

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CURSO DE MESTRADO EXECUTIVO EM GESTÃO EMPRESARIAL

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO FINANCEIRO DE CONTAS MÉDICAS EM
EVENTOS CIRÚRGICOS, COMPARADO A ÍNDICES INFLACIONÁRIOS DE
PREÇOS E MERCADO DE SAÚDE.**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA E DE EMPRESAS PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE

LUIZ EDUARDO GAPANOWICZ

Rio de janeiro - 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Mario Henrique Simonsen/FGV

Gapanowicz, Luiz Eduardo

Análise do comportamento financeiro de contas médicas em eventos cirúrgicos, comparado a índices inflacionários de preços e mercado de saúde / Luiz Eduardo Gapanowicz. – 2012.
88 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Ricardo Lopes Cardoso.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde. 2. Hospitais – Custo operacional. 3. Hospitais – Contabilidade. I. Cardoso, Ricardo Lopes. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD –

657.8322



LUIZ EDUARDO GAPANOWICZ

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO FINANCEIRO DE CONTAS MÉDICAS EM
EVENTOS CIRÚRGICOS, COMPARADO A ÍNDICES INFLACIONÁRIOS DE
PREÇOS E MERCADO DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Executivo em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Data da defesa: 26/06/2012

Aprovada em:

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Ricardo Lopes Cardoso
Orientador (a)

Fátima Bayma de Oliveira

José Elias Feres de Almeida

DEDICATÓRIA

A Gisela minha esposa que ao longo desta quase uma década me apoia e está ao meu lado em todos os momentos, seja com palavras, atos ou fisicamente. Que me inspira para cada novo dia e me auxilia no projeto maior da família e de nossas vidas. Inspiração para a criação, apoio para os percalços, porto seguro para as crises, amiga para todos os momentos, EMOÇÃO em forma de Gente.

Com todo o meu Amor!

Aos meus Filhos que entenderam a falta e a distância destes últimos dois anos, de sacrifícios e de desvio da minha atenção.

Com todo o meu Orgulho!

Aos meus Pais que forjaram minha personalidade, caráter e sem dúvida em muito pautaram e definiram minha cadeia de valor.

Com todo meu Respeito!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS que orienta a todos e tudo neste mundo.

Aos professores que desde minha infância inseriram os ensinamentos que me permitem hoje ter este nível de cultura.

Aos meus orientadores profissionais que me fizeram questionar o modelo de saúde existente, Ivan Costa Barros, Luis Claudio Bruno, Elizabete Pini Leitão, Jose de Lima Valverde e João Carlos Regado.

A Rede D'Or que apoiou de forma irrestrita este projeto, e onde como executivo me propicia os meios de informação e trabalho para o pleno desenvolvimento de minhas tarefas.

Ao Dr. Jorge Nerval Moll Filho Presidente da Rede D'Or por ter conduzido meu acesso ao Grupo, em que venho desenvolvendo e lapidando minhas competências.

A Fundação Getúlio Vargas por ter me acolhido neste curso e ter a paciência de orientar e conduzir um Médico nesta tão árdua jornada da Administração.

Aos Mestres que participaram deste Curso de Mestrado e muito me abriram as curiosidades de novas e maiores áreas.

Ao Professor Luis Joia que entendendo minha angústia me propiciou encontrar meu orientador.

Ao meu Orientador Professor Ricardo Lopes que comprou a causa e a ideia apoiando e conduzindo estes passos. “Sem você Ricardo este trabalho não se concretizaria”.

Muito Obrigado!

De forma muito especial e carinhosa a “Theacher” Aparecida Pinho Luz, apoio irrestrito a todos os momentos.

Ao Amigo e Colaborador Jorge Eduardo da Silva Pinto com quem tenho uma eterna gratidão fraternal.

APRESENTAÇÃO

O Trabalho em tela é fruto de uma experiência de 30 anos no campo da Gestão em Saúde Privada em Provedor voltado para a Saúde Suplementar.

Inicialmente, como acadêmico de medicina, com uma visão puramente assistencial, mergulhei na prática médica do bem pelo bem.

Como profissional de saúde já mais inserido no contexto das dificuldades de uma Nação pobre e desigual, iniciei um processo pessoal de questionar o custo do processo médico fim, na busca de que o investimento na saúde deva ser pautado não só no sonho de recuperar a saúde, ou no jargão popular de salvar vidas, mas sim na visão mais ampla de que o investimento, mesmo que em saúde, ao fim e ao cabo em vidas, deva ser justificado em todo o seu contexto. Aplicar recursos onde possa haver retorno e ter sempre a ideia de quanto seria este retorno.

Minhas crises existenciais passaram então a gerar críticas. Críticas ao modelo, que justifica e busca explicar as opções pouco científicas e mais pessoais do profissional de saúde. Frases como “na minha experiência” ou “o caso ainda tem uma remota chance” passaram a reverberar no meu pensamento com um enorme peso dessas críticas.

Passei, de forma mais abrangente a buscar soluções mais inovadoras que gerassem o melhor resultado possível na maior racionalidade do uso dos insumos, ou seja, ao final de linha nos custos.

Isto gerou um processo revolucionário pessoal e logo entendi que somente como médico pouco poderia, enveredando para o campo da gestão. Com esta figura profissional dúbia, de médico e gestor, passei então a me sentir mais confortável podendo além de questionar a melhor forma de racionalizar os tratamentos e mais ainda referenciando e contra referenciando os casos, utilizar mais amplamente uma cadeira de processamento em saúde. Logo percebi que melhor resultado teria se caminhasse para a prevenção e a seguir para o estudo do movimento das massas na predição dos problemas ligados a saúde.

Assim desde a formatura passei a militar na área da tomada de decisão e buscando soluções que transformasse o sistema mais justo, equilibrado, acessível, resoluto e amplo, sempre com a busca do maior e melhor índice do binômio, QUALIDADE X CUSTO do serviço prestado. Aliado a maior e melhor repercussão para o indivíduo e a sociedade. De certa forma bem próximo da visão do Utilitarismo buscando o maior bem para o maior número de pessoas possíveis a serem atingidas.

O trabalho em tela é o clímax desta “crise” para tanto, entender como acima de tudo manter uma participação mais ativa na busca de uma saúde integral, ampla, de qualidade, universal e

que remunere a cadeia com satisfação, com custo racional dos insumos e, por conseguinte suportável para uma nova Nação que estamos construindo.

Nesta linha ainda desenvolver um modelo que premie aqueles que buscam ao longo de todo à sua vida estar mais próximo da saúde que em direção contrária, como a de tratar a doença.

Premiar quem busca uma vida mais saudável, qualidade de vida e maior longevidade com saúde e prazer de VIVER!

RESUMO

GAPANOWICZ, L.E. – ANÁLISE DO COMPORTAMENTO FINANCEIRO DE CONTAS MÉDICAS EM EVENTOS CIRÚRGICOS, COMPARADO A ÍNDICES INFLACIONÁRIOS DE PREÇOS E MERCADO DE SAÚDE. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação do curso de Mestrado Executivo em gestão empresarial da EBAPE – Fundação Getúlio Vargas.

A prática de saúde no país passa por grandes e difíceis desafios. No que tange a financiamento o setor público ainda carece de um melhor dimensionamento e proposta estratégica. Já o setor privado tem sua crise pela falta de maior análise dos seus custos e suas variações.

A regulação do setor suplementar ainda é muito jovem. Os grandes desafios da saúde e a busca de solução são uma constante para melhor dimensionar e gerir o processo. Vários são os fatores pressionam o modelo aumentando seus gastos e ainda em uma situação mais perversa sem nenhuma previsão. Há a necessidade urgente de se entender o modelo de gastos envolvidos e acima de tudo os fatores que mais interferem na variação desses gastos.

O trabalho que segue busca entender melhor o problema de variação de custos destes serviços prestados, através da análise de três casos médicos de alta relevância: apendicectomia; histerectomia; e colecistectomia, observando a variação dos preços praticados em uma série histórica de 5 anos, comparando com índices econômicos e inflacionários como IPCA, variação dos preços dos planos de saúde pela ANS e variação dos custos médicos hospitalares.

Como resultados observamos que para estes eventos clássicos e isolados eventos não há um padrão nítido de preços atrelados a qualquer destes índices, nem uma variação linear que permita uma maior e melhor análise. Ao mesmo tempo quando se aumenta o volume dos atendimentos, no mix dos três eventos passamos a observar uma relação bem próxima ao IPCA que por sua vez é muito próxima do índice de reajustes autorizado pela ANS no período.

Muito há o que ser feito e estudado como forma de melhor entender este modelo de preços e custos, bem como suas variações.

PALAVRAS CHAVES: conta hospitalar, custo hospitalar, inflação médica, variação de custos médicos hospitalares.

ABSTRACT

GAPANOWICZ, L.E. – ANALYSES OF FINANCIAL BEHAVIOR OF MEDICAL ACCOUNTS IN SURGICAL PROCEDURES, COMPARED TO INFLATIONARY INDEX OF PRICES AND HEALTH MARKET. Rio de Janeiro, 2012. Dissertation for the Executive Master Course in Business Management of EBAPE – Fundação Getúlio Vargas

The health practice in the country has been going through big and difficult challenges. Concerning funds, the public sector is still in need of a better sizing and strategy. The private sector has its crisis by the lack of more analysis of its costs and variations.

The regulation of the supplementary sector is still crude. The immense health challenges and the searches for solution are a constant for better sizing and handling the process. Several factors are pressuring the model, increasing expenses in a vicious unforeseeable situation, without any foresight. There is an urgent need of understanding the outflow model involved and above all the factors that most interfere in the variation of these expenses.

The followed work searches a better understanding of the variation costs of the problem of the services given, through the analysis of three medical cases of high relevancy: appendicectomy, hysterectomy, colecistectomy, observing the prices variation practiced in historical 05 years' time, comparing with the economic and inflationary indexes as IPCA, variation of the Health Insurance Plans by ANS and the variation of hospital/ medical expenses.

As results, we observed that for these classics and isolated events, there isn't a clear pattern of prices linked to any of these indexes, neither a linear variation that allows a better and big analysis. At the same time when the volume of the attending increase, in the mix of these three events we observe a very close relation to the IPCA that is, by the way, very close do the readjustment of the index authorized by ANS in this period.

There is a lot to do and study for better understanding of these prices and costs model, as well as its variations.

KEY WORDS: hospital bill, hospital cost, medical inflation, variation of hospital medical costs

SIGLAS e TERMOS

Abdome – Cavidade orgânica situada entre o púbis e o tórax.

AMB - Associação médica brasileira.

ANS – Agencia Nacional de Saúde.

Apêndice – apêndice ao intestino onde se ocorre o processo de apendicite.

Apendicectomia – cirurgia de retirada do apêndice.

Apendicectomia complicada – cirurgia de retirada do apêndice complicada com outro fator.

Apendicectomia supurada – cirurgia de retirada do apêndice que já apresenta necrose de suas paredes com perfuração das mesmas.

Bile - secreção exócrina do fígado.

Calculo de vesícula ou biliar - cristal ou pedra formada da bile.

Canal Vaginal - canal que liga o útero a vulva.

CBHM – tabela brasileira hierarquizado de serviços médicos.

Céu aberto – estratégia de abordagem cirúrgica caracterizada pela abertura da cavidade a se explorada através de visualização direta.

CH - Coeficiente de honorário médico.

Ciclo menstrual – período de tempo entre suas menstruações.

CID - código internacional de doenças.

Colecistectomia - cirurgia de retirada da vesícula biliar.

Colecistectomia com exploração de colédoco - retirada da vesícula com exploração do canal biliar = colédoco.

Consultas - ato médico caracterizado pela prática de um profissional médico

Conta hospitalar – instrumento organizado que serve de apresentado na cobrança de um ato médico.

CTI - centro de terapia intensiva setor hospitalar que cuida de casos críticos e graves.

Day clinic - setor de internação caracterizado por algumas horas sempre menor que um dia.

Despesa assistencial – despesas e gastos ligados ao uso de serviços de saúde

Ecocardiografia – exame de ultrassonografia do coração

Ergometria - exame cardiológica de esforço através do exercício na esteira sob monitorização

Exames - serviços de diagnostico aplicados à saúde

Fee for service - modelo de pagamento / remuneração pelo evento médico executado.

Pagamento por ato médico.

Fígado – órgão abdominal com funções digestivas e metabólicas

Glosa – percentual descontado da conta médica, não reconhecido pela operadora de saúde como devido a ser pago.

Hemácias – glóbulos vermelhos.

Hematócrito - volume de hemácias no sangue.

Hemodinâmica - exame radiológico dos vasos em especial dos vasos do coração.

Histerectomia com anexectomia - retirada do útero com retirada de órgão anexiais concomitante que podem ser os ovários ou as trompas uterinas.

Histerectomia – cirurgia que retira o útero.

Histerectomia com ooforectomia. – retirada do útero com retirada conjunta dos ovários

Histerectomia com oforoplastia bilateral o mesmo manipulando os dois ovários.

Histerectomia com oforoplastia unilateral – cirurgia de retirada do útero com retirada de cisto de ovário concomitante.

Histerectomia total – cirurgia de retirada de todo o útero.

Honorário Médico valor pecuniário a que faz jus o profissional de saúde após seus préstimos.

Hospital – estrutura de saúde com condições de internar pacientes.

IESS - Instituto Estadual de Estudos em Saúde.

IGPM - Índice geral de preços ao consumidor – índice de inflação.

INCC- Índice nacional da construção civil.

Infecção – processo patológico caracterizado pela agressão de um ser orgânico por outro.

Inflação – processo patológico, caracterizado por calor, rubor, dor e edema.

Insulina - secreção hormonal do pâncreas.

Internações - procedimento médico, caracterizada pelo uso de instalações hospitalares durante dias seguidos.

IPCA - índice nacional de preços amplo – índice inflacionário.

Leiomioma – o mesmo que mioma.

Mioma – tumor benigno do útero.

Neonatal - período de vida imediatamente após o nascimento.

OMS - Organização mundial de saúde.

OPAS - Organização pan-americana de saúde.

Operadora de saúde – empresa responsável por gerir um plano de saúde.

Operadora de saúde - empresa habilitada a comercializar plano de saúde.

Ovário – órgão reprodutor feminino.

Pâncreas - glândula mista abdominal.

Pancreatite - inflamação do pâncreas.

Peritônio – membrana serosa que reveste o abdômen internamente.

Plano de Saúde – modelo de serviços médicos onde o cliente contrata uma rede através de uma empresa responsável = operadora de saúde.

Premio – prestação mensal paga para fazer jus a algum direito.

Proteção ionizante - proteção com radiação ionizante. Radiografia, raios X, raios Gama.

Puberdade – período de tempo que precede a idade adulta onde a criança inicia seu processo de maturidade sexual.

Púbis – parte do corpo localizada na face anterior baixa do abdômen que faz limite entre o abdômen e a pelve.

Radiografia de tórax - exame feito em radiografia convencional no tórax.

RNM – Ressonância Nuclear Magnética.

Seguro de saúde - seguro que garante ao usuário o uso de uma rede credenciada e / ou a reembolso dos valores gastos com saúde.

Semi-intensiva - setor para clientes que estão no limite entre o quarto hospitalar e um CTI.

Sinistro – valores pagos pela operadora decorrente da utilização do cliente usuário do plano de saúde.

Suco pancreático - secreção digestiva do pâncreas.

TC – Tomografia computadorizada.

Terapias - serviços outros de saúde que não consultas, exames ou internação – exemplo fisioterapia.

Tomografia computadorizada - exame feito em tomógrafo.

Ultrassonografia - exame feito em aparelho de ultra son.

Útero – órgão sexual feminino ligado à reprodução.

Vesícula – estrutura orgânica anexa ao fígado que tem a função de armazenar e concentrar a bile.

Videoscopia – procedimento médico caracterizado pelo uso de um aparelho com ótica, dispensando a visão direta.

TABELAS e GRAFICOS

Tabela 1 – Distribuição percentual dos serviços que compõe o IPCA.	51
Tabela 2 – Variação do IPCA ano em percentuais.	52
Tabela 3 – Variação do Índice de reajuste ANS ano em percentuais.	54
Tabela 4 – VCMH segundo o IESS em percentuais.	56
Tabela 5 – Valores médios, desvio padrão e mediana das diárias relativas a cada evento em mil reais / dia / por ano.	70
Tabela 5.1 – Valores aplicados a Apendicectomi.....	70
Tabela 5.2 – Valores aplicados a Histerectomia	71
Tabela 5.3 – Valores aplicados a Colectistectomia	72
Tabela 5.4 – Valores aplicados ao	73
Tabela 6 – Comparativo percentual das variações dos preços e dos índices.....	74
Tabela 7- A análise estatísticas feito ano a ano, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 e 2006-2010, para cada um dos eventos, estão representadas na tabela a baixo.	74
Tabela 8 - Teste de Mean Whitney aplicado aos eventos estudados.....	75
Tabela 9 - Tabela regressão referente à Apendicectomia.	76
Tabela 9.1 – Correlação aplicada a Apendicectomia.....	76
Tabela 10 - Regressão referente à Histerectomia.	77

Tabela 10.1 Correlação aplicado a Histerectomia	77
Tabela 11 - Regressão referente à Colecistectomia.	78
Tabela 11.1 Correlação aplicado a Colecistectmia	78
Tabela 12 - Regressão referente ao MIX de eventos estudados.	79
Tabela 12.1 Correlação aplicada ao Mix	79
Gráfico 1 – Distribuição de custo / evento	66
Gráfico 2 – Distribuição faixa etária.....	68
Gráfico 3 – Distribuição por operadora.....	69
Gráfico 4 - Variação Mix x IPCA – regressão linear.....	80
Gráfico 5 - Variação Mix x ANS – regressão linear.	81
Gráfico 6 - Variação Mix x VCMH – regressão linear.....	82

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
1.1.1. Problema.....	20
1.2. OBJETIVOS.....	20
1.3. QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS.....	21
1.4. HIPÓTESE.....	21
1.5. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	21
1.5.1 Os atos médicos estudados.....	22
1.5.1.1. Appendicectomy.....	24
1.5.1.2 Histerectomy.....	25
1.5.1.3 Colectomy.....	26
1.5.2 A dinâmica na assistência de saúde atual.....	28
1.6. RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	29
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
2.1. A ORIGEM DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO.....	33
2.2. A ORIGEM DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	35
2.3. A NOVA CONSTITUIÇÃO, A UNIVERSALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE E A SUPLEMENTAÇÃO.....	37
2.4. A EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E A PRESSÃO DO CONSUMO.....	41
2.5. A INFLAÇÃO E A SUA INFLUÊNCIA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	44
2.6. A DEFESA DO CONSUMIDOR E O JUDICIÁRIO INTERFERINDO NO CUSTO DE SAÚDE.....	46
2.7. O PESO DA IDADE E A VARIAÇÃO DE CUSTOS NA SAÚDE.....	47
2.8. DOS ÍNDICES INFLACIONÁRIOS E PADRÃO A SEREM COMPARADOS.....	49
2.8.1 O IPCA.....	50
2.8.2 Variação máxima de reajustes autorizados pela ANS.....	52
2.8.3 – Variação de custos médicos hospitalares - VCMH.....	54
3. METODOLOGIA.....	57
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	57
3.2 O INSTRUMENTAL CONTA MÉDICA.....	57
3.2.1 Honorário médico.....	57
3.2.2 Honorário hospitalar.....	60
3.3. A COLETA DE DADOS.....	61
3.3.1 O sistema de informação.....	61
3.4. TRATAMENTO DOS DADOS.....	62

3.5. O HOSPITAL EM ESTUDO	63
4. DOS DADOS E RESULTADOS.....	66
5. CONCLUSÃO.....	83
5.1. OBSERVAÇÃO FINAL	84
REFERÊNCIAS	85

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde suplementar no Brasil hoje cobre um quinto da população, somando a significativo número de mais de 47 milhões de usuários. O mercado de Saúde Suplementar contava em dezembro de 2011 com 47,6 milhões de vínculos aos planos de assistência médica (ANS março 2012).

O Governo não demonstra intenção ou apresenta uma política de saúde que vislumbre cobrir as necessidades plenas da população, incluindo o mínimo de conforto, dignidade e segurança. Somos hoje 196 milhões de brasileiros cobertos por um fantástico e abrangente plano público de saúde, no que tange a universalização e a cobertura segundo a Constituição Brasileira. Plano este que gera mais de 500 milhões de consultas / ano, com 7,7 internações por 100 habitantes, perfazendo 2 milhões de internações ano, com mais de 300 milhões de exames simples de patologia e 50 milhões de exames de imagem / ano (Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH / SUS, base demográfica IBGE).

Sistema este que apesar de pujante deixou de lado um braço de dignidade com a pessoa humana. Um sistema dos mais completos do mundo, mas que ainda tem graves dificuldades de acessibilidade. Um sistema que tem uma base Constitucional de Direito de Todos e onde o dever do Estado ainda é falho. Um sistema descentralizado, que permita ação imediata do braço público municipal para as maiores, melhores e rápidas respostas, mas que depende de emendas orçamentárias para mobilizar o financiamento do mesmo. Emendas estas que se perdem como muitas obras e equipamentos em pátios país a fora, como se observa em manchetes diárias dos grandes veículos de comunicação.

Um sistema que peca pela pouca capilaridade quando comparado à área de abrangência territorial, o que explica em parte algumas de suas falhas.

Um sistema que ainda esta muito longe de um perfeito referenciamento entre suas unidades, e onde a pluralidade de players envolvidos, sejam eles de esfera Federal, Estadual, ou Municipal, sejam de origens filantrópicas, de negócios ligados aos resultados, de ensino ou não, dão a real dimensão da dificuldade de unificação.

O sistema suplementar mais do que suplementa, complementa e desenvolve a saúde nacional, para uma parte da população hoje coberta por este modelo. Em caso de sua falha ou desaparecimento retornaria com este quarto da população, hoje coberta por esta suplementação, de forma exclusiva ao sistema público.

O crescimento econômico do país aliado a uma maior exigência do usuário reflete uma condição ótima para a expansão deste sistema suplementar e de negócios em saúde. Como todo

negócio precisa ser regulado e avaliado. Precisamos conhecer em que condições esta se desenvolvendo, sob o risco de se perder no propósito de assistir de forma plena a população usuária e se tornar somente um resultado econômico interessante.

Hoje já há uma grande queixa ao tempo de espera por uma marcação de consulta e / ou uma emergência que em alguns casos já chega a 4 h de espera.

Pesquisa divulgada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) aponta que 58% dos usuários têm reclamações contra os planos de saúde. Segundo o levantamento, realizado pelo Datafolha, 26% das reclamações estão relacionadas com a demora no atendimento ou com a fila de espera em prontos-socorros, laboratórios ou em clínicas médicas. Reclamações como o baixo número de médicos, hospitais e laboratórios na rede credenciada atingem 21% dos usuários. A recusa de cobertura ou a restrição de atendimento pelo plano levou 14% dos entrevistados a procurar ajuda médica no Sistema Único de Saúde (SUS).

A demora no atendimento, no entanto, não é a única reclamação dos usuários. De acordo com a pesquisa, 19% dos entrevistados reclamaram da cobrança extra, além da mensalidade, para garantir a realização de consultas, exames ou outros procedimentos.

Apesar de todos os problemas relatados pelos usuários, 76% declararam estar satisfeitos com seu convênio de saúde, sendo que 21% afirmam estar muito satisfeitos e 55% satisfeitos. As melhores avaliações se referem à quantidade de laboratórios (83%) e de médicos (76%).

Já a pior observação é sobre o custo das mensalidades e o número de hospitais disponíveis. O levantamento foi realizado no período de quatro e cinco de abril de 2011, ouviu 2.061 pessoas, distribuídas em 145 municípios e com idades de 16 anos ou mais. Dentre os entrevistados, 26% disseram possuir plano ou seguro saúde, na condição de titulares ou dependentes, compondo amostra final de 545 pessoas. (VEJA Abril 2011)

Apesar da ação da Agência Reguladora de Saúde no que tange a regular e regulamentar este sistema suplementar, utilizando por vezes de modelos impositivos de tomada de decisões, e sempre na busca do maior equilíbrio desse sistema, em especial econômico, estas ações e normas orquestradas, ainda não surtiram seu pleno efeito desejado.

A absorção de novas tecnologias sem a real crítica, a falta de protocolos, o modelo de pagamento dos prestadores aliado ao envelhecimento da população e a irracionalidade do uso dos insumos, gera um percentual de aumento de gastos, não mensurável por nenhum dos índices econômicos em voga no país.

A variação de custos médico e hospitalares é um índice recente utilizado pelo segmento de saúde na tentativa de gerar dados do sistema que possa realmente dimensionar o seu custo e sua variação na unidade de tempo. Dentre algumas fontes o Instituto Estadual de Estudos em

Saúde, avalia e libera com regularidade este índice em uma metodologia própria, desde 2006. Ainda há poucas informações seja em amplitude seja em consistência a este respeito. Ferramentas ainda estão em desenvolvimento para acompanhamento dos custos, gastos e variações dos mesmos na ampla prática de saúde.

Embora nos últimos anos e em especial na última década, um significativo número de trabalhos foi produzido e estão voltados para o estudo da inflação no setor de saúde, ainda hoje não se tem uma uniformidade e clareza sobre o tema.

A organização do setor como um todo pede e carece por índices mais objetivos e de fácil entendimento. Índices esses que possam orientar e provisionar o sistema, diminuindo um de seus pilares de conflito que é a crise do crescente gasto e custos do setor.

Uma maior previsibilidade da real variação dos custos médicos poderá auxiliar no cálculo mais acurado dos prêmios cobrados pelos planos de saúde, tanto para os já existentes, como para os possíveis novos entrantes.

Sem dúvida o desenvolvimento de novos produtos com valores mais acessíveis é uma das formas de permitir e facilitar estes novos entrantes, mantendo a jovialidade da massa assistida, e por que não dizer, diminuindo o número de clientes sobre a estrita responsabilidade do sistema público. Logo o crescimento deste setor suplementar auxilia diretamente o sistema de saúde como um todo, no que tange a diminuir parte da responsabilidade do estado gestor macro da saúde do país. Isto indiretamente é um caminho de financiamento à medida que desonera em parte o Estado na cobertura desta população assistida por um sistema suplementar.

O presente trabalho, através de um estudo retrospectivo e analítico de contas médicas hospitalares ocorridas em um hospital voltado para atendimento de medicina suplementar, localizado na capital do Rio de Janeiro, busca construir através da análise desses dados de 05 anos dos eventos médicos analisados, para uma conclusão e sinalização das nuances desta variação de preços, focado no serviço prestado.

Como objetivo final, este trabalho visa ter algum tipo de resposta à problemática do aumento dos custos médicos, levando-se em conta a prestação do serviço e os valores cobrados por estes clássicos três eventos estudados, que são de alta relevância em ocorrência na prática médica nacional.

1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Neste capítulo são mostrados os questionamentos referência deste problema, bem como as questões a serem respondidas, e os objetivos que se pretendem, além da delimitação do estudo e as possibilidades das conclusões a serem fechadas.

1.1.1. Problema.

Há hoje uma nítida pressão de aumento dos gastos associados aos serviços de saúde. Estes gastos não são previsíveis e muitos fatores exercem de forma direta ou não, imediata ou de longo prazo maior ação sobre o tema.

Um dos desafios do sistema de saúde é seu financiamento. Além de caro a saúde, disputa com outros setores os investimentos ligados ao genérico tema de qualidade e melhoria de condições de vida.

Para que se possa ter uma base mais ampla que auxilie neste processo orçamentário precisamos conhecer quanto custa hoje este serviço, de que forma estes gastos crescem, tanto em proporção quanto em velocidade, e quais os fatores aceleradores ou não que interferem nestes percentuais de gastos.

O trabalho ora apresentado tenta através do estudo de três eventos tradicionais na prática de saúde entender a interferência destes eventos no custo final no processo médico e de saúde.

Busca através deste estudo, conhecer e fazer uma análise mais acurada de índice de inflação médica na visão do provedor, prestador de serviços médicos.

Chamo aqui provedor aquele que prove as condições do atendimento médico, ou seja, um consultório, laboratório, ambulatório ou hospital.

1.2. OBJETIVOS

Avaliar a variação de custos de três procedimentos médicos hospitalares, cobrados por provedor de saúde (hospital) analisando sua variação no tempo.

Comparar a variação destes valores cobrados com índices econômicos inflacionários e com o índice da variação de preços em contratos de planos de saúde liberados pela Agência de Saúde Suplementar.

O objetivo geral será de aprofundar no tema da variação de preços de contas hospitalares ao longo de um intervalo de tempo, para um limitado e definido número de eventos médicos.

Com estes dados em mãos observar a relação desta variação com índices clássicos do setor econômico e de saúde no que tange a inflação, reajustes e variação de custos do setor.

Buscar entender esta variação de valores cobrados, seu entendimento e entender a inflação do setor embutido na variação destas cobranças de contas.

1.3 QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS.

- Como variam, no intervalo de tempo os valores cobrados por eventos médicos tradicionais e comuns da prática médica?
- Que relação guarda esta variação de preços cobrados com os principais índices econômicos de inflação e de reajustes do setor de saúde?
- Após esta análise que conclusões poderemos ter a respeito da variação de preços do setor de saúde e / ou de sua inflação própria?

1.4. HIPÓTESE

Observar se há correlação na variação dos preços cobrados pelos três eventos, quando comparados aos índices econômicos e de variação de preços dos contratos de planos de saúde, regulamentados pela Agência nacional de Saúde.

1.5. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho se propõe a estudar um número definido de atos médico de internação. Estes atos serão cirurgias, ocorridos em uma única estrutura de cunho hospitalar do Rio de Janeiro.

A tradução destes atos no atual modelo de negócio é feito através da construção de uma conta médica que é apresentada para cobrança posterior, para as mais variadas operadoras de planos de saúde, que guardam relações contratuais de prestação de serviços médicos com o hospital.

Estas contas são reflexos de tudo que é utilizado durante o ato médico, materiais, medicamentos e tempo de internação, bem como diagnóstico e práticas de profissionais envolvidos. Cada um destes atos tem um tempo de ocorrência, representado em dias de internação deste ato médico estudado. A análise das contas terá como ponto final um valor dia de internação, para cada um dos três atos previamente definidos, distribuídos ano a ano, do hospital estudado.

A análise de diária e não da conta como um todo visa unificar a base de análise, diminuindo a variação de preço que pode ocorrer relacionado a tomador de serviço médico e ao caso médico em si de maior ou menor gravidade.

1.5.1 Os atos médicos estudados

Foram escolhidos três atos cirúrgicos, tradicionais, que tem alta ocorrência no meio de saúde. Por serem tradicionais de fácil entendimento e domínio de vários e diferentes profissionais e escolas, estando inseridos no mesmo sistema, sofrem as mesmas pressões para sua evolução tecnológica.

Como são atos tradicionais são mais herméticos e fechados. Ao fim e ao cabo pelo seu longo tempo de prática tendo um modelo protocolar embora este modelo não seja formal.

Esses atos são menos sensíveis aos modismos de prescrições de novos medicamentos e ao uso de novos materiais, salvo as evoluções tecnológicas como, por exemplo, a utilização de uma técnica tradicional de acesso cirúrgico de céu aberto por uma nova técnica de vídeo laparoscopia.

Entende-se por vídeo laparoscopia o ato que passa a ser feito de forma minimamente invasiva, através da troca da visão direta do médico operador, pela visão através de uma ótica (escopia). Como resultado final o médico operador não mais tem em suas próprias mãos os órgãos operados. Passando a utilizar-se de uma ótica para ter a visualização, tem também o acesso e a manipulação do campo operatório através de instrumentais próprios como pinças especiais. Nesta técnica não toca o cirurgião o campo com suas próprias mãos, utiliza-se deste instrumental especial para a execução formal do ato operatório.

No acesso ao campo cirúrgico, em média, o profissional troca uma única incisão de grande porte por três ou quatro de pequenos cortes em pontos distantes e muitas vezes mais discretos no abdômen, por onde introduz as óticas e instrumentais especiais. Como resultado final, temos uma cicatrização mais rápida de três pequenos cortes, contra uma cicatrização mais letal e dolorosa de um único corte cirúrgico.

Outro fato relevante é de que como a cirurgia transcorre de forma mais delicada, com menor agressão da cavidade operada a recuperação do pós-operatório é mais rápida, menos dolorosa e permite uma alta hospitalar mais precoce.

Há ainda dúvidas se esta alta precoce se repercute no tempo de licença e afastamento médico. Na média não há grandes variações no retorno as atividades profissionais e físicas quando comparado os grupos de cirurgia convencional a céu aberto e a vide laparoscopia. Do ponto de vista prático as licenças são fornecidas pelo tipo de cirurgia. As cirurgias abdominais tem o período de até 15 dias de licença como aceitável, conforme dados do Ministério do Trabalho.

Por céu aberto ou cirurgia convencional o cirurgião tem toda visualização do campo e controle dos órgãos em suas mãos. Após vencer os tecidos que protegem estes órgãos, ganha a cavidade onde os mesmos estão e através dos movimentos de suas mãos de forma direta, com também visão direta passa a executar o ato operatório. Nesta situação a agressão aos órgãos é maior e se repercute em um pós-operatório mais doloroso e arrastado.

Há de ser observado que para a cirurgia por vídeo laparoscopia a habilidade e especificidade do profissional são, e precisam ser mais acurada. Outro ponto é a necessidade de novas tecnologias onde a ótica e o instrumental utilizado gera ao final uma conta médica de cobrança com maior valor agregado.

Os atos cirúrgicos objeto de nossa pesquisa sofrem os três as mesmas pressões para a sua evolução e / ou escolha da técnica. Estas variáveis estão no campo do tipo de ato se urgência - imediato ou eletivo- programado.

A idade do paciente é um fator preponderante. Se mais jovem, a uma tendência a ser menos agressivo no acesso e neste caso o acesso por vídeo é mais indicado, pois tem menores cortes e cicatrizes. Também o sexo do indivíduo, onde por questões estéticas em saúde gera mais cuidado as cicatrizes em mulheres em relação a homens.

Em casos de grandes complicações onde há suspeição de que o evento será mais complexo opta o profissional pela cirurgia convencional a céu aberto. O ganho no acesso ao campo cirúrgico facilita a decisão e mobilidade da equipe cirúrgica.

Todos os três atos cirúrgicos escolhidos ocorrem na mesma cavidade orgânica, que é o abdômen. Sofreram a mesma pressão para o tipo de acesso e foi uma deliberação do cirurgião no momento do serviço executado.

Pelas características do sistema de informação hoje em uso em especial no hospital estudado, não há como saber quem e em que proporção sofreu este ou aquele tipo técnica cirúrgica. Isto é fato, pois os casos são identificados pela codificação internacional de doença (CID 10), não fazendo menção a técnica ou outra situação salvo os dados epidemiológicos de idade, sexo,

tempo de permanência e o tipo de plano de saúde.

1.5.1.1. Apendicectomy.

O primeiro ato médico escolhido foi de apendicectomy. A apendicectomy consiste em retirada do apêndice. O apêndice vem a ser um terminal apendicular do intestino humano. Sua função é discutida no homem em especial na vida adulta. Na vida infantil tem uma relação rudimentar como sistema imunológico. Sua extirpação não gera nenhum problema evolutivo.

Considerando que o intestino é rico em bactérias que ajudam a digestão e por onde passa diariamente um significativo volume de compostos originários da digestão, as causas mais comuns de doenças do apêndice, estão no campo da inflamação e da infecção, geradas pela obstrução do óstio (orifício) apendicular que o liga ao intestino grosso.

Entende-se por inflamação o processo de organização tecidual desencadeado por uma irritação qualquer, físico, químico ou orgânico, onde por este processo de inflação são gerados calor, rubor (vermelhidão), dor e edema (inchaço). (Robins 2010).

Considerando as características físicas do apêndice, que tem o formato de dedo de luva, com sua base vascular de artéria e nervo contígua pelo sua área de implante no intestino, vemos que o inchaço, além de sua obstrução, pode ser um problema importante. O inchaço pode funcionar como um torniquete, que impede que esta vascularização se faça de forma plena. Este fato pode comprometer a viabilidade do apêndice que passa a entrar em processo de decomposição o que torna obrigatório a sua retirada (exérese).

No caso de decomposição com ruptura do apêndice, material intestinal deletério seja pelas suas características físicas e / ou químicas, ou por presença de bactérias que habitantes comensais de nosso intestino, podem ganhar a parte mais interna do abdômen, desenvolvendo inflamações e infecções no abdômen, reconhecidas medicamente como peritonite.

O termo peritonite se refere à inflamação do peritônio que é face interna do abdômen, normalmente livre de qualquer bactéria. Como complicação gera um problema médico de muito maior repercussão e gravidade. Pode ser uma porta de disseminação infecciosa que ganha requintes de ações em todo o organismo.

Nesse corolário de complicações a perfuração do apêndice, é que gera o desafio médico de abordar o caso médico na sua fase mais precoce antes desta perfuração do apêndice ocorrer. O desafio é a abordagem do maior número de casos de apendicite antes da perfuração do apêndice, mas também sem expor o paciente a uma abordagem cirúrgica desnecessária. Esta

abordagem desnecessária é conhecida em medicina como laparotomia branca, ou seja, cirurgia de abdômen sem que se identifique no ato cirúrgico uma causa definida.

Esta prática em abordagens cirúrgicas de processos abdominais pode ser explicada pelo grande número de possibilidades de doenças que ocorrem no abdômen e podem simular e mimetizar um quadro de apendicite.

A cirurgia em si de cura da apendicite, consiste em isolar o apêndice que se localiza no flanco esquerdo do abdômen, com o devido cuidado de manter o intestino íntegro e posterior exérese (retirada) desse apêndice. Na imensa maioria dos casos é um evento de urgência, sem nenhum grau de previsibilidade de quando ou em quem ocorre. Por ser um evento de urgência é mais susceptível a variações, complicações e a suportes mais complexos no pós-operatório.

Há uma maior tendência deste evento em jovens. Os jovens seriam mais susceptíveis a este processo inflamatório, mas a apendicite pode ocorrer em qualquer faixa etária. Em idosos tem um diagnóstico pouco mais complexo, podendo passar despercebido por mais tempo, gerando com isso maior risco de complicação.

Outro ponto importante é que em idosos há um maior número de etiologias, ou seja, de causas, nos processos de inflação do abdômen. Isto pode aumentar o tempo de reposta no diagnóstico e por consequência as complicações do quadro.

1.5.1.2 Histerectomia.

O segundo ato cirúrgico estudado foi de Histerectomia.

A Histerectomia consiste na exérese = retirada do útero.

O útero é um órgão exclusivamente feminino, ligada à capacidade reprodutora das fêmeas mamíferas.

No caso da espécie humana o útero tem uma dinâmica própria e especial de se preparar mensalmente para receber uma nova vida em um processo cíclico conhecido como ciclo menstrual. Este ciclo, dura em média 30 (trinta) dias.

Através de estímulos hormonais as paredes internas do útero se desenvolvem nos primeiros 10 a 15 dias do ciclo menstrual, passando a ter uma característica própria com um marcado ganho de vasos, que em caso de geração de uma nova vida serão fundamentais para se reorganizar com intuito de nutrir esta nova vida, formando a placenta (Robins 2010).

Vencido este período, caso não haja a fecundação, mais uma vez pelas variações próprias de hormônios no sexo feminino esta parede ao fim do ciclo em mais 10 a 15 dias se desprende em

um fenômeno conhecido como menstruação. A característica deste fenômeno é um sangramento de média intensidade, que dura em média 05 (cinco) dias, e que culmina com a descamação de toda esta parede ora desenvolvida.

O útero na fase infantil é um órgão inerte e sem função, que somente desenvolve suas habilidades através da maturidade hormonal, que ocorre na puberdade.

Definimos puberdade como a passagem de tempo entre a infância e a vida adulta.

Várias doenças podem acometer o útero sendo as mais comuns infecciosas, inflamatórias e os tumores benignos reconhecidos como miomas ou leio miomas. Estes miomas sem dúvida são a maior causa de abordagem cirúrgicas do útero. Por esta característica as histerectomias – retiradas de útero, além de serem eventos exclusivamente de mulheres, ou seja, do sexo feminino, geralmente ocorrem em idade mais avançada embora possa ocorrer em qualquer faixa etária.

O ato cirúrgico da histerectomia consiste em um acesso no abdômen mais baixo, próximo ao púbis que é a região da bacia na transição do osso para o abdômen. Após identificar e isolar o órgão (útero) o ato consiste em sua retirada, total ou parcial. Em nossa análise contemplamos qualquer um destes processos, parcial ou total de retirada, pois do ponto de vista econômico não há variação na conta final do procedimento.

Este ato cirúrgico tem uma leve tendência de ser executado de forma mais tradicional, céu aberto. Isto é justificado por uma adaptação da técnica por vide laparoscopia. Por esta técnica considerando ser o útero um órgão de grande volume, diferente do apêndice e da vesícula biliar, há dificuldades na sua extração através de pequenos orifícios como os utilizados nas cirurgias por vídeo laparoscopia.

Uma adaptação desta técnica é fazer toda a cirurgia por vídeo e extrair o órgão pós-isolado e devidamente clivado, pelo canal vaginal.

Entenda-se canal vaginal o canal que liga o meio externo ao corpo ao útero através da cavidade vaginal. Este fato de manter esta “ligação” direta entre o meio externo e interno é que explica a maior incidência de doença infecciosa no útero.

1.5.1.3 Colectectomia.

O terceiro ato estudado foi de Colectectomia.

A colectectomia consiste na retirada da vesícula biliar.

A vesícula biliar é uma bolsa que retém e concentra a bile, que vem a ser o líquido biológico

produzido pelo fígado, para auxiliar a digestão em especial de gorduras.

A vesícula tem o papel de concentrar a bile, e mantê-la disponível para ser liberada no caso de um estímulo digestivo, como, por exemplo, uma alimentação copiosa e rica em gordura. Para sua fisiologia (funcionamento) a vesícula depende da ação de hormônios liberados pela alimentação. Estes hormônios estimulam sua contração mais ou menos vigorosa, correspondendo a maior ou menor liberação de bile no tubo digestivo. Esta dinâmica gera uma movimentação de contração e relaxamento da vesícula e explica o termo popular de vesícula preguiçosa.

Outro fato relevante é que pelas características da bile, seus compostos podem se fundir em cristais maiores, formando cálculos (pedras) no interior da vesícula. Os cálculos são as principais causas de indicação cirúrgica de vesícula. Gera sintomas de distúrbios digestivos secundários por conta de uma função comprometida da vesícula com cálculo (pedra) em seu interior, além de dor, inflamação e até infecção da vesícula.

Como já descrito a infecção ocorre quando há presença de organismos infecciosos tais como bactérias, vírus ou fungos, e estes podem ganhar a vesícula originados do tubo digestivo.

Os cálculos podem também se movimentar migrando da vesícula para os canais exatores da bile. Em alguns casos estes cálculos podem obstruir estes canais passando a uma complicação que será decorrente desta obstrução através de inflamações e infecções secundárias.

Este processo de obstrução pode se refletir até no pâncreas. O pâncreas é outro órgão do sistema digestivo, mas de características mista. Tanto auxilia na digestão, através de secreção de suco pancreático, quando na secreção de hormônios, como a insulina. A evolução do processo obstrutivo do pâncreas pode desencadear a pancreatite, uma complicação muito mais grave do processo, que consiste na inflamação do pâncreas.

Um grande número de doenças pode acometer a vesícula, seja de características inflamatórias, infecciosas e ou tumoral. Estes tumores podem ser próprios da vesícula, em casos raros, ou contíguos originados de órgão e estruturas próximas da vesícula.

Como dito a causa mais comum de abordagem da vesícula é a presença de cálculos biliares.

O colecistectomia consiste em retirada cirúrgica da vesícula. Pode tanto ter uma abordagem convencional a céu aberto, quanto por vídeo.

Tem prevalência de ocorrência em adultos pelas suas causas.

Não se sabe bem o motivo mais há maior incidência de cálculos de vesículas em mulheres do que em homens, parecendo ser uma associação com causas hormonais. Esta incidência ainda parece estar relacionada a mulheres que já foram mãe (Robins 2010).

O estrogênio e a progesterona são fatores de risco para o desenvolvimento dos cálculos de

colesterol, fato observado pela maior predominância destes em mulheres, na faixa de 15 aos 40, principalmente nas múltiparas (mais de um filho) e naquelas que usam anticoncepcionais. Receptores para estes hormônios já foram identificados na parede da vesícula. Homens que utilizam terapia estrogênica para tratamento do câncer de próstata também estão sob um maior risco. (Tércio et col).

A retirada da vesícula não traz maiores transtornos ao processo digestivo, sendo uma condição comum onde mais de 99% dos casos se adaptam a esta condição sem nenhuma repercussão ou queixa.

1.5.2 A dinâmica na assistência de saúde atual.

Para qualquer um dos eventos médicos estudados observamos hoje que há um maior envolvimento de consultas, especialistas e tecnologia no seu diagnóstico prévio antes do tratamento cirúrgico propriamente dito. O Brasil tem hoje em média oito consultas por ano por clientes assistidos em planos de saúde, com média de 3,2 exames por consulta (ANS 2010).

A OMS preconiza na média geral 3,8 consultas com uma média de 0,8 exames por consulta. (OPAS / OMS 2000).

Como forma comparativa temos que hoje, há uma incidência de mais de 80% de exames de Tomografia computadorizada no diagnóstico pré-operatório de um problema de útero, mesmo que um simples mioma, que é sua principal causa de tratamento cirúrgico. Enquanto no passado se fazia um único ultrassom para confirmar este diagnóstico. Economicamente o valor de Ultrasonografia de abdômen é um quinto de um valor de uma tomografia computadorizada. A tendência de assistência atual é de se fazer uma Ultrasonografia como *escrining* de diagnóstico de dor abdominal e uma tomografia computadorizada de abdômen, em pré-operatórios, confirmando as condições do órgão a ser abordado.

Da mesma forma os casos de apendicite, são sempre precedidos de ao menos uma tomografia quando não uma segunda de controle em 6 a 12 h após. Enquanto no passado antes do advento até do ultrassom o diagnóstico da apendicite era eminentemente clínico, complementado com no máximo uma rotina de quatro incidências radiológicas abdominais = rotina radiológica de abdômen agudo.

O incremento de mais exames e repetição de outros também gera maior custo pelo fato de novas e repetidas consultas, antes da marcação das cirurgias nos casos eletivos e programados.

Também as questões jurídicas interferem neste processo seja para que se cuide mais de uma

documentação de imagem (ultrassonografia ou tomografia computadorizada), comprobatória do caso médico evitando maiores questionamentos posteriores, ou seja, para o aumento da segurança como, por exemplo, o exame de risco cirúrgico.

Mais uma vez a pressão da sociedade mais organizada ou mesmo dos códigos de consumidores pressionam o custo em saúde.

Confirmando a tendência de abuso tecnológico na prática de saúde, incrementada pela falta de processos protocolares. Temos hoje uma incidência que já chega a 100% de testes de AIDS em pré-operatórios, 60% de exames de ecocardiografia e 40% de exames de metabolismo do colesterol. Isto para exames de pré-operatório de foram geral. Alguns protocolos nacionais defendem a necessidade de sempre uma boa história médica e exame clínico acurado no pré-operatório, com exame de radiografia de tórax e Hematócrito só e somente só para casos de cirurgia em adultos jovens com até 38 anos e história médica e exame físico normal (Butter 2005).

Estes fatos com certeza explicam a escalada da variação dos custos médicos, mas não se refletem na cirurgia em si, e sim na assistência como um todo. A cirurgia e a conta médica deste ato cirúrgico compreende tão somente o momento em que o paciente está no quarto até sua alta hospitalar. Os seja, exame de pré-operatório seja este eletivo ou feito no pronto socorro do hospital não são lançados na conta cirúrgica. A conta de pronto socorro é outra e específica conta no pronto socorro.

O trabalho desenvolvido aqui tem como foco somente o ato cirúrgico.

1.6. RELEVÂNCIA DO ESTUDO.

Considerando que o setor de saúde como um todo no Brasil mobilizou 160 bilhões de reais em 2006, o que correspondeu a 8% do PIB. (MIN Saúde / Sec Executiva; SPO/SE Fundo Nacional de Saúde).

Que este setor hoje presta atenção a 196 milhões de pessoas. (IBGE 2011). Que hoje 47 milhões de pessoas são cobertas pelo sistema suplementar, que impacta um valor aproximado de 88 bilhões de reais investido ano com pagamento de contas médicas. Temos a plena relevância do estudo em tela. (ANS 2012)

Considerando ainda que a OMS preconiza que o investimento em saúde fique na casa de 5% do PIB e sabidamente os países desenvolvidos investem mais de 10% de seus PIB nestes serviços. Que em intervalo de 20 anos analisando vinte nações com maior orçamento de saúde apurou-se

que os gastos com saúde mais que dobrou na última década comparado ao PIB destas nações. Considerando que o Sistema de Saúde Suplementar do Brasil em parte auxilia a desonerar a União de assistência médica destes clientes usuário. Que segundo alguns autores caso a clientela de serviço suplementar retornasse de forma exclusiva ao sistema público, poderia gerar uma tamanha distorção com provável colapso na atual estrutura pública de atendimento de saúde hoje existente.

Que embora desonere o sistema público este sistema suplementar é parte integrante do grande sistema de saúde nacional e como tal contribui nos valores investidos como um todo relativos ao PIB.

Que o país hoje investe aproximadamente 3,5% de seu PIB em saúde e que este calor é pouco eficaz para as políticas de saúde necessárias, segundo dados do Ministério da Saúde 2011.

Não há dúvidas que o sistema público brasileiro, representado hoje pelo SUS é um dos mais completos e abrangentes do mundo, mas para o crescimento e necessidades populacionais ainda está muito aquém do que seria necessário, para um atendimento de massa não massificado que vemos em nossos dias. Investindo em 2011 84,03 bilhões de reais em saúde pública (Min Saúde Secretaria Executiva).

Somados a outros 85 bilhões que circulam pelo sistema suplementar em suas despesas, temos a vultosa cifra de mais de 160 bilhões de reais. (ANS 2012)

Há hoje uma falta também de índices próprios do setor, que defina os custos e as variáveis do mesmo. Isto é outro problema que ajuda na carência financeira de uma melhor previsão de gastos e investimentos.

Por consequência o planejamento do setor e a aplicação de recursos, tornam-se complexos, e por vezes espasmódica e pouco eficaz.

É importante ainda frisar que embora grandioso nosso sistema público de saúde ainda carece de uma maior maturidade no que tange ao financiamento. Os 440 reais / vida por anos, é um dos piores índices da América, menor que a Argentina que investe 700 reais / vida e os EUC que investem 2,5 mil dólares ano / vida (MS 2006).

Por questões históricas e próprias do setor, no passado saúde, pecúlio e social dividiam o mesmo orçamento. Fruto de um grande esforço da bancada sanitaria na Constituinte de 1988, hoje temos uma clara definição de que os três ocupam lugar e tem ações distintas. Mas este trabalho que posicionou e diferenciou a atuação de cada um destes setores não definiu suas origens orçamentárias que ficaram para ser definido em lei complementar, pós Constituinte. Leis estas que ainda não foram promulgadas e nem ao menos estão nas pautas políticas.

Assim acredito que quanto mais base exista para definir de que forma, quais fatores, e a que

índices os serviços de saúde variam em seus custos, quando comparados a outros índices inflacionários ou de custo padrão existentes, mas termos condição de predizer e planejar melhores ações, programas e investimentos neste setor.

Considerando que saúde não tem preço, mas custa dinheiro e que precisamos pensar a saúde e definir modelos claros de ação e de financiamento.

Temos como relevante qualquer trabalho que busque entender de forma mais clara as necessidades, os custos e suas variações e tendências, como forma de viabilizar um melhor planejamento orçamentário para o setor.

2. REFERENCIAL TEÓRICO.

O sistema de saúde do Brasil vem ao longo de décadas se desenvolvendo focado e em cópia do modelo de remuneração americano de saúde, o chamado “fee for service”.

Neste modelo de cobrança dos serviços médicos a conta é construída pelo somatório dos mais diferentes tópicos, que se traduzem nos materiais utilizados, medicamentos prescritos e tempo e permanência de internação. Fatores este que estão sob a total interferência do executor do serviço.

Naquele mercado a imensa maioria dos prestadores de serviços médicos trabalha nesta forma de remuneração, ou seja, “fee for service”.

Embora nos últimos vinte anos outros modelos de remuneração já foram testados e aplicados, a maior parte utiliza a prática do pagamento por evento médico.

Os dados daquele mercado mostram que ainda 80% das contas e pagamentos médicos lá ocorridos são remunerados neste modelo “fee for service”, ou seja, pelo ato médico e ato a ato. Na América do Norte a massa ativa da população, está amparada por algum tipo de plano ou seguro médico, ligado a sua carteira de benefícios. Isto se aplica de forma complementar as mais variadas formas de relações trabalhistas.

Em casos especiais através dos Sistemas de Seguros Governamentais seja o Medcaide, e / ou Medicare, também o cidadão fora desse mercado formal de trabalho e sem condições econômicas minimamente aceitas, e / ou os idosos também são amparados através desse braço público.

O mercado de saúde americano mobiliza hoje uma significativa parcela do PIB, as estimativas são de que a saúde consome hoje 12% do PIB Americano. Estas cifras são incrementadas pela máquina de produção e de grande expressão econômica que é a indústria da saúde. Sejam através de novos insumos produzidos, máquinas desenvolvidas, ou de novas instalações de saúde, lançadas anualmente no mercado de consumo daquele país.

Tal como em todo mundo há também no mercado americano um desequilíbrio entre custo e financiamento da saúde. Isto expresso hoje tanto pelas condições, quanto pelo valor, ou mesmo pela qualidade dos serviços prestados. Já há um grande questionamento da população usuária local quanto a qualidade percebida do serviço ofertado em saúde. Novas propostas de reforma do sistema batem as portas do congresso americano. Todas na busca de novos horizontes de financiamento para o setor de saúde.

Desde o Governo Clinton há uma tentativa de mudança no sistema de saúde, com a busca de novos agentes financiadores deste sistema. Ao término do atual governo, Obama tenta uma

nova mudança neste sistema junto ao Congresso americano.

A remuneração “fee for service” se estrutura pela apresentação de contas definidas e fechadas de cada caso médico atendido, ou seja, pagamento por serviços prestados. Esta situação cria uma grande distorção seja pela falta de previsibilidade de quanto poderá custar um serviço ocorrido, seja pelo fato de que o executor do serviço pode interferir diretamente no resultado final desta conta.

Este é um fator ímpar na economia de escala e somente ocorre na saúde, onde este modelo de pagamento se impõe. O executor acaba ao final do processo participando de forma direta no custo final do evento na cadeia de produção do sistema de saúde.

2.1. A ORIGEM DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO.

O atual sistema público brasileiro teve origem na grande reforma do sistema de previdência, ainda no governo Getúlio Vargas, e concretizado nos primeiros anos do regime militar.

Naquele momento houve a fusão de vários Institutos previdenciários isolados e independentes em um único sistema governamental e público.

Aqueles institutos eram frutos de movimentações isoladas de castas profissionais mais organizadas. Muitas destas com origem em empresas multinacionais, que já apresentavam um nível de evolução social em seu país de origem, ainda não existente no Brasil de 1930. Como exemplo, a empresa de transporte ferroviário e a LIGHT, de energia elétrica, ambas de origem inglesa.

Estas empresas buscavam através de seus próprios institutos de previdência, amparar o empregado no momento de sua aposentadoria.

O financiamento deste sistema era gerado pelo somatório de uma participação pecuniária da própria empresa e do trabalhador individual, garantindo um fundo que sustentaria a massa de aposentados.

No entanto a pressão destas castas obrigou que os então Institutos de Previdência ampliassem suas funções em um braço ligado a assistência de saúde fechado e próprio, para este grupo.

Algumas destas castas dimensionavam este sistema inclusive com estruturas hospitalares próprios, como o caso dos Marítimos, Servidores Públicos, IAPETEC e IAPI.

Outras dimensionavam serviços básicos como ambulatórios voltados ao público interno e /ou externo – dependentes.

Este nível de organização era excludente, pois grupos profissionais de menor número ou menos organizavam não se beneficiavam deste sistema.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), autarquia governamental é criado em meados de 30, originado da fusão de vários outros pequenos institutos previdenciários privados. Evolutivamente este caminha para Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Assume assim de forma mais ampla todos os serviços de seus institutos de origem, previdência e a saúde. Absorve com isto as suas estruturas físicas hospitalares e ambulatoriais. Esta dinâmica explica concentração de Hospitais públicos em grandes centros urbanos. O antigo Estado do Rio de Janeiro, então Capital Federal, tem um grande reflexo deste movimento, gerado pela origem e sede destas empresas, na então capital federal.

Na década de 80 o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) é criado, delegando aos Estados da Federação a responsabilidade da ação de saúde, através de uma política central emanada pelo Ministério da Saúde, e de uma transferência orçamentária da Federação.

Bem antes da Constituição de 88, já havia uma postura de universalização de cobertura no sistema público nacional, isto fruto de pressão sanitaria e das universidades nacionais. (Souza 2002).

A fusão de estruturas organizadas e bem dimensionadas com novos entrantes, desorganizados e sem nenhuma expressão em e com serviços de saúde, fez com que de súbito houvesse um desequilíbrio entre oferta e procura de leitos. Este é um marco da saúde nacional, as filas de atendimentos.

O sistema público de atendimento médico abriu mão de contratação de leitos privados para suprir a necessidade de internação desses usuários públicos. Instituiu-se então, naquele momento, uma tabela de honorários e pagamentos, que remunerava o sistema de credenciamento através do ato e execução de serviços de cada atendimento feito, imagem e semelhança do sistema americano. Esta é a origem das contas médicas no sistema de saúde nacional.

De acordo com os dados estatísticos do Ministério da Saúde, aproximadamente 70% dos hospitais brasileiros são privados, o que perfaz cerca de cinco mil hospitais, Veloso e Malik (2010).

2.2. A ORIGEM DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE BRASILEIRO.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde gerava uma significativa perda de tempo do usuário. No que tange ao trabalhador formal de trabalho isto representava a perda de horas de produção. O somatório destas horas perdidas geraram incômodos ao sistema de produção como um todo.

Evolutivamente, já na década de 60 há um agravamento da crise de saúde, no que tange ao desequilíbrio entre oferta e necessidade de serviços para suprir as demandas. Deliberou então o Governo Gestor da época pela entrega de parte desta responsabilidade de atendimento médico a organizações privadas, mediante contratos específicos, fechados para grupos de vidas e empresas. Deu-se início a um novo modelo de negócio em saúde, que se entende hoje por sistema privado de planos de saúde.

Nasce no seio da produção brasileira á época, no ABC paulista a primeira policlínica de atendimento voltada a um grupo seletivo e fechado de usuários.

A função desta policlínica era de um atendimento direcionado a um grupo fechado e previamente selecionado de trabalhadores e seus dependentes, no que tange aos processos menos complexos de saúde e, por conseguinte mais comuns.

Assim com este acesso garantido, o tempo de atendimento era encurtando gerando economia de escala, nas horas perdidas da mão de obra em espera pelo serviço de saúde.

Este processo era financiado pelo Estado, através de benefícios dos descontos formais pecuniários e impostos tanto as empresas quanto aos trabalhadores. Por outro lado através de uma identificação do documento de trabalho, desonerava o sistema público no atendimento deste grupo.

Estava assim lançado o embrião do que hoje entendemos como plano de saúde. Organizado para solução e não como culpado da crise institucional de saúde como hoje é defendido por muitos autores.

O sistema se organizou através de redes de atendimentos, sempre voltada para grupos fechados de vidas / empresas. Estruturas de atendimento com consultórios, médicos, laboratórios e até hospitais, sempre próprios do negócio, ou seja, rede própria.

O modelo era sempre respaldado por um contrato coletivo intermediado por empresas. Esta atividade visava tão somente o baixo custo do atendimento, e tinha como meta naquele momento desafogar de certa forma as imensas filas geradas por grande demanda reprimida e desequilíbrio entre oferta e procura de serviços médicos existentes.

Nos casos de alta complexidade, através de referência e contra referência, ainda utilizava o

cliente cidadão o sistema público, quase que de forma exclusiva pra esta alta complexidade. A marca deste sistema “suplementar” da época era de suporte para a baixa complexidade.

Entende-se aqui os conflitos ainda hoje observados entre o sistema universal público e o suplementar privado suplementar.

Rapidamente se vislumbrou um promissor mercado de novos negócios, o negócio de saúde privada antes não explorado no Brasil. Houve um vertiginoso crescimento do número de usuário, reflexo de uma maior e melhor estruturação empresarial nacional. Através da criação de novos postos de trabalho, em muito aumentando a demanda do sistema.

Este mercado foi também alimentado pelo acelerado crescimento demográfico populacional. Com as novas indústrias e empresas de grande porte se realocando em novas áreas do país, caminhando para mais distantes dos então centros urbanos da época, houve rapidamente a necessidade de expansão e abrangência de ação geográfica desta rede médica.

Como solução este modelo partiu para novos e maiores serviços médico. O que era um modelo focado em estrutura própria, geralmente demandado por pagamento de salário aos profissionais de saúde envolvidos, rapidamente se ampliou para contratação de serviços terceirizados em um modelo específico de remuneração, o pagamento por evento. Modelo este que através da utilização de tabelas de honorários visava o pagamento de cada evento médico isolado = “fee for service”. Privilegia-se assim o volume de produção e não o resultado do produzido.

Já na década de 70 esta prática de serviços médicos tem uma enorme demanda, gerada pelo crescimento de classes dominantes que insatisfeita pela dificuldade de conseguir atendimento e acompanhamento médico busca um maior grau de liberdade, conforto e qualidade nesse seu atendimento. Inicia-se assim a cobertura de contratos individuais e não mais coletivos como até então.

Os limites da contratação desses novos serviços médicos ultrapassam as organizações de trabalhadores formais. A partir de então ganha ares de suplementar ao sistema público vigente, na busca de maiores opções, agilidade e mesmo conforto. Isto é claro associado a uma profissionalização desse modelo de plano de saúde suplementar. Rapidamente evolui para oferta desses planos de saúde a nível individual, ou seja, fugindo totalmente ao desenho inicial de coletivo com uma vinculação formal ao trabalho, como no seu início. Cria-se um produto “sonho de consumo” da imensa maioria da população que passa a enxergar no plano de saúde uma solução para as intermináveis filas de espera de atendimento do sistema público então oferecido e a solução de suas demandas e angústias médicas. Pelo menos assim espera o cliente usuário. (Veja 1998)

O resultado final é que hoje o sistema de saúde brasileiro pode ser descrito, em linhas gerais,

pelo convívio de um sistema de saúde público e um mercado privado de saúde.

O sistema de saúde público representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente de bens de saúde para a população, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado, conforme apontam Farias e Melamed (2003).

É claro que em termos absolutos o SUS é enorme. Tem, no entanto um déficit significativo de oferta perante a imensa demanda de nosso continental país.

A contratação coletiva de plano de saúde suplementar em geral está relacionada ao mercado de trabalho formal. Este segmento está focado no contrato de pessoas jurídicas, diferentemente do mercado individual, no qual os contratantes são pessoas físicas (LEAL e MATOS, 2007).

Os planos de saúde constituem no Brasil uma importante via de atendimento ao cidadão, tendo em vista que atualmente cerca da quarta parte da população (47 milhões de pessoas) são usuárias deste sistema, estando associado a algum tipo de plano, conforme informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS (2007).

Ao longo dos últimos anos, o número de beneficiários de planos de saúde cresceu significativamente, apresentando uma distinção marcante quanto ao tipo de contratação, que pode ser individual/familiar (doravante individual) ou coletiva, esta última com participação e crescimento mais significativos (ANS, 2007).

2.3. A NOVA CONSTITUIÇÃO, A UNIVERSALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE E A SUPLEMENTAÇÃO.

A Constituição de 1988 organiza, ou melhor, constitucionaliza de forma imperiosa a máxima de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

Este é mais uma diferença do Sistema Americano de Saúde, onde lá o Governo define políticas e modelos de cobertura, mas não é em última análise o mandatário do sistema como no Brasil.

Já no mercado Nacional Brasileiro há alguns nuances e diferenças nesta estruturação. Além da Constituição, que define saúde como direito de todos e dever do Estado. O Brasil possui um sistema de saúde de financiamento público, de acesso universal e gratuito, como descreve D'Ávila Viana (2007). Logo ao registro de nascido o cidadão brasileiro independente de classe social ou local de nascimento torna-se um segurado deste sistema público. É claro que o desafio

é operacionalizar esta situação. Uma das formas de fazê-lo é estruturar um sistema de atendimento de grande abrangência territorial. Contrapõe-se a isto, como grande dificuldade a própria dimensão territorial.

Outro fator de grande relevância é o financiamento do sistema. Pelas suas origens saúde, previdência e o social sempre dividiram o mesmo orçamento.

Na década de 70 com um Ministério dedicado a Previdência Social, o grande financiador dos três sistemas que era a arrecadação patronal e funcional passa a ser destinado para esta e somente esta condição previdenciária. Logo saúde e social passam a competir por novas fontes orçamentárias. Para que não reste dúvida a Constituição de 1988 define de forma clara que saúde e social tem campos diferentes de ação. Este trabalho é reflexo de uma ação contundente da bancada sanitarista à época. Mas embora defina as ações e responsabilidades, este processo não definiu a fonte orçamentária, que ainda hoje depende de lei complementar que não evoluiu no Congresso 24 anos após a Constituição.

Várias soluções temporárias foram desenvolvidas com a criação da CPMF, imposto que buscava financiar a saúde. Porém em síntese este nunca foi utilizado exclusivamente para tal.

De outra forma a lei de responsabilidade fiscal procura dimensionar nos Estados da União um percentual mínimo de investimentos em saúde. Mas como não há uma definição clara de o que é investimento em saúde, esta falha, gera margem a investimento de maior peso eleitoral como creches, praças e estruturas esportivas, em um viés de que isto indiretamente gera saúde.

De outra forma a mesma Constituição que Universaliza a atenção à saúde, também garante a exploração dos serviços médicos suplementares a iniciativa privada.

Para regular este processo dispõe a Constituição dos Instrumentos de criação de Agencia Reguladora.

Na segunda metade da década de 90, um novo marco no segmento saúde ocorre, com a lei 9656, a lei dos planos de saúde, que visa iniciar o processo de regulamentação deste setor. Esta lei vem em sequencia ao que descreve na Constituição como sendo prática médica regulamentada e definida como saúde suplementar e não a execução dos serviços de saúde. Complementa-se o sistema e o setor com a criação de sua agencia reguladora dedicada ao sistema de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de lei específica.

A regulamentação do mercado dos planos de saúde trouxe a necessidade destas empresas de reverem sua atuação em seus negócios originais (de saúde), em vez de obterem sua lucratividade no mercado financeiro (Veloso e Malik 2010).

Passa a Agência, amparada por suplementos jurídicos, a interferir no modelo, na busca de maiores e mais abrangentes normativas, que vão desde uma análise financeira setorial,

incluindo liberação por decreto de índices de reajustes anuais dos planos de saúde, até as definições de cobertura e aspectos próprio do setor.

Como primeira medida orienta a Agência a organização contratual do sistema no que hoje se entende em cinco possibilidades. Plano ambulatorial, Plano internação com ou sem parto, Plano referencia (cobre internação e ambulatório) tendo como variável a cobertura ou não para parto. (ANS 1900)

Como segundo passo legisla a Agência na organização de um contrato padrão, onde se define as coberturas e direitos, carências e orientações gerais. Este reconhecido como o marco zero da regulamentação. Passamos a ter então duas realidades. Planos com contratos novos e ou adaptados à regulamentação, e Planos antigos e não regulamentados. Isto confere hoje ainda um resíduo de aproximadamente seis milhões de usuários que relutam em migrar para um novo contrato por conta de um maior valor pecuniário do prêmio / mensalidade envolvida. (ANS 2007).

A adaptação dos planos às novas regras ainda não se deu em toda a sua necessidade. (Bahia 2001). Ainda hoje 8% da carteira de saúde suplementar esta em um modelo não regulamentado, com contratos anteriores a lei 9656. (ANS 2012).

Um dos grandes desafios na gestão de um plano privado de assistência médico-hospitalar sempre foi o manejo dos eventos mórbidos que resultam em gastos elevados. Até a promulgação da Lei 9.656 os planos reduziam risco que esses eventos representavam, limitando a cobertura de dias de internação (em especial em terapia intensiva de alto custo). Também exames de alto custo eram limitados. Por vezes alguns contratos tinham exclusão de cobertura de determinadas afecções, o que hoje é proibido pela legislação em vigor, Kanamura e D'Ávila Viana (2007). A organização contratual formal e regulada pela Agência impede esta prática na atualidade.

No que tange a revisão de valores dos contratos em vigor e regulamentados, a Agência interfere nos e somente nos contratos individuais.

Os planos coletivos, amparados pela mesma lei, não sofrem influencia de reajuste pelos índices da Agência nacional de Saúde. Os reajustes destes planos passam pela livre negociação entre as empresas que congregam e representam a coletividade dos clientes e a Operadora contratada. Esta negociação busca o equilíbrio financeiro de cada carteira de cliente coletivo. Este índice de reajuste negociado é reflexo da relação entre capital pago como prêmio e contas médicas pagas decorrentes da utilização destes clientes usuários, através da análise da sinistralidade, ou seja, da relação percentual entre gastos e arrecadação. Em uma base e análise histórica a variação dos planos coletivos está muito mais próxima de uma cesta de variação do setor de saúde do que a

variação do plano individual. O reajuste os planos coletivo reflete de forma direta o que representa a Variação de Custos Médicos Hospitalares.

As bases, na construção do índice anual de reajustes hoje, passa pela variação média dos preços dos contratos coletivos.

Observado que os contratos coletivos variam seus preços na recomposição ano do equilíbrio entre receita e despesa. Se a receita é definida pelos prêmios / mensalidades pagas, e a despesa tem o gasto por uso = sinistro, a variação médica de reajustes destes contratos coletivos em última análise reflete a variação direta do uso, ou seja, a variação dos custos em saúde, no que tange frequência e variação de preços dos serviços médicos.

Hoje a própria Agência Nacional de Saúde usa destes índices médios de negociação de planos coletivos para gerar o índice de reajuste de plano individual.

Os dois tipos de contratação também apresentam diferenciação relevante na regulação econômica dos planos de saúde. Existe uma dinâmica diferenciada em cada um desses mercados. No universo dos planos individuais, há uma tendência de que o poder de barganha e negociação dos beneficiários seja inferior ao dos planos coletivos, nos quais a negociação é feita através de um representante de uma pessoa jurídica contratante, que na essência representa um grupo, uma massa de vidas. Assim é que se justifica uma ação menos intensa por parte do poder público para os planos coletivos, que possuem, por exemplo, reajustes de preços livres. Para os planos individuais, por sua vez, a ANS define um percentual máximo de reajuste anual com base na evolução dos reajustes do mercado coletivo.

Essa diferenciação de amplitude e intensidade de ação e regulação, no que tange a reajustes, bem como da evolução de beneficiários, suscita a importância da avaliação comparativa entre os tipos de contratação, Leal e Matos (2009).

Nos primeiros anos de ação da Agência Nacional de Saúde os índices de reajustes liberados estavam fora de qualquer base de cálculos, podendo ser definindo de ajustes para organizar e equilibrar melhor as condições econômicas próprias do setor. Tinham a intenção de imposição e não de base de estudo do mercado. Sempre com uma tendência corporativa ora ao cliente e ora sistema.

Busca a Agência Nacional de Saúde a adequar os valores e reajustes ao equilíbrio de uma variação de preços própria do setor aliado a uma visão corporativa que não inviabilize o acesso e a manutenção do cliente ao sistema. Com isto tem-se historicamente o primeiro índice de variação de preços do mercado de saúde, formado pelo somatório dos índices dos reajustes do plano individual, decretado pela Agência ano a ano. É importante frisar que por questões corporativas estes índices de reajustes decretados pela ANS estão muito mais próximos de uma

variação de índices econômico, do que de uma análise financeira própria do setor, até por falta dessa análise naquele momento.

Atualmente a regulação tem evoluído no sentido de consolidar os avanços realizados na área de controle e análise da saúde financeira das empresas operadoras de saúde, bem como fortalecer os aspectos técnico-assistenciais e estimular a livre concorrência entre estas operadoras. Essa tendência de reforço dos aspectos técnicos da regulação e da concorrência se verifica em Ramalho (2009, p. 59) e, particularmente no setor saúde, em Santos (2007).

Ainda no campo da regulamentação dos planos de saúde, passa a Agência Nacional de Saúde a interferir no modelo em intervalos cíclicos propondo maiores e mais amplas coberturas, através das revisões do rol de procedimentos cobertos. Este fato ocorre sem fornecer à contra partida pecuniária para os já participantes, somente permitindo que isto ocorra aos novos entrantes.

Embora esta proposta pretenda de certa forma propor que novas tecnologias e tipos de tratamentos sejam inseridos como cobertos, não há uma discussão mais ampla sobre os protocolos e os modelos de indicação. Isto fica a critério do médico executor, defendido como prática livre do profissional. Porém, em nosso meio e da forma como hoje, está desenhado este modelo este processo fica falho e não completo. Como já advogado está mais que na hora da Agência concentrar seus esforços nas grandes discussões de protocolos, e prática médica, incluindo os limites, vantagens e desvantagens de cada metodologia aplicada, seja no tratamento, seja na investigação, seja em uma nova tecnologia. Câmaras técnicas e reguladoras precisam ser organizadas, com grandes pensadores e doutores da saúde na busca desta discussão protocolar.

2.4. A EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E A PRESSÃO DO CONSUMO.

As mudanças geo política internacionais, aliado ao estreitamento de relações comerciais do mundo, geram uma grande velocidade da difusão de novas ideias e tecnologias. Aplicativos e novos dispositivos tecnológicos chegam ao mercado como um todo, e não poderia ser diferente com o mercado de saúde. Estes novos dispositivos e tecnologias ganham o mercado tanto em número quanto em volume, rapidamente disponíveis para o acesso do usuário. Ao cair das barreiras geográficas e das distâncias entre os grandes centros de excelência de pesquisa e desenvolvimento, e o mercado de consumo, esta velocidade passa a ser quase que instantânea. A globalização também foi patente na saúde.

Essas novidades passam a praticamente frequentar e estar presentes em todos os locais e cada vez mais próximos da periferia, em especial onde está o usuário, seja ele o profissional de saúde seja ele o cliente, o real utilizador deste sistema. A difusão destes novos conhecimentos adquire proporções marcantes. Hoje, as descobertas de um lado do planeta são divulgadas em questões de horas, quase em tempo real a todos os continentes. O também maior poder de informação e de crítica da população atua diretamente para que em questões de semanas e mesmo de dias sejam geradas demandas para “estas novidades”. Questionamentos da população usuária sobre o uso desta ou daquela tecnologia no seu processo de acompanhamento ou tratamento de doença são corriqueiras nos dias de hoje. Estabelece-se a partir de então um novo e promissor canal de consumo, através de absorção de tecnologia sem a maior e mais profunda análise crítica, em especial se a nova tecnologia é substitutiva ou complementar a uma antiga tecnologia.

Esta demanda gera uma pressão pelo uso indiscriminado e é mais um fator de desequilíbrio econômico no sistema de saúde. Perde-se a racionalidade no uso destes insumos em especial ligados a estas novas tecnologias. Um inquérito realizado pelo Colégio Americano de Cirurgiões entre 16.000 de seus membros, revelava que cerca de metade dos exames solicitados eram reconhecidamente dispensáveis, porém foram feitos como autoproteção do médico contra possíveis processos de má prática. (Resende 2002).

Um mundo sem doenças parece mais próximo, mas a que custo? Weinstein&Stason (1977) afirmam: “Agora é quase universal a crença de que recursos disponíveis para cuidados à saúde são limitados. Esse fato não era, talvez, perceptível há poucas décadas, antes da difusão do seguro saúde e da proliferação da tecnologia médica que se tem hoje”.

Se por um lado a situação do pagador, aqui definido como operadora de plano de saúde se agravou por conta da perda do ganho financeiro, por outro, neste modelo de pagamento por evento acaba sendo a “tábua de salvação” para o prestador de serviço. Esse prestador passa através de incremento de dispositivos de atenção de saúde, utilizando de novos materiais e medicamentos, desta nova tecnologia absorvida sem críticas justificável por serem tão somente “mais modernas”, a gerar um custo mais elevado na conta apresentada pelo atendimento médico.

A conta do evento médico é composta pelo somatório de tudo que é utilizado pelo cliente no momento do atendimento. Portanto, quanto menor for o critério de utilização, maior será o benefício econômico de quem recebe a conta. Em cadeia isto acaba se refletindo até o indivíduo final, ou seja, o médico. Neste modelo de prática médica há uma nítida pressão de mercado, no que tange a produção em indicar eventos médicos de forma mais abreviada em data de

ocorrência, ou seja, ocorrer mais cedo e anteriormente do que poderia realmente acontecer, quanto também passam a uma maior frequência de ocorrência, por indicações menos precisas e mais flexíveis dos critérios de suas indicações.

Aliado a isto, novas e mais complexas técnicas também são aplicadas, mesmo para casos mais simples. Técnicas estas que, e mais rebuscadas em detalhes, representam sempre maiores gastos. O resultado final desta mudança de postura técnica é um maior número de eventos que somado gerarão uma conta maior, de maior valor econômico final. Há interferência direta na frequência de eventos na unidade de tempo. Logo, neste modelo, a prática e as questões econômicas pressionam o executor do serviço a gerar maior gasto! Isto aliado à sensação do cliente usuário de que usando de novas tecnologias ou de uma maior frequência destas estaria fazendo um melhor tratamento, o que sem dúvida não é uma verdade. Este modelo pressiona a empresa operadora de saúde a liberar os eventos e o uso de tecnologia com grande dificuldade, e pouco questionamento técnico mais amplo. Dados SIB/ANS/MS de 2012, mostram crescimento de 20% em números absolutos de consultas médicas no Sistema Suplementar de Saúde.

Para a análise da evolução dos custos assistenciais em saúde, uma relevante diferenciação é a separação em seus dois componentes, a variação dos valores médios e a variação das quantidades e frequência de uso. A variação dos valores médios (custos unitários) representa o aumento dos preços dos insumos (*Proxy da inflação*) e o aumento da incorporação tecnológica cumulativa do setor. A variação das quantidades (frequência de utilização), por sua vez, pode ser associada aos argumentos da ampliação do cuidado com a saúde e do envelhecimento da população, Leal e Matos (2009).

Segundo Lima e Lima (1998), alguns dos principais problemas das organizações de saúde são a ineficiência e os custos crescentes. Assim, torna-se essencial o aprimoramento da gestão hospitalar, para a administração de custos e eficiência na prestação de serviços de saúde, envolvendo aspectos como sistemas de informação, otimização das aquisições de insumos e controles de custos e de qualidade Medice e Marques (1996), Leal e Matos (2009).

A absorção destas novas tecnologias e novos eventos introduzidos deve ser precedida de uma discussão a luz de novos valores e ganhos relativos às antigas tecnologias. Mas deve também ser complementada definindo se possível quando, onde e de que forma esta nova tecnologia se aplica ou substitui a antiga.

A pura e simples chegada e divulgação desta nova tecnologia, per si provoca uma pressão de utilização e de custo nos antigos clientes. Este não era previsível e calculada no prêmio destes já clientes, pelos atuariais das operadoras de saúde, quando de sua precificação inicial na

assinatura dos contratos. Sendo assim ao longo do tempo é mais um fator de distorção entre utilização com esta quebra de regra.

2.5. A INFLAÇÃO E A SUA INFLUENECIA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Passado o milagre econômico e por muitos até pressionado pelo volume de frentes de obras de infraestrutura e de grande porte sem as devidas preocupações com o equilíbrio monetário e fiscal das contas públicas advém à pressão inflacionária.

Durante mais de 20 anos esta condição econômica imperou no mercado interno. Esta ciranda inflacionária permitiu e criou uma geração de recursos financeiros extras, que funcionavam com reforço de caixa, que durante todos estes 20 anos facilitaram o equilíbrio econômico do sistema suplementar de saúde de planos de saúde.

Neste sistema o prêmio é arrecadado no tempo zero para utilização posterior. Da mesma forma o pagamento dos eventos, representados pelos sinistros somente ocorrem em média 60 dias após a execução do serviço prestado. Se computado os 30 dias de antecipação do prêmio temos um tempo de até 90 dias entre receber o prêmio ou cota de pagamento e quitar as contas médicas, e sinistros. Logo esta condição cronológica em muito beneficia (ou) as operadoras de plano de saúde em especial no momento de um mercado econômico com de alta inflação como foi o nosso. Este foi à propulsão do negócio de planos de saúde, a ciranda financeira.

Embora o modelo de pagamento por evento (fee for service) gere uma série de distorções no acompanhamento do custo final do tratamento de cada participante, a condição inflacionária econômica em muito alavancou e amenizou este impacto econômico, permitindo um equilíbrio financeiro desse sistema de saúde suplementar. O benefício cronológico entre o recebimento do capital e a data de pagamento da conta hospitalar, gerou um conforto de grande expressão para as empresas que operavam com planos de saúde. Esta condição inflacionária funcionou como um amortecedor econômico, um protetor do sistema, que ao atrasar em alguns dias o pagamento reconhecidamente devido pelo plano de saúde, a rede credenciada, produzia um capital fictício de entrada de valores que não eram oriundos de recebimento de prêmios e sim de um ganho financeiro.

Por similaridade as empresa de planos de saúde em muito se assemelhavam a empresas financeiras e de visão econômica. Durante ao menos duas décadas deixaram as empresas de

saúde complementar de estudar o modelo de saúde, de mapear as características epidemiológicas da população usuária, ou seja, de atuar como empresas de saúde. Não preconizaram a criação de normas e nem fomentaram protocolos de atendimento ao longo de todo este tempo. Limitavam-se estas operadoras a credenciar estruturas, oferecendo facilidade de acesso e vender sempre, maior número de planos possíveis. Arrecadando capital na frente e pagando posteriormente os eventos gerando um ganho deste capital oriundo de vultosas aplicações no mercado financeiro, facilmente entendido em um modelo inflacionário que chegou a mais de 50% ao mês. (Portal Brasil 2012). Foram as empresas de plano de saúde, por mais de 20 (vinte) anos modelos plenos de estruturas financeiras e não de saúde, deixando perdido uma série de informações medicas relevantes e se concentrando no ganho de capital financeiro.

Esse ganho financeiro gerado pela ciranda financeira inflacionária, durante mais de duas décadas complementou o caixa e os valores necessários para suprir as necessidades econômicas deste sistema de saúde complementar.

Esta prerrogativa mercadológica não foi exclusividade da área de saúde. Nas grandes redes de varejo ocorria o mesmo, onde a compra do produto vendável para amanhã sofria reajustes diário e em frequência maior que um.

A partir dos anos 1990 finalmente passa a economia nacional por uma reestruturação profunda com a busca do equilíbrio monetário. Planos econômicos foram impostos e tentados. Todos tendo como ideia final o combate à inflação.

Após várias tentativas um rígido programa de reorganização do sistema financeiro passou a imperar, gerando como resultado final a estabilidade econômica e o fim deste perverso modelo inflacionário. Não há dúvida que questões culturais são fundamentais para consolidar estes novos fundamentos econômicos, mas de imediato estas mudanças trazem uma súbita sensação de maior valor da moeda.

Com esta nova ordem monetária todos sem exceção, tanto indivíduos pessoas físicas quanto as empresas, pessoas jurídicas, precisam se readaptar e se adequar a este novo modelo e ordem econômica. Os ganhos e os orçamentos precisam e passam a ser mera e puramente advindo do esforço e do trabalho, das transações e negociações comerciais, dos resultados da operação e não mais da ciranda financeira. Nesta ótica, mesmo com a facilidade cronológica do sistema complementar de saúde, a receita representada pelo valor arrecadado com os prêmios dos planos vendidos e ativos, passa a ser ela, e somente ela, a responsável para gerar o caixa das obrigações destas operadoras, em especial o sinistro gerado pela utilização. Passa então a operadora a planejar um modelo de gestão de recursos e de análise epidemiológica, descartando o papel de instituição financeira assumido pelas operadoras de saúde até então.

Num curto espaço de tempo, o horizonte competitivo mudou radicalmente e as empresas necessitam, sob risco, de desaparecimento do mercado, adaptar-se à nova realidade.

Por questões de sobrevivência, o setor se vê obrigado a elevar o nível de profissionalização, que vai desde a regulamentação do setor, com a instituição das regras até a necessidade de desenvolvimento do negócio da indústria – A Saúde. (GAMA, Marcia 2006).

Até esta reorganização passou o sistema suplementar nacional por uma profunda onda de mudanças. Um modelo que atraia novos players com a Cigna. A parceria com a Golden Cross, cuja gestão assumiu em 1997, se desfaz, como descrito à reportagem Revista Veja 1999. “A Unimed São Paulo chegou ao fundo do poço”. “Esconde até a aeronave para fugir dos cobradores”, reportagem Veja outubro 2001.

As empresas de plano de saúde se modificam e se reestruturam para honrar seus compromissos e assistir seus clientes, preocupadas com o valor final da conta, com a sinistralidade, com o desequilíbrio entre valores recebidos em contra partida a contas médicas a serem pagas. Novas práticas e controles são impostos neste sistema de saúde. Logo clientes especiais com boas práticas de vida e hábitos saudáveis passam a ser o foco para novas vendas.

Recuperar mera e simplesmente a saúde de um cliente não basta. É preciso afastá-lo dos riscos de uma recaída de uma nova doença. Além do diagnóstico é imperioso que o cliente se trate como forma de evitar estas recaídas e progressão das doenças e suas complicações. Passa-se a ter uma visão mais holística do cliente incluindo o acesso a medicamentos e cuidados pós-alta. Programas especiais são criados para diminuir as complicações e agravos de saúde. O detalhe da assistência passa a ter mais relevância e busca-se também identificar o executor mais hábil, mais racional no uso dos insumos, e acima de tudo eficaz. O desafio é a busca de melhores resultados, que recupere o cliente paciente o mais rapidamente possível, entendendo-se recuperação o seu pleno retorno a sua estação de trabalho produzindo e somando esforços para o resultado final de sua empresa e de seu esforço.

2.6. A DEFESA DO COSNUMIDOR E O JUDICIÁRIO INTERFERINDO NO CUSTO DE SAÚDE.

A sociedade como um todo, também evoluiu e muito nos últimos 40 anos. Um marco desta evolução, em especial no campo de serviços e consumo, no mercado nacional foi à criação do código de defesa do consumidor. A maior divulgação destes dados no seio da sociedade fez

surgir uma nova geração de clientes usuários, mais exigentes e questionadores, agora amparada por um amplo e moderno código jurídico em sua defesa. Tomando por base este código ações jurídicas se somam, muitas questionando a própria lei federal, bem como direitos e deveres. Carências e regras de coberturas, que funcionam como dispositivos de controle de risco são questionados a todo o momento.

Por questões de princípios o judiciário é sempre tendencioso ao cliente, o que sempre foi a despeito e mesmo antes do código de defesa do consumidor. Segundo dados do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, em cada 10 ações contra planos de saúde seis são deferidas com liminares e tutelas antecipadas. Além disto, considerando o caráter de saúde como bem básico e pesando a possibilidade do risco de vida, gera mais uma distorção a bem do uso deste sistema a favor do cliente independente da razão.

Não há um pleno entendimento do judiciário entre saúde pública, direito de todos e dever do estado e saúde suplementar, direito adquirido através de uma contratação entre as partes.

2.7. O PESO DA IDADE E A VARIAÇÃO DE CUSTOS NA SAÚDE.

A longevidade da população também trás e trará uma marcada alteração no processo de custeio do individuo e de seu plano de saúde. Se por um lado às políticas sociais de amparo ao idoso e a melhor idade são favoráveis ao indivíduo, por outro lado à perspectiva de maiores complicação são preocupantes.

Há hoje falta de uma discussão mais ampla no campo da ética e da prática médica, com o maior e melhor entendimento do limite do homem, e da vida. Deve ser incluído neste processo até onde se pode ir com e inserção de tecnologias para ampliar a vida. Esta discussão fica ainda mais acalorada, em especial, diante de graves e por vezes irrecuperáveis processos mórbidos. Em 2009 o Conselho Federal de Medicina ensejou uma normativa sobre o assunto, a chamada morte assistida. Infelizmente houve uma grande crítica da sociedade e falta de entendimento da mesma, que embora não revogada hoje esta perdida e um protocolo.

Os crescentes e pouco previsíveis gastos no segmento mais idoso da população passa a ser um fator preocupante na previsão dos custos do setor. Sem dúvida gerará mais pressão econômica a este sistema.

Considero que para o nosso ainda jovem país, que caminha a passos largos para a velhice, deva ser feito hoje, um estudo sobre o assunto deste envelhecimento.

A evolução da pirâmide populacional comprova este fato. Em 1975 o formato desta era triangular de base inferior, com 60 % da população abaixo de 40 anos. A partir de 2000 há uma mudança marcada neste formato que passa a ser mais cônico com base menos larga e cume mais achatado. Este modelo se delinea e sugere que em 2050 será quase um cilindro, onde 60% da população serão formadas de pessoas com mais que 55 anos. (OMS – Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, março 2008).

Há várias experiências de países já mais evoluídos culturalmente em especial na Europa, que passaram por esta transição e experiência, e hoje já estão nesta condição de avanço de idade média populacional que poderiam servir de exemplo e estudo de caso. O desafio é saber como envelhecer o indivíduo, a população geral e a nação com qualidade e saúde.

Devemos estudar agora esta situação de longevidade, pois todos os trabalhos mostram tanto uma estabilização da natalidade quanto um envelhecimento da população como um todo em nosso meio. A perspectiva é que em 30 anos seremos um país de idosos (IBGE 2008).

Carvalho & Garcia (2003) alertam para o rápido envelhecimento da população brasileira, o que tem forte impacto nos gastos em saúde. De acordo com projeções de Kilsztajnet al, esses gastos podem chegar a 25% do produto interno bruto (PIB) em 2050. O crescimento da participação no PIB dos gastos com saúde é tema entre políticos, administradores e acadêmicos do mundo todo.

O avançar da idade é uma condição que não se impede, é preciso uma atitude pró ativa para controlar o agravamento destas afecções ligadas a longevidade, seja pela prevenção e ou pelo diagnóstico precoce. Mediante o avanço da doença, é preciso adotar procedimentos que minimizem gastos desnecessários, (Kanamura e D'Ávila Viana 2007).

No sistema suplementar nacional este fato ainda é mais relevante, pois pela distribuição de faixas etárias na precificação dos valores de prêmios há um nítido financiamento do idoso pelos mais jovens. A mudança então da pirâmide etária será mais um fator de crise ao desequilíbrio financeiro futuro deste sistema.

Além de estudar as melhorias de condição de vida e saúde da população que envelhece, temos que buscar novas soluções financeiras que suportem o sistema de saúde, seja ele público ou privado. A saúde diferente do pecúlio não permite reformas. Precisamos fomentar hábitos e melhores condições de vida. Programas de acompanhamentos de grupos de idosos, suporte holístico na busca de melhores resultados.

2.8. DOS ÍNDICES INFLACIONÁRIOS E PADRÃO A SEREM COMPARADOS

Entende-se por inflação o aumento de preços em um período determinado. Existem várias definições para o termo, mas uma das mais simples é esta de uma elevação de uma taxa contínua de preços em um intervalo de tempo determinado. Isto independe do motivo e das causas para tal fato. Logo um único e esporádico aumento de preço não caracteriza inflação. É preciso um aumento contínuo mesmo que este não seja relevante isoladamente, mas gerará com certeza um impacto no intervalo de tempo definido.

A inflação em sua essência constitui um desequilíbrio entre procura e oferta, gerando tensão no sistema de consumo.

Outra definição de inflação faz referência à queda do poder monetário da moeda, que perde seu valor em intervalo de tempo para uma compra definida.

A inflação é um fenômeno econômico que faz com que a moeda se deteriore com o tempo, deixando de servir como padrão de referência e não podendo ser guardada como reserva.

A inflação de preços é o meio pelo qual grupos sociais ligados à atividade produtiva dispõe para ampliar sua apropriação do acréscimo de renda no processo de crescimento econômico. Se a inflação fosse um efeito monetário e neutro em relação ao lado real da economia, analisando-se bens e serviços, sem afetar distribuição de renda, o aumento generalizado de preços deveria ocorrer de forma simétrica em todos os setores da economia, mas não é isso que acontece.

No Brasil existem vários índices que medem a inflação. Os principais são: IGPM (FGV); IPC (FIPE); INPC; e o IPCA (IBGE).

No Brasil este fenômeno econômico não é novo e data da construção de Brasília onde o Governo JK necessitava de grande emissão monetária para fazer jus às demandas de investimento.

Embora em alguns momentos houvesse um maior controle deste processo inflacionário ele se estende até 1994, quando o atual plano econômico consegue um controle longo e perene dos índices inflacionários no país.

Em alguns momentos neste intervalo em especial no Milagre Brasileiro, onde se impunha novamente um grande volume de meio circulante para fazer jus aos investimentos de infraestrutura que se fizeram naquele momento, vários foram os agudos picos de índices inflacionários.

Em saúde estas análises e estudos são muito recentes. O que é certo é que os custos de saúde não se dão por aumento sequencial dos preços dos serviços prestados em um intervalo de tempo e sim por aumento de frequência de certos eventos ou por maiores gastos em outros seja pela

variável tempo de uso, como, por exemplo, no tempo de internação, seja por se agregar novas tecnologias gerando um maior valor do processo médico aferido.

Para a análise dos dados trabalharemos com um comparativo entre o IPCA, a variação máxima de planos de saúde individual definida pela Agência Nacional de Saúde suplementar, os dados disponíveis e fornecidos pelo IEES (Instituto de Estudos em Saúde Suplementar), com vistas a dados de Variação de Custos Médicos Hospitalares e a variação de faturamento global do Hospital em estudo e a variação isolada de cada dia / evento estudado.

O IGPM foi preterido em relação ao IPCA pela metodologia de cálculo. O IGPM representa uma variação de três setores. O setor de atacado com 60% de peso no IGPM. O próprio IPCA com 30 % de peso, que representa a variação de preços médios, de uma cesta de serviços relevantes à família com renda entre 01 e 40 salários. E o INCC, índice nacional da construção civil com 10% de peso.

O IGPM está mais voltado a orientar o reajuste de tarifas e aluguéis. Pelo descrito foi considerado que o IPCA é mais adequado ao estudo em tela, pois busca refletir de forma mais direta peso de serviços de primeira necessidade que pesam na vida das famílias de renda entre 01 e 40 salários. Este índice baliza a inflação oficial publicada pelo governo.

2.8.1 O IPCA

O Índice de Preços ao Consumidor Amplo é calculado mensalmente pelo IBGE (Instituto Brasileiro Geral de Estatística).

Este índice busca verificar as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, município de Goiânia e Distrito Federal.

Seu valor é resultado da ponderação dos principais grupos de gastos que influenciam a vida desta faixa da população.

Voltado para captar informações dos mais variados setores de consumo de gêneros de primeira necessidade e serviços que repercutem na vida do cidadão desta faixa de salário.

Tabela 1 – distribuição percentual dos serviços que compõe o IPCA.

A ponderação das despesas das pessoas para se verificar a variação dos custos foi definida do seguinte modo:	
Tipo de Gasto	Peso % do Gasto
Alimentação	25,21
Transportes e comunicação	18,77
Despesas pessoais	15,68
Vestuário	12,49
Habitação	10,91
Saúde e cuidados pessoais	8,85
Artigos de residência	8,09
Total	100,00

Composição padrão do IPCA, onde se observam os principais serviços envolvidos, dentre estes saúde com 8,5% de peso no índice geral.

A escolha deste índice inflacionário se deve a sua metodologia que contempla a variação de preços de serviços de saúde, hoje já representando na população gênero de primeira necessidade.

A Saúde na análise estrutural do índice corrobora com um percentual de 8,5%, conforme os dados apurados na quadro 1.

O IPCA mede a variação dos custos dos gastos conforme acima descrito no período aproximado do dia 15 de um mês ao dia 15 do mês subsequente. O IPCA-15 é utilizado como parâmetro para o IPCA-E.

Cálculo do acumulado no IPCA-15: O IPCA-15 - tais como IGP-M 1º decêndio, IPA-M 1º decêndio são uma prévias do IGP-M, IPA-M - é uma prévia do IPCA cheio, por isso quando ele é divulgado, no cálculo do acumulado, devem ser considerados os meses anteriores pelo índice do IPCA cheio mais o IPCA-15 mais recentes. Assim, exemplificando: "o cálculo do acumulado de 2006 do IPCA-15, em março até 2006, por exemplo, utiliza-se o IPCA cheio de janeiro e fevereiro mais o IPCA-15 de março, ou seja, o cálculo refere-se de 01.01.2006 a

15.03.2006. Assim deve-se proceder com acumulados em outros períodos". (Portal Brasil – IBGE).

O período de coleta do INPC e do IPCA estende-se, em geral, do dia 01 a 30 do mês de referência.

Tabela 2 – Variação do IPCA ano em percentuais

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Variação acumulada cinco anos
IPCA	3,14%	4,45%	5,9%	4,41%	5,90%	26,14%

Variação ano percentual do IPCA de 2006 a 2010, com cálculo acumulado no período de 05 anos estudados de 26,14%. O valor acumulado representa a variação calculada ano a ano de forma composta.

2.8.2 Variação máxima de reajustes autorizados pela ANS.

Este índice é uma prerrogativa da Agência Nacional de Saúde e baliza o máximo de reajuste possível aplicável aos planos individuais no ano. Normalmente tem sua liberação em junho do ano corrente e é aplicado a todos os contratos da data de seu vencimento, entre junho do ano de liberação e maio do ano subsequente.

Além disso, este índice hoje ainda orienta a revisão dos valores do coeficiente de remuneração de honorários médicos = CH.

Esta prerrogativa foi absorvida pela Agência Nacional de Saúde nos últimos quatro anos, mas ainda é um orientador e não uma definição jurídica e pragmática. Nas relações entre as operadoras de plano de saúde e a rede credenciada há uma demanda de revisão negociada caso a caso e não há registro de nenhuma operadora que trabalha com algum tipo de regime de gatilho no reajuste de suas tabelas de remuneração para toda a rede credenciada.

Este índice é arbitrado pela ANS, e hoje até mantém uma razoável relação com índices e variações de inflação, como por exemplo, o IPCA. Em outros anos já foi definido em taxas

tanto bem superior quanto bem inferior ao IPCA, em uma variação muito grande sem manter a menor relação que fosse com este índice.

Embora também possa servir de base para o reajuste dos planos coletivos não tem sua aplicação direta. Para este seguimento que hoje representa 90 % do mercado de saúde suplementar dos clientes usuários, a metodologia aplicada é a livre negociação entre as partes empresa usuária e operadora de saúde, tendo como base a variação da sinistralidade no ano anterior do contrato. Assim a cada intervalo de tempo a operadora faz um balanço entre prêmio arrecadado e contas pagas = sinistros. Com este balanço há análise percentual de um dado contra o outro. No mercado de saúde há uma busca desta melhor relação possível, sendo que a meta é que o sinistro em saúde não seja superior a 70% com até 10% de variação positiva aceitável.

Na prática hoje a revisão de valores sempre busca a maior reposição possível visto que a dificuldade em desenvolver gestão médica dos casos é muito grande. Da mesma forma a janela que permite a revisão de valores é hoje tão somente o aniversário do contrato, ou seja, anual. Pelo histórico deste índice ao longo de mais de década tudo leva a crer que houve uma ingerência política na liberação do mesmo em muitos anos, em especial imediatamente após a criação da Agência Nacional de Saúde.

Hoje a Agência se organizava para uma prática com mais dados e estudos aplicados ao modelo, para liberação destes futuros índices de reajustes dos planos de saúde, tendo a meta de realmente refletir a necessidade de reajuste básico médio para fazer frente às despesas e gastos. Nos últimos 05 (cinco) anos a ANS tem tentado impor uma metodologia a apuração deste índice avaliando retrospectivamente a variação de preços média negociada e aplicada aos contratos coletivos. A intenção é que este índice médio dos reajustes das apólices coletivas sirva de base para os reajustes dos contratos individuais.

Há ainda a possibilidade da própria ANS, desenvolver uma metodologia própria, refletindo a variação de preços do setor. Esta seria focada na análise dos relatórios prévios de utilização. Estes relatórios são hoje informados a Agência Nacional de Saúde por todas as Operadoras de Saúde em atuação no território nacional. Estes informes seguem para a agência em intervalos de tempo de até três meses. Além disto, os mesmos relatórios de utilização geram análise de variação e incremento dos procedimentos que constituem o hall de procedimentos cobertos pelos planos suplementares. Por uma análise ainda indireta também geram dados sobre percentual de uso de novas tecnologias em desenvolvimento e em absorção destas novas tecnologias nas mais variadas práticas médicas e, eventos de atendimento e tratamento utilizados na prática de saúde. Tudo isto dividido por municípios, grupo de municípios, estados e regiões do país. Logo uma série histórica de dados bem analisados pode refletir a tendência do

custo da população e da prática de saúde envolvida.

Se for observado que a variação de preços dos contratos coletivos, é uma expressão, ao fim e ao cabo, da variação de sinistro, na teoria esta metodologia é bastante interessante, pois a sinistralidade é fruto em última análise do uso, seja ele devido, indiscriminado ou não. Isto também reflete diretamente a variação dos custos médicos, em uma metodologia mais simples, direta e objetiva.

Uma ressalva a ser feita é que a média de idade dos participantes dos planos coletivos, uma vez que é formado por pessoas em idade produtiva, devidamente registrada no sistema formal de emprego, através de suas empresas contratantes, tem uma tendência de viés para baixo, ou seja, uma população mais jovem, logo menos expressão de agravo de saúde ligado ao envelhecimento. Isto é teoria especulativa, pois, não temos acesso ao cadastro macro dos partícipes de plano de saúde.

Tabela 3 – Variação do Índice de reajuste ANS ano em percentuais.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Variação acumulada em cinco anos
ANS	2,95%	4,36%	6,1%	4,18%	5,79%	25,63%

Percentual de reajuste máximo aplicado aos planos individuais de saúde, liberados pela ANS nos últimos 05 anos. A variação final de 25,63% guarda uma relação numérica muito parecida com o IPCA acumulado que foi de 26,14%. O valor de variação é resultado do percentual acumulado ano a ano de forma composta.

2.8.3 – Variação de custos médicos hospitalares - VCMH

Para a análise e estudo deste ponto houve uma grande dificuldade em definir uma metodologia, pelo ainda incipiente volume de trabalhos dedicados ao tema.

De forma objetiva apitamos por seguir a linha aplicada e defendida pelo Instituto Estadual de

Estudos em Saúde – IESS. Esse instituto é uma entidade privada, patrocinada pelas maiores operadoras e seguradoras que atuam no ramo de saúde. Tem como proposta ser reconhecido pelos estudos na saúde suplementar em especial nas questões econômicas ligadas ao tema, além de tendências de mercado e boas práticas. Tem ainda uma normativa de independência dos interesses individuais, buscando sempre desenvolvimento e trabalhos aplicados ao modelo suplementar como um todo.

Busca o IESS se estruturar neste mercado pela credibilidade, isenção e ética. Tem com principal bandeira o desenvolvimento de estudos no campo do custo dos serviços médicos e caminha para desenvolver uma metodologia própria aplicada a este modelo de variação de custos médicos e hospitalares.

Por definição nos conceitos do IESS Custo Médico Hospitalar seria toda a despesa assistencial, paga pelas operadoras, e seguros de saúde. Este índice, a Variação dos Custos Médicos Hospitalares mede a variação anual dessas despesas, ou seja, variação em um período de tempo de doze meses.

O conceito de custo ou de variação de custo médico é diferente de inflação, pois inflação é a variação de preços, relacionados a variáveis incrementais ou decrementais de valores dos mais variados componentes de uma cesta de serviço.

A variação de custos médicos é um conceito mais amplo que a variação inflacionária por exemplo. Além de analisar a variação dos custos dos serviços, avalia também a frequência dos mesmos em termos de ocorrência, em um intervalo de tempo. Esta frequência é representada pelo número de eventos ou de clientes submetidos a este evento no intervalo de tempo estudado. Há ainda um dado de grande relevância que é a fato dessa frequência ser sempre ponderada ao número de ativos neste modelo, logo ser relativo a cada indivíduo partícipe do sistema de saúde. Em última análise a Variação dos Custos Médicos Hospitalares proposta pelo IESS é sempre um dado per capita.

Para esse órgão (IESS) os dados são apurados tomando como base os planos individuais e os familiares, na tentativa de expurgar alguma tendência viciosa dos planos coletivos de grande massa.

Os eventos médicos são divididos seguindo a metodologia da ANS, ou seja: Consultas, Exames, Terapias, outros atendimentos ambulatoriais, Internações e demais despesas assistenciais. Não são levados em consideração às despesas administrativas, impostos e outras taxas, incluindo aqui comissões comerciais, prática muito marcado neste setor.

O primeiro índice liberado por este estudo foi de 2007, com relação a 2006. Logo trabalharei com a série histórica de 2006 até 2010, haja vista que ainda não há liberação de 2012.

Tabela 4 – VCMH segundo o IESS em percentuais.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Variação acumulada em 05 anos de estudo
VCMH	8,11%	10,8%	12%	7,6%	11,66%	61,18%

Variação dos Custos Médicos Hospitalares estudados e liberados pelo Instituto Estadual de Estudos em Saúde. Mostrando uma variação de 61,18% no ano, 2,6 x acima dos reajustes autorizados pela ANS e do IPCA. O valor acumulado representa o cálculo de percentual sobre percentual de forma composta.

Passando por todos estes fatos marcantes, temos hoje um mercado diferenciado. Sem dúvida, mais regulado, mais controlado, porém menos previsível em termos de gastos e valores. Pouco previsível também no impacto financeiro de seus gastos. A realidade é que ainda hoje carecemos de uma análise mais consubstanciada de quanto custa à saúde e qual a sua variação ao longo do tempo. Sabemos que saúde não tem preço, mas sem dúvida custa dinheiro e é cara! Vide o percentual do PIB envolvido internacionalmente na visão da própria OMS.

Precisamos de índices econômicos próprios de variações de serviços de saúde, para que possamos melhor analisar gastos e propor soluções para o futuro.

Mais uma vez a Agência Nacional de Saúde se adianta neste tema quando há dois anos regulamentou os programas de controle de natalidade que passaram a ser cobertos pelos Planos de Saúde. Mas é pouco precisa mais e novas audaciosas medidas e projetos. Precisa mais que controlar a natalidade, é preciso fornecer cultura de organização familiar.

O que temos hoje é uma grande e profunda mudança que sem dúvida em uma análise retrospectiva, ajudará para que no futuro se prepare melhor este sistema, na tentativa de vencer as adversidades. Precisamos buscar a sobrevivência deste sistema com transparência e resultados positivos, crescendo em participação de mercado amparando as políticas e em ressonância ao sistema público de saúde.

Dentre as principais discussões na área de saúde suplementar, e na esteira da temática dos reajustes, destaca-se a importância da avaliação dos custos em saúde. A relevância da evolução dos custos em saúde é um fenômeno mundial, num contexto de tendência de participação crescente no PIB das nações, no envolvimento com os gastos em saúde. Além disso, ressalta-se que no Brasil há evidências do peso crescente da saúde no orçamento das famílias e da elevada participação de seus produtos na formação das taxas dos índices de preço ao consumidor (BRAZ, 2006, p. 50).

3. METODOLOGIA.

3.1. TIPO DE PESQUISA

O trabalho em tela quanto aos seus fins será de cunho descritivo. Estará focado através da análise de dados retrospectivos, gerando uma metodologia de cálculo de valores que representem o custo do cliente dia para três diferentes e comuns eventos médicos, como forma de compará-los na linha do tempo entre si, e com outras variações inflacionárias e de preço, fazendo uma correlação entre eles.

Quanto aos seus meios será de um estudo de caso, pois será circunscrito a uma empresa, um hospital de grande porte do Rio de Janeiro. Os dados, objeto deste estudo de caso será *ex post facto*, pois serão levantados do sistema de faturamento desta unidade, já ocorridos, ano a ano em um período de cinco anos, ou seja, o tempo de existência desta estrutura hospitalar.

3.2 O INSTRUMENTAL CONTA MÉDICA

O instrumento de análise será a conta médica dos eventos estudados. A conta médica corresponde ao lançamento de 100 % dos gastos do paciente, no intervalo de tempo de sua internação. Pode ser dividida em: honorário médico e em honorário hospitalar. Para efeito deste trabalho a conta foi sempre avaliada no custo dia, ou seja, a divisão do seu valor final pelo número de dias de internação.

Neste trabalho na realidade iremos utilizar somente a conta hospitalar (honorários hospitalares) visto que o Honorário Médico é cobrado diretamente pelas equipes médicas.

3.2.1 Honorário médico

O Honorário Médico é um valor pecuniário pago pelo ato médico. Através de uma tabela base padrão remunera o serviço do executor deste serviço de saúde e de sua equipe.

As Associações Médicas estudam e deliberam sobre os dados que geram o peso padrão de cada ato médico. Desde as primeiras tabelas da Associação Médica Brasileira em início dos anos 80, temos hoje várias versões desta que vão sendo lapidadas ao longo do tempo, na busca de maior

justiça para os eventos e na descrição do maior número possível destes eventos descritos em tabela.

As tabelas de honorários são concebidas não em valor monetário do evento e sim em índices, coeficientes de cobranças e seus múltiplos, levando em consideração a especificidade do serviço prestado, o grau de dificuldade para sua execução, a necessidade de competências específicas para tal evento e o tempo médico gasto em hora homem trabalho para esta execução.

Embora em alguns momentos estas tabelas tenham sido atualizadas quase a frequência anual sua absorção pelo mercado pagador é muito lenta, podendo demorar até cinco anos para ser implantada como um todo.

Considerando a dinâmica e evolução da prática de saúde, no que tange a tecnologia, as novas tabelas acabam por contemplar um maior número de eventos. Nestes casos o mercado já chegou ao detalhe de trabalhar até com três diferentes edições de tabelas de honorários, que se somavam em novos eventos descritos. Poderia trabalhar com a mais nova, mas como esta majora todos os eventos, utiliza o mercado de um maior número de edições para cobrir todos os eventos utilizando o mais barato de cada tabela. Para as tabelas mais novas seriam utilizado somente os “novos” evento descritos e seus valores envolvidos.

Outra discussão está no da variação de reajuste do valor pecuniário deste índice multiplicador, o chamado coeficiente de honorário ou CH.

Se antes em uma economia altamente inflacionária os pagadores resistiam em reconhecer estes novos coeficientes e seus reajustes, nos dias de hoje esta tarefa está pouco mais facilitada, mas não menos árdua. Atualmente esta revisão do percentual de reajuste passa por uma intervenção da própria ANS, e esta usa como base de reajuste as variações médias dos planos coletivos de saúde, que passou a ser base para a maioria dos cálculos do setor suplementar privado.

Há aproximadamente meia década um trabalho mais coeso entre um número maior de entidades de especialidades médicas desenvolveu uma nova metodologia de trabalho que buscou aposentar as antigas tabelas ligadas a associação médica brasileira.

Este trabalho foi pautado na hierarquização dos serviços médicos, antes de definição de seus pesos de remuneração, sendo assim criada a Tabela CBHM, ou seja, Classificação Brasileira Hierarquizada de Serviços Médicos. A dinâmica desta nova tabela é a mesma, peso de valores em múltiplos de índices de CH (coeficiente), porém sua metodologia de construção é que busca a luz da hierarquia dos serviços médicos prestados gerar uma inter-relação mais harmônica entre estes serviços a serem prestados, ou melhor, entre os valores relativos de cada um destes serviços. Sejam estes de várias e diferentes especialidades.

Na prática ainda hoje alguns tomadores de serviço evitam a absorção desta tabela sob o argumento de que na imensa maioria dos casos os eventos foram majorados em seus valores de peso dos índices. Ou seja, esta nova tabela tem uma maior e melhor remuneração do profissional, logo ainda alguns tomadores não a reconhece.

Compõe ainda o honorário médico o Honorário do Anestesista. A anestesia é também um ato médico feito por um especialista, o anestesista, durante uma cirurgia ou outro evento médico que requeira sedação = anestesia. A Sociedade de Anestesia atua diretamente na construção desta tabela e seus valores. Seu formato mais objetivo e simples busca definir os eventos cirúrgicos por portes, hoje classificados em um total de cinco portes. Para cada porte há um valor padrão múltiplos de coeficientes, coeficiente este que segue a mesma dinâmica de reajuste anual. No caso da Anestesia a própria Sociedade legisla sobre a correção deste índice e impõe ao mercado, através de uma prática já de domínio público que é o reembolso dos valores do anestesista. Ou seja, o anestesista cobra direto do cliente, utilizando-se desta prática para impor de forma mais agressiva as revisões de valores impostas pela sociedade de especialistas.

Uma expressão matemática que resume HM (honorário médico) é: $HM = HM \text{ (equipe cirúrgica)} + HA \text{ (honorário de anestesia)}$.

É importante frisar que pela característica do modelo de assistência médica suplementar em voga no país, os honorários médicos são cobrados diretamente por cada um de seus profissionais, seja cobrando da operadora no caso da equipe cirúrgica, seja diretamente ao cliente, no caso do anestesista, para posterior reembolso.

Logo, o trabalho foi focado somente na conta hospitalar estudada não incidindo nenhum valor de honorário médico. Os valores apurados são tão e somente da conta que o hospital apresentou e pleiteia receber da operadora de saúde.

Um ponto ainda importante a ser levantado é que uma nova tecnologia geralmente leva e indica a um novo e superior valor de HM, quando comparado ao evento tradicional. Assim, neste trabalho, em caso de uma cirurgia analisada ter sido feito por um acesso de videoscopia ao invés de céu aberto, com toda a certeza o honorário do profissional será maior, mas em termos de tempo de internação, materiais, medicamentos e outros não necessariamente gerará um custo maior do evento no que tange a conta hospitalar final. Por vezes uma nova tecnologia gera por uso de um novo equipamento, ou uma nova taxa de aluguel, por exemplo, um custo inicial maior. Mais pode gerar uma economia de tempo de internação, com recuperação precoce e menos complicação, logo o investimento é plenamente justificável. Este fato é que fez com que buscasse sempre o custo dia, como forma de poder contemplar estas variações.

3.2.2 Honorário hospitalar

O Honorário Hospitalar ou HP é composto de todos os dados de cobrança, expurgado o honorário médico. Sendo assim o uso de equipamentos, diárias, taxas, aluguéis, materiais e medicamentos compõe este item. Ao fim e ao cabo, quando estudamos a conta médica cobrada expurgando o HM, o que se reflete é a conta hospitalar ou HP.

As taxas e aluguéis têm um peso específico e um raciocínio semelhante ao de uma tabela de hotelaria. Quanto mais qualificada a instituição, pautado em uma classificação prévia desta instituição, que normalmente fica a cargo de uma associação hospitalar regional ou equivalente, maior será o fator multiplicador utilizado. Partindo-se de uma tabela padrão, um maior valor de “hotelaria” para instituições mais qualificadas segundo uma classificação prévia.

Nesta mesma situação está o maior número de taxas, fugindo aqui apenas um ou outro novo equipamento, que pela sua jovialidade ainda não está contemplado em uma anterior edição de tabela. Neste caso passível de uma negociação a parte.

No que tange a materiais, existe um acordo prévio entre prestador e tomador que define ou uma tabela padrão local / regional para a sua cobrança, ou um multiplicador percentual a uma nota fiscal que comprove o preço pago pelo material, a título de custo de execução de serviço. Este se caracteriza pelo custo de compra, estoque, dispensação e risco de perda. Na prática é uma margem de comercialização. Como este acordo é perene para a estrutura hospitalar estudada não é uma variável ao processo.

Para medicamentos a prática é semelhante, porém listas padrões comerciais do mercado de negociação de medicamentos, que leva em consideração a carga tributária local da região é que são utilizadas.

É claro que o mercado se regula pela força impositiva tanto da oferta de cliente existentes por uma operadora, quando pelo grau de interesse da estrutura hospitalar pelo cliente usuário. Este cenário de forças é que modula e regula a revisão destes valores para cada estrutura hospitalar, pautado na negociação de taxas comerciais aplicadas.

Fazendo um paralelo é importante chamar atenção para o que é diferencial no serviço público. Neste também há uma tabela de remuneração que esta associada ao código do evento que se lança como necessário e / ou diagnóstico existente. Atrelado a este código há um valor pecuniário que será pago pelo serviço solicitado, com um tempo médio de permanência esperado.

Este é mais um paradoxo entre os sistemas públicos e privados embora ambos remunerados “fee for service”.

3.3. A COLETA DE DADOS

Foi feito através de levantamento do sistema de informação deste hospital, ano a ano, dos três eventos médicos clássicos, cirúrgico, de média complexidade, a saber: colecistectomia; apendicectomia; e histerectomia. Os dados foram coletados todos com o valor final do evento cobrado, associado também ao tempo de internação, ou seja, em dias de internação. Através da razão valor cobrado na conta médica por dias totais de internação foi calculado valor dia de cada evento estudado, e a média do ano estudado. Feito isto para cada um destes eventos médicos. Este dado de custódia foi contabilizado em uma razão direta entre a conta cobrada e o tempo de permanência ocorrido.

Dados como prevalência de sexo, tipo de pagador (plano de saúde, particular ou outros) e idade foram apurados paralelamente como forma de consubstanciar as informações colhidas, no que tange a epidemiologia. Porém, como os dados foram apurados na razão do valor dia, com suas respectivas médias para cada ano de estudo, estas variáveis epidemiológicas e de frequência não gera nenhuma distorção de influência e sim serão válidas para efeito de estatísticas e epidemiologia.

O mesmo se aplica ao tomador de serviço, onde eventuais tabelas diferenciadas sejam esta maior ou menor em valores médios, na metodologia de custo dia também geraram pouco ou nenhum impacto no valor médio final do mix de clientes estudados. Isto se explica, pois o hospital é aberto a todos os convênios e não é um hospital de rede própria de um destes convênios.

3.3.1 O sistema de informação

O sistema de informação de onde os dados foram copilados é o WPD.

Este é um clássico sistema desenvolvido e aplicado exclusivamente para estruturas de saúde. Com solidez de 25 anos no mercado, é utilizado em uma vasta região geográfica do país. Com características de adaptações especiais aplicadas a cada cliente, no que tange a processos específicos, garantindo uma visão bem nacional e abrangente de possibilidades. Tem a vantagem de ser desenvolvido com exclusividade para o segmento de prestação de serviço médico de saúde.

Outro fator relevante é que o seu desenvolvimento e evolução foi sempre focado na prática da unidade de saúde que o utiliza, tendo sido desenvolvido e evoluído através da experiência de

uso e da necessidade dos mais variados clientes. Estas melhorias em desenvolvimentos são repassadas a todos os clientes que possam se beneficiar do novo dispositivo, processo ou relatório.

Têm seu grande diferencial de poder ser utilizado pelos mais variados setores de uma estrutura de saúde e não apenas no setor de faturamento, como um integrador. Através de módulos que se somam ao todo, como internação, atendimento, estoque, dispensação, compras e financeiro. Busca na visão de todos os setores acompanharem de forma direta e bem próxima todos os eventos e passagens de um cliente pelo hospital, facilitando com isso a informação a ser depurada que ao final do processo representa a conta médica hospitalar. A dinâmica é que sua atualização de dados seja em tempo real, garantindo a visão imediata do histórico de cada caso. Na realidade, a visão de um sistema integrador e de gestão é pano de fundo para uma apuração o mais detalhada possível de dados e informações que tenham como resultado final a conta hospitalar. O “sistema integrador” nada mais é que um sistema de melhoria contínua de faturamento, valor final da conta, sem perdas e com maior resultado, ou seja, um sistema de faturamento travestido, cuja meta principal é gerar o maior resultado possível, garantindo a menor perda.

Assim, no módulo de farmácia, por exemplo, há a possibilidade de dispensação por dose unitária. Logo a menor perda de medicamentos possíveis que em média gera uma economia de 20% de economia em perdas de medicamentos (Hospital Moinho dos Ventos RS). Caso o serviço não opte por trabalhar com dose unitária, ou não tenha competência para isto, o sistema permite questionar medicamentos dispensados e não utilizados, logo rastreando o seu retorno ao setor e permitindo o reuso quando possível.

Toda a estrutura é direcionada para esta meta, através da melhoria nos seus processos individuais, que ao fim e ao cabo trazem melhorias no dia a dia dos vários setores, e representa uma garantia a mais no processo final de faturamento hospitalar.

3.4. TRATAMENTO DOS DADOS.

Os dados foram tratados como valor médio dia / ano de cada um dos três eventos. Para isso foi feito a relação de total de contas faturadas em seu valor, relacionados ao total de diárias envolvidas, relativa a cada conta médica. Com isto trabalhamos com três médias no ano, referentes a cada um dos três eventos estudados.

Foi também feito uma análise do somatório de todos os eventos, com o cálculo apurado da mesma forma em um quarto tópico que denominamos de MIX de eventos cirúrgicos. Que nada mais foi que o somatório dos três eventos anteriores ano a ano. Este foi considerado um quarto valor de análise de dados.

Estas médias por ano geram entre si a variação de preço de cada um dos eventos na unidade de tempo. Estes dados, serão ao final do trabalho tratados em média única e ponderada dos eventos em conjunto, em um único valor que represente a variação de custos por ano do hospital estudado.

Estes dados, de variação de custos dos eventos serão analisados separadamente e comparados com a variação de preços oficial de índices econômicos e com a variação dos índices de plano de saúde individual imposto pela ANS e pela média histórica dos planos de saúde coletivos, também oriundos da ANS que tem como média por região.

3.5. O HOSPITAL EM ESTUDO

O Hospital estudado é um hospital geral de tecnologia de ponta que atua há uma década no estado na Zona Oeste. Tem uma taxa de reinvestimento de 15% de seu faturamento bruto e nestes 12 anos de vida já trocou quatro vezes de equipamentos de Tomografia Computadorizada, duas de Hemodinâmica e uma de Ressonância Nuclear Magnética. Este fato de reinvestimento aliado a novos equipamentos é que confere a condição de uma unidade hospitalar de ponta, no que tange a atuação e condição tecnológica para atenção a saúde de seus clientes. Focado em alta complexidade e equipado para qualquer tipo de abordagem ao paciente mantendo estrutura de internação em quarto individual e setores fechados estratificados em terapia intensiva geral, cardiológico e pós-operatório. Definimos eventos de alta complexidade aqueles que necessitam de grande e destacado suporte tecnológico e de infraestrutura para ocorrer. Exemplo cirurgia cardíaca que além de uma equipe especializada, necessita de um suporte de hemodinâmica e de um suporte de setor fechado – UTI, para suporte de pós-operatório.

Entre 2006 e 2010, tempo de levantamento dos dados atendia todo o tipo de caso médico em clientes adultos, incluindo obstetrícia e saúde da mulher.

Estruturado com sala de parto e suporte ao neonatal de baixa e alta complexidade e também UTI neonatal.

Em 2011 modificou sua competência de ação não mais atendendo a Obstetrícia. Esta decisão se deveu ao fato da baixa procura visto que hoje este tipo de cliente tem preferencia por unidades ultra especializadas, como por exemplo, maternidades, em detrimento de hospitais gerais como este nosso estudado. Isto é refletido nos dados estudados que mostram uma baixa taxa de cirurgia de histerectomia, própria de saúde da mulher.

O Hospital está dimensionado com um total de 155 leitos distribuídos em 22 leitos voltados para o setor de pacientes semi-intensivos, 88 quartos, 02 quartos terapêuticos com proteção ionizante, 24 leitos de terapia intensiva, 12 de unidade coronariana, 10 CTI pós-operatório e 07 leitos de Day clinic.

Nunca teve habilidade pediátrica, logo a distribuição etária dos casos é sempre superior a 16 anos. Os casos analisados na faixa de 0 a 16 anos foram todos maiores que 14 anos, variando de 14 a 16 anos. Provavelmente à condição física e altura e peso em relação à idade, destes clientes, mostravam que estavam mais para uma estrutura orgânica de adulto e não como criança. Hoje a pediatria tem um limite pouco definido ao redor de 14 anos. Acima desta idade persiste uma dificuldade em conceituar o paciente entre adulto ou criança. A Clínica de Adolescente busca ocupar este espaço. Salvo alguns Hospitais Universitários, esta clínica não tem expressão na saúde suplementar, ainda mais em instituição privadas como esta. (SBPE – Sociedade Brasileira de Pediatria).

A emergência é clínico-cirúrgica de significativo movimento e como nunca atendeu pediatria não há casos pediátricos, pois a divulgação desta restrição por si já desestimula a chegada de caso para o atendimento de pediatria na emergência.

A emergência tem média de 7.300 atendimentos / mês. Este ambiente de Pronto Socorro está dimensionado com 05 consultórios, 13 leitos de repouso e 01 sala de trauma. A emergência gera 40% do movimento de internação garantindo uma condição bem confortável de percentual de taxa de ocupação, ainda mais, tratando-se de casos graves de alta complexidade.

O parque de exames por imagem tem hoje uma média de 3.800 exames / mês. Composto de Ressonância Nuclear Magnética, Tomografia Computadorizada de última geração, Hemodinâmica, além dos aparelhos mais básicos de imagem. Tem um centro cardiológico de investigação onde além da hemodinâmica é composto de ergometria e ecocardiografia dinâmica.

Mantém uma taxa de ocupação média de 90%, e tem contrato com as principais operadoras em atuação no mercado local e nacional. Nesta linha comercial tem um grupo de tomadores de serviços bastante confortável, não tendo dependência direta de nenhuma empresa de plano de saúde o que lhe confere uma autonomia importante para anualmente buscar revisar suas tabelas

praticadas tendo como política a revisão de serviços e valores pagos pelo hospital em todos os níveis de pessoal, a concessionárias de fornecimento de serviços, passando por impostos e custos operacionais.

Dotado de um centro operatório composto de 09 salas, que guarda relação direta com a Unidade de Pós Operatório. Este desenho confere uma maior segurança nos serviços cirúrgicos oferecidos. Tem uma produção média de 538 cirurgias / mês.

O faturamento ano hoje é de pouco menos de 200 milhões de reais. Entre 2007 e 2010 teve um faturamento total de 640 milhões de reais acumulados com média de 160 milhões reais por ano. Os dados objetos de estudo foram coletados a partir do ano que conseguimos ter segurança de identificar o evento médico. Isto restringiu o estudo ao ano de 2006/2007 para os dias de hoje, pois foi a partir de então que se classificou o evento pelo código internacional de doenças, logo a segurança para isolar os eventos escolhidos, objeto deste estudo.

Este dado foi mais um fator de restrição ao trabalho proposto, o tempo de análise.

Para cada um dos eventos foi aberto uma opção de três a cinco Códigos Internacional de doenças correlatos, como forma de ter um número de eventos que fosse mais confortável para possíveis análises estatística. Os códigos listados foram:

- 1) Apendicectomia, apendicectomia complicada, apendicectomia supurada.

Exemplificando e traduzindo o termo médico: retirada do apêndice, retirada do apêndice complicada, retirada de apêndice perfurado.

- 2) Histerectomia total, histerectomia com oforoplastia unilateral, histerectomia com oforoplastia bilateral, histerectomia com anexectomia e histerectomia com oforectomia.

Exemplificando e traduzindo os termos médicos: retirada de útero, retirada de útero com plástica de ovário de um dos lados, de ambos os lados, retirada de útero com retirada de trompas uterinas e com retirada de ovários.

- 3) Colecistectomia, colecistectomia com exploração de colédoco, colecistectomia com drenagem externa.

Exemplificando e traduzindo os termos médicos: retirada de vesícula, retirada de vesícula com exploração do canal excretor de bile, retirada de vesícula com drenagem do canal excretor de bile.

4. DOS DADOS E RESULTADOS.

Apurados todos os dados iniciamos o tratamento e análise dos mesmos.

Foi coletado um total de 3.067 eventos somados de histerectomia, apendicectomia e colecistectomia ao longo destes cinco anos, com um volume total de 6.723 diárias.

Destes 1.137 foram de apendicectomia (37% dos eventos analisados), 1.866 foram de colecistectomia (60,8% dos eventos analisados) e 49 de histerectomia (2% dos eventos analisados).

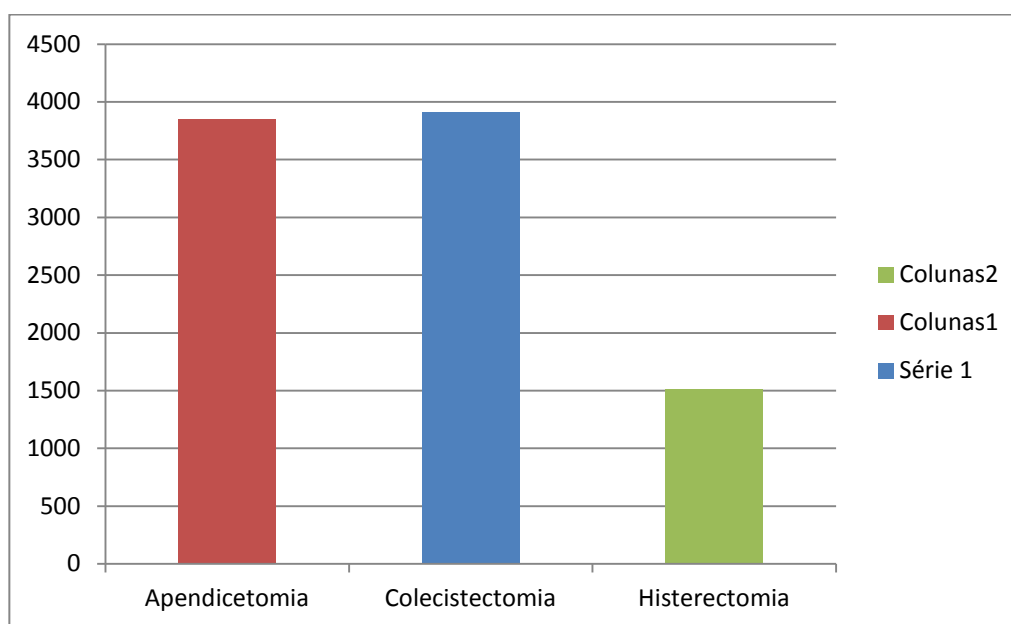
Observar que a baixa incidência de cirurgia ginecológica (2% na massa analisada) foi um indicativo que fez o hospital fechar seu setor materno infantil e saúde da mulher em 2011.

A relação de tempo de permanência por número de caso define o tempo médio de permanência de 2,19 dias por internação, que pode ser considerado com excelente, se comparado à média de tempo de permanência de internação do serviço público na casa de 8 (oito) dias por internação. (MS SPO/SE)

Os casos de apendicectomia foram casos de maior tempo de permanência com 2,44 dias por caso, contra 2,13 dias na Colecistectomia e 2,16 dias na histerectomia.

Um fator a ser observado é que esta é o evento, dentre os estudados com maiores incidência de urgência e emergência, logo explica um maior zelo profissional observando o caso por mais tempo em ambiente hospitalar.

Gráfico 1- Custo dia médio por evento.



Por seu cunho mais eletivo a cirurgia de colecistectomia permite uma decisão médica de um evento programado e menos agressivo. Nesta condição há a possibilidade de maior incidência de uma técnica por vide laparoscopia, que pode explicar um custo pouco maior até que a apendicectomia.

O valor total apurado destes eventos foi de 25 milhões de reais faturados, o que corresponde a aproximadamente 4% do valor total faturado pelo Hospital em estudo no mesmo período de tempo analisado.

O evento médio ficou em 8,4 mil reais com uma diária média de 3,8 mil reais para todos os eventos. Quando comparado ao valor médio dia do hospital como um todo este valor está em 74 % da média histórica do hospital estudado. Na média do Hospital o valor faturado dia esta na ordem de 5,1 mil reais quando analisado todas as suas diárias faturadas de vários diferentes casos médicos sejam estes cirúrgicos ou clínicos, críticos, urgências ou eletivos.

A distribuição por cada evento foi de um custo dia de R\$ 3.849,22 para apendicectomia, R\$ 3.910,95 para colecistectomia e R\$ 1.508,36 para histerectomia.

A distribuição por sexo mostra que 43% da amostra são do sexo masculino, contra 57% do sexo feminino. É importante frisar que as cirurgias de histerectomia são próprias do sexo feminino. Se expurgando estas cirurgias próprias de mulheres temos um percentual que se modifica para 45% contra 55% feminino.

A análise de distribuição de sexo por evento também não apresenta nenhuma variação significativa quando analisada isoladamente os eventos.

No caso específico de apendicectomia os dados de custo médio dia em homens e mulheres foi semelhante com 4 (quatro) mil reais de média para mulheres e 3,75 para homens.

Em relação ao valor não há significância com os valores apurados de 7,7 mil reais para os eventos no sexo feminino com uma média de diária de quatro mil reais, contra 7,5 mil reais no sexo masculino com uma diária de 3,9 mil. Ou seja, no que tange a sexo os valores faturados contra os vários clientes não se alteram significativamente.

Esse é um dado de grande relevância, pois, há sempre um apelo ao uso de tecnologias menos

agressivas e mais conservadoras nas mulheres. Mas pelo aqui observado não há significância deste dado de custo / sexo.

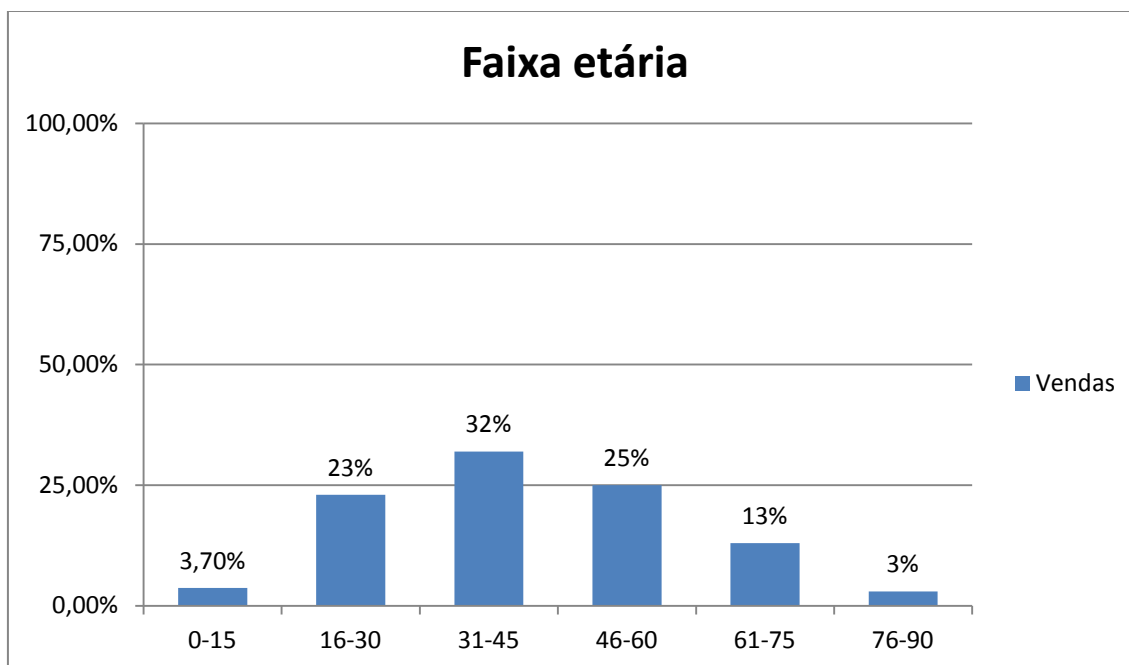


Gráfico 2 – distribuição faixa etária.

A distribuição por faixa etária precisa ser feita uma observação nestes dados. Por questões estratégicas há uma divisão de intervalo de 15 anos nestes dados no sistema hospitalar. Isto é um diferencial quando se analisam a divisão proposta pela ANS que hoje são de 8 (oito) faixas etárias, com uma média de 4 anos de variação entre cada uma dessas faixas.

No que tange a idade temos que 32% dos casos foram de clientes entre 31 e 45 anos, com 25% de casos entre 46 e 60 anos, 23% entre 16 e 30 anos, 13% entre 61 e 75 anos, 3% entre 76 e 90 anos, 3,7% entre 0 e 15 anos e um único caso com mais de 90 anos ao longo destes cinco anos de análise. Os casos entre 0 e 15 anos foram de crianças com idade acima de 12 / 13 anos e porte físico de adolescente para adulto, que foram tratados como adultos, visto que o hospital não tem serviço de pediatria e esta faixa etária é a limite entre a transição de criança para adulto.

O valor final do procedimento a faixa entre 76 e 90 anos foi a que teve o maior custo com valor

médio de 41 mil reais por evento. Contra põe a este valor o de 3,7 mil reais por evento tanto na faixa de 0 a 15 anos quanto na faixa de 16 a 30 anos, nos extremos da tabela de distribuição etária. Sendo este evento o de menor valor apurado.

Para as faixas de maior frequência de ocorrência os valores foram respectivamente de 6,8 e 6,7 mil para as faixas de 31 a 45 anos e de 46 a 60 anos. Para a faixa de 60 a 75 anos o valor foi de 10 mil reais média por evento.

No que tange ao valor dia apurado um dado muito interessante é que o valor médio dia por faixa etária pouco variou ficando entre 3,6 e 3,9 mil reais. Logo mostrando que os casos de maior gasto tiveram uma diluição no tempo de internação também longo, o que caminhou para uma média de custo / dia semelhante e pouco distorcida.

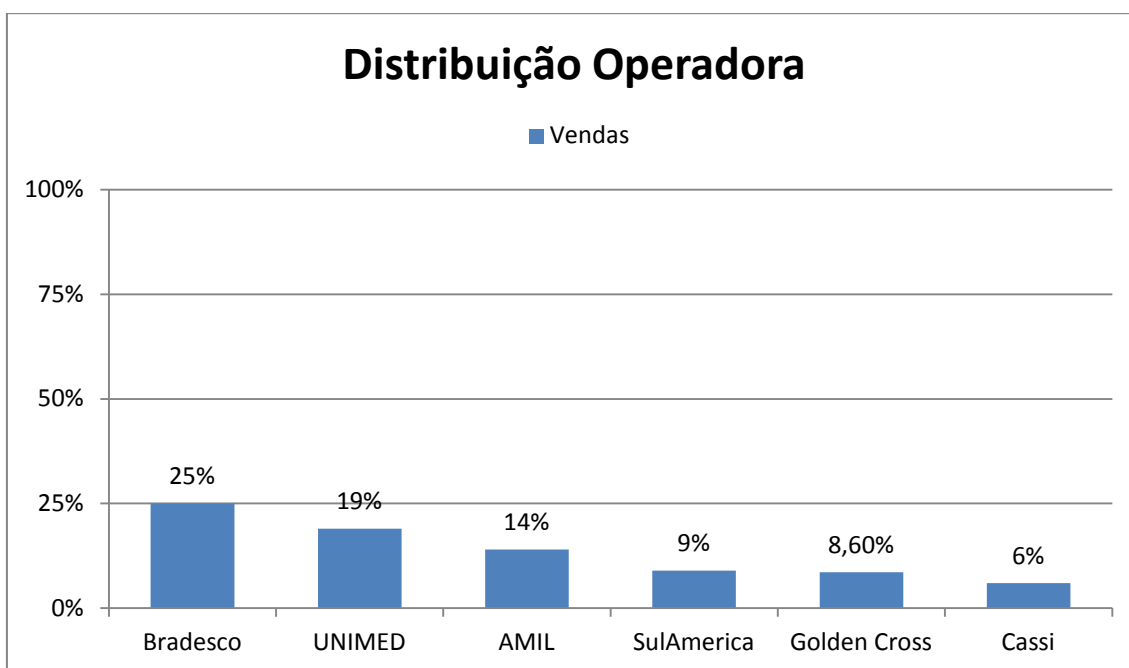


Gráfico 3 – Distribuição por Operadora

No que tange aos principais tomadores de serviços médicos temos o Bradesco com 25% dos casos, seguido de UNIMED com 19%, AMIL com 14%, Sul América com 9%, Golden Cross

com 8,6% CASSI com 6% UNAFISCO com 4,5%, PETROS com 4% Med Service, UNIBANCO e Embratel com 1,3 % cada e o restante abaixo de 1%.

A análise relativa aos valores todas as operadoras estiveram em um patamar semelhante na casa de 7 a 11 mil reais, com valor dia médio que tende a uma convergência na ordem de 4 mil reais. Ressalva feita a UNAFISCO que teve um valor médio de 45 mil reais, com média por dia de 8 mil, por conta de um único e fortuito, de 500 mil reais com 50 dias de internação.

Se fizemos uma análise ponderada de N eventos / Valor e frequência de dias de internação observaram que a UNIMED tende a trazer a linha média de valores para mais baixo uma vez que tiveram 19% dos casos, com 7 mil reais de média por evento e 2,9 mil de média diária. Analisando melhor este dado temos que a tabela desta operadora é uma das mais baixas praticadas neste hospital.

Tabela 5 – Valores médios, desvio padrão e mediana das diárias relativas a cada evento em mil reais / dia / por ano.

Tabela 5.1 – Apendicectomy

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Comentários.
Media	3,75	4,20	4,152	4,153	4,85	Variação acumulada de custo (2010, base 2006): 29,19%
Desvio padrão	1,93	1,89	1,91	1,87	2,13	
Mediana	3,26	4,03	3,73	3,63	4,20	
N Eventos	68	76	86	86	74	Somatório de eventos no período 2006-2010: 390 eventos
V Máximo	10,7	9,74	9,89	10,06	10,3	
V Mínimo	1,32	1,38	1,47	1,45	1,69	

A média variou de 3,75 mil reais e 4,85 mil reais a diária, com um incremento de 29,19 % entre 2006 e 2010. O número de eventos variou de 68 em 2006 para 86 em 2008 e 2009, com 74 eventos em 2010. A mediana variou entre 3,26 e 4,20 mil reais. O desvio padrão foi de 1,87 a 2,13 em 2010.

Tabela 5.2 - Histerectomia

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Comentários
Média	1,57	2,38	2,03	1,828	1,724	Variação acumulada de custos (2010 base 2006): 10,16%
Desvio padrão	0,91	2,10	0,74	0,84	0,44	
Mediana	1,35	1,62	1,76	1,82	1,72	
N eventos	13	12	14	04	07	Somatório de eventos 2006 a 2010: 50 eventos
V Máximo	4,29	8,48	3,76	3,76	2,52	
V Mínimo	0,53	0,89	1,33	1,33	1,14	

A média variou de 1,57 em mil reais a e 1,724 mil reais em 2010, a diária, com um incremento de 10,16 % entre 2006 e 2010. O número de eventos variou de 14 em 2008 para 04 eventos em 2009. A mediana variou entre 1,35 e 1,82 mil reais. O desvio padrão foi de 0.91 em 2006 a 0,44 em 2010. Os valores mínimo e máximo de cada ano estão registrados em tabela.

Tabela 5.3. Colecistectomia

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Comentários
Média	4,42	4,61	4,57	5,51	5,19	Variação acumulada de custos (2010 base 2006): 17,45%
Desvio padrão	2,13	2,22	2,51	3,87	2,76	
Mediana	3,97	4,42	3,96	4,37	4,82	
N Eventos	89	112	113	104	95	Somatório de eventos 2006 a 2010: 513 eventos
V Máximo	12,58	15,36	13,91	23,89	19,66	
V Mínimo	1,2	1,4	1,45	1,15	1,32	

A média variou de 4,42 em mil reais a e 5,19 mil reais em 2010, a diária, com um incremento de 17,45 % entre 2006 e 2010. O número de eventos variou de 89 em 2006 para 95 eventos em 2010. Com pico de 113 eventos em 2008. A mediana variou entre 3,97 e 4,82 mil reais. O desvio padrão foi de 2,13 em 2006 a 2,76 em 2010. Os valores mínimos e máximos, de cada ano, estão registrados em tabela.

Tabela 5.4. MIX dos três eventos

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	Comentários
Média	3,93	4,32	4,24	4,85	4,91	Variação acumulada de custos (2010 base 2006): 24,93%
Desvio Padrão	2,11	2,15	2,28	3,20	2,54	
Mediana	3,45	4,10	3,71	3,87	4,40	
N Eventos	170	200	213	194	176	Somatório de eventos 2006 a 2010: 953 eventos
V Máximo	12,58	15,36	13,98	23,38	1,14	
V Mínimo	0,53	1,22	1,33	1,07	19,63	

A ideia do MIX se deveu a uma análise com uma base de dados maiores onde além do N de eventos que passou a ser o total dos 3.087 eventos também representa um somatório de dados com a maior variação de fatores e uma maior representatividade do que é uma realidade hospitalar.

Assim ao analisarmos os dados observamos:

A média variou de 3,93 em mil reais a e 4,91 mil reais em 2010, a diária, com um incremento de 24,93 % entre 2006 e 2010. O número de eventos variou de 170 em 2006 para 176 eventos em 2010. Com pico de 213 eventos em 2008. A mediana variou entre 3,45 e 4,40 mil reais. O desvio padrão foi de 2,11 em 2006 a 2,54 em 2010. Os valores mínimos e máximos, de cada ano, estão registrados em tabela.

A análise dos dados comparativos mostra uma aproximação estatística entre o valor de variação do MIX de eventos, contra os índices de IPCA e da ANS que já são semelhantes.

Tabela 6 – Comparativo percentual das variações dos preços e dos índices.

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	Variação
IPCA	3,14%	4,45%	5,9%	4,41%	5,90%	26,14%
ANS	2,95%	4,36%	6,1%	4,18%	5,79%	25,63%
VCHM	8,11%	10,8%	12%	7,6%	11,6%	61,18%
Apendicectomia	Referencia	12%	-1,14%	0%	16,8%	29,19%
Histerectomia	Referencia	51%	-14,7%	9,9%	-5,9%	10,16%
Colecistectomia	Referencia	4,2%	-0,82%	20,5%	-11,2%	17,45%
Mix dos 3 (três) eventos	Referencia	9,9%	-1,8%	14,4%	2,7%	24,93%

A tabela 6 compara de forma geral todos os índices e valores apurado. O IPCA e o índice da ANS são semelhantes em 26,14 % e 15,63 % de variação respectivamente. Contra 61,18% do VCMH.

A apendicectomia variou 29,19% no período contra 10,16% da Histerectomia e 17,45% da colecistectomia.

O Mix dos 3 eventos variou em 24,93%, valor bem próximo ao IPCA e a variação da ANS.

Tabela 7- Análise estatística feito ano a ano, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 e 2006-2010, para cada um dos eventos, representadas na tabela abaixo.

P valor expresso em cada uma das relações.

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2006-2010
Apendicectomia	0,16	0,86	0,99	< 0,05	< 0,01
Histerectomia	0,21	0,56	0,63	0,79	0,76
Colecistectomia	< 0,001	<0,001	<0,05	0,17	0,17
Mix	0,08	0,7	<0,05	0,84	<0,001

Fazendo uma análise estatística da variação ano a ano de cada um dos eventos, observamos uma variação anárquica que não guarda qualquer relação entre os valores médios de cada ano.

Seja ano a ano ou na relação de 2006 para 2010 não há nenhuma significância estatística nos P valores calculados.

Não há nenhum padrão que possa ser definido pela análise em questão. Suscita um padrão totalmente anárquico dos valores em relação, para cada um dos eventos quando analisados ano a ano sobre seus valores anteriores.

Tabela 8- Teste Maen Whitney dos valores apurados.

	2006	2007	2008	2009	2010	Média	P valor
	N casos	N casos	N casos	N casos	N casos		
Apendicectomia	68	76	86	86	74	29,19%	0,22
Histerectomia	13	12	14	04	07	10,16%	0,75
Colecistectomia	89	112	113	104	95	17,45%	0,48
Mix dos 3 eventos	170	200	213	194	176	24,72%	0,21

O teste de Maen-Whitney, mas apurado e específico para esta análise confirma os dados já registrados, na tabela 7, e na avaliação dos valores em referencia não define nenhum padrão estatístico, com os P valores calculados, não mantendo nenhuma significância estatística.

Este teste é um reforço para nossa tese de que isoladamente não se define para cada qual dos eventos na variação ano a ano, nenhum padrão estatístico minimamente aceitável.

Foi então feito um novo tratamento estatístico, através da regressão entre os eventos entre si e os índices em análise.

A regressão busca provar se existe alguma dependência funcional entre as variáveis aleatórias, através da expressão de uma função.

Concomitante foi feito uma análise de correlação, na qual se buscou uma dependência entre as funções de distribuição de duas ou mais variáveis aleatórias, em que a ocorrência de um valor

de uma das variáveis favorece a ocorrência de um conjunto de valores das outras variáveis.

Tabela 9 - Tabela regressão referente à apendicectomia.

	R^2	Prob > F
Apendicectomia x IPCA	0,01	0,86
Apendicectomia x VCMH	0,89	=0,05
Apendicectomia x ANS	0,003	0,94
Apendicectomia x Histerectomia	0,21	0,53
Apendicectomia x Colectistectomia	0,40	0,35

Os dados da tabela 9, analisados na regressão que busca uma relação matemática entre os valores analisados, no caso entre a variável apendicectomia e os outros índices e eventos, na análise da Probabilidade F não define nenhum padrão estatístico aceitável.

Tabela 9.1 - Tabela correlação referente à apendicectomia.

N eventos 390

	r	p valor
Apendicectomia x IPCA	0,13	NS
Apendicectomia x VCMH	-0,94	NS
Apendicectomia x ANS	0,05	NS
Apendicectomia x Histerectomia	0,46	NS
Apendicectomia x Colectistectomia	-0,56	NS

NS: não significante

Na correlação que busca analisar possíveis dependências entre as funções de distribuição de duas ou mais variáveis aleatórias, em que a ocorrência de um valor de uma das variáveis favorece a ocorrência dum conjunto de valores das outras variáveis, também não apresentou em seus dados finais nenhuma significância estatística entre os dados, comprovando a regressão previamente analisada.

Tabela 10 – Tabela de Regressão referente à histerectomia
N eventos 50

	R^2	Prob > F
Histerectomia x IPCA	0,31	0,44
Histerectomia x VCMH	0,31	0,43
Histerectomia x ANS	0,27	0,47
Histerectomia x Colectistectomia	0,0004	0,96

A tabela 10 analisa a regressão entre o evento Histerectomia e os outros parâmetros, sejam eles eventos outros como a colectistectomia ou os índices utilizados para nosso estudo.

Observamos que todos os valores Prob F calculados não apresentam nenhum dados de significância estatística.

Tabela 10.1 – Tabela de correlação referente à histerectomia
N eventos 50

	r	P valor
Histerectomia x IPCA	-0,55	NS
Histerectomia x VCMH	- 0,56	NS
Histerectomia x ANS	- 0,52	NS
Histerectomia x Colectistectomia	- 0,33	NS

NS: não significante

A correlação entre os fatores também não apresentou nenhum P valor que tenha significância estatística, comprovando o já observado na regressão.

Tabela 11 - Regressão referente à colecistectomia
N eventos 513

	R^2	Prob > F
Colecistectomia x IPCA	0,47	0,19
Colecistectomia x VCMH	0,29	0,27
Colecistectomia x ANS	0,47	0,17

Na análise de regressão entre o evento colecistectomia e os índices utilizados mantém o padrão estatístico de não significância quando observados as Prob F calculadas.

Tabela 11.1 – Tabela de correlação referente à colecistectomia
N eventos 513

	r	Prob > F
Colecistectomia x IPCA	0,80	NS
Colecistectomia x VCMH	0,72	NS
Colecistectomia x ANS	- 0,80	NS

NS: não significante

A correlação entre os fatores comprovam este dado, onde nenhum P valor tem significância estatística.

Foi feito o mesmo exercício de regressão e correlação entre o MIX dos três eventos, desta forma com um N eventos de 953 atos e os índices de base do suporte do trabalho.

Neste caso já observamos uma mudança no padrão estatístico até então analisados nos outros eventos isolados.

Tabela 12 – Tabela de Regressão referente ao MIX de eventos estudados
N eventos 953

	R^2	Prob > F
Mix x IPCA	0,87	<0,05
Mix x VCMH	0,08	0,70
Mix x ANS	0,95	<0,05

Na análise da regressão entre o MIX e os índices observamos que para o IPCA e a variação da ANS e, ambos os casos observamos que há significância estatística com Prob F menor que 0,05.

Tabela 12.1 – Tabela de Correlação referente ao MIX de eventos estudados

	R	p valor
Mix x IPCA	- 0,95	<0,05
Mix x VCMH	0,29	NS
Mix x ANS	-0,98	<0,05

NS: não significante

A correlação entre o MIX dos eventos e os índices confirma o dado anterior e em ambos os índices IPCA e variação da ANS o P valor tem significância estatística com valores menores que 0,05.

Para o IPCA o R^2 coeficiente de correlação é de 0,87, e com a ANS o R^2 é de 0,95, quando analisados na regressão. Mostrando um alto grau percentual entre eles.

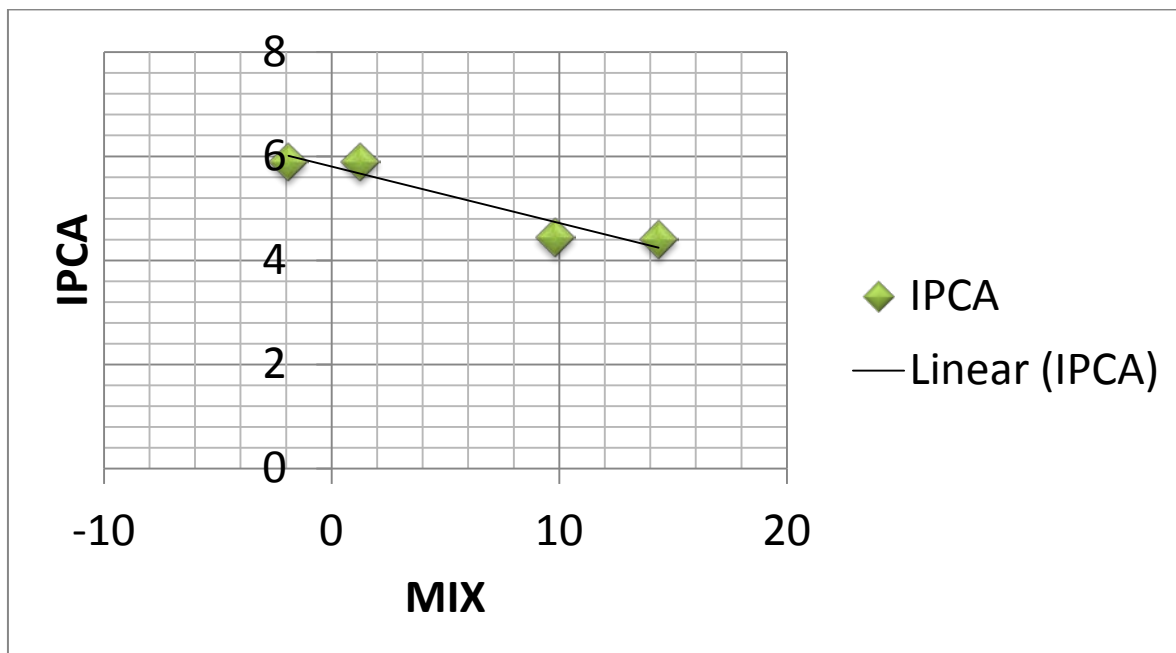
Na correção este percentual indicado por r, ainda é mais significativo com 0,95 para o IPCA e 0,98 para a variação da ANS.

A seguir traduzimos esta significância estatística através da análise gráfica dos pontos plotados.

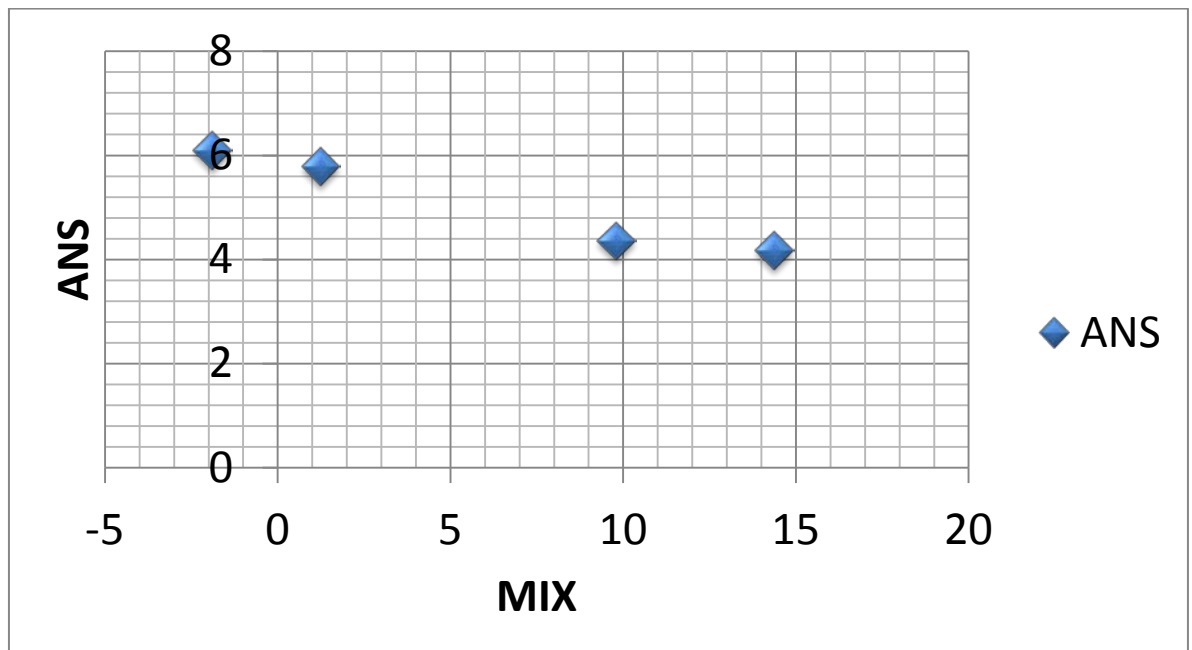
Os gráficos apresentados da relação do MIX com os índices descritos comprovam visualmente o relatado acima.

Gráfico 4 - Variação Mix x IPCA – regressão linear

$p < 0,05$

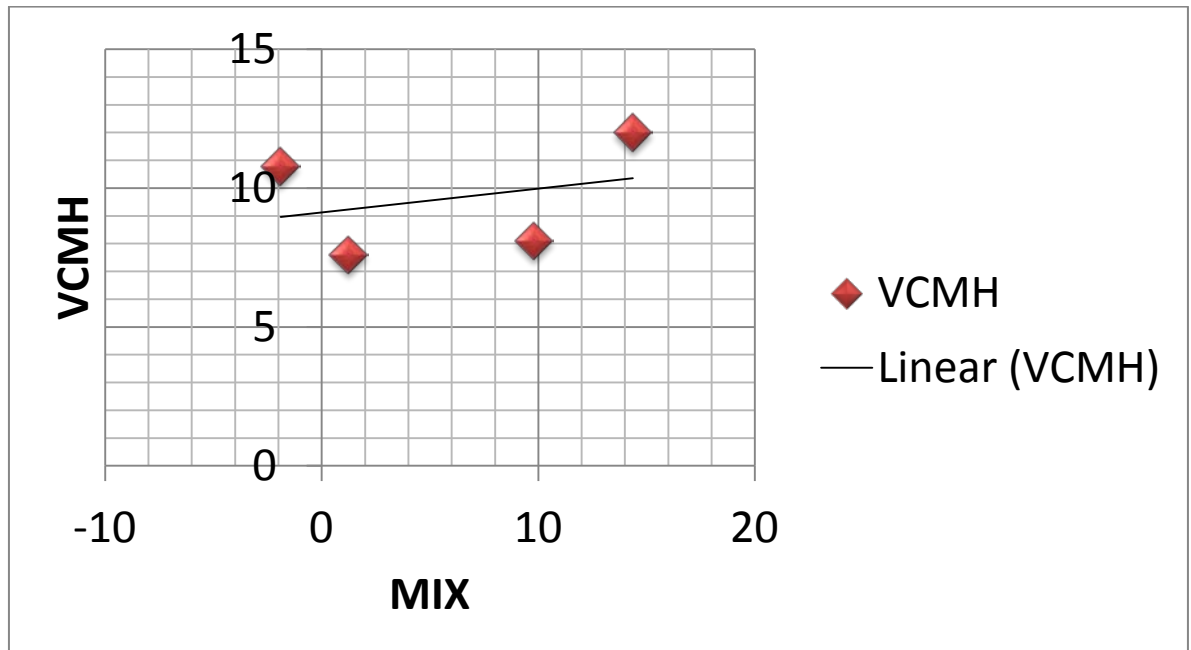


A expressão gráfica reforça esta posição onde os pontos são perfeitos na formação da reta, mostrando o alto grau de significância na regressão, quando analisado o Mix x IPCA, onde o P valor é menor que 0,05.

Gráfico 5 - Variação Mix x ANS**P < 0,05**

O gráfico 8, da mesma forma, quando em análise gráfica entre o Mix de eventos e o índice de reajuste da ANS a correção gráfica confirma esta forte significância, com os pontos em íntima relação com a reta descrita pelos pontos. Sendo também o P valor menor que 0,05.

Já o mesmo não ocorre na análise dos dados da Regressão entre o Mix e a VCMH, onde os pontos plotados não guardam relação com a reta desenhada.

Gráfico 9 - Variação Mix x VCMH**p = 0,70**

O gráfico 9 mostra uma distribuição anárquica e aleatória dos pontos, onde não temos a expressão matemática de uma reta que possa cruzá-lo, com um P valor de 0,7 confirmando graficamente a análise numérica já descrita de não significância estatística entre o MIX dos eventos em a VCMH.

5. CONCLUSÃO

O trabalho buscou através de estudo retrospectivo de três eventos de alta ocorrência na dinâmica de uma instituição de saúde, analisar a variação das contas médicas de três eventos cirúrgicos de internação em comparação com os principais índices econômicos gerais e específicos do setor de saúde no país.

Foi utilizado a comparação com IPCA, variação de planos de saúde liberado pela ANS, e variação de custos médicos liberado pelo Instituto Estadual de Estudos em Saúde.

Os dados analisados mostram que no período estudado entre 2006 a 2010, onde se pode unificar no tempo todos os valores observamos que após uma série histórica inicial onde a Agencia Nacional de Saúde trabalhou com índices de reajuste mais agressivos, nos anos analisados este valor praticamente caminhou par e passo com a variação do IPCA. O IPCA apurado no período teve uma variação de 26,14% contra 25,63% de variação do índice de reajuste de planos de saúde liberado pela Agencia Nacional de Saúde.

Já a Variação de Custos Médicos Hospitalares, que ao longo destes anos passou a ser objeto de estudos de vários órgãos especializados, dentre eles o Instituto de Estudos Econômicos de Serviços de Saúde, de onde seguimos e que foi base deste estudo, apurou um valor significativamente superior a este, chegando ao dobro deste patamar com 61,18% de variação. Este dado coaduna com a máxima do mercado de uma variação nos custos dos serviços médicos corre bem acima da inflação oficial, como descrito antes. Segundo fontes do mercado Americano a inflação médica se mantém em 4 a 5 vezes a inflação econômica naquele país.

Reflexo disto são os valores hoje aplicados aos novos produtos e entrantes no sistema de saúde que tem praticamente novos valores de tabela a cada 30 dias.

Porém ao analisarmos os valores isolados dos eventos estudados não conseguimos replicar estes mesmos índices de reajuste. Somente apendicectomia mostrou um valor incremental de 29,29 % se considerarmos a variação do primeiro ano de análise 2006 como o último 2010. Porém ano a ano este padrão não é regular, aumentando até 50% de um para outro ano e com queda em outros momentos.

Os outros dois eventos também não apresentaram nenhum padrão definido da mesma forma que apendicectomia e ao longo da série de 5 anos variaram aquém deste índice respectivamente histerectomia com 10,16% e Colecistectomia com 17,45%.

Ao trabalhar o MIX de eventos no mesmo intervalo também observamos que na avaliação dos extremos de 2006 para 2010 o valor absoluto também não guarda relação com os índices analisada, visto que ficou em 16,39%, quando avaliado os valores de picos nos anos.

Porém ao analisar ano a ano a regressão linear comparativa entre os índices e o MIX observamos que para a ANS e o IPCA, corroborado pela análise da correlação entre eles tem um comportamento altamente significativo. Há aqui uma observação de que ambos são muito próximos entre si, ANS e IPCA.

Os dados acima descritos sugerem que provavelmente para o modelo hospitalar, deva ser considerado o seu maior MIX possível, como forma de ponderar os procedimentos tanto em número quanto nas mais amplas variáveis como idade, sexo, complicações, e mesmo a equipe que atende ao caso e /ou as condições de tecnologia que existem na instituição provedora que esta atendendo ao caso médico.

Nesta observação a busca de eventos cirúrgicos clássicos e mais herméticos pode ter de certa forma desvirtuado nossa análise. Acreditamos agora que em um maior número de eventos levando em consideração eventos menos protocolares e mais as internações clínicas, por exemplo, os dados poderiam ser mais próximos da realidade da prática de saúde.

Prática esta afeita à pressão da modernidade no uso da tecnologia e de novas drogas, e dispositivos terapêuticos que tem seu valor de chegada ao mercado proporcionalmente muito acima de uma variação inflacionária, visto a pesquisa e o investimento em volta desta nova descoberta.

5.1. OBSERVAÇÃO FINAL.

Este é um primeiro passo na direção de se buscar um índice inflacionário, tangível e relativo aos índices de mercado econômico hoje que reflita, de forma mais objetiva e direta as variações próprias do mercado de saúde.

Espero que sirva de incentivo para novos e revolucionários trabalhos que estudando o modelo atual de atendimento em voga no país possa em última análise refletir a real inflação dos serviços médicos e de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Silianski de; Brasília 2003. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Formas de remuneração dos serviços de saúde.

VELOSO, Germany Gonçalves; Malik, Ana Maria. ARTIGOS - ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE EMPRESAS DE SAÚDE. RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2010.

KANAMURA, Alberto Hideki; D'Ávila Viana, Ana Luiza. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê High. Revista Saúde Pública 2007; 41(5): 814-20.

NERO, Carlos; ZUCCHI, Paola; MALIK, Ana Maria. Saúde e sociologia nove (1/2): 127-150, 2000. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta de serviços de saúde.

LEAL, Rodrigo Mendes; Matos, João Boaventura Branco de. PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS E SEUS COMPONENTES. Fórum PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS E SEUS COMPONENTES. 2009.

MAIA, Elton Azevedo; Métodos de custeio e critérios de discriminação de preço de preços de procedimentos médicos: uma análise em dois hospitais do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, FGV, EBAP, 2008.

IPEA. Novos modelos de gestão na saúde privada. Ocke-Reias, CarrlosOctávio; 2006.

BARROS, Mariliza Berto de Azevedo; A Incidência de Cirurgia na população de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Revista de Saúde pública de SP, 16:268 – 81, 1982.

Revista do Direito Sanitário, São Paulo. A Regulação da Saúde Suplementar e o Direito da Pessoa Idosa á Assistência a Saúde. V.o, v.2, p. 190-260. Jul./Out. 2008.

SANT'ANNA, Ramiro Nóbrega; A Saúde aos Cuidados do Judiciário: A Judicialização das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica no Distrito Federal a partir da jurisprudência

do TJDF. UNB – 2009.

TRINDADE, Evelinda: A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5): 951-964, mai, 2008.

NISHIJIMA, Marislei; BIASOTO JUNIOR, Geraldo; CYRILLO, Denise Cavallini; Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade: Área de classificação da ANPEC – 11 Código JEL: I11, I18, D12).

WWW.ans.gov.br/.../planosdesade/reajustes-de-planos-de-suade...

WWW.iess.org.br/.../variação-de-custo-medico

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-09062008_PIB.pdf

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Abreviação de títulos de Periódicos e publicações seriadas: NBR 6032, ago 1989. Rio de Janeiro, 1990. 14 p.

ARES, Amanda Maria Medeiros López; Norma para elaboração de referencias: Fundação Getúlio Vargas Biblioteca Mario Henrique Simonsen, 2010.

ARES, Amanda Maria Medeiros López; Normalização dos trabalhos acadêmicos: Fundação Getúlio Vargas Biblioteca Mario Henrique Simonsen, 2011.

Rebecca W. S. BARROS, Rebecca W. S.; MATOS, S. M. Comportamento dos Preços no Brasil: Evidências Utilizando Micro dados de Preços ao Consumidor. IBRE/FGV, EPGE/FGV e Banco BBM*19 de julho de 2008.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, Carla Almeida: Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Texto retirado do livro: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41.

OCHÉ-REIS, Carlos Octávio. NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE PRIVADA. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica, texto para discussão, Rio de Janeiro, fevereiro de 2006.

SANTOS JR JCM. Avaliação Médica: O Consumo na Medicina e a Mercantilização da Saúde. Rev bras Coloproct, 2006; 26(1):70-85.

BRITTO, Marcelo Moncorvo: O desequilíbrio econômico do sistema de saúde suplementar brasileiro como o desvio do foco da remuneração do serviço hospitalar para a venda mercantil de material e medicamentos. Estudo de um hospital. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de MESTRE em Gestão de Unidades de Saúde INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA.

NOGUEIRA, Roberto Passos: O Estado, as agências e a saúde. Este artigo está parcialmente baseado em ensaio anterior, publicado no Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise (IPEA), nº 5, Agosto 2002.

ANDREAZZA, Maria de Fatima Siliansky, KORNIS, Geopge E. Machado: Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos Anos 90. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13(1): 157-191, 2003.

NETO, Gonzalo Vecina, MALIK, Ana Maria: Tendências na assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 2007

PORTER ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

REIS, C. O. A Regulamentação dos Planos de Saúde: uma questão de Estado. In: Boletim de Políticas Sociais, Brasília: Ipea, n. 4, 2002.

CARVALHO, José Alberto Magno; RODRIGUES-WONG, Laura: A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008.

Butler, Andrea Costa da Silva - Costa, Cláudia Abreu - Cardoso, Claudia Regina Lopes - Leite, Nathalie Carvalho: Risco Cirúrgico Rotinas e Avaliação. Guanabara Kookan, 2005.

ANS Caderno de Informações março 2012.

VEJA, Magazine: Desafios Brasileiros: SAÚDE PÚBLICA, abril 2011.

SIMONSEN, Mario Henrique: A inflação brasileira: lições e perspectivas. Revista de Economia Política, Vol. 5, N. 4, outubro / dezembro 1985.

GAMA, Márcia Viter: UM ESTUDO SOBRE A EVOLUÇÃO DA INDÚSTRIA DE MEDICINA SUPLEMENTAR NO BRASIL. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Administração, IBEMEC 2006.

VEJA, Magazine: outubro 1999.

REZENDE, Jofre M: O USO DA TECNOLOGIA NO DIAGNÓSTICO MÉDICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS. Versão apresentada ao XIV Encontro Científico do Acadêmico de Medicina. Goiânia, 20/09/2002. Atualizado em 24/10/2008.

OMS- Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3): 597-605, mar, 2008.

<http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>

CAMPOS, Tércio; PARREIRA, José Gustavo; Moricz, Ronaldo Elias Carnut; SILVA, Rodrigo Altenfelder. PACHECO JUNIOR, Adhear Monteiro: Fatores preditivos de coledocolitíase em doentes com litíase vesicular Rev. Assoc. Med. Bras. vol.50 no.2 São Paulo Apr./Jan. 2004

Robbins & Cotran: Patologia Bases Patológicas das Doenças + Robbins & Cotran: Perguntas e Respostas em Patologia. Terceira edição, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. Ministério da Saúde – Brasil Seminário Internacional, 2002.