

## **Características do plano e satisfação dos beneficiários**

**Bruno Dutra Badia**

**José Cechin**

*Superintendente Executivo*

### **1 Introdução**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) periodicamente vem acompanhada de suplemento que investiga questões relacionadas à saúde dos entrevistados. A última edição da PNAD com tal suplemento foi em 2003.

Além de questões associadas diretamente ao estado de saúde da população, uma seção dedica-se a perguntas relacionadas aos planos de saúde. Dentre essas perguntas, há uma série de questionamentos sobre as características dos planos e a avaliação do plano segundo o beneficiário.

Neste texto, apresentam-se tabulações que relacionam características específicas dos planos de saúde à satisfação dos seus usuários. As características investigadas vão desde o tipo de contratação até a existência de co-pagamento. Evidentemente, saber que características dos planos estão mais ou menos ligadas ao grau de satisfação dos beneficiários é importante para a definição de estratégias das operadoras.

Percebe-se que, independente da característica do plano, a maior parte dos beneficiários declara o plano como muito bom ou bom, indicando que, ao contrário da imagem negativa por vezes atribuída à saúde suplementar, os indivíduos que têm planos estão geralmente satisfeitos com o produto.

Além disso, percebe-se que entre os beneficiários de planos menos abrangentes (sem rede credenciada ou sem cobertura de consultas, por exemplo) o percentual de indivíduos que nunca utilizaram o plano é sempre maior do que entre os beneficiários que desfrutam dessas coberturas. Provavelmente, isto reflete o fato de que indivíduos com menor probabilidade de utilização de serviços médicos aderem com maior frequência relativa a planos mais baratos (em geral os que oferecem menos coberturas).

### **2 Dados**

Os dados utilizados são oriundos da PNAD 2003. Aos indivíduos que declararam ter planos de saúde foi perguntado como consideravam este plano. Os entrevistados

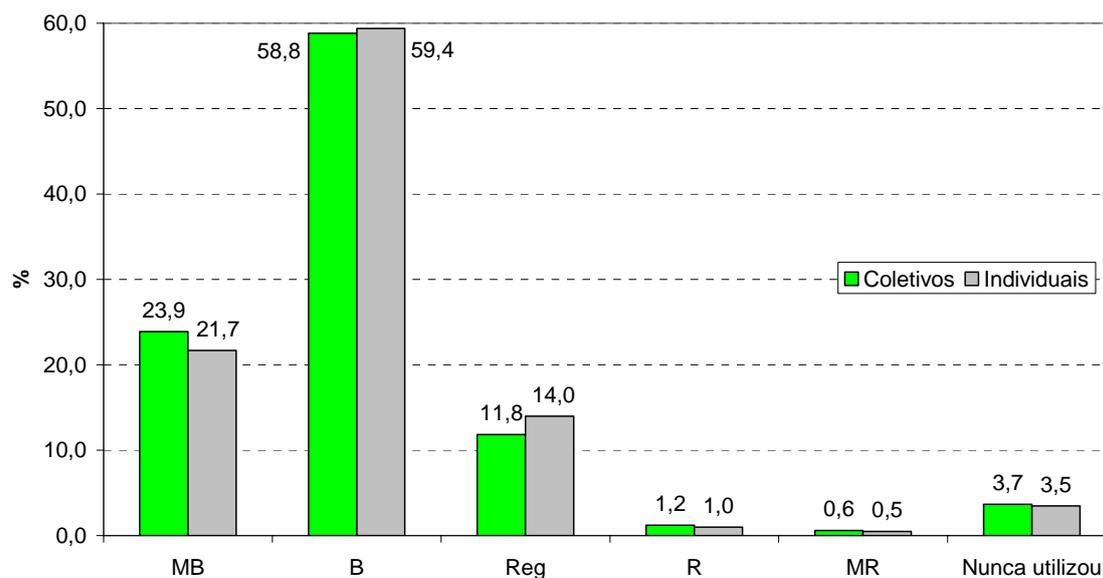
podiam responder: Muito Bom (MB), Bom (B), Regular (Reg), Ruim (R), Muito Ruim (MR) ou Nunca utilizou o plano de saúde<sup>1</sup>. Na seção a seguir os gráficos e tabelas referem-se a tabulações desta variável com características do plano como, por exemplo, o valor de sua mensalidade ou a cobertura de medicamentos fora de internação.

Nas tabulações foram desconsiderados os beneficiários de planos de assistência ao servidor público, ou seja, planos que não estão sujeitos à regulação da Lei 9.656/98 e da ANS.

### 3 Avaliação dos planos conforme suas características

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos beneficiários conforme a avaliação do plano por tipo de contratação, individual ou coletiva.

**Gráfico 1. Avaliação do plano por tipo de contratação**



Fonte: PNAD 2003

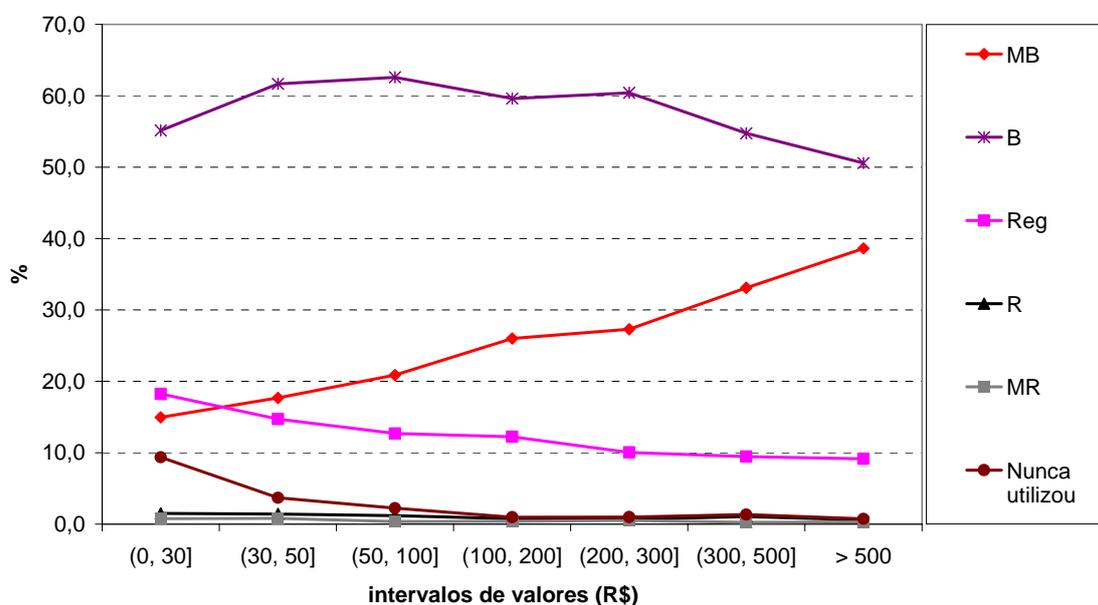
Observa-se que a maioria dos beneficiários considerava o plano muito bom ou bom (83% nos planos coletivos e 81% nos individuais). Além disso, consideravam o plano regular 14% dos beneficiários de planos individuais e 12% dos beneficiários de planos coletivos. É importante notar que apenas uma minoria dos beneficiários considerava o

<sup>1</sup> Há ainda os indivíduos “sem declaração”.

plano ruim ou muito ruim. De fato, este é o quadro na maioria dos resultados mostrados neste texto.

O Gráfico 2 informa que pouco mais de 70% dos indivíduos que pagavam até R\$ 30 de mensalidade consideram seu plano muito bom ou bom, enquanto entre os indivíduos que pagavam mensalidades superiores a R\$ 500 este percentual era de 90%. Novamente, se observa que os percentuais de insatisfeitos (aqueles que consideram o plano ruim ou muito ruim) são bastante baixos (2% entre os indivíduos que pagam até R\$ 30 e 1% entre os indivíduos que pagam mais de R\$ 500).

**Gráfico 2. Avaliação do plano e intervalos de mensalidades**



Fonte: PNAD 2003

A Tabela 1 mostra a distribuição dos beneficiários conforme características da rede oferecida no plano (própria, credenciada, cobertura regional e nacional). Deve-se ler a informação da tabela da seguinte forma: dentre os indivíduos que declararam que seu plano oferecia rede própria de atendimento, por exemplo, 23% consideravam o plano muito bom e 60% bom; dentre os que disseram que o seu plano não oferece rede própria 24% consideravam o plano muito bom e 56% o consideravam bom, e assim por diante.

No caso da rede própria a distribuição dos indivíduos conforme avaliação do plano é bastante parecida nas duas situações (oferece e não oferece rede própria). Este não é o caso para rede credenciada e rede regional e nacional. Entre indivíduos com planos que

ofereciam lista de prestadores credenciados o percentual de beneficiários satisfeitos era superior a 80% e aqueles que consideravam o plano ruim ou muito constituíam 2%. Já entre os indivíduos com planos sem rede credenciada a figura era outra: 64% consideravam o plano muito bom ou bom e 6% opinaram ser o plano ruim ou muito ruim. Note-se que, entre este último grupo de indivíduos, 6% nunca haviam utilizado o plano.

**Tabela 1. Distribuição de beneficiários segundo avaliação do plano por características da rede**

Como considera o plano	Características da rede							
	própria*		credenciada**		regional***		nacional****	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
MB	22,7	23,8	23,4	13,1	25,8	11,0	29,2	17,1
B	59,9	56,2	59,6	50,6	59,1	59,3	59,0	59,6
Reg	12,6	13,7	12,2	24,3	11,0	20,9	8,7	16,8
R	1,1	1,1	1,0	4,1	0,8	2,3	0,6	1,4
MR	0,5	0,6	0,5	1,8	0,4	1,1	0,3	0,6
Nunca utilizou	3,3	4,5	3,4	6,2	2,8	5,4	2,1	4,5

\*Plano de saúde atende através de médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços de saúde do próprio plano

\*\*Oferece lista de médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços de saúde credenciados

\*\*\*Dá direito a ser atendido em outros municípios da Unidade da Federação

\*\*\*\*Dá direito a ser atendido em outra Unidade da Federação

Fonte: PNAD 2003

A diferença de opiniões também era grande entre indivíduos cujo plano possibilitava o atendimento em outros municípios do estado e os indivíduos que não tinham essa cobertura. Entre os primeiros 26% avaliavam o plano como muito bom, enquanto 11% tinham essa opinião no segundo grupo. A avaliação do plano como bom era igual nos dois grupos: 59%. Contudo, enquanto 11% dos indivíduos que tinham planos com rede regional de prestadores consideravam o plano regular e 1% o consideravam ruim ou muito ruim, estes percentuais eram de 21% e 3%, respectivamente, entre os indivíduos sem essa cobertura. O quadro é similar no caso da oferta de rede nacional<sup>2</sup>.

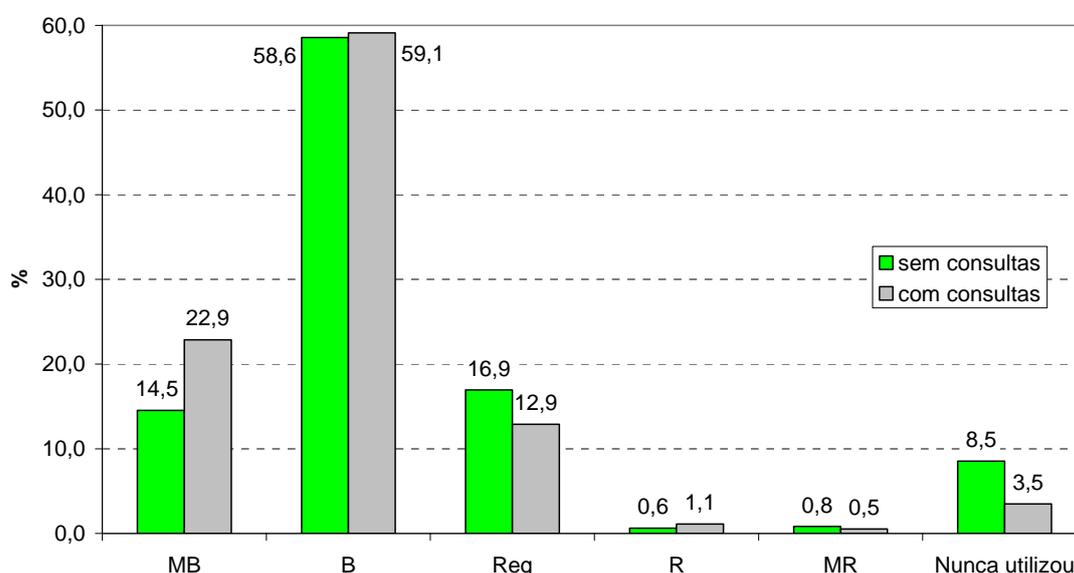
É importante notar que entre os beneficiários de planos sem rede própria, sem rede credenciada, sem cobertura regional e nacional os percentuais dos que nunca haviam utilizado o plano era sempre maior do que entre aqueles que tinham essas coberturas.

<sup>2</sup> Responderam à pergunta se o plano dava direito a atendimento em outra Unidade da Federação, apenas os indivíduos que responderam afirmativamente à pergunta se o plano dava direito a atendimento em outros municípios da mesma Unidade da Federação.

Isto pode ser reflexo do fato de que indivíduos com menor probabilidade de utilização demandam planos mais baratos.

Os gráficos 3 a 7 mostram como se distribuía a avaliação do plano conforme as características da cobertura oferecida, como, por exemplo, consultas, internações hospitalares, etc. Observa-se que:

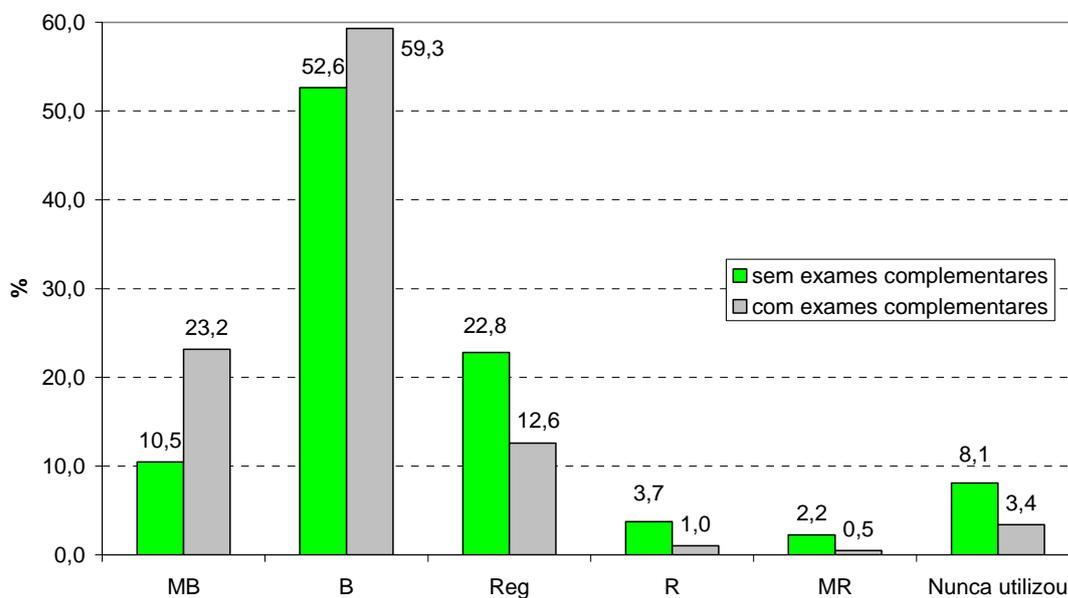
**Gráfico 3. Avaliação do plano e cobertura de consultas médicas**



Fonte: PNAD 2003

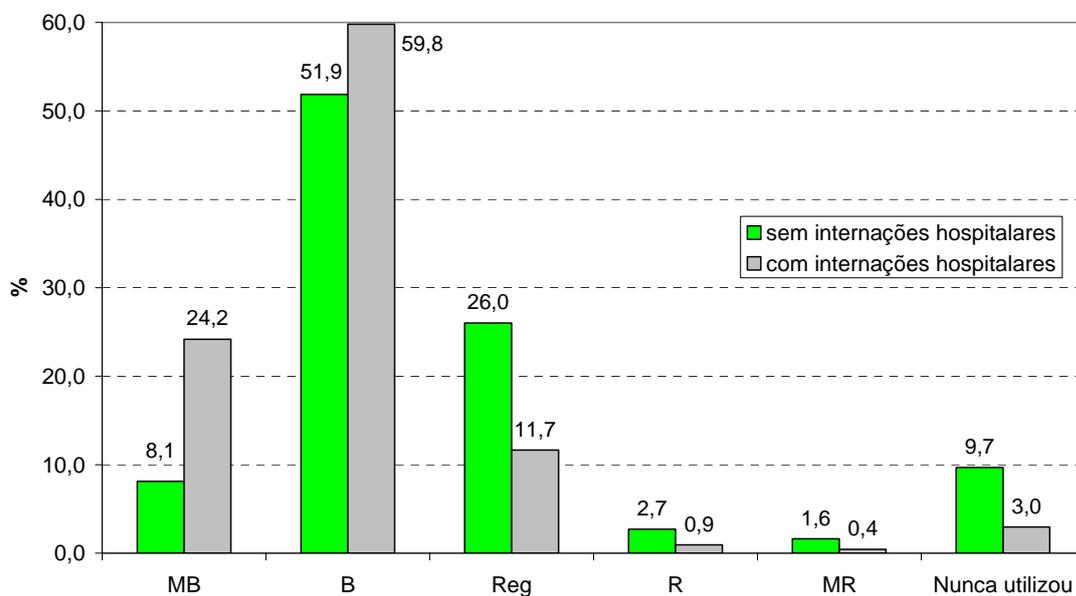
- Planos que cobrem consultas são ligeiramente mais bem avaliados (Gráfico 3): 82% dos beneficiários consideravam o plano muito bom ou bom, 13% regular e 2% ruim ou muito ruim, comparado com 73%, 17% e 1,4%, respectivamente para planos que não cobrem consultas médicas.
- Planos com cobertura de exames complementares são muito mais bem avaliados (Gráfico 4): percebe-se uma grande diferença entre os percentuais de beneficiários que consideram o plano muito bom ou bom conforme este cubra ou não exames complementares (83% comparado com 63%), ou ruim ou muito ruim (2% comparado com 6%).

**Gráfico 4. Avaliação do plano e cobertura de exames complementares**



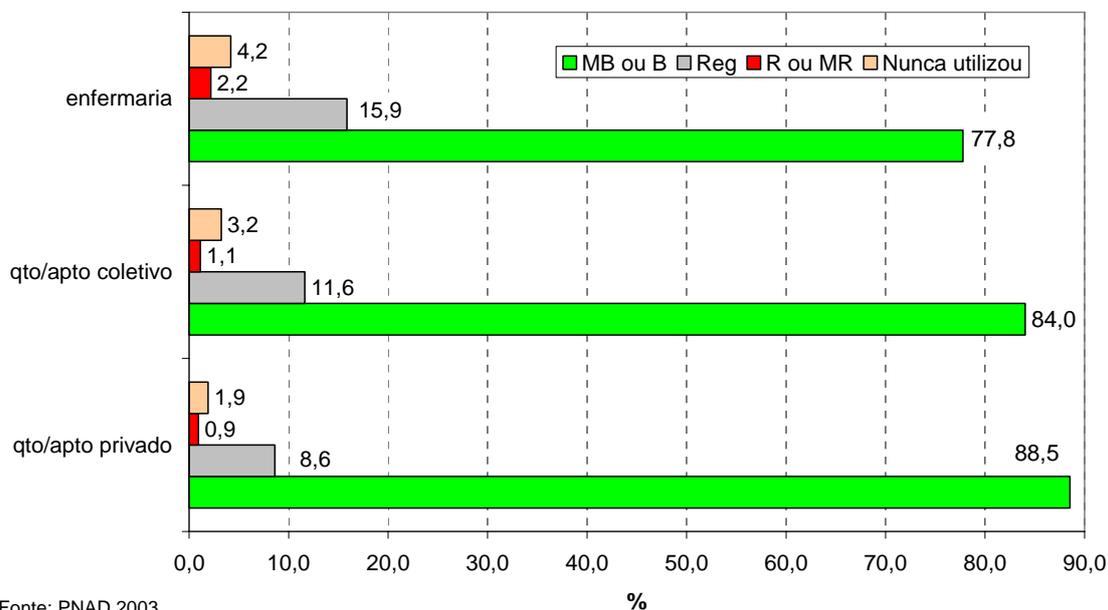
Fonte: PNAD 2003

**Gráfico 5. Avaliação do plano e cobertura hospitalar: internações**

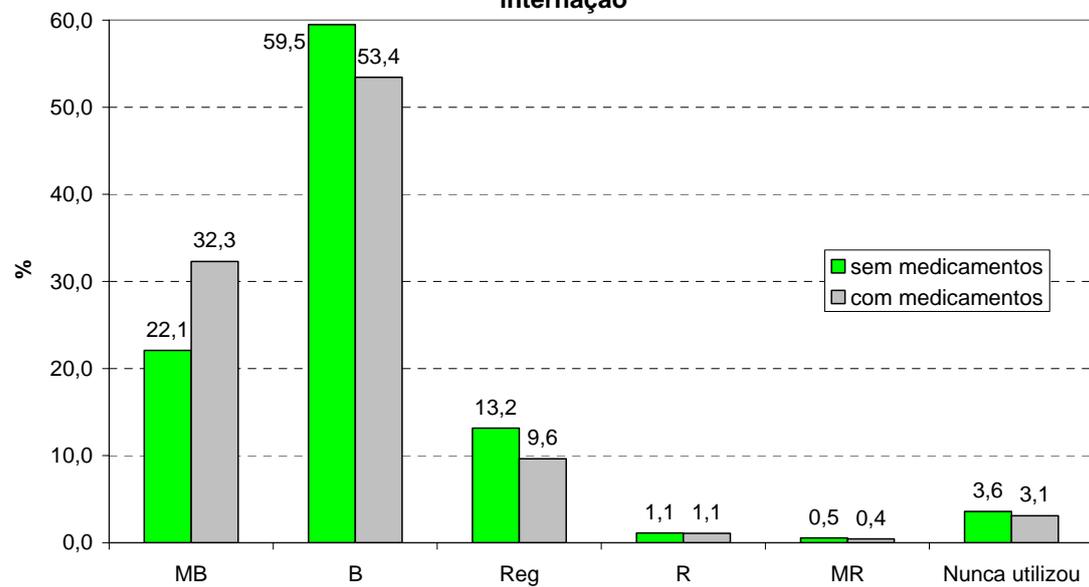


Fonte: PNAD 2003

**Gráfico 6. Avaliação do plano e cobertura hospitalar: acomodações**

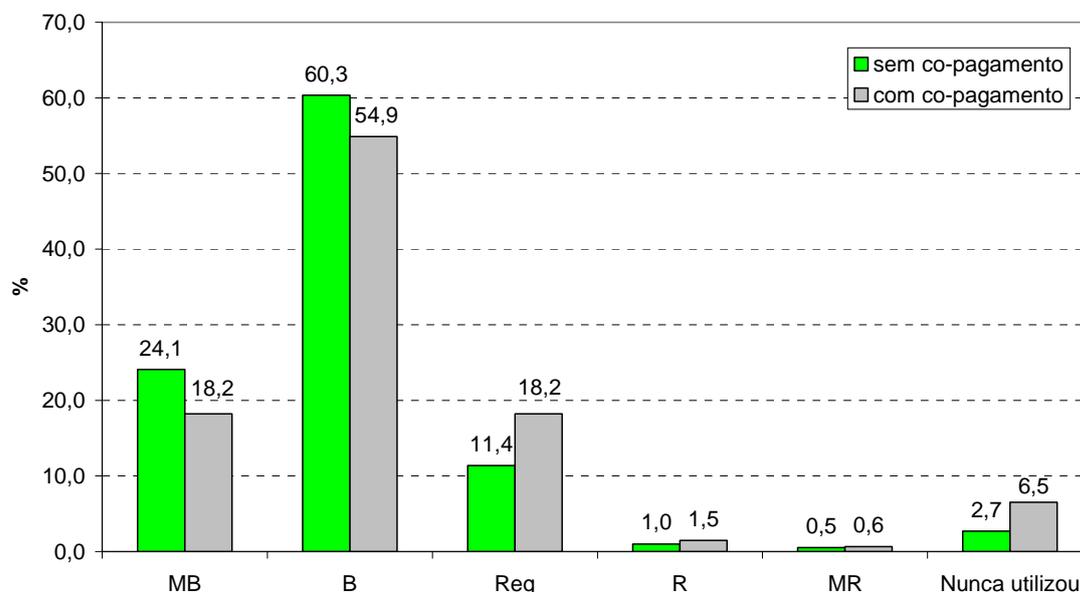


**Gráfico 7. Avaliação do plano e cobertura de medicamentos fora de internação**



- Planos com cobertura de internações são muito mais bem avaliados (Gráfico 5): além disso, observa-se alto percentual, 10%, de não utilização no caso em que não havia esta cobertura.
- Níveis de satisfação altos e similares entre os diferentes tipos de acomodação (Gráfico 6): observa-se também que a não utilização é relativamente maior entre os beneficiários de planos que cobriam apenas enfermaria.
- Planos com cobertura de medicamentos fora da internação têm melhor avaliação: 32% consideravam esse tipo de plano como muito bom, enquanto entre os beneficiários que não dispunham desta cobertura o percentual era de 22%.

**Gráfico 8. Avaliação do plano e co-pagamento**



Fonte: PNAD 2003

- Maiores níveis de satisfação entre os indivíduos que não tinham gastos com o plano além da mensalidade<sup>3</sup> (Gráfico 8): 84% dos beneficiários de planos sem co-pagamento achavam o plano muito bom ou bom e 73% entre beneficiários cujos planos tinham co-pagamento. Note-se a grande diferença nos percentuais entre os que nunca haviam utilizado o plano: 3% entre os indivíduos que não participavam com co-pagamento e 7% entre os que contribuiriam com co-

<sup>3</sup> A pergunta no questionário da PNAD para a identificação de co-pagamento é: “Além da mensalidade, o plano de saúde cobra algum valor (fator moderador), pelos atendimentos?”.

pagamento. Isto sugere a importância do co-pagamento como mecanismo moderador no uso de serviços médicos<sup>4</sup>.

#### **4 Conclusão**

No texto mostraram-se alguns resultados de tabulações, feitas a partir da PNAD de 2003, que relacionam o nível de satisfação dos beneficiários de planos de saúde com características do plano. O nível de satisfação é representado pela resposta à pergunta “Como considera o plano?”.

Os gráficos e tabelas apresentados deixam claro que a avaliação dos planos pelos beneficiários é bastante positiva (consideravam o plano muito bom ou bom aproximadamente 80% dos beneficiários). Além disso, pode-se notar que a avaliação varia conforme a abrangência do plano (oferta de rede credenciada, cobertura de internações hospitalares e possibilidade de atendimento em outros municípios e UF's, por exemplo). Em particular, quanto mais restrito o plano menor a proporção de indivíduos que o consideravam muito bom e maior a proporção que o consideravam regular, ruim ou muito ruim. Planos mais restritos também tinham menor taxa de utilização.

Por fim cabe destacar que a análise do texto baseia-se apenas em tabulações e primeiras impressões. Conclusões mais fortes seriam possíveis pela aplicação de métodos mais rigorosos de análise.

---

<sup>4</sup> Obviamente taxas de co-pagamento excessivamente elevadas teriam o efeito indesejado de inibir até mesmo os indivíduos que precisam do atendimento médico de demandar este serviço. Este fato sugere que há uma taxa ótima de co-pagamento, ou seja, uma taxa que não induza a demanda em excesso, mas, por outro lado, não iniba a demanda necessária. A este respeito ver “The Role of Consumer Co-payments for Health Care: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment and Beyond”, de Jonathan Gruber, disponível em [www.kff.org](http://www.kff.org).