010290 - Teste Decay Do Reflexo Estapedico
 72010312 - Pesquisa Do Nistagmo Optocinetico
 72010320 - Pesquisa De Nistagmo Pendular
 72010371 - Audiometria Ocupacional Ou De Selecao
 72020016 - Fonoaudiologia: Entrevista C/Paciente Ou Pais
 72020024 - Avaliacao Fonoaudiologica
 72030011 - Fonoaudioterapia Individual
 72030038 - Orientacao De Pais

Terapia Pré – Pós Operatórias

25010050 - Exame Muscular
 25010077 – Pesquisa Eletroneuromiográfica
 25020013 - Fisioterapia Em Ataxias
 25020021 - Fisioterapia Em Distrofia Simpático Reflexo
 25020030 - Fisioterapia Em Hemiplegia E Hemiparesia
 25020048 - Fisioterapia Em Lesao Nervosa Periférica (+Um Nervo)
 25020056 – Fisioterapia Em Lesao Nervosa Periférica (Um Nervo)
 25020064 – Fisioterapia Em Miopatias
 25020072 – Fisioterapia Em Monoplegia
 25020080 - Fisioterapia Em Paraplegia E Paraparesia
 25020110 - Fisioterapia Em Moléstia De Parkinson
 25020129 - Fisioterapia Em Quadriplegia E Quadriparesia
 25020137 – Fisioterapia Em Retardo Do Desenvolvimento Psico-Motor
 25020153 - Assistência Fisiátrica Em Neurologia
 25030019 - Fisioterapia Em Distúrbios Circulatórios
 25040014-Assistência Fisiátrica Respiratória- Doente Clínico Internado
 25040022 - Assistência Fisiátrica Respiratória – Pac. Intern. Vent. Mec.
 25040030 - Fisioterapia Respiratoria Em Pre/Pos-Operatorio
 25040049 – Doenças Pulmonares Atendidas Em Ambulatório
 25040057 - Fisioterapia Em Paciente Com D.P.O.C.
 25050010 - Fisioterapia Em Reumatologia (1 Membro)
 25050028 - Fisioterapia Em Reumatologia (+ De Um Membro)
 25050036 - Fisioterapia Em Um Segmento Da Coluna Vertebral
 25050044 - Fisioterapia Em Mais De 1 Segmento Da Coluna Vertebral
 25050052 - Fisioterapia P/ Coluna Vertebral E Membros
 25060015 – Fisioterapia Em Amputacao Unilateral
 25060031 - Fisioterapia Para Contusões
 25060040 - Fisioterapia Desvios Posturais Coluna Vertebral
 25060058 - Fisioterapia Para Entorses
 25060066 - Fisioterapia Pos-Operatoria/Imobiliz. 1 Membro
 25060074 - Fisioterapia Pos-Operat./Imobiliz.+ De 1 Membro
 25060082 – Fisioterapia Pos-Operat./Imobiliz. Coluna Vertebral
 25060090 – Fisioterapia Articulação Temporo-Mandibular
 25060104 - Fisioterapia P/ Seqüela De Traumatismos Tendoes
 25060112 – Fisioterapia Traumatismos Torácicos-Abdominais
 25060139 - Fisioterapia Ortopedica De Um Membro
 25060147 - Fisioterapia Ortopedica De Mais De Um Membro
 25060171 - Fisioterapia Pos-Operat./Imobiliz. De 1 Membro
 25060180 - Fisioterapia Pos-Operat./Imobiliz. Mais De 1 Membro
 25070010 - Fisioterapia P/ Doenca Isquemica Do Coracao
 25070037 – Fisioterapia Pos-Operat. Cirurgia Cardiaca
 25070061 – Fisioterapia Cardiaca Ambulatorial
 25090011 - Fisioterapia Pre/Pos-Operatoria Em Neurologia
 25100017 – Doencas Urologicas
 25100050 - Fisioterapia Domiciliar

30010012 - Quimioterapia Sistêmica Inicial (Por 7 Dias)
 30010020 - Quimioterapia Sistêmica Inicial (Subsequente 7 Dias)
 30010128 - Quimioterapia Sistêmica Inicial
 30010136 - Quimioterapia Sistêmica (Por Dia Ate 7)
 30020018 - Quimioterapia Sistêmica Por Períodos De 7 Dias
 30020026 - Quimioterapia Sistêmica Subsequente Por Periodos De 7 Dias
 30020034 - Quimioterapia Ambulatorial (Primeiro Dia)
 30020042 - Quimioterapia Ambulatorial (Por Dia Ate 7)
 35010010 - Radioterapia - Megavoltagem (Acel. Linear Etc)
 35010029 - Radioterapia - Betaterapia P/ Aplicação
 35010045 - Radioterapia -Cheque -Filme (Filme A Parte)
 35010088 - Radioterapia - Mascara Ou Blocos De Colimação
 35010100 - Radioterapia - Simulação De Tratamento
 35010118 - Planej. Técnico (Teleterapia/Branquiterapia)
 51010011 - Audiometria (Tipo Von Bekesy)
 88250016 - Fisioterapia Domiciliar (Neuro/Resp/Motora)
 88370011 - Oxigenio-Terapia Hiperbarica P/ Meia Hora

Códigos relacionados aos procedimentos crônicos:

15020010 – Diálise peritoneal – (por sessão)
 15020029 – Diálise Peritoneal Crônica – (por mês e por paciente)
 15020037 – Hemodiálise Crônica – (por sessão)
 15020045 – Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)- treinamento
 15020053 – Diálise Peritoneal ambulatorial continua (CPD) - manutenção
 15020061 – Instalação de cateter permanente para diálise peritoneal
 15020070 – Retirada de cateter Tenckhoff
 15030016 – Controle Clínico pré e pós operatório (média de 15 dias)
 15030024 – Rejeição em transplante - tratamento
 15030032 – Rejeição em transplante – tratamento internado
 15030040 – Seguimento ambulatorial pós-transplante
 15030059 – Punção aspirativa renal para diagnóstico de rejeição
 20010010 – Eletrocardiograma - ECG
 20010044 – Monitorização eletrocardiográfica programada com transcrição
 20010052 – Sistema Holter – 24 horas – 2 canais
 20010060 – Sistema Holter – 24 horas – 1 canal
 20010079 – Sistema Holter – 12 horas – 2 canais
 20010087 – Sistema Holter – 12 horas – 1 canal
 20010095 – Ecocardiograma Unidimensional
 20010109 - Ecocardiograma Bidimensional
 20010133 – Ecocardiograma Bidimensional com Doppler
 20010141 – Ecocardiograma Bidimensional, com mapeamento de fluxo à cores
 20010117 – Fonomecanocardiografia em papel fotográfico ou em inscrição direta
 20010125 – Vectocardiograma em papel fotográfico
 20020015 – Cardioversão elétrica (avaliação clínica, eletrocardiográfica)
 20020023 – Marcapasso temporário a beira do leito
 20020031 – Monitorização per operatória em cirurgia geral
 20020040 – Monitorização per operatória em cirurgia geral (horas suplementares)
 21010013 – Exame anátomo patológico per-operatório
 21010021 – Exame anátomo patológico de peça radical
 21010030 – Exame anátomo patológico de peça cirúrgica convencional, biópsia e biópsia aspirativa
 21010048 – Exame citopatológico oncótico de líquidos (ascítico, pleural, escarro, etc)
 21010056 – Exame citopatológico cérvico-vaginal oncótico e microflora
 21010064 – Exame citopatológico hormonal seriado (mínimo de 3 colheitas)
 21010072 – Necropsia de adultos e crianças
 21010080 – Necropsia de feto e exame de placenta
 21010099 – Revisão de lâmina
 21010102 – Coloração especial, cada
 21010110 – Cópia de lamina, por exame
 21010129 – Exame anátomo patológico de peça radical por órgão adicional
 21010137 – Exame anátomo patológico de peça radical por grupo de linfonodos (até cinco linfonodos)
 21010145 – Exame citopatológico hormonal isolado
 21010153 – Imunoperoxidase (por anticorpos primário)
 22010017 – Eletroencefalograma em vigília
 22010025 – Eletroencefalograma com foto estímulo
 22010033 – Eletroencefalograma com compressão carotídea
 22010041 – Eletroencefalograma esfenoidal ou naso-faríngeo
 22010050 – Eletroencefalograma em sono e vigília
 22010068 - Ecoencefalograma
 22010076 - Eletromiografia
 22010084 – Eletroneurografia, velocidade de condução nervosa

22010092 – Eletroneurografia: testes de estímulos
 22010106 – Potencial evocado visual
 22010114 – Potencial evocado auditivo
 22010122 – Potencial evocado somado-sensitivo
 22010130 - Eletroneuromiografia
 24020010 –Traqueoscopia – para diagnóstico, colheita do material e/ou biópsia
 24020028 – Traqueostomia com retirada de corpo estranho
 24020036 – Traqueostomia com retirada de papiloma
 24020044 – Traqueostomia com dilatação para estenose
 24030015 – Broncoscopia ou broncofibroscopia – para diagnóstico, colheita de material e/ou biópsia
 24030023 – Broncoscopia com retirada de corpo estranho
 24030031 – Broncoscopia com retirada de papiloma
 24030040 – Broncofibroscopia com biópsia transbrônquica
 24030058 – Broncoscopia com dilatação para estenose
 24030066 – Broncoscopia – por hemitórax
 25010018 - Cronaximetria
 25010026 – Curva I/T
 25010034 - Eletrodiagnóstico
 25010042 – Estudo Eletromiográfico
 25010050 – Exame muscular
 25010069 – Teste de Heald
 25010077 – Pesquisa Eletroneuromiográfica
 250200103 - Ataxias
 25020021 – Distrofia simpático-reflexa
 25020030 – Hemiplegia e hemiparesia
 25020048 – Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras
 25020056 – Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras
 25020064 - Miopatias
 25020072 - Monoplegia
 25020080 – Paraplegia e Paraparesia
 25020099 – Paralisia cerebral (tratamento motor)
 25020102 – Paralisia cerebral (tratamento global)
 25020110 - Parkinson
 25020129 – Quadriplegia e Quadriparesia
 25020137 – Retardo do desenvolvimento psico-motor (tratamento global)
 25020145 – Retardo do desenvolvimento psico-motor (tratamento motor)
 25020153 – Assistência fisiatrica no tratamento de patologia neurológica com seqüelas clínicas que necessite realizar treino de atividade da vida diária
 25030019 – Distúrbios circulatórios artéri-venosos e linfáticos
 25040014 – Assistência fisiatrica respiratória em doente clínico internado
 25040022 – Assistência fisiatrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica
 25040030 – Assistência fisiatrica respiratória em pré e pós-operatório de condições cirúrgicas
 25040049 – Doenças pulmonares
 25050010 – Alterações de ordem reumáticas afetando um membro
 25050028 - Alterações de ordem reumáticas afetando mais de um membro
 25050036 – Alterações degenerative ou inflamatórias afetando um segmento da coluna vertebral
 25050044 - Alterações degenerative ou inflamatórias afetando mais de um segmento da coluna vertebral
 25050052 - Alterações degenerative ou inflamatórias afetando segmentos da coluna vertebral e membros
 25070010 – Pacientes com doença isquêmica do coração, hospitalizado ou atendido em ambulatório até 08 semanas de programa
 25070029 – Pacientes com doenças isquêmicas do coração atendido de 08 a 24 semanas
 25070037 – Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, hospitalizado ou atendido em ambulatório, até 8 semanas de programa
 25070045 – Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, atendido de 08 a 24 semanas programa
 25070053 – Paciente portador de cardiopatia, atendido, após 24 semanas de programa
 25070061 – Paciente portador de doença coronariana clinicamente manifesta, mas considerado de alto risco, atendido em ambulatório, até 08 semanas de programa
 25070070 – Paciente sem doença coronariana clinicamente manifesta mas considerada de alto risco atendido em ambulatório, até 08 semanas de programa
 28090012 – Benjoin colloidal, reação de
 28090020 – Células, contagem específica de
 28090039 – Células e caracteres gerais de líquido, contagem global de
 28090047 – Eletroforese de proteínas comconcentração
 28090055 – Nonne-Apple, reação de
 28090063 – Pandy, reação de
 28090071 – Punção lombar com manometria inicial e final
 28090080 – Raquimanometria – teste de permeabilidade do canal
 28090098 – Rotina do líquido (caracteres gerais, contagem global e específica de células, dosagem de cloretos, glicose, proteínas, reações de globulinas e reação de VDRL)
 28090101 – Takaka-Ara, reação de
 28090110 – Weichbrodt, reação de
 28090128 – Hemophilus influenzae – EIE, pesquisa de
 28090136 – Streptococcus pneumoniae – EIE, pesquisa de
 28090144 – Neisseria meningitidis (A, B, C, W135) – EIE, pesquisa de
 38090152 – Látex (H, influenzae mais S. pneumoniae mais N. meningitidis A e C)
 28100069 – Bacilos álcool-ácido-resistentes (Ziehl ou flourescência direta, pesquisa direta e após homogeneização)
 28100352 – Lavado brônquico, colheita por
 28130448 – Metanefrinas urinárias, dosagem de

29010012 – Aerosolterapia sem pressão positiva
 29010020 – Aerosolterapia com pressão positiva
 29010039 – Compacência pulmonar
 29010047 – Curva fluxo-volume. Estudo dos fluxos
 29010055 – Determinação da mecânica respiratória
 29010063 – Espirografia simples
 29010071 – Espirografia com determinação de volume residual
 29010080 – Estudo da função pulmonar (pulmões em separado)
 29010098 – Gasometria: pH, PaCO₂, Bicarb., BB, BE, PaO₂, Saturação Hb
 29010101 – Gasometria: após exercício ciclo-ergométrico
 29010110 – Gastometria: após O₂ a 100% por 10 minutos
 29010128 – Medida de difusão alvéolo - capilar
 29010136 – Prova ventilatória completa (05+06+07+14+15)
 29010144 – Prova fármaco - dinâmica
 29010152 – Provas de esforço
 29010160 – Prova de função pulmonar completa (05+06+07+09+10+11+14+15)
 29010179 – Reeducação pulmonary respiratória
 30010012 – Quimioterapia sistêmica inicial por período de 7 dias de tratamento
 30010020 – Por períodos subsequentes de tratamento até 7 dias
 30010039 – Quimioterapia associada a cirurgia (pré, intra e pós-operatória)
 30010047 – Quimioterapia regional (intra cavitária) por período de 7 dias de tratamento
 30010055 – Período subsequente de tratamento até 7 dias
 30010063 – Quimioterapia intra arterial por período inicial de 7 dias de tratamento incluindo manutenção do cronoinfusor
 30010071 – Quimioterapia intra arterial por períodos subsequentes de 7 dias de tratamento incluindo manutenção do cronoinfusor
 30010080 – Quimioterapia sistêmica com isolamento protetor por períodos de até 07 dias
 30010098 - Quimioterapia sistêmica com isolamento protetor por períodos de até 07 dias subsequentes
 30010101 – Quimioterapia intra-tecal (2 injeções intra-tecal seminal)
 30010110 - Quimioterapia intra-tecal (1 injeção intra-tecal seminal)
 30020018 – Quimioterapia sistêmica por períodos de 7 dias de tratamento
 30020026 - Quimioterapia sistêmica subsequentes por períodos de 7 dias de tratamento
 31010016 – Angiografia radioisotópica
 31010024 – Cintilografia do miocárdio necrose (mínimo 3 projeções)
 31010032 – Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso
 31010040 - Cintilografia do miocárdio perfusão - esforço
 31010059 – Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - repouso
 31010067 - Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - esforço
 31010075 – Fluxo sanguíneo das extremidades
 31010083 – Hemorragias ativas
 31010091 – Hemorragias não ativas
 31010105 – Quantificação de “Shunt” da direita para esquerda
 31010113 – Quantificação de “shunt” periférico
 31010121 – Venografia radioisotópica (mínimo 3 imagens)
 32130015 – Embolização arterial de hemorragia digestiva
 32130023 – Embolização ou esclerose de varizes esofágicas

Códigos relacionados aos procedimentos de parto:

00030015 – Assistência A Recém Nascido (Parto Normal)
 00030023 - Assistência A Recém Nascido (Parto Cesário)
 00030031 - Assistência A Recém Nascido – Pediatra Sala De Parto
 33010110 – Exames Ultra – Sonograficos - Obstétrico
 45080011 – Cirurgia Obstétrica – Ciclagem Do Colo Uterino
 45080020 – Cirurgia Obstétrica – Cesariana
 45080038 – Cirurgia Obstétrica – Cesariana Com Histerectomia
 45080046 – Cirurgia Obstétrica – Curetagem Pos Aborto
 45080054 – Cirurgia Obstétrica – Descolamento Manual Da Placenta
 45080062 – Cirurgia Obstétrica – Histerectomia Puerperal
 45080070 – Cirurgia Obstétrica – Inversão Uterina Pos-Parto Red. Normal
 45080089 – Cirurgia Obstétrica – Inversão Uterina Pos-Parto Cura Cirurg.
 45080097 – Cirurgia Obstétrica – Parto Com Ou Sem Episiotomia
 45080100 – Cirurgia Obstétrica – Parto Gemelar
 45080119 – Cirurgia Obstétrica – Parto A Fórceps
 45080127 – Cirurgia Obstétrica – Parto Com Vácuo Extrator
 45080135 – Cirurgia Obstétrica – Parto Pélvico Com Manobras
 45080143 – Cirurgia Obstétrica – Parto Com Versão
 45080151 – Cirurgia Obstétrica – Parto Com Eclampsia
 45080160 – Cirurgia Obstétrica – Prenhez Ectópica
 45080178 – Cirurgia Obstétrica – Sutura De Lacerações Pélvicas
 45080186 – Cirurgia Obstétrica – Parto Não Executado Por Plantonista

Anexo IV. Regulamentos Dos Planos De Saúde

Sabesprev Saúde - Regulamento do Plano Pleno

SABESPREV-SAÚDE

REGULAMENTO: PLANO PLENO

CAPÍTULO I

Do Objeto do Prazo de Duração

Artigo 1º

O SABESPREV-SAÚDE é um sistema de assistência à saúde na modalidade autogestão da SABESP e SABESPREV que tem por objetivo assegurar a seus beneficiários o atendimento médico-hospitalar através de profissionais/estabelecimentos na área de saúde, de acordo com legislação específica em vigor.

Parágrafo 1º: O SABESPREV – SAÚDE, através do PLANO PLENO, tem uma abrangência regional ao Estado de São Paulo.

Parágrafo 2º - Em cumprimento à legislação específica, a SABESPREV encontra-se registrada como autogestão sob número 33616-5 na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Artigo 2º

O atendimento prevê assistência médica integral, compreendendo todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares e ambulatoriais, gerais e especializados, de urgência ou emergência, contemplando internação em apartamento.

Parágrafo Único: O SABESPREV – SAÚDE é um plano assistencial nas modalidades ambulatorial e hospitalar, incluindo a cobertura obstétrica, abrangendo o rol de procedimento previstos em lei e a atenção às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

Artigo 3º

O prazo de duração do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO é indeterminado.

CAPÍTULO II Dos Beneficiários

Artigo 4º

São beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO:

I - Os empregados da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – SABESP – na condição de titular;

II - Os empregados da Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV - na condição de titular;

III - Os Diretores estatutários da SABESP e SABESPREV - na condição de titular;

IV - Os dependentes dos titulares qualificados nos incisos I, II, III deste Artigo, como definidos no Artigo 14 deste Regulamento.
Parágrafo Único: Poderão ainda fazer parte do quadro de beneficiários do SABESPREV-SAÚDE, através de programas específicos, denominados SABESPREV- SAÚDE PLANOS BÁSICO e ESPECIAL, os aposentados, pensionistas, ex-empregados da SABESP e SABESPREV empregados dos Sindicatos da Categoria, Associações de Classe e seus respectivos dependentes, além de agregados e designados, que aderirem ao Plano como definidos em Regulamento próprio e perante as disposições da legislação em vigor.

Artigo 5º

Os beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO não respondem, em hipótese alguma, nem sequer subsidiariamente, pelas obrigações assumidas pelo Plano.

Artigo 6º

A SABESPREV ou a SABESP, não respondem em hipótese alguma, nem sequer subsidiariamente, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta médica, negligência, imprudência ou imperícia, relativas a atos praticados através do SABESPREV-SAÚDE.

Artigo 7º

São direitos dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO:

I - Requisitar quaisquer das modalidades de atendimento oferecidas pelo Plano;

II - Indicar, tão somente a título de sugestão para avaliação da SABESPREV, profissionais e/ou estabelecimentos prestadores de serviços médico-hospitalares para eventuais credenciamentos;

III - Obter acesso à avaliação médica para autorizações prévias de procedimentos eletivos no prazo de 1 (um) dia útil, ou em menor prazo se necessário em casos de urgência;

IV - Obter laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso de sua participação no Plano;

V - Solicitar, em casos de divergência de natureza médica quanto a autorizações de procedimentos, a definição do impasse mediante junta constituída por profissional nomeado pelo próprio beneficiário, por médico indicado pela SABESPREV e por um terceiro,

escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, com remuneração a cargo do SABESPREV -SAÚDE PLANO PLENO;

VI - Apresentar à SABESPREV reclamações e sugestões relativas aos serviços executados por profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços credenciados, bem como quanto ao funcionamento do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO.

Artigo 8º

São deveres dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO:

I - Zelar pela adequada utilização dos serviços prestados pelo Plano;

II - Acatar e fazer acatar todas as disposições do presente Regulamento e resoluções da Diretoria da SABESPREV que venham a ele se incorporar;

III - Exibir a Carteira de Identificação expedida pelo Plano, sempre acompanhada de documento de identidade;

IV - Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV o acesso ao seu prontuário médico que se encontre sob a guarda dos profissionais/estabelecimentos médico-hospitalares;

V - Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV realizar perícia médica em casos merecedores de esclarecimentos;

VI - Permitir ao corpo técnico e clínico autorizado pela SABESPREV o acesso a informações de natureza médica em casos de procedimentos selecionados como de autorização prévia à sua realização;

VII - Comunicar por escrito à SABESPREV quaisquer ocorrências contrárias às determinações previstas neste Regulamento, evitando comentários e envolvimento de terceiros;

VIII - Conferir os extratos de despesas médico-hospitalares realizadas, enviadas pela SABESPREV, comunicando eventuais irregularidades observadas;

IX - Devolver todas as carteirinhas próprias, de dependentes, agregados e designados quando da exclusão, demissão, alteração da forma de pagamento ou de Plano, sendo que a responsabilidade pela utilização indevida ou mau uso será sempre do titular;

X - Informar o próprio casamento e o de dependentes ou agregados e também a conclusão ou interrupção de curso universitário de filhos dependentes com idade entre 21 e 24 anos;

XI - Informar a ocorrência de separação judicial, própria ou de dependentes, encaminhando o termo emitido pelo poder judiciário;

XII - Manter seu cadastro junto ao SABESPREV – SAÚDE sempre atualizado;

XIII - Permitir a utilização, para efeito de identificação e validação junto à rede credenciada, de recursos e ferramentas tecnológicas de biometria (leitura de impressão digital, de iris ou similar).

CAPÍTULO III

Das Adesões, Carências e Penalidades Artigo 9º As condições para que sejam efetivadas as adesões são as seguintes:

I - Para os novos empregados e diretores estatutários que aderirem ao SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, imediatamente à data efetiva da contratação ou nomeação;

II - Só serão aceitas adesões de empregados ou diretores estatutários que não ingressarem no SABESPREV- SAÚDE PLANO PLENO na data de sua efetiva contratação, bem como de seus respectivos dependentes, mediante o pagamento de contribuição retroativa, correspondente ao período compreendido entre seu ingresso na empresa e a data da opção ao PLANO PLENO, devidamente atualizada para o valor presente.

Artigo 10º

O ingresso dos beneficiários e seus respectivos dependentes no SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, será formalizado mediante assinatura do Termo de Adesão, sempre pelo titular do plano, e a vigência será considerada a partir do primeiro dia do mês em que ocorrer a opção. Parágrafo 1º: A adesão implica na aceitação do presente Regulamento, pagamento das mensalidades e ainda a autorização para cobrança, na forma prevista no Artigo 11, de eventuais franquias ou participações na utilização dos serviços. Parágrafo 2º: A exclusão voluntária do beneficiário titular antes de 12 meses de participação só será possível, quando os beneficiários não apresentarem qualquer utilização no período.

Artigo 11

O beneficiário titular obriga-se a pagar ao SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, mediante descontos em folha de pagamento, por si e seus dependentes, contribuição de custeio mensal conforme determinado no Artigo 27º deste Regulamento.

Artigo 12

São casos de perda temporária do direito à assistência propiciada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO para o titular e respectivos dependentes e/ou pena de obrigatoriedade de restituição financeira de qualquer natureza ao Plano:

I - afastamento do empregado ou diretor estatutário do serviço, com prejuízo de sua remuneração;

II - atraso na contribuição mensal de custeio de qualquer espécie por 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, no ano civil de vigência do contrato.

III - A inobservância de qualquer dos deveres contidos no Artigo 8, incisos I a XII;

IV - A caracterização de má fé por parte do beneficiário, ou seja, a utilização do Plano de maneira indevida, para obtenção de vantagem ilícita para si, seus dependentes, agregados e designados dos Planos Especial e Básico, e/ou para terceiros;

Parágrafo 1º: As penalidades serão graduadas conforme o previsto a seguir:

I - Suspensão de 3 (três) meses – assinatura de mais de uma guia para um único procedimento ou assinatura de guia para procedimento não realizado;

II - Suspensão de 6 (seis) meses - omitir informações sobre má utilização dos recursos do Plano, seja por beneficiário ou por credenciado;

III - Suspensão de 9 (nove) meses – omitir ou prestar falsa informação quanto à condição própria ou de dependentes, agregado ou designado (estado civil, condição de universitário, grau de parentesco, etc.).

Parágrafo 2º: Durante o período de suspensão as mensalidades serão cobradas normalmente;

Parágrafo 3º: O titular será sempre o responsável pelo ressarcimento do prejuízo causado ao Plano;

Parágrafo 4º: O titular afastado, como disposto no inciso I deste Artigo e seus dependentes, poderão vincular-se no período de afastamento ao SABESPREV-SAÚDE PLANOS BÁSICO ou ESPECIAL, mediante solicitação e contribuição segundo Regulamento específico de cada um destes Planos.

Artigo 13

Serão casos de exclusão do beneficiário de seus dependentes, sem direito à devolução de contribuições pagas ao SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, compensação ou indenização de qualquer natureza:

I - A demissão de empregado ou diretor estatutário;

II - A prestação de informações falsas, por qualquer meio, para inscrição de dependentes, agregados, designados, ou ainda para a obtenção de assistência médica e hospitalar;

III - A reincidência do beneficiário na prática de qualquer ato previsto no Artigo 12, como também a caracterização de má-fé, ou seja, utilização pelo beneficiário dos serviços do SABESPREV-SAÚDE, que caracterize fraude ou dolo, com o objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados, designados ou terceiros;

IV - A utilização pelo beneficiário dos serviços do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO que caracterize fraude, tentativa de fraude ou dolo;

V - Empréstimo da Carteira de Identificação a pessoas estranhas ao Plano, com objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seu dependentes, agregados, designados ou terceiros;

VI - Pedido de exclusão voluntário, formalizado mediante assinatura do Termo de Exclusão sempre pelo titular no plano. A vigência da exclusão será considerada a partir do primeiro dia do mês subsequente ao protocolo do Termo na SABESPREV ou da data do fato gerador da exclusão (emancipação, casamento, conclusão ou abandono de curso universitário, etc.).

Parágrafo 1º: Os titulares descritos nos incisos I, II e III do Artigo 4º, quando se aposentarem ou forem demitidos sem justa causa poderão, opcionalmente passar juntamente com seus dependentes, a utilizar os serviços dos Planos ESPECIAL ou BÁSICO por tempo indeterminado, desde que manifestem sua opção até 30 (trinta) dias após a data do desligamento e desde que assumam integralmente a responsabilidade de custeio dos novos planos;

Parágrafo 2º - Além da suspensão, ou exclusão, previstas nos artigos 12 e 13, os infratores se comprometem a ressarcir o SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO das eventuais despesas decorrentes da utilização indevida do Plano.

CAPÍTULO IV

Dos Dependentes

Artigo 14

Consideram-se dependentes dos titulares do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, para efeito deste Regulamento:

I - Cônjuge ;

II - Companheiro(a) ;

III - Filhos solteiros menores de 21 anos ou com até 24 anos, se universitários e sem renda própria, ou inválidos de qualquer idade;

Parágrafo 1º: Ficam mantidos no SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO como dependentes, os pais que em 31/12/2000 apresentavam esta condição, mediante contribuição mensal reajustada anualmente, nas condições previstas no Artigo 27.

Parágrafo 2º: No caso de titulares solteiros, viúvos, divorciados ou separados judicialmente, que venham se casar ou incluir filhos, os pais serão desligados automaticamente, podendo por meio de opção formal, serem transferidos para o PLANO ESPECIAL ou PLANO BÁSICO, na condição de agregados, sem carência, desde que a opção seja formalizada até 30 (trinta) dias do evento. Após este prazo incidirão as carências previstas; a) Os titulares que se casaram antes de novembro de 1997 e que incluíram o cônjuge dentro de 30 (trinta) dias da ocorrência não estão obrigados a retirarem seus pais da condição de dependentes.

Parágrafo 3º: Equiparam-se aos filhos, mediante documentação comprobatória enviada pelo titular:

I - Enteado menores de 21 anos ou até 24 anos, se universitários, solteiros, cujo um dos pais seja dependente do beneficiário titular;

II - Filhos adotivos, menores de 21 anos ou até 24 anos, se universitários e solteiros. Parágrafo 4º: Os dependentes filhos e enteado mencionados neste Artigo serão desligados do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO ao atingirem as datas limites de idade definidas ou por emancipação (exemplo: casamento), podendo, mediante solicitação do titular, serem integrados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO ou ESPECIAL segundo seu Regulamento específico, na condição de agregado ou designado;

Parágrafo 5º: Nos casos de separação judicial ou dissolução de união estável, os ex-cônjuges poderão ingressar nos PLANOS BÁSICO ou ESPECIAL, na condição de agregado, sem carência, desde que a opção seja formalizada até 30 (trinta) dias do evento. Após este prazo incidirão as carências previstas;

Parágrafo 6º: Para a inclusão de cônjuge, é necessária a apresentação da Certidão de Casamento;

Parágrafo 7º: Nos casos em que os cônjuges sejam ambos empregados da SABESP ou SABESPREV, o titular deverá ser sempre aquele de maior salário;

Parágrafo 8º: Para a inclusão de companheiro(a) é necessário: a) Serem as partes interessadas – titular e companheiro(a) – solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos; e b) Designação de dependência do(a) companheiro(a) na Carteira de Trabalho do titular pelo INSS ou Certidão de Nascimento de filhos em comum, ou Declaração lavrada em Cartório de Títulos e Documentos, do titular e do(a) companheiro(a), de que vivem em união estável, por período igual ou superior a 5 (cinco) anos, assinada por duas testemunhas, com firma reconhecida; e c) Declaração do Imposto de Renda do titular, do ano anterior, constando o(a) companheiro(a) como dependente. c.1) Em caso de empregados ativos isentos, o titular deverá apresentar o Comprovante de Rendimentos Anual e Declaração de Dependentes fornecida pela área de Recursos Humanos da empresa contratante; c.2.) Para aposentados e titulares sem vencimentos, isentos de IR, deverá ser apresentada a Declaração de Isento da Receita Federal.

Parágrafo 9º: Para a inclusão de filhos e enteados é necessário:

- a) Certidão de Nascimento;
- b) Se maior de 21 anos e menor de 24 e universitário, comprovante de pagamento em dia ou declaração da faculdade, a ser renovada semestralmente.

Parágrafo 10º - Para alteração da situação cadastral ou a inclusão de filhos ou enteados inválidos que já tenham completado a maioridade é necessária a apresentação de comprovante de Incapacidade para Atos da Vida Civil (IAVC), emitido pelo INSS;

Parágrafo 11: É assegurada a cobertura assistencial mesmo sem a efetivação da adesão, ao recém-nascido, filho do titular, inclusive adotivo, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que apresentada Certidão de Nascimento ou Termo de Adoção;

CAPÍTULO V

Dos Benefícios e Serviços

Artigo 15

O Plano médico-hospitalar SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO abrange duas modalidades de atendimento:

- I - Rede credenciada;
- II - Livre escolha.

Parágrafo 1º: Rede credenciada é a forma de atendimento prestada ao beneficiário ou seus dependentes, por profissionais/estabelecimentos credenciados na forma deste Regulamento;

Parágrafo 2º: Livre escolha é a forma de atendimento em que o beneficiário utiliza profissionais/estabelecimentos, não credenciados, sendo que nessa modalidade, o usuário será reembolsado pelo SABESPREV-SAÚDE até o limite da tabela adotada para este fim.

Artigo 16

O SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO consiste na cobertura de:

I - Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em consultórios, ambulatórios e policlínicas;

II - Serviços complementares de diagnóstico e terapia solicitados pelo médico assistente;

III - Honorários médicos em internação de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;

IV - Despesas hospitalares, serviços gerais de enfermagem, alimentação enteral e parenteral, taxas hospitalares, transfusões, hemoterápicos, sessões de quimioterapia e radioterapia em internações de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;

V - Despesas com medicamentos, anestésicos, gases medicinais, materiais descartáveis, prótese de implante cirúrgico utilizados durante internações;

VI - atendimentos de urgência e/ou emergência realizados em hospitais, prontos-socorros ou postos de pronto atendimento;

VII - Remoções através de ambulância em casos de urgência comprovada, com justificativa médica e dentro da região de abrangência do Plano;

VIII - Fonoaudiologia limitadas a 60 (sessenta) sessões, sendo até duas sessões semanais, que poderão ser excepcionalmente prorrogadas por mais 60 (sessenta) sessões, mediante aprovação da Área Médica da SABESPREV com base em relatório emitido pelo profissional responsável pelo tratamento;

IX - Psicoterapia da crise: atendimento prestado por profissionais da área de saúde mental, em situações de emergência, caracterizadas por risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil de contrato;

X - Psicoterapia: limitada a 60 (sessenta) sessões, sendo até duas sessões semanais, que poderão ser excepcionalmente prorrogadas por mais 60 (sessenta) sessões, mediante aprovação da Área Médica da SABESPREV com base em relatório emitido por profissional responsável pelo tratamento. Após estas sessões, apenas as constantes no inciso IX;

XI - Tratamento de dependência química aos participantes não titulares, até 15 (quinze) dias de internação por ano civil, para quadros de intoxicação ou abstinência;

XII - Transplantes de córnea, rim, ossos, pele, medula, fígado e coração, mediante autorização prévia e possibilidade de direcionamento, incluindo-se as despesas com doadores vivos e receptores, bem como procedimentos de apoio ou complementares a estes.

XIII - Seções de RPG - Reprogramação Postural Global: limitadas a 50 (cinquenta) seções por beneficiário.

Parágrafo 1º - Dependem de autorização prévia, para controle da SABESPREV: as internações, vacinas, implantes cirúrgicos de próteses, além de novos procedimentos médicos de diagnose e terapia que venham a ser incorporados ao atendimento no plano. Também dependem de autorização prévia os exames e terapias ambulatoriais, considerados especiais, de reabilitação e condicionamento físico, para os quais a SABESPREV se reserva o direito de indicar o prestador de serviço para a sua realização.

Parágrafo 2º: Novos procedimentos de diagnose e/ou terapia que vierem a ser incluídos na prática médica, aprovados pelas Sociedades Médicas das Especialidades, e incluídos no Rol de Procedimentos regulamentados pelo CONSU –

Conselho de Saúde Suplementar vinculado ao Ministério da Saúde, farão parte da cobertura do SABESPREV – SAÚDE PLANO PLENO após aprovação conforme critérios técnicos e administrativos de disponibilidade orçamentária;

Parágrafo 3º: São desenvolvidos sub-programas preventivos especiais, exclusivos aos empregados, para Alcoolismo e Drogas, AIDS, Acidentes de Trabalho e Moléstias Profissionais;

Parágrafo 4º: São desenvolvidos sub-programas especiais, facultados a titulares e dependentes, que podem ser utilizados para controle e regulação do atendimento pela SABESPREV, como o de Atendimento Domiciliar, o de Acompanhamento Específico de Pacientes Crônicos e de Alto Custo, o de Segunda Opinião Médica, entre outros, todos enquadrados dentro de princípios éticos e profissionais e de acordo com a legislação vigente.

Artigo 17

Não se incluem na assistência médico-hospitalar prestada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, os seguintes serviços e materiais:

I - Procedimentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pela prática médica;

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, excetuando-se as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e defeitos congênitos, mediante a realização de perícias prévias;

III - Internações em casa de repouso, clínicas de idosos ou de emagrecimento estético;

IV - Escleroterapia estética de veias superficiais de membros inferiores;

V - Transplantes, à exceção dos mencionados no Artigo 16, inciso XII deste regulamento;

VI - atendimentos domiciliares de rotina ou eletivos, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;

VII - Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

VIII - Aluguel de equipamentos para uso domiciliar, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;

IX - Reembolso de serviço de auxiliares/instrumentadores cirúrgicos não médicos;

X - Fertilização “in-vitro”, bem como procedimentos de apoio a esta terapêutica;

XI - Próteses e órteses não implantadas cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, pernas e braços mecânicos, etc.) e as com finalidade estética;

XII - Prótese de implante cirúrgico importadas na existência de similar nacional e de menor custo;

XIII - Enfermagem em caráter particular, excetuando-se as previstas em sub-programa específico;

XIV - Terapia ocupacional;

XV - Vacinas preventivas constantes do calendário nacional de imunizações;

XVI - Condicionamento físico, à exceção do paciente cardíaco;

XVII - Tratamento de dependência química aos participantes não titulares em situações que não de emergência, com crise de risco de vida ou de danos físicos, ou ainda que extrapolem o prazo aqui estabelecido de cobertura de 15 (quinze) dias de internação por ano civil para quadros de intoxicação ou abstinência;

XVIII - Medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED), ou importados não nacionalizados;

XIX - Medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial a exceção de quimioterápicos, anti-neoplásicos para tumores malignos, e implantes radioterápicos;

XX - Procedimentos odontológicos, salvo os envolvendo cirurgia buco-maxilo-facial;

XXI - Remoções aéreas;

XXII - Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente;

XXIII - Procedimentos e tratamentos realizados no exterior.

Artigo 18

No sistema de credenciamento, o pagamento do recurso é efetuado pela SABESPREV, não cabendo ao beneficiário qualquer tipo de despesa junto ao prestador ou à SABESPREV, quando da utilização dos serviços, exceto as previstas a seguir:

I - Pagamento diretamente ao hospital das despesas decorrentes da utilização de acomodação superior à estabelecida no SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, inclusive o diferencial de honorários médicos, se houver;

II - Pagamento de despesas extra-hospitalares tais como: telefonemas, estacionamento de automóveis, alimentação de acompanhantes durante a internação, etc.;

III - Procedimentos não cobertos pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO;

IV - Pagamento de consultas previamente marcadas para as quais o beneficiário não compareceu ou não cancelou com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência;

V - Pagamento de franquias ou co-participações proporcionais ao atendimento, em compatibilidade com a legislação vigente e desde que previamente aprovadas para a adoção no Plano;

VI - Pagamento de segunda via e via adicional de Carteira de Identificação e Manual do SABESPREV-SAÚDE fornecidos pelo Plano.

CAPÍTULO VI

Do Credenciamento de Profissionais/Estabelecimentos

Artigo 19

O credenciamento de profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços será realizado nas seguintes formas:

I - Diretamente pela SABESPREV, segundo critérios próprios;

II - Por indicação dos beneficiários. Parágrafo 1º: A indicação de profissionais/estabelecimentos, prevista no inciso II deste Artigo, não significa obrigatoriedade de credenciamento, cabendo à SABESPREV a definição final;

Parágrafo 2º - O descredenciamento de profissionais e/ou estabelecimentos é prerrogativa da administração do SABESPREV-SAÚDE, mediante critérios próprios e de avaliação técnica;

Parágrafo 3º: Conforme legislação em vigor, o descredenciamento de entidades hospitalares implica nos compromissos de informação prévia aos beneficiários, substituição ou justificativa para o redimensionamento da rede.

Artigo 20

A partir do credenciamento, periodicamente o SABESPREV-SAÚDE divulgará aos beneficiários do Plano os profissionais/estabelecimentos credenciados, através de mídia impressa e/ou Internet.

CAPÍTULO VII

Do Funcionamento

Artigo 21

O atendimento médico-hospitalar do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, com abrangência no Estado de São Paulo, nas cidades operadas pela SABESP, e onde houver profissionais/estabelecimentos credenciados será prestado da seguinte forma:

I - Consulta: por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados;

II - Serviços complementares de diagnose e terapia simples: por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados, de posse de pedido emitido por médico credenciado ou particular;

III - Serviços complementares de diagnose e terapia especiais: mediante solicitação ou apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir, sendo emitida autorização com possibilidade de direcionamento ao prestador a critério da SABESPREV;

IV - Internação hospitalar programada: mediante solicitação ou apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir sendo emitida autorização com possibilidade de controle posterior da informação de prazos e permanência hospitalar, além do direcionamento a critério da SABESPREV;

V - atendimentos de urgência em prontos-socorros: por procura direta dentre os credenciados, podendo nestes casos a apresentação de Carteira de Identificação ser substituída temporariamente por depósito resgatável de cheque em valor estipulado pelo prestador de serviço;

VI - Atendimento médico de remoção domiciliar de urgência: através da solicitação de ambulância ao estabelecimento credenciado especificamente para este fim, com comunicação, ciência e regulação pela SABESPREV, ou por quem esta definir, cabendo ao prestador do serviço credenciado a comprovação da necessidade e/ou urgência através de laudo médico;

VII - atendimentos em sub-programas especiais, como os de Medicina Ocupacional, de Atendimento Domiciliar, de Segunda Opinião, entre outros: exclusivamente mediante critérios de enquadramento e operacionalização da SABESP, SABESPREV ou a quem esta definir.

Parágrafo 1º: O atendimento se processará mediante a apresentação da Carteira de Identificação fornecida pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, acompanhada obrigatoriamente de um documento de identidade e com observância das normas acima, devendo ao final do atendimento, o beneficiário ou responsável sempre assinar o formulário próprio do SABESPREV-SAÚDE ou do prestador, conferindo posteriormente o serviço realizado através do extrato de despesas médico-hospitalares enviado pelo SABESPREV-SAÚDE;

Parágrafo 2º: Eventualmente o SABESPREV-SAÚDE poderá contar com o credenciamento de outras operadoras de mercado em regiões do Estado de São Paulo com carência de rede ou dificuldade de credenciamento, ou ainda possuir convênios de reciprocidade com outras entidades ou Fundações congêneres para o atendimento de seus beneficiários fora do estado, podendo nestes casos, a rotina

de atendimento e o modelo de identificação serem diversos dos apresentados anteriormente, sem contudo serem alterados os direitos dos beneficiários e as coberturas do plano.

Artigo 22

Para fazer jus ao reembolso nos casos de assistência médico-hospitalar prestada por profissionais/estabelecimentos particulares de livre escolha, respeitados os limites estabelecidos para o Plano, o usuário deverá apresentar ou encaminhar à SABESPREV, solicitação de reembolso, assinada em 2 (duas) vias, acompanhada dos documentos comprobatórios dos atendimentos:

I - Nota Fiscal de Serviço ou Recibo (original e cópia) com discriminação e valoração de cada serviço prestado;

II - Laudo e pedido médico, sempre que solicitado, de exames e tratamentos especiais, vacinas e fisioterapias, assim como relatório em casos de urgência não importando se em atendimento ambulatorial ou internação. Parágrafo 1º: O prazo de validade para apresentação dos recibos ou comprovantes das despesas é de até 30 (trinta) dias corridos após a data do atendimento;

Parágrafo 2º: Caberá à SABESPREV, ou a que esta determinar, conferir a documentação, aprovar ou não o reembolso, segundo critérios técnicos internos e do Regulamento do plano;

Parágrafo 3º: O valor do reembolso, quando houver, está limitado àqueles praticados pela Tabela adotada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO para esta finalidade, de acordo ainda com normas complementares ora estabelecidas e será efetivado em até 30 (trinta) dias da data do recebimento do pedido, mediante depósito na conta bancária do titular.

Artigo 23

A cobrança pelos serviços prestados por profissionais/estabelecimentos credenciados será realizada mediante informação por meio magnético ou teleprocessamento acompanhada de documentação fiscal ou através do encaminhamento à SABESPREV, ou a quem esta determinar, de formulário de Remessa de Guias, assinadas pelo prestador de serviço, acompanhadas dos formulários específicos correspondentes a cada serviço prestado no período, estes também assinados pelos beneficiários, ou responsáveis, como comprovação do atendimento.

Artigo 24

Para cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o prestador de serviços credenciado deve considerar os valores –base descritos e acertados no Contrato de Prestação de Serviços com a SABESPREV.

Artigo 25

Os pagamentos serão efetuados, mediante crédito bancário conforme definido entre a SABESPREV e o prestador de serviço credenciado. Parágrafo Único: A SABESPREV ou a quem esta determinar, disponibilizará extrato ao prestador de serviços credenciado, que permitirá a conciliação dos valores pagos frente aos cobrados.

Artigo 26

Os serviços médico-hospitalares serão, obrigatoriamente, analisados pela administração do SABESPREV – SAÚDE, ou por quem esta determinar, no que se refere aos seus aspectos técnicos e à compatibilidade dos mesmos com os preços cobrados, cabendo a adoção das medidas de restrição ao seu pagamento previstas em contrato, quando houver divergências.

CAPÍTULO VIII

Da Receita

Artigo 27

Constituirão as Fonte de Dádoss de receita para a manutenção do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO:

I -As contribuições mensais dos titulares da SABESP, SABESPREV vinculados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO, pré-fixadas em 3,21% (Três vírgula vinte e um por cento) do salário base mais gratificação de função, corrigidas anualmente pela variação do FIPE – SAÚDE, ou em época/índice ajustado em negociação coletiva, abrangendo o titular e seus dependentes definidos nos Artigos 4º e 14º, com exceção dos Pais que conforme Parágrafo 1º do Artigo 14º, serão mantidos no plano mediante pagamento de mensalidades estabelecidas pela Sabesprev;

II - Recursos mensais oriundos da SABESP e SABESPREV decorrentes da não aplicação do reajuste total no vale- refeição em setembro de 1992, corrigidos anualmente pela variação do FIPE-SAÚDE ou em época/índice ajustados em negociação com as Patrocinadoras e multiplicada pelo número total de vales emitidos;

III - Recursos mensais relativos aos custos de administração dos contratos de medicina de grupo, vigentes em setembro de 1992 da SABESP, corrigidos anualmente pela variação do FIPE-SAÚDE ou em época/índice ajustados em negociação com as Patrocinadoras;

IV - Receitas provenientes de co-participação de 30% (trinta por cento) no valor das consultas médicas, após o terceiro atendimento por usuário no mesmo ano civil, excetuando-se os casos crônicos e gestantes, mediante relatório do médico assistente, e crianças até 5 (cinco) anos de idade;

V - Eventuais recursos oriundos das cobranças de franquias, co-participações ou fatores moderadores junto à utilização de serviços, mediante critérios e índices que venham a ser aprovados;

VI - Receitas provenientes de co-participação de 50% (cinquenta por cento) no valor das sessões de Reeducação Postural Global, após o 25º (vigésimo quinto) atendimento realizado pelo beneficiário, contados de sua inscrição no Plano;

VII - Os bens ou valores havidos por qualquer título e suas rendas eventuais, decorrentes da aplicação dos recursos oriundos dos incisos I a V acima.

Parágrafo 1º: As contribuições dos beneficiários previstas no inciso I, serão efetuadas mensalmente através de descontos regulares na folha de salários da SABESP e SABESPREV e essas deverão repassar as contribuições a que se refere, bem assim como, quaisquer importâncias consignadas em favor da Fundação, até o penúltimo dia útil do mês de competência;

Parágrafo 2º: As contribuições mensais da SABESP e SABESPREV, previstas no inciso II serão pagas à Fundação até o 5º dia útil do mês subsequente ao de referência;

Parágrafo 3º: As contribuições mensais da SABESP e SABESPREV, previstas no inciso III serão pagas à Fundação, até o penúltimo dia útil do mês de competência;

Parágrafo 4º- Em caso de inobservância, por parte da SABESP e SABESPREV do prazo estabelecido nos parágrafos anteriores, pagarão o débito atualizado no mínimo de acordo com a variação do rendimento das operações com Certificado de Depósitos Interfinanceiros – CDI, não podendo este ser inferior a meta atuarial;

Parágrafo 5º- As despesas administrativas do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO não poderão ultrapassar, em cada exercício o valor correspondente à aplicação do percentual máximo, sobre as receitas do PLANO PLENO, conforme Portaria n.º 176/SPC de 26/03/96.

Artigo 28

As receitas e despesas do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO serão objeto de contabilização diferenciada, a qual será consolidada no Balanço da SABESPREV ao final do exercício.

CAPÍTULO IX

Da Administração

Artigo 29

O SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO será administrado diretamente pela SABESPREV, podendo ser terceirizadas ou compartilhadas atividades operacionais com empresas contratadas especialmente para essas finalidades ou atividades específicas.

Artigo 30

Compete unicamente à SABESPREV:

I - Credenciar e descredenciar profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços;

II - Realizar o pagamento aos profissionais / estabelecimentos credenciados, das importâncias referentes aos serviços prestados;

III -Divulgar periodicamente relação dos profissionais/estabelecimentos credenciados;

IV - Decidir conduta frente às transgressões do Regulamento.

CAPÍTULO X

Das Disposições Gerais

Artigo 31

O atendimento médico-hospitalar deve contar com profissionais/ estabelecimentos credenciados em nível de consultórios particulares e de rede de serviços selecionados em cada região do Estado de São Paulo e segundo padrões técnicos estabelecidos pela SABESPREV para o atendimento do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO.

Artigo 32

O SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO contempla todas as modalidades de acomodação em internações até o nível de apartamento com banheiro privativo e com direito a acompanhante.

Artigo 33

A adesão ao SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO implica na total aceitação deste Regulamento.

Artigo 34

Os casos omissos a este Regulamento e à legislação vigente para o mercado supletivo de saúde no Brasil, sofrerão análise e definição a critério da SABESPREV.

Este Regulamento foi atualizado em Fevereiro de 2.002.

Sabesprev Saúde - Regulamento do Plano Básico

SABESPREV-SAÚDE

REGULAMENTO: PLANO BÁSICO

CAPÍTULO I

Do Objeto e Prazo de Duração

Artigo 1º O SABESPREV-SAÚDE é um sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão da SABESP e SABESPREV, que tem por objetivo assegurar a seus beneficiários o atendimento médico-hospitalar através de profissionais/estabelecimentos na área de saúde, de acordo com legislação específica em vigor.

Parágrafo 1º: O SABESPREV-SAÚDE através do PLANO BÁSICO tem uma abrangência regional ao Estado de São Paulo.

Incluir Parágrafo 2º: Em cumprimento à legislação específica, a Sabesprev encontra-se registrada como autogestão sob número 33616-5 na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Artigo 2º

O SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO é um Plano auto-sustentável, com contribuições mensais de todos os beneficiários, inclusive dependentes, definidas por faixa etária em tabela própria, compreendendo todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares e ambulatoriais, gerais e especializados, de urgência ou emergência contemplando internação em enfermaria

Artigo 3º

O prazo de duração do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO é indeterminado.

CAPÍTULO II

Dos Beneficiários

Artigo 4º

São beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO :

- ⇒ Os empregados afastados sem vencimentos da Companhia de Saneamento Básico de São Paulo – **SABESP**;
- ⇒ Os empregados afastados sem vencimentos da Fundação SABESP de Seguridade Social - SABESPREV;
- ⇒ Os aposentados e pensionistas da SABESP e SABESPREV;
- ⇒ Os empregados dos Sindicatos da Categoria reconhecidos na negociação sindical e Associações de Classes mediante acordo formal com a SABESPREV;
- ⇒ Os ex-empregados da SABESP e SABESPREV;
- ⇒ Os dependentes, agregados e designados dos titulares qualificados nos incisos acima, como definidos no Artigo 13 e seguintes deste Regulamento.

Parágrafo 1º - O empregado da SABESP ou SABESPREV demitido sem justa causa poderá opcionalmente permanecer juntamente com seus dependentes, agregados e designados no PLANO BÁSICO , desde que assuma integralmente a responsabilidade de custeio definida no Artigo 28 deste Regulamento e desde que manifeste a sua opção em até 30 (trinta) dias após a rescisão contratual;

Parágrafo 2º - Ao empregado da SABESP ou SABESPREV que se aposentar é facultado permanecer como beneficiário, juntamente com seus dependentes, agregados e designados no PLANO BÁSICO , mesmo que não Participante do Plano de Previdência Privada, desde que assuma integralmente a responsabilidade de custeio definida no Artigo 28 deste Regulamento e desde que manifeste sua opção em até 30 (trinta) dias após a rescisão contratual.

Artigo 5º

A SABESPREV ou a SABESP não respondem, em hipótese alguma, nem subsidiariamente, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta médica, negligência, imprudência ou imperícia, relativas a atos praticados através do SABESPREV-SAÚDE.

Artigo 6º

São direitos dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO:

- ⇒ Requisitar quaisquer modalidades de atendimento oferecidos pelo Plano;
- ⇒ Indicar tão somente a título de sugestão, para avaliação da SABESPREV, profissionais e/ou estabelecimentos prestadores de serviços médico-hospitalares para eventuais esclarecimentos;
- ⇒ Obter acesso à avaliação médica para autorizações prévias de procedimentos eletivos no prazo de 1 (um) dia útil, ou em menor prazo se necessário, em casos de urgência;
- ⇒ Obter laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso de sua participação no Plano;
- ⇒ Solicitar, em casos de divergência de natureza médica quanto a autorizações de procedimentos, a definição do impasse mediante junta constituída por profissional nomeado pelo próprio beneficiário, por médico indicado pela SABESPREV e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados com remuneração a cargo do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO;
- ⇒ Apresentar a SABESPREV reclamações e sugestões relativas aos serviços prestados por profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços credenciados, bem como quanto ao funcionamento do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO.

Artigo 7º

São deveres dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO:

- ⇒ Zelar pela adequada utilização dos serviços prestados pelo Plano;
- ⇒ Acatar e fazer acatar todas as disposições do presente Regulamento e resoluções da Diretoria da SABESPREV que venham a ele se incorporar;
- ⇒ Exibir a Carteira de Identificação expedida pelo Plano sempre acompanhada de documento de identidade;
- ⇒ Exibir, nos casos expressos neste Regulamento para fins de atendimento, o comprovante de pagamento de contribuição, do mês em curso;
- ⇒ Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV o acesso ao seu prontuário médico que se encontre sob guarda dos profissionais/estabelecimentos médico-hospitalares;
- ⇒ Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV realizar perícia médica em casos merecedores de esclarecimentos;
- ⇒ Permitir ao corpo técnico e clínico autorizado pela SABESPREV o acesso a informações de natureza médica em casos de procedimentos selecionados como de autorização prévia à sua realização;
- ⇒ Comunicar por escrito a SABESPREV quaisquer ocorrências contrárias às determinações previstas no Regulamento, evitando comentários e envolvimento de terceiros;

- ⇒ Conferir os extratos de despesas médico-hospitalares realizadas, enviados pela SABESPREV, comunicando eventuais irregularidades observadas;
- ⇒ Devolver todas as carteirinhas próprias, de dependentes ou agregados e designados quando da exclusão, demissão, alteração da forma de pagamento ou de Plano, sendo a responsabilidade pela utilização indevida ou mau uso sempre do titular;
- ⇒ Informar o casamento próprio e o de dependentes, agregados e também a conclusão ou interrupção de curso universitário de filhos dependentes, com idade entre 21 e 24 anos;
- ⇒ Informar a ocorrência de separação judicial encaminhando o termo emitido pelo poder judiciário;
- ⇒ Manter seu cadastro junto ao SABESPREV-SAÚDE sempre atualizado.
- ⇒ Permitir a utilização, para efeito de identificação e validação junto à rede credenciada, de recursos e ferramentas tecnológicas de biometria (leitura de impressão digital, de iris ou similar)

CAPÍTULO III

Das adesões, carências e penalidades

Artigo 8º

Os prazos de carência para utilização do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO são de 120 (cento e vinte) dias para consulta, 180 (cento e oitenta) dias para exames e internações e 300 (trezentos) dias para parto.

Parágrafo 1º - Para cobertura dos casos de urgência e emergência, a carência será de 24 (vinte e quatro) horas;

Parágrafo 2º - Não haverá carência nas seguintes condições:

- ⇒ Na rescisão de contrato na SABESP ou SABESPREV de empregados, desde que a opção para o PLANO BÁSICO ocorra em até 30 (trinta) dias da data da rescisão contratual com pagamento retroativo do débito;
- ⇒ No afastamento sem remuneração, na SABESP ou SABESPREV, desde que a opção para o PLANO BÁSICO ocorra dentro do mês de afastamento;
- ⇒ Para os filhos dos beneficiários incluídos no prazo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, desde que os pais não estejam cumprindo carência;
- ⇒ Para os enteados dos beneficiários incluídos juntamente com o respectivo cônjuge, no prazo de até 30 (trinta) dias do evento;
- ⇒ Na inclusão de netos como agregados, desde que ocorra até 30 (trinta) dias da data do nascimento e que o titular não esteja cumprindo carência;
- ⇒ Na adesão de aposentados e respectivos dependentes, desde que esta ocorra até 30 (trinta) dias da data da rescisão contratual com o respectivo pagamento retroativo;
- ⇒ Na inclusão de agregado por maioria de idade ou conclusão de curso universitário, de filhos dependentes, desde que obedecido o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento;
- ⇒ Na inclusão de cônjuge como dependente e de designado por casamento de filhos, enteados e irmãos, desde que comunicado até 30 (trinta) dias do casamento;

Parágrafo 3º - Em hipótese alguma haverá liberação de carências, mesmo para as cumpridas em outros planos, administrados ou não pela SABESPREV.

Artigo 9º

O ingresso dos beneficiários no SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO será formalizado mediante assinatura do Termo de Adesão, sempre pelo titular do plano, e a vigência será considerada a partir do primeiro dia do mês para o qual ocorrer o pagamento da primeira mensalidade.

Parágrafo 1º - A adesão implica a aceitação do presente Regulamento, pagamento das mensalidades e ainda a autorização para cobrança, na forma prevista no Artigo 10, de eventuais franquias ou participações na utilização dos serviços. Implica, também, o compromisso mínimo e expresso de 12 (doze) meses de participação no Plano;

Parágrafo 2º - As contribuições do PLANO BÁSICO referem-se ao período de um mês completo, não havendo contribuições pro-rata em nenhuma hipótese.

Artigo 10º

Todos os beneficiários vinculados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO, obrigam-se a pagar mediante boleto bancário, débito em folha de benefícios ou débito automático em conta corrente em bancos indicados pela SABESPREV, contribuição de custeio mensal conforme o determinado no Artigo 28 deste Regulamento.

Artigo 11

São casos de perda temporária do direito à assistência propiciada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO, e/ou pena de obrigatoriedade de restituição financeira ao Plano:

- ⇒ A inobservância de qualquer dos deveres contidos no Artigo 7º, incisos I a XIII;

- ⇒ A caracterização de má fé por parte do beneficiário, ou seja, a utilização do Plano de maneira indevida, para obtenção de vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados e designados dos PLANOS ESPECIAL e BÁSICO , e/ou para terceiros.

Parágrafo 1º - As penalidades serão graduadas conforme o previsto a seguir:

- ⇒ Suspensão de 3 (três) meses – assinatura de mais de uma guia para um único procedimento ou assinatura de guia para procedimento não realizado;
- ⇒ Suspensão de 6 (seis) meses – omitir informações sobre má utilização dos recursos do Plano, seja por beneficiário ou por credenciado;
- ⇒ Suspensão de 9 (nove) meses – prestar falsa informação quanto a condição própria ou de dependente, agregado ou designado (estado civil, condição de universitário, grau de parentesco, etc.).

Parágrafo 2º - Durante o período de suspensão as mensalidades serão cobradas normalmente;

Parágrafo 3º - O titular será sempre o responsável pelo ressarcimento do prejuízo causado ao Plano;

Artigo 12

Serão casos de exclusão do beneficiário e de seus dependentes, agregados e designados sem direito a devolução de contribuições pagas ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , compensação ou indenização de qualquer natureza:

- ⇒ atraso na contribuição mensal de custeio por 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, no ano civil de vigência do contrato, pena esta extensiva apenas aos beneficiários inadimplentes;
- ⇒ A prestação de informações falsas, por qualquer meio, para inscrição de dependentes, agregados ou designados;
- ⇒ A reincidência do beneficiário na prática de qualquer ato previsto no Artigo 11, como também a caracterização de má-fé, ou seja, utilização pelo beneficiário dos serviços do SABESPREV-SAÚDE, que caracterize fraude ou dolo, , com o objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados, designados ou terceiros; empréstimo da Carteira de Identificação a pessoas estranhas ao Plano, com o objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados, designados ou terceiros;
- ⇒ A demissão de empregados de Sindicatos e Associações. pedido de exclusão voluntário, formalizado mediante assinatura do Termo de Exclusão sempre pelo titular no plano. A vigência da exclusão é considerada a partir do protocolo, ou da data do fato gerador da exclusão (emancipação, casamento, conclusão ou abandono de curso universitário, etc.).

Parágrafo 1º - A suspensão, ou exclusão, previstas nos artigos 11 e 12 não se aplica durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário, mas em seguida ao término desta;

Parágrafo 2º - Na incidência da hipótese prevista no inciso I, a SABESPREV, antes da aplicação da penalidade, procederá à notificação do beneficiário até o quinquagésimo dia da inadimplência;

Parágrafo 3º - Além da suspensão, ou exclusão, previstas nos artigos 11 e 12, os infratores se comprometem a ressarcir o SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO das eventuais despesas decorrentes da utilização indevida do Plano.

CAPÍTULO IV

Dos Dependentes

Artigo 13

Consideram-se dependentes dos titulares (aposentados/pensionistas/ex-empregados) do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO para efeito deste Regulamento:

- ⇒ Cônjuge;
- ⇒ Companheiro(a);
- ⇒ Filhos solteiros menores de 21 anos ou até 24 anos se universitários ou inválidos de qualquer idade;

Parágrafo 1º - No caso de titulares solteiros, viúvos, divorciados ou separados judicialmente, que venham a se casar ou incluir filhos, os pais serão desligados automaticamente da categoria de dependentes, podendo ser reintegrados, sem carência, no mesmo Plano ou com carências previstas no PLANO ESPECIAL , na condição de agregados, mediante assinatura do Termo de Opção, desde que essa opção seja formalizada até 30 (trinta) dias da data do evento. Após este prazo, mesmo que não haja mudança para o PLANO ESPECIAL , incidirão as carências previstas. Em ambos os casos haverá pagamento conforme tabela do respectivo plano;

Parágrafo 2º - Equiparam-se aos filhos, mediante documentação comprobatória enviada pelo titular:

- ⇒ Enteados menores de 21 anos, ou até 24 anos, se universitários, solteiros, cujos pais sejam dependentes do beneficiário titular;
- ⇒ Filhos adotivos até 21 anos, ou até 24 anos se universitários e solteiros.

Parágrafo 3º - Os dependentes filhos e enteado dos aposentados/ pensionistas/ ex-empregados mencionados neste artigo serão desligados do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO ao atingirem as datas limites de idade definidas ou por emancipação (exemplo: casamento), podendo mediante solicitação do titular, serem integrados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO ou ESPECIAL , segundo Regulamento específico, na condição de agregado ou designado;

Parágrafo 4º - Nos casos de separação judicial ou dissolução de união estável, os ex-cônjuges poderão ingressar nos PLANOS ESPECIAL ou BÁSICO, na condição de agregado sem carência, desde que a opção seja formalizada até 30 (trinta) dias do evento. Após este prazo, incidirão as carências previstas;

Parágrafo 5º - Para a inclusão de cônjuge, é necessária a apresentação da Certidão de Casamento;

Parágrafo 6º - Para a inclusão de companheiro(a), é necessário:

Serem as partes interessadas – titular e companheiro(a) - solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos; e Designação de dependência do(a) companheiro(a) na Carteira de Trabalho do titular pelo INSS, ou Certidão de Nascimento de filhos em comum ou Declaração, lavrada em Cartório de Títulos e Documentos, do titular e do(a) companheiro(a) de que vivem em união estável, por período igual ou superior a 5 (cinco) anos, assinada por duas testemunhas com firma reconhecida; e Declaração do Imposto de Renda do titular, do ano anterior, constando o(a) companheiro(a) como dependente. c.1) Em caso de empregados ativos isentos, o titular deverá apresentar o Comprovante de Rendimentos Anual e Declaração de Dependentes fornecida pela área de Recursos Humanos da empresa contratante; c.2.) Para aposentados e titulares sem vencimentos, isentos de IR, deverá ser apresentada a Declaração de Isento da Receita Federal.

Parágrafo 7º - Para a inclusão de filhos e enteados é necessário:

⇒ Certidão de Nascimento;

⇒ Se maiores de 21 anos e universitários, comprovante de pagamento em dia ou declaração emitida pela faculdade, a ser renovada semestralmente.

Parágrafo 8º - Para alteração da situação cadastral ou a inclusão de filhos ou enteados inválidos que já tenham completado a maioridade é necessária a apresentação de comprovante de Incapacidade para Atos da Vida Civil (IAVC), emitido pelo INSS;

Parágrafo 9º - É assegurada a cobertura assistencial, mesmo sem a efetivação da adesão, ao recém-nascido, filho do titular, inclusive adotivo, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que apresentada Certidão de Nascimento ou Termo de Adoção;

CAPÍTULO V

Dos agregados

Artigo 14

Consideram-se agregados todos aqueles que possuem vínculo de parentesco, como definido em Lei, com titulares do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO e definidos no Artigo 4, incisos I a IV do SABESPREV-SAÚDE PLANOS BÁSICO E ESPECIAL:

- ⇒ Ex-cônjuge ou ex-companheiro;
- ⇒ Filhos solteiros maiores de 21 anos;
- ⇒ Netos e bisnetos;
- ⇒ Irmãos solteiros, inválidos, separados judicialmente ou viúvos;
- ⇒ Enteados do titular, solteiros maiores de 21 anos;

- ⇒ Menor sob guarda;
- ⇒ Tutelado ou Curatelado.

Parágrafo 1º - O titular deverá apresentar, no ato da adesão de agregados, documentação comprobatória de identificação pessoal e do vínculo de parentesco, bem como Termo de Adesão ao PLANO BÁSICO;

Parágrafo 2º - A inclusão de ex-cônjuge ou ex-companheiro como agregado só será permitida quando este vier transferido da condição de cônjuge e dependente do titular;

Parágrafo 3º - Para inclusão de irmão inválido, é também necessário também o comprovante de Incapacidade para Atos da Vida Civil (IAVC), emitido por serviço médico do INSS;

Parágrafo 4º - Para inclusão de menor sob guarda, tutelado ou curatelado é necessário:

⇒ Certidão de Nascimento;

⇒ Certidão do poder judiciário, devendo o titular apresentar documento comprobatório de prorrogação quando for o caso;

CAPÍTULO VI

Dos Designados

Artigo 15

Consideram-se designados todos aqueles que possuem vínculo de parentesco na forma da Lei, com titulares do SABESPREV-SAÚDE PLANOS PLENO, BÁSICO e ESPECIAL, conforme relacionado abaixo:

- ⇒ Filhos casados ou equiparados;
- ⇒ Genros e Noras;
- ⇒ Irmãos casados;
- ⇒ Cunhados;

- ⇒ Sobrinhos.
- ⇒ Menor sob guarda, tutelado ou curatelado, quando já inscrito no PLANO BÁSICO na condição de Agregado e atingir a idade de 21 anos.

Parágrafo Único: O titular deverá apresentar, no ato da adesão de designados, documentação comprobatória de identificação pessoal e do vínculo de parentesco, bem como o Termo de Adesão ao PLANO BÁSICO .

CAPÍTULO VII

Dos Benefícios e Serviços

Artigo 16

O Plano médico-hospitalar do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO abrange a prestação de serviços através da modalidade de atendimento prestada ao beneficiário ou seus dependentes, por profissionais/ estabelecimentos contratados na forma deste Regulamento.

Artigo 17

O SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO consiste na cobertura de :

- ⇒ Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em consultórios, ambulatórios e policlínicas;
- ⇒ Serviços complementares de diagnose e terapia, solicitados pelo médico assistente;
- ⇒ Honorários médicos em internação de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;
- ⇒ Despesas hospitalares, serviços gerais de enfermagem, alimentação enteral e parenteral, taxas hospitalares, transfusões, hemoterápicos, sessões de quimioterapia e radioterapia em internações de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;
- ⇒ Despesas com medicamentos, anestésicos, gases medicinais, materiais descartáveis, próteses de implante cirúrgico utilizados durante internações;
- ⇒ atendimentos de urgência e/ou emergência realizados em hospitais, prontos-socorros ou postos de pronto-atendimento;
- ⇒ Remoções através de ambulância em casos de urgência comprovada, com justificativa médica e dentro da região de abrangência do Plano;
- ⇒ Psicoterapia da crise: atendimento prestado por profissionais da área de saúde mental, em situações de emergência, caracterizadas por risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil de adesão;
- ⇒ Tratamento de dependência química aos participantes , até 15 (quinze) dias de internação por ano civil, para quadros de intoxicação ou abstinência;
- ⇒ Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano civil, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise;
- ⇒ Transplantes de córnea e rim, mediante autorização prévia e possibilidade de direcionamento pela Sabesprev, incluindo-se as despesas com doadores e receptores, bem como procedimentos de apoio ou complementares a estes.

Parágrafo 1º - Dependem de autorização prévia, para controle da SABESPREV: as internações, vacinas, implantes cirúrgicos de próteses, além de novos procedimentos médicos de diagnose e terapia que venham a ser incorporados ao atendimento no plano. Também dependem de autorização prévia os exames e terapias ambulatoriais, consideradas especiais, de reabilitação e condicionamento físico, para os quais a SABESPREV se reserva o direito de indicar o prestador de serviço para a sua realização.

Parágrafo 2º- Novos procedimentos de diagnose e/ou terapia que vierem a ser incluídos na prática médica, aprovados pelas Sociedades Médicas das Especialidades e incluídos no Rol de Procedimentos regulamentados pelo CONSU- Conselho de Saúde Suplementar vinculado ao Ministério da Saúde, farão parte da cobertura do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , após aprovação conforme critérios técnicos e administrativos de disponibilidade orçamentária;

Parágrafo 3º - São desenvolvidos sub-programas especiais, facultados aos participantes, que podem ser utilizados para controle e regulação do atendimento pela SABESPREV, como o de Atendimento Domiciliar, o de Acompanhamento Específico de Pacientes Crônicos e de Alto Custo, o de Segunda Opinião Médica, entre outros, todos enquadrados dentro de princípios éticos e profissionais e de acordo com a legislação vigente.

Artigo 18

Não se incluem na assistência médico-hospitalar prestada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , os seguintes serviços e materiais:

- ⇒ Procedimentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pela prática médica; procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, excetuando-se as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras ou defeitos congênitos, mediante a realização de perícias prévias;
- ⇒ Internações em casas de repouso, clínicas de idosos ou de emagrecimento estético;
- ⇒ Transplante de órgãos, à exceção de córnea e rim;
- ⇒ Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- ⇒ Escleroterapia estética de veias superficiais de membros inferiores;

- ⇒ aluguel de equipamentos para uso domiciliar, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;
- ⇒ reembolso de serviços de auxiliares/ instrumentadores cirúrgicos não médicos;
- ⇒ fertilização “in-vitro”, bem como procedimentos de apoio a essa terapêutica;
- ⇒ próteses e órteses não implantadas cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, pernas e braços mecânicos, etc.) e com finalidade estética;
- ⇒ próteses de implante cirúrgico importadas na existência de similares nacional e de menor custo;
- ⇒ enfermagem em caráter particular, excetuando-se a prevista em sub-programa específico; terapia ocupacional;
- ⇒ sessões de psicoterapia e fonoaudiologia;
- ⇒ procedimentos odontológicos, salvo os envolvendo cirurgia buco-maxilo-facial; tratamento da dependência química em situações que não de emergência, com crises de risco de vida ou de danos físicos, ou ainda que extrapolem o prazo aqui estabelecido de 15 (quinze) dias de internação por ano para quadros de intoxicação ou abstinência;
- ⇒ vacinas preventivas constantes do calendário nacional de imunizações; condicionamento físico, a exceção do paciente cardíaco; medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED), ou importados não nacionalizados; medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial, à exceção de quimioterápicos, anti-neoplásicos para tumores malignos e implantes radioterápicos; atendimento domiciliares de rotina ou eletivos, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;
- ⇒ remoções aéreas;
- ⇒ tratamentos de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas;
- ⇒ procedimentos e tratamentos realizados no exterior.

Artigo 19

No sistema de credenciamento, o pagamento do recurso é efetuado pela SABESPREV, não cabendo ao beneficiário qualquer tipo de despesa junto ao prestador quando da utilização dos serviços, exceto as prevista a seguir:

- ⇒ Pagamento diretamente ao hospital das despesas decorrentes da utilização de acomodação superior à estabelecida no SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO inclusive o diferencial de honorários médicos, se houver;
- ⇒ Pagamento de despesas extra-hospitalares tais como, telefonemas, estacionamento de automóveis, refeição de acompanhantes, etc.;
- ⇒ Procedimentos não cobertos pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO ;
- ⇒ Pagamento de consultas previamente marcadas para os quais o beneficiário não compareceu ou não cancelou com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência;
- ⇒ Pagamento de franquias ou co-participações proporcionais ao atendimento em compatibilidade com a legislação vigente e desde que previamente aprovadas para a adoção no Plano;
- ⇒ Pagamento de Segunda via de Carteira de Identificação do SABESPREV-SAÚDE fornecida pelo Plano, assim como de exemplares adicionais do Manual do SABESPREV-SAÚDE.

CAPÍTULO VIII

Do Credenciamento de Profissionais/ Estabelecimentos

Artigo 20

O credenciamento de profissionais/ estabelecimentos prestadores de serviços será realizado nas seguintes formas:

- ⇒ Diretamente pela SABESPREV, segundo critérios próprios;
- ⇒ Por indicação dos beneficiários. Parágrafo 1º- A indicação de profissionais/estabelecimentos, prevista no inciso II deste Artigo, não significa obrigatoriedade de credenciamento, cabendo à SABESPREV a definição final;

Parágrafo 2º - O desc credenciamento de profissionais e/ou estabelecimentos é prerrogativa da administração do SABESPREV-SAÚDE, mediante critérios próprios e avaliação técnica;

Parágrafo 3º - Conforme legislação em vigor, o desc credenciamento de entidades hospitalares implica compromissos de informação prévia aos beneficiários, substituição ou justificativa para o redimensionamento da rede.

Artigo 21

A partir do credenciamento, periodicamente o SABESPREV-SAÚDE divulgará aos beneficiários do Plano os profissionais/estabelecimentos credenciados, através de mídia impressa e/ou Internet.

CAPÍTULO IX

Do Funcionamento

Artigo 22

O atendimento médico-hospitalar do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , com abrangência no Estado de São Paulo, nas cidades operadas pela SABESP, e onde houver profissionais/estabelecimentos credenciados será prestado da seguinte forma:

- ⇒ Consulta – por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados;
- ⇒ Serviços complementares de diagnose e terapias simples, por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados, de posse de pedido médico credenciado ou particular;
- ⇒ Serviços complementares de diagnose e terapias especiais: solicitação ou apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir, sendo emitida autorização com possibilidade de direcionamento ao prestador a critério da SABESPREV;
- ⇒ Internação hospitalar eletiva ou programada: mediante a apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir, sendo emitida autorização com possibilidade de controle posterior da informação de prazos e permanência hospitalar, além do direcionamento a critério da SABESPREV;
- ⇒ atendimentos de urgência em prontos-socorros: por procura direta dentre os credenciados, podendo nesses casos a apresentação de Carteira de Identificação ser substituída temporariamente por depósito resgatável de cheque em valor estipulado pelo prestador de serviços;
- ⇒ Atendimento médico de remoção domiciliar de urgência: deve ser realizado através de solicitação de ambulância ao estabelecimento credenciado especificamente para esse fim, com comunicação, ciência e regulação pela SABESPREV, ou por quem esta definir, cabendo ao prestador do serviço credenciado a comprovação da necessidade e/ou urgência através de laudo médico;
- ⇒ atendimentos em sub-programas especiais, como os de atendimento domiciliar de Segunda Opinião, entre outros, exclusivamente mediante critérios de enquadramento e operacionalização da SABESP, SABESPREV, ou a quem esta definir.

Parágrafo 1º - O atendimento se processará mediante a apresentação da Carteira de Identificação fornecida pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , acompanhada obrigatoriamente de um documento de identidade e com observância das normas acima, devendo o beneficiário ou responsável, no atendimento, sempre assinar o formulário próprio do SABESPREV-SAÚDE ou do prestador, conferindo, posteriormente, o serviço realizado através do demonstrativos de despesas médico-hospitalares enviado pelo SABESPREV-SAÚDE;

Parágrafo 2º - É obrigatória a apresentação, para qualquer tipo de atendimento, do boleto bancário de contribuição ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO nos casos em que a contribuição para o Plano se dê através deste instrumento, sendo vedado o atendimento aos beneficiários inadimplentes há mais de 60 (sessenta) dias;

Parágrafo 3º - Aos beneficiários que se encontrarem em internação hospitalar e se tornarem inadimplentes, conforme parágrafo 2º, é assegurado o atendimento durante o período de internação;

Parágrafo 4º - Eventualmente o SABESPREV-SAÚDE poderá contar com o credenciamento de outras operadoras de mercado em regiões do Estado de São Paulo com carência de rede ou dificuldade de credenciamento, ou ainda possuir convênios de reciprocidade com outras entidades ou Fundações congêneres para o atendimento de seus beneficiários fora do Estado, podendo, nestes casos, a rotina de atendimento e o modelo de identificação serem diversos dos apresentados anteriormente, sem contudo serem alterados os direitos dos beneficiários e as coberturas do plano.

Artigo 23

Para fazer jus ao reembolso nos casos de assistência médico-hospitalar de urgência e/ou emergência prestada por profissionais/ estabelecimentos particulares em locais onde não existam recursos credenciados, respeitados os limites estabelecidos para o Plano, o beneficiário deverá apresentar ou encaminhar à SABESPREV, solicitação de reembolso escrita e assinada em 2 (duas) vias, acompanhada dos seguintes documentos:

- ⇒ Nota Fiscal de Serviços ou Recibo (original e cópia) com discriminação e valoração de cada serviço prestado;
- ⇒ Laudo e pedido médico, sempre que solicitados exames e tratamentos especiais, vacinas e fisioterapia, assim como relatório em casos de urgência, não importando se atendimento ambulatorial ou internação. Parágrafo 1º - O prazo de validade para apresentação dos recibos e/ou comprovantes das despesas é de até 30 (trinta) dias corridos contados da data de atendimento;

Parágrafo 2º - Caberá à SABESPREV ou a quem esta determinar conferir a documentação, aprovar ou não o reembolso, segundo critérios técnicos internos e do Regulamento do plano;

Parágrafo 3º - Os valores do reembolso, quando houver, estão limitados àqueles praticados pela tabela adotada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO , para essa finalidade, de acordo ainda com normas complementares ora Estabelecidas, e será efetivado em até 30 (trinta) dias da data do recebimento do pedido, mediante depósito na conta bancária do titular.

Artigo 24

A cobrança pelos serviços prestados por profissionais/estabelecimentos credenciados será realizada mediante informação em meio magnético ou teleprocessamento acompanhada de documentação fiscal ou através do encaminhamento à SABESPREV, ou a quem esta determinar, de formulário de remessa de guias, assinado pelo prestador de serviço, acompanhado dos formulários específicos correspondentes a cada serviço prestado no período, estes também assinados pelos beneficiários, ou responsáveis, como comprovação do atendimento.

Artigo 25

Para cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o prestador de serviços credenciado deve considerar os valores-base acordados no Contrato de Prestação de Serviços com a SABESPREV.

Artigo 26

Os pagamentos serão efetuados mediante crédito bancário conforme definido entre a SABESPREV e o prestador de serviços credenciado. Parágrafo único: A SABESPREV ou a quem esta determinar, disponibilizará extrato ao prestador de serviços credenciado, que permitirá a conciliação dos valores pagos frente aos cobrados.

Artigo 27

Os serviços médico-hospitalares apresentados pelo prestador credenciado serão, obrigatoriamente, analisados pela administração do SABESPREV-SAÚDE, ou por quem esta determinar, no que se refere aos seus aspectos técnicos e à compatibilidade dos mesmos com preços cobrados, cabendo a adoção das medidas de restrição ao seu pagamento, previstas em contrato, quando houver divergências.

CAPÍTULO X **Da Receita**

Artigo 28

Constituirão as fontes de receita para a manutenção do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO :

- ⇒ As contribuições mensais individual dos beneficiários vinculados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO, determinadas segundo tabela própria, constante do Termo de Adesão, baseada nas despesas observadas e projetadas; repasse das contribuições de custeio dos Sindicatos e Associações, mediante acordo formal entre estes e a SABESPREV;
- ⇒ As receitas provenientes de co-participações na porcentagem de 30% (trinta por cento) do valor de consultas e exames simples;
- ⇒ As eventuais receitas provenientes de co-participações ou franquias pela utilização de internações por transtornos psiquiátricos que venham a exceder 30 (trinta) dias por ano civil, conforme regulamentação específica do Sabesprev-Saúde e na forma da legislação vigente.
- ⇒ Os bens ou valores havidos por qualquer título e suas rendas eventuais, decorrentes da aplicação de recursos oriundos dos itens I a III acima.

Parágrafo 1º - A contribuição mensal dos aposentados e pensionistas e seus dependentes poderá ser realizada mediante pagamento por boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, ou ainda através de desconto em Folha de Benefícios da SABESPREV - Plano Previdenciário;

Parágrafo 2º - A indicação de agregados e designados por parte de titulares da SABESP ou SABESPREV significa aceitação de pagamento das mensalidades de contribuição desses usuários no mês anterior ao de referência através de boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, ou ainda, através de desconto em Folha de Benefícios da SABESPREV - Plano Previdenciário;

Parágrafo 3º - A contribuição mensal dos empregados dos Sindicatos, Associações, respectivos dependentes, agregados e designados, será efetuada mediante o processo estabelecido entre os Sindicatos, Associações e SABESPREV, em acordo formal;

Parágrafo 4º - A contribuição mensal dos ex-empregados da SABESP e SABESPREV, respectivos dependentes, agregados e designados, poderá ser efetuada através de boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, com vencimento no último dia útil do mês anterior ao de referência;

Parágrafo 5º - Os atrasos das contribuições determinam a cobrança de multa, especificada no Termo de Adesão, além de acréscimos moratórios;

Parágrafo 6º - As despesas administrativas do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO não poderão ultrapassar, em cada exercício, o valor correspondente à aplicação do percentual máximo, sobre as receitas do PLANO BÁSICO, conforme Portaria n.º 176/SPC de 26/03/96. Excepcionalmente poderá ser cobrada uma parcela anual de até R\$ 50,00 (cinquenta reais) por usuário inscrito no plano, a título de formação de Reserva Técnica, quando se verificar desequilíbrio financeiro, após aprovação pelo Conselho Curador. Este valor máximo será atualizado anualmente pela variação do FIPE Saúde.

CAPÍTULO XI **Dos reajustes**

Artigo 29

As tabelas do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO serão corrigidas conforme condições estabelecidas no Termo de Adesão assinado pelo titular.

Artigo 30

As receitas e despesas do SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO serão objeto de contabilização diferenciada, a qual será consolidada no Balanço da SABESPREV ao final do exercício.

CAPÍTULO XII **Da Administração**

Artigo 31

O SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO será administrado diretamente pela Sabesprev, podendo ser terceirizadas ou compartilhadas atividades operacionais com empresas contratadas especialmente para essas finalidades ou atividades específicas.

Artigo 32

Compete unicamente à Sabesprev:

- ⇒ Credenciar e descredenciar profissionais/ estabelecimentos prestadores de serviços;
- ⇒ Realizar o pagamento aos profissionais/ estabelecimentos credenciados, das importâncias referentes aos serviços prestados;
- ⇒ Divulgar periodicamente relação dos profissionais/estabelecimentos credenciados;
- ⇒ Decidir conduta frente às transgressões do Regulamento.

CAPÍTULO XIII

Das Disposições Gerais

Artigo 33

O atendimento médico-hospitalar deve contar com estabelecimentos credenciados em nível de consultórios particulares e de rede de serviços selecionados em cada região do Estado de São Paulo e segundo padrões técnicos estabelecidos pela SABESPREV.

Artigo 34

O SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO contempla a modalidade de acomodação em internações em nível de enfermaria com banheiro semi-privativo e sem direito a acompanhante, exceto para os casos previstos em Lei.

Artigo 35

A adesão ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO é efetuada através da assinatura do Termo de Adesão e implica a total aceitação deste Regulamento.

Artigo 36

Os casos omissos a este Regulamento e à legislação vigente para o mercado supletivo de saúde no Brasil sofrerão Análise e definição a critério da Sabesprev.

Este Regulamento foi atualizado em Fevereiro de 2002

Sabesprev Saúde - Regulamento Plano Especial

SABESPREV-SAÚDE

REGULAMENTO: PLANO ESPECIAL

CAPÍTULO I

Do Objeto e Prazo de Duração

Artigo 1º

O SABESPREV-SAÚDE é um sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão da SABESP e SABESPREV, que tem por objetivo assegurar a seus beneficiários o atendimento médico-hospitalar através de profissionais/estabelecimentos na área de saúde, de acordo com legislação específica em vigor.

Parágrafo 1º: O SABESPREV-SAÚDE através do PLANO ESPECIAL tem uma abrangência regional ao Estado de São Paulo.

Parágrafo 2º: Em cumprimento à legislação específica, a SABESPREV encontra-se registrada como autogestão sob número 33616-5 na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Artigo 2º

O SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL é um Plano auto-sustentável, com contribuições mensais de todos os beneficiários, inclusive dependentes, definidas por faixa etária em tabela própria, compreendendo todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares e ambulatoriais, gerais e especializados, de urgência ou emergência contemplando internação em apartamento.

Artigo 3º

O prazo de duração do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL é indeterminado.

CAPÍTULO II

Dos Beneficiários

Artigo 4º

São beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL :

I - Os empregados afastados sem vencimentos da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – SABESP;

II - Os empregados afastados sem vencimentos da Fundação Sabesp de Seguridade Social - SABESPREV;

III - Os aposentados e pensionistas da SABESP e SABESPREV;

IV - Os empregados dos Sindicatos da Categoria reconhecidos na negociação sindical e Associações de Classes, mediante acordo formal com a SABESPREV;

V - Os ex-empregados da SABESP e SABESPREV;

VI - Os dependentes, agregados e designados dos titulares qualificados nos incisos acima, como definidos no Artigo 13 e seguintes deste Regulamento.

Parágrafo 1º - O empregado da SABESP e SABESPREV demitido sem justa causa poderá opcionalmente permanecer, juntamente com seus dependentes, agregados e designados no PLANO ESPECIAL , desde que assuma integralmente a responsabilidade de custeio definida no Artigo 28 deste Regulamento e desde que manifeste sua opção até 30 (trinta) dias após a rescisão contratual;

Parágrafo 2º - Ao empregado da SABESP ou SABESPREV que se aposentar é facultado permanecer como beneficiário, juntamente com seus dependentes, agregados e designados no PLANO ESPECIAL , mesmo que não participe do Plano de Previdência Privada, desde que assuma integralmente a responsabilidade de custeio definida no Artigo 28 deste Regulamento e desde que manifeste sua opção até 30 (trinta) dias após a rescisão contratual;

Artigo 5º

A SABESPREV ou a SABESP não respondem, em hipótese alguma, nem subsidiariamente, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta médica, negligência, imprudência ou imperícia, relativas a atos praticados através do SABESPREV-SAÚDE.

Artigo 6º

São direitos dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL :

I - Requisitar quaisquer das modalidades de atendimento oferecidas pelo Plano;

II - Indicar, tão somente a título de sugestão, para avaliação da SABESPREV, profissionais e/ou estabelecimentos prestadores de serviços médico-hospitalares para eventuais credenciamentos;

III - Obter acesso à avaliação médica para autorizações prévias de procedimentos eletivos no prazo de 1 (um) dia útil, ou em menor prazo se necessário em casos de urgência;

IV - Obter laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso de sua participação no Plano;

V - Solicitar, em casos de divergência de natureza médica quanto a autorizações de procedimentos, a definição do impasse mediante junta constituída por profissional nomeado pelo próprio beneficiário, por médico indicado pela SABESPREV e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados com remuneração a cargo do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL ;

VI - Apresentar à SABESPREV reclamações e sugestões relativas aos serviços executados por profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços credenciados, bem como quanto ao funcionamento do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL

Artigo 7º

São deveres dos beneficiários do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL :

I - Zelar pela adequada utilização dos serviços prestados pelo Plano;

II - Acatar e fazer acatar todas as disposições do presente Regulamento e resoluções da Diretoria da SABESPREV que venham a ele se incorporar;

III - Exibir a Carteira de Identificação expedida pelo Plano, sempre acompanhada de documento de identidade;

IV - Exibir, nos casos expressos neste Regulamento, para fins de atendimento, o comprovante de pagamento da contribuição, do mês em curso;

V - Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV o acesso ao seu prontuário médico que se encontre sob guarda dos profissionais/estabelecimentos médico-hospitalares;

VI - Permitir ao corpo clínico autorizado pela SABESPREV realizar perícia médica em casos merecedores de esclarecimentos;

VII - Permitir ao corpo técnico e clínico autorizado pela SABESPREV o acesso a informações de natureza médica em casos de procedimentos selecionados como de autorização prévia à sua realização;

VIII - Comunicar por escrito à SABESPREV quaisquer ocorrências contrárias às determinações previstas no Regulamento, evitando comentários e envolvimento de terceiros;

IX - Conferir os extratos de despesas médico-hospitalares realizadas, enviados pelo SABESPREV-SAÚDE, comunicando eventuais irregularidades observadas;

X - Devolver todas as carteirinhas próprias, de dependentes, agregados e designados quando da exclusão, demissão, alteração da forma de pagamento ou de Plano, sendo a responsabilidade pela utilização indevida ou mau uso sempre do titular;

XI - Informar o casamento próprio e o de dependentes ou agregados e também a conclusão ou interrupção de curso universitário de filhos dependentes com idade entre 21 e 24 anos;

XII - Informar a ocorrência de separação judicial encaminhando o termo emitido pelo poder judiciário;

XIII - Manter seu cadastro junto ao SABESPREV-SAÚDE sempre atualizado. XIV - Permitir a utilização, para efeito de identificação e validação junto à rede credenciada, de recursos e ferramentas tecnológicas de biometria (leitura de impressão digital, de íris ou similar).

CAPÍTULO III

Das adesões, carências e penalidades

Artigo 8º

Os prazos de carência para utilização do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL são de 120 (cento e vinte) dias para consulta, 180 (cento e oitenta) dias para exames e internações e 300 (trezentos) dias para parto.

Parágrafo 1º - Para cobertura dos casos de urgência e emergência a carência será de 24 (vinte e quatro) horas;

Parágrafo 2º - Não haverá carência nas seguintes condições:

I - Na rescisão de contrato na SABESP ou SABESPREV de empregados, desde que a opção para o PLANO ESPECIAL ocorra em até 30 (trinta) dias da data da rescisão contratual com pagamento retroativo do débito;

II - No afastamento sem remuneração, na SABESP ou SABESPREV, desde que a opção para o PLANO ESPECIAL ocorra dentro do mês de afastamento;

III - Para os filhos dos beneficiários incluídos no prazo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, desde que os pais não estejam cumprindo carência;

IV - Para os enteados dos beneficiários incluídos juntamente com o respectivo cônjuge, no prazo de até 30 (trinta) dias do evento;

V - Na inclusão de netos como agregados, desde que ocorra até 30 (trinta) dias da data do nascimento e que o titular não esteja cumprindo carência;

VI - Na adesão de aposentados e respectivos dependentes, desde que esta ocorra até 30 (trinta) dias da data da rescisão contratual com o respectivo pagamento retroativo;

VII - Na inclusão de agregado por maioria ou conclusão de curso universitário, de filhos dependentes, desde que obedecido o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento;

VIII - Na inclusão de cônjuge como dependente e de designado por casamento de filhos, enteados e irmãos, desde que comunicado até 30 (trinta) dias do casamento.

Parágrafo 3º - Em hipótese alguma haverá liberação de carências, mesmo para as cumpridas em outros planos, administrados ou não pela SABESPREV.

Artigo 9º

O ingresso dos beneficiários no SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL será formalizado mediante assinatura do Termo de Adesão, sempre pelo titular do plano, e a vigência será considerada a partir do primeiro dia do mês para o qual ocorrer o pagamento da primeira mensalidade.

Parágrafo 1º: A adesão implica a aceitação deste Regulamento, pagamento das mensalidades e ainda a autorização para cobrança, na forma prevista no Artigo 10, de eventuais franquias ou participações na utilização dos serviços. Implica, também, o compromisso mínimo e expresso de 12 (doze) meses de participação no Plano;

Parágrafo 2º - As contribuições do PLANO ESPECIAL referem-se ao período de um mês completo, não havendo contribuições pro-rata em nenhuma hipótese;

Parágrafo 3º - A transferência do PLANO BÁSICO para o PLANO ESPECIAL , ocorrerá somente após o período estabelecido no Parágrafo 1º, com direito à utilização dos benefícios 90 (noventa) dias após o mês de opção.

Artigo 10º

Todos os beneficiários vinculados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL , obrigam-se a pagar mediante boleto bancário, débito em folha de benefícios ou débito automático em conta corrente em bancos indicados pela SABESPREV, contribuição de custeio mensal conforme o determinado no Artigo 28 deste Regulamento.

Artigo 11

São casos de perda temporária do direito à assistência propiciada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL , e/ou pena de obrigatoriedade de restituição financeira ao Plano:

I - A inobservância de qualquer dos deveres contidos no Artigo 7º, incisos I a XIII;

II - A caracterização de má fé por parte do beneficiário, ou seja, a utilização do Plano de maneira indevida, para obtenção de vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados e designados dos Planos ESPECIAL ou BÁSICO , e/ou para terceiros.

Parágrafo 1º- As penalidades serão graduadas conforme o previsto a seguir:

I - Suspensão de 3 (três) meses – assinatura de mais de uma guia para um único procedimento ou assinatura de guia para procedimento não realizado;

II - Suspensão de 6 (seis) meses – omitir informações sobre má utilização dos recursos do Plano, seja por beneficiário ou por credenciado;

III - Suspensão de 9 (nove) meses – prestar falsa informação quanto à condição própria ou de dependente, agregado ou designado (estado civil, condição de universitário, grau de parentesco, etc.).

Parágrafo 2º- Durante o período de suspensão as mensalidades serão cobradas normalmente;

Parágrafo 3º- O titular sempre será o responsável pelo ressarcimento do prejuízo causado ao Plano;

Artigo 12

Serão casos de exclusão do beneficiário e de seus dependentes, agregado e designado sem direito a devolução de contribuições pagas ao SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL , compensação ou indenização de qualquer natureza:

I - Atraso na contribuição mensal de custeio por 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, no ano civil de vigência do contrato, pena esta extensiva apenas aos beneficiários inadimplentes.

II - A prestação de informações falsas, por qualquer meio, para inscrição de dependentes, agregados ou designados;

III - A reincidência do beneficiário na prática de qualquer ato previsto no Artigo 11, como também a caracterização de má-fé, ou seja, utilização pelo beneficiário dos serviços do SABESPREV-SAÚDE, que caracterize fraude ou dolo, com o objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados, designados ou terceiros;

IV - Empréstimo da Carteira de Identificação a pessoas estranhas ao Plano, com o objetivo de obter vantagem ilícita, para si, seus dependentes, agregados, designados ou terceiros;

V - A demissão de empregados de Sindicatos e Associações;

VI - Pedido de exclusão voluntário, formalizado mediante assinatura do Termo de Exclusão sempre pelo titular no plano. A vigência da exclusão é considerada a partir do protocolo, ou da data do fato gerador da exclusão (emancipação, casamento, conclusão ou abandono de curso universitário, etc.).

Parágrafo 1º - A suspensão, ou exclusão, previstas nos artigos 11 e 12 não se aplica durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário, mas em seguida ao término desta;

Parágrafo 2º - Na incidência da hipótese prevista no inciso I, a SABESPREV, antes da aplicação da penalidade, procederá à notificação do beneficiário até o quinquagésimo dia da inadimplência;

Parágrafo 3º - Além da suspensão, ou exclusão, previstas nos artigos 11 e 12, os infratores se comprometem a ressarcir o SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL das eventuais despesas decorrentes da utilização indevida do Plano.

CAPÍTULO IV

Dos Dependentes

Artigo 13

Consideram-se dependentes dos titulares (aposentados, pensionistas e ex-empregado) do SABESPREV-SAÚDE para efeito deste Regulamento:

I - Cônjuge;

II - Companheiro (a);

III - Filhos solteiros menores de 21 anos ou até 24 anos se universitários ou inválidos de qualquer idade;

Parágrafo 1º - No caso de titulares solteiros, viúvos, divorciados ou separados judicialmente que venham a se casar ou incluir filhos, os pais serão desligados automaticamente da categoria de dependentes, podendo ser reintegrados, sem carência, no mesmo Plano ou PLANO BÁSICO , na condição de agregados, mediante assinatura do Termo de Opção, desde que esta opção seja formalizada até 30 (trinta) dias da data do evento. Após este prazo incidirão as carências normais previstas neste Regulamento. Em ambos os casos haverá pagamento conforme tabela do respectivo plano;

Parágrafo 2º - Equiparam-se aos filhos, mediante documentação comprobatória enviada pelo titular:

I - Enteados menores de 21 anos, ou com até 24 anos, se universitários, solteiros, cujos pais sejam dependentes do beneficiário titular;

II - Filhos adotivos menores de 21 anos ou até 24 anos se universitários e solteiros;

Parágrafo 3º - Os dependentes filhos e enteados dos aposentados, pensionistas e ex-empregados mencionados neste artigo serão desligados do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL ao atingirem as datas limites de idade definidas ou por emancipação (exemplo: casamento), podendo mediante solicitação do titular, serem integrados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO BÁSICO ou ESPECIAL , segundo Regulamento específico, na condição de agregado ou designado;

Parágrafo 4º - Nos casos de separação judicial, ou dissolução de união estável, os ex-cônjuges poderão ingressar nos PLANOS ESPECIAL ou BÁSICO , na condição de agregado sem carência, desde que a opção seja formalizada até 30 (trinta) dias do evento. Após este prazo incidirão as carências previstas;

Parágrafo 5º - Para a inclusão de cônjuge, é necessária a apresentação da Certidão de Casamento;

Parágrafo 6º - Para a inclusão de companheiro(a), é necessário:

- a) Serem as partes interessadas – titular e companheiro(a) – solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos; e
- b) Designação de dependência do(a) companheiro(a) na Carteira de Trabalho do titular pelo INSS ou Certidão de Nascimento de filhos em comum ou Declaração lavrada em Cartório de Títulos e Documentos, do titular e do(a) companheiro(a) de que vivem em união estável, por período igual ou superior a 5 (cinco) anos, assinada por duas testemunhas, com firma reconhecida, e
- c) Declaração do Imposto de Renda do titular, do ano anterior, constando o(a) companheiro(a) como dependente. c.1) Em caso de empregados ativos isentos, o titular deverá apresentar o Comprovante de Rendimentos Anual e Declaração de Dependentes fornecida pela área de Recursos Humanos da empresa contratante; c.2.) Para aposentados e titulares sem vencimentos, isentos de IR, deverá ser apresentada a Declaração de Isento da Receita Federal.

Parágrafo 7º - Para a inclusão de filhos e enteados é necessário:

- a) Certidão de Nascimento;
- b) Se maiores de 21 anos e universitários, comprovante de pagamento em dia ou declaração emitida pela faculdade, a ser renovada semestralmente.

Parágrafo 8º - Para alteração da situação cadastral ou a inclusão de filhos ou enteados inválidos que já tenham completado a maioridade é necessária a apresentação de comprovante de Incapacidade para Atos da Vida Civil (IAVC), emitido pelo INSS;

Parágrafo 9º - É assegurada a cobertura assistencial, mesmo sem a efetivação da adesão, ao recém-nascido, filho do titular, inclusive adotivo, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que apresentada Certidão de Nascimento ou Termo de Adoção.

CAPÍTULO V

Dos agregados

Artigo 14

Consideram-se agregados todos aqueles, que possuem vínculo de parentesco, como definido em Lei, com titulares do SABESPREV-SAÚDE PLANO PLENO e definidos no Artigo 4, incisos I a IV do SABESPREV-SAÚDE PLANOS BÁSICO e ESPECIAL:

I - Ex-cônjuge ou ex-companheiro;

II - Filhos solteiros maiores de 21 anos;

III - Netos e bisnetos;

IV - Irmãos solteiros, inválidos, separados judicialmente ou viúvos;

V - Enteados solteiros do titular, maiores de 21 anos;

VI - Menor sob guarda;

VII - Tutelado ou Curatelado. Parágrafo 1º - O titular deverá apresentar, no ato da adesão de agregados, documentação comprobatória de identificação pessoal e do vínculo de parentesco, bem como Termo de Adesão ao PLANO ESPECIAL ;

Parágrafo 2º - A inclusão de ex-cônjuge ou ex-companheiro como agregado, só será permitida quando este vier transferido da condição de cônjuge e dependente do titular;

Parágrafo 3º - Para inclusão de irmão inválido, é necessário também o comprovante de Incapacidade para Atos da Vida Civil (IAVC), emitido por serviço médico do INSS;

Parágrafo 4º - Para inclusão de menor sob guarda, tutelado ou curatelado é necessário:

a) Certidão de Nascimento;

b) Certidão do poder judiciário, devendo o titular apresentar documento comprobatório de prorrogação quando for o caso;

CAPÍTULO VI

Dos Designados

Artigo 15

Consideram-se designados todos aqueles que possuem vínculo de parentesco na forma da Lei, com titulares do SABESPREV-SAÚDE PLANOS PLENO, BÁSICO e ESPECIAL , conforme relacionado abaixo:

I - Filhos casados ou equiparados;

II - Genros e Noras;

III - Irmãos casados;

IV - Cunhados;

V - Sobrinhos;

VI - Menor sob guarda, tutelado ou curatelado, quando já inscrito no PLANO ESPECIAL na condição de Agregado e atingir a idade de 21 anos. Parágrafo Único: O titular deverá apresentar, no ato da adesão de designados, documentação comprobatória de identificação pessoal e do vínculo de parentesco, bem como o Termo de Adesão ao PLANO ESPECIAL .

CAPÍTULO VII

Dos Benefícios e Serviços

Artigo 16

O Plano Médico-Hospitalar do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL abrange a prestação de serviços através da modalidade de atendimento prestada ao beneficiário ou seus dependentes, por profissionais/ estabelecimentos contratados na forma deste Regulamento.

Artigo 17

O SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL consiste na cobertura de :

I - Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em consultórios, ambulatorios e policlínicas;

II - Serviços complementares de diagnose e terapia, solicitados pelo médico assistente;

III - Honorários médicos em internação de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;

IV - Despesas hospitalares, serviços gerais de enfermagem, alimentação enteral e parenteral, taxas hospitalares, transfusões, hemoterápicos, sessões de quimioterapia e radioterapia em internações de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica;

V - Despesas com medicamentos, anestésicos, gases medicinais, materiais descartáveis, próteses de implante cirúrgico utilizados durante internações;

VI - atendimentos de urgência e/ou emergência realizados em hospitais, prontos-socorros ou postos de pronto-atendimento;

VII - Remoções através de ambulância em casos de urgência comprovada, com justificativa médica e dentro da região de abrangência do Plano;

VIII - Psicoterapia da crise: atendimento prestado por profissionais da área de saúde mental, em situações de emergência, caracterizadas por risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil de adesão;

IX - Tratamento de dependência química aos participantes, até 15 (quinze) dias de internação por ano civil, para quadros de intoxicação ou abstinência;

X - Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano civil para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise;

XI - Transplantes de córnea e rim, mediante autorização prévia e possibilidade de direcionamento pela SABESPREV, incluindo-se as despesas com doadores e receptores, bem como procedimentos de apoio ou complementares a estes.

Parágrafo 1º - Dependem de autorização prévia, para controle da SABESPREV: as internações, vacinas, implantes cirúrgicos de próteses, além de novos procedimentos médicos de diagnose e terapia que venham a ser incorporados ao atendimento no Plano. Também dependem de autorização prévia os exames e terapias ambulatoriais, consideradas especiais, de reabilitação e condicionamento físico, para os quais a SABESPREV se reserva o direito de indicar o prestador de serviço para a sua realização;

Parágrafo 2º - Novos procedimentos de diagnose e/ou terapia que vierem a ser incluídos na prática médica, aprovados pelas Sociedades Médicas das Especialidades e incluídos no Rol de Procedimentos regulamentados pelo CONSU – Conselho de Saúde Suplementar vinculado ao Ministério da Saúde, farão parte da cobertura do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL após aprovação, conforme critérios técnicos e administrativos de disponibilidade orçamentária;

Parágrafo 3º - São desenvolvidos sub-programas especiais, facultados aos participantes, que podem ser utilizados para controle e regulação do atendimento pela SABESPREV, como o Atendimento Domiciliar, o de Acompanhamento Específico de Pacientes Crônicos e de Alto Custo, o de Segunda Opinião, entre outros, todos enquadrados dentro de princípios éticos e profissionais e de acordo com a legislação.

Artigo 18

Não se incluem na assistência médica hospitalar prestada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL, os seguintes serviços e materiais:

I - Procedimentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pela prática médica;

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, excetuando-se as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras ou defeitos congênitos, mediante a realização de perícias prévias;

III - Internações em casas de repouso, clínicas de idosos ou de emagrecimento estético;

IV - Transplante de órgãos, à exceção de córnea e rim;

V - Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

VI - Escleroterapia estética de veias superficiais de membros inferiores;

VII - Aluguel de equipamentos para uso domiciliar, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;

VIII - Reembolso de serviços de auxiliares/instrumentadores cirúrgicos não médicos;

IX - Fertilização “in-vitro”, bem como procedimentos de apoio a esta terapêutica;

X - Próteses e órteses não implantadas cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, pernas e braços mecânicos, etc.) e com finalidade estética;

XI - Prótese de implante cirúrgico importada na existência de similares nacionais e de menor custo;

XII - Enfermagem em caráter particular, excetuando-se a prevista em sub-programa específico XIII - Terapia ocupacional;

XIV - Sessões de psicoterapia e fonoaudiologia;

XV - Procedimentos odontológicos, salvo os envolvendo cirurgia buco-maxilo-facial;

XVI - Tratamento da dependência química em situações que não de emergência, com crises de risco de vida ou de danos físicos, ou ainda que extrapolem o prazo aqui estabelecido de 15 (quinze) dias de internação por ano para quadros de intoxicação ou abstinência;

XVII - Vacinas preventivas constantes do calendário nacional de imunizações;

XVIII - Condicionamento físico, à exceção do paciente cardíaco;

XIX - Medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED), ou importados não nacionalizados;

XX - Medicamentos para tratamento domiciliar e utilizados em regime ambulatorial à exceção de quimioterápicos, anti-neoplásicos para tumores malignos e implantes radioterápicos;

XXI - Atendimentos domiciliares de rotina ou eletivos, excetuando-se os previstos em sub-programa específico;

XXII - Remoções aéreas;

XXIII - Tratamentos de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas;

XXIV - Procedimentos e tratamentos realizados no exterior.

Artigo 19

No sistema de credenciamento, o pagamento do recurso é efetuado pela SABESPREV, não cabendo ao beneficiário qualquer tipo de despesa junto ao prestador quando da utilização dos serviços, exceto as previstas a seguir:

I - Pagamento diretamente ao hospital das despesas decorrentes da utilização de acomodação superior à estabelecida no SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL, inclusive o diferencial de honorários médicos, se houver;

II - Pagamento de despesas extra-hospitalares tais como, telefonemas, estacionamento de automóveis, refeição de acompanhantes etc.;

III - Procedimentos não cobertos pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL;

IV - Pagamento de consultas previamente marcadas para as quais o beneficiário não compareceu ou não cancelou com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência;

V - Pagamento de franquias ou co-participações proporcionais ao atendimento em compatibilidade com a legislação vigente e desde que previamente aprovadas para a adoção no Plano;

VI - Pagamento de segunda via de Carteira de Identificação do SABESPREV-SAÚDE fornecida pelo Plano, assim como de exemplares adicionais do Manual do SABESPREV-SAÚDE.

CAPÍTULO VIII

Do Credenciamento de Profissionais/ Estabelecimentos

Artigo 20

O credenciamento de profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços será realizado nas seguintes formas:

I - Diretamente pela SABESPREV, segundo critérios próprios;

II - Por indicação dos beneficiários. Parágrafo 1º - A indicação de profissionais/estabelecimentos, prevista no inciso II deste Artigo, não significa obrigatoriedade de credenciamento, cabendo à SABESPREV a definição final;

Parágrafo 2º - O descredenciamento de profissionais e/ou estabelecimentos é prerrogativa da administração do SABESPREV-SAÚDE, mediante critérios próprios e avaliação técnica;

Parágrafo 3º - Conforme legislação em vigor, o descredenciamento de entidades hospitalares implica o compromisso de informação prévia aos beneficiários, substituição ou justificativa para o redimensionamento da rede.

Artigo 21

A partir do credenciamento, periodicamente o SABESPREV-SAÚDE divulgará aos beneficiários do Plano os profissionais/estabelecimentos credenciados, através de mídia impressa e/ou Internet.

CAPÍTULO IX

Do Funcionamento

Artigo 22

O atendimento médico-hospitalar do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL, com abrangência no Estado de São Paulo, nas cidades operadas pela SABESP, e onde houver profissionais/ estabelecimentos credenciados será prestado da seguinte forma:

I - Consulta – por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados;

II - Serviços complementares de diagnose e terapia simples, por procura direta do beneficiário, por livre escolha dentre os credenciados, de posse de pedido médico credenciado ou particular;

III - Serviços complementares de diagnose e terapia especiais: solicitação ou apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir, sendo emitida autorização com possibilidade de direcionamento ao prestador a critério da SABESPREV;

IV - Internação hospitalar eletiva ou programada: mediante a apresentação do pedido médico à SABESPREV, ou a quem esta definir, sendo emitida autorização com possibilidade de controle posterior da informação de prazos e permanência hospitalar, além do direcionamento a critério da SABESPREV;

V - atendimentos de urgência em pronto-socorros: por procura direta dentre os credenciados, podendo nestes casos a apresentação de Carteira de Identificação ser substituída temporariamente por depósito resgatável de cheque em valor estipulado pelo prestador de serviços;

VI - Atendimento médico de remoção domiciliar de urgência: deve ser realizado através de solicitação de ambulância ao estabelecimento credenciado especificamente para esse fim, com comunicação, ciência e regulação pela SABESPREV, ou por quem esta definir, cabendo ao prestador do serviço credenciado a comprovação da necessidade e/ou urgência através de laudo médico;

VII - atendimentos em sub-programas especiais, como os de Atendimento Domiciliar, de Segunda Opinião, entre outros, exclusivamente mediante critérios de enquadramento e operacionalização da SABESP, SABESPREV, ou a quem esta definir. Parágrafo 1º - O atendimento se processará mediante a apresentação da Carteira de Identificação fornecida pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL, acompanhada obrigatoriamente de um documento de identidade, e com observância das normas acima, sendo que no atendimento, o beneficiário ou responsável deverá sempre assinar o formulário próprio do SABESPREV-SAÚDE ou do prestador, conferindo, posteriormente, o serviço realizado através do demonstrativo de despesas médico-hospitalares enviado pelo SABESPREV-SAÚDE;

Parágrafo 2º - É obrigatória a apresentação, para qualquer tipo de atendimento, do boleto bancário de contribuição ao SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL nos casos em que a contribuição para o Plano se dê através deste instrumento, sendo vedado o atendimento aos beneficiários inadimplentes há mais de 60 (sessenta) dias;

Parágrafo 3º - Aos beneficiários que se encontrarem em internação hospitalar e se tornarem inadimplentes, conforme parágrafo 2º, é assegurado o atendimento durante o período de internação;

Parágrafo 4º - Eventualmente o SABESPREV-SAÚDE poderá contar com o credenciamento de outras operadoras de mercado em regiões do Estado de São Paulo com carência de rede ou dificuldade de credenciamento, ou ainda possuir convênios de reciprocidade com outras entidades ou Fundações congêneres para o atendimento de seus beneficiários fora do Estado, podendo, nestes casos, a rotina de atendimento e o modelo de identificação serem diversos do apresentado anteriormente, sem contudo serem alterados os direitos dos beneficiários e as coberturas do Plano.

Artigo 23

Para fazer jus ao reembolso nos casos de assistência médico-hospitalar prestada por profissionais/estabelecimentos particulares de livre escolha, respeitados os limites estabelecidos para o Plano, o usuário deverá apresentar ou encaminhar à SABESPREV solicitação de reembolso escrita e assinada em 2 (duas) vias, acompanhada dos seguintes documentos:

I - Nota Fiscal de Serviços ou Recibo (original e cópia) com discriminação e valoração de cada serviço prestado;

II - Laudo e pedido médico, sempre que solicitado, de exames e tratamentos especiais, vacinas e fisioterapia, assim como relatório em casos de urgência, não importando se atendimento ambulatorial ou internação.

Parágrafo 1º - O prazo de validade para apresentação dos recibos e/ou comprovantes das despesas é de até 30 (trinta) dias corridos contados da data do atendimento;

Parágrafo 2º - Caberá à SABESPREV ou a quem esta determinar conferir a documentação, aprovar ou não o reembolso, segundo critérios técnicos internos e do Regulamento do Plano;

Parágrafo 3º - Os valores de reembolso, quando houver, estão limitados àqueles praticados pela Tabela adotada pelo SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL para essa finalidade, de acordo ainda com normas complementares ora estabelecidas, e será efetivado em até 30 (trinta) dias da data do recebimento do pedido, mediante depósito na conta bancária do titular.

Artigo 24

A cobrança pelos serviços prestados por profissionais/estabelecimentos credenciados será realizada mediante informação em meio magnético ou teleprocessamento acompanhada de documentação fiscal ou através do encaminhamento à SABESPREV, ou a quem esta determinar, de formulário de remessa de guias, assinado pelo prestador de serviço, acompanhado dos formulários específicos correspondentes a cada serviço prestado no período, estes também assinados pelos beneficiários, ou responsáveis, como comprovação do atendimento.

Artigo 25

Para cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o prestador de serviços credenciado deve considerar os valores-base acordados no Contrato de Prestação de Serviços com a SABESPREV.

Artigo 26

Os pagamentos serão efetuados mediante crédito bancário, conforme definido entre a SABESPREV e o prestador de serviços credenciado. Parágrafo Único – A SABESPREV ou a quem esta determinar, disponibilizará extrato ao prestador de serviços credenciado, que permitirá a conciliação dos valores pagos frente aos cobrados.

Artigo 27

Os serviços médico-hospitalares apresentados pelo prestador credenciado serão, obrigatoriamente, analisados pela administração do SABESPREV-SAÚDE, ou por quem esta determinar, no que se refere aos seus aspectos técnicos e à compatibilidade dos mesmos com preços cobrados, cabendo a adoção das medidas de restrição ao seu pagamento, previstas em contrato, quando houver divergências.

CAPÍTULO X **Da Receita**

Artigo 28:

Constituirão as fontes de receita para a manutenção da SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL :

I - As contribuições mensais individuais dos beneficiários vinculados ao SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL , determinadas segundo tabela própria, constante do Termo de Adesão, baseada nas despesas observadas e projetadas;

II - Repasse das contribuições de custeio dos Sindicatos e Associações, mediante acordo formal entre estes e a SABESPREV;

III - As receitas provenientes de co-participações na porcentagem de 30% (trinta por cento) do valor de consultas e exames simples;

IV - As receitas provenientes de co-participações de 50% (cinquenta por cento) em consultas e exames simples realizados em prestadores com tabelas diferenciadas;

V - As eventuais receitas provenientes de co-participações ou franquias pela utilização de internações por transtornos psiquiátricos que venham a exceder 30 (trinta) dias por ano civil, conforme regulamentação específica do Sabesprev-Saúde e na forma da legislação vigente;

VI - Os bens ou valores havidos por qualquer título e suas rendas eventuais, decorrentes da aplicação de recursos oriundos dos itens I a III acima.

Parágrafo 1º - A contribuição mensal dos aposentados e pensionistas e seus dependentes poderá ser realizada mediante pagamento por boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, ou ainda através de desconto em Folha de Benefícios da SABESPREV - Plano Previdenciário;

Parágrafo 2º - A indicação de agregados e designados por parte de titulares da SABESP ou SABESPREV significa aceitação de pagamento das mensalidades de contribuição desses usuários no mês anterior ao de referência através de boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, ou ainda, através de desconto em Folha de Benefícios da SABESPREV - Plano Previdenciário;

Parágrafo 3º - A contribuição mensal dos empregados dos Sindicatos, Associações, respectivos dependentes, agregados e designados será efetuada mediante o processo estabelecido entre os Sindicatos, Associações e SABESPREV, em acordo formal;

Parágrafo 4º - A contribuição mensal dos ex-empregados da SABESP e SABESPREV, respectivos dependentes, agregados e designados, poderá ser efetuada através de boleto bancário ou débito automático em conta corrente nos bancos indicados pela SABESPREV, com vencimento no último dia útil do mês anterior ao de referência;

Parágrafo 5º - Os atrasos das contribuições determinam a cobrança de multa, especificada no Termo de Adesão, além de acréscimos moratórios;

Parágrafo 6º - As despesas administrativas do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL não poderão ultrapassar, em cada exercício o valor correspondente à aplicação do percentual máximo, sobre as receitas do PLANO ESPECIAL, conforme Portaria n.º 17/SPC de 26/03/96. VII - Excepcionalmente poderá ser cobrada uma parcela anual de até R\$ 100,00 (cem reais) por usuário inscrito no plano, a título de formação de Reserva Técnica, quando se verificar desequilíbrio financeiro, após aprovação pelo Conselho Curador. Este valor máximo será atualizado anualmente pela variação do FIPE Saúde.

CAPÍTULO XI

Dos reajustes

Artigo 29

As tabelas do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL serão corrigidas conforme condições estabelecidas no Termo de Adesão assinado pelo titular.

Artigo 30

As receitas e despesas do SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL serão objeto de contabilização diferenciada, a qual será consolidada no Balanço da SABESPREV ao final do exercício.

CAPÍTULO XII

Da Administração

Artigo 31

O SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL será administrado diretamente pela SABESPREV, podendo ser terceirizadas ou compartilhadas atividades operacionais com empresas contratadas especialmente para essas finalidades ou atividades específicas.

Artigo 32

Compete unicamente à SABESPREV:

- I - Credenciar e descredenciar profissionais/estabelecimentos prestadores de serviços;
- II - Realizar o pagamento aos profissionais/estabelecimentos credenciados, das importâncias referentes aos serviços prestados;
- III - Divulgar periodicamente relação dos profissionais estabelecimentos credenciados e descredenciados;
- IV - Decidir conduta frente às transgressões do Regulamento.

CAPÍTULO XIII

Das Disposições Gerais

Artigo 33

O atendimento médico-hospitalar deve contar com estabelecimentos credenciados em nível de consultórios particulares e de rede de serviços selecionados em cada região do Estado de São Paulo e segundo padrões técnicos estabelecidos pela SABESPREV.

Artigo 34

O SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL contempla todas as modalidades de acomodação em internações até o nível de apartamento com banheiro privativo e com direito a acompanhante.

Artigo 35

A adesão ao SABESPREV-SAÚDE PLANO ESPECIAL é efetuada através da assinatura do Termo de Adesão e implica a total aceitação deste Regulamento.

Artigo 36 – Os casos omissos a este Regulamento e a legislação vigente para o mercado supletivo de saúde no Brasil sofrerão análise e definição a critério da SABESPREV.

Este Regulamento foi atualizado em Fevereiro de 2002.

