

# 1. INTRODUÇÃO

A saúde está consagrada na constituição brasileira como direito de todos e dever do Estado. Tal dever, entendida como eminentemente pública, abarca instituições não estatais que operam planos privados de saúde, a contragosto destas. A população associada aos planos tem pressionado nesse sentido, recorrendo ao judiciário, que tem arbitrado sentenças a favor do usuário, obrigando as operadoras de planos a pagar por coberturas, ainda que não previstas e contratualmente questionáveis. O entendimento de que tal dever se estende às operadoras é até compreensível se aceita a tese de que estas empresas nasceram para complementar a função do Estado, ou até para substituí-lo. A partir da sanção da Lei Federal nº 9.656 em junho de 1.998, a atuação das operadoras de planos de saúde passou a ser regulada pelo Estado, através da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, e com isso houve o reconhecimento de um sistema de saúde paralelo ao SUS - Sistema Único de Saúde. Oficializou-se o fracionamento do sistema brasileiro de saúde: um de acesso universal, de financiamento público, sem restrição de cobertura e outro de acesso não universal, de financiamento privado (com renúncia fiscal), orientado para uma cobertura menos restritiva. Uma vez que a citada lei determina ampliação da cobertura assistencial em relação ao que vinha sendo praticada, passados sete anos da sua promulgação, não se concluiu ainda a adaptação dos contratos anteriores à mesma, porque essa adaptação resultaria naturalmente em um aumento do valor da contribuição dos planos. Os usuários não concordam com o aumento e tampouco as operadoras querem assumi-lo. Mesmo porque há uma querela tramitando no Supremo Tribunal Federal, que em decisão liminar, considerou o contrato de um plano de saúde um instrumento jurídico perfeito, não podendo ser alterado automaticamente por lei, como aparentemente se pretendia. Como se vê, há uma contradição no posicionamento do poder executivo, representado pela ANS, e do poder judiciário. Como consequência, há uma insatisfação popular e um sentimento entre consumidores de planos privados de

saúde, de que estes não são produtos que devam ter preços ajustados aos seus custos, mas disponibilizados a quem mais precisa, a preços módicos e compatíveis com a renda da população. Acreditam que se o Estado realmente estivesse empenhado em cumprir sua obrigação constitucional não haveria porque existir sistema privado de saúde. Como isso não acontece, admitem pagar um plano de saúde que garanta seu bem estar, como que acreditando que as operadoras privadas possam substituir o “Estado Providência”, que deveria promover uma sociedade livre da insegurança social e que protegesse o indivíduo contra os principais riscos da existência.

----- X -----

A medicina ocidental tem 2.400 anos, desde Hipócrates. Nos séculos XV e XVI grandes descobrimentos permitiram compreender o funcionamento do corpo humano, mas foi só nos últimos 200 anos que efetivamente a medicina como ciência ganhou instrumentos para alterar o curso da história natural de diversas doenças que atazanavam a humanidade. Não somente, mas também por essa razão, a população de humanos cresceu de 1,6 bilhões para 6 bilhões nos últimos 100 anos. Nas últimas três ou quatro décadas, a medicina transformou-se pela tecnologia em produto de consumo de massa, contribuindo para promover o bem estar social. Foi também nesse último período que se descobriu que a despesa com saúde de um povo cresce mais do que a economia do país. De acordo com WEINSTEIN & STASON (1977) *“é agora 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”*. Da saúde como dádiva para a saúde como direito a sociedade organizou-se para garantir a vida como o seu bem mais precioso. Sistemas de proteção social e de saúde foram criados, consumindo hoje importante parcela da riqueza produzida pelo homem. Muito esforço é feito em todos os campos da atividade humana para proteger e prolongar a vida: viver um ano mais, um mês mais ou um dia mais. O preocupante é que os recursos

utilizados nem sempre são proporcionais aos prolongamentos conseguidos, em algumas situações até inversamente proporcionais. A sustentação da vida em regime de terapia intensiva consome mais recursos quanto mais próxima a morte está do doente. Segundo HURLEY (2001), citando trabalhos de Newhouse e Weisbrod, entre os beneficiários do programa Medicare dos EUA, 28% dos gastos com saúde ocorre no último ano de vida dos indivíduos. Essa constatação possivelmente continua a evoluir, consumindo-se cada vez mais, num tempo cada vez menor, concentrando proporcionalmente muitos recursos em poucos indivíduos. Até quando a sociedade poderá suportar esta perspectiva?

Em todo o mundo o crescimento dos gastos com saúde tem preocupado os governantes, mas a sociedade parece ter dificuldade em aceitar que não será possível continuar com esse crescimento indefinidamente. Sabe-se que os gastos em saúde não afetam as pessoas de forma uniforme, e é quase intuitivo que uma minoria gaste muito enquanto a grande maioria gaste pouco. Estudar o fenômeno dos “gastos elevados” na assistência médico-hospitalar de forma sistematizada é uma necessidade. Compreender as variáveis que influenciam os custos e procurar racionalmente controlar esse fenômeno é uma decisão que se impõe, em especial em nações emergentes, ainda pobres, mas com bolsões de riqueza, e cujas populações envelhecem mais rapidamente do que era de se esperar. Como prevê CARVALHO & GARCIA (2003) no seu estudo, o envelhecimento da população brasileira se dará a um ritmo significativamente maior, se comparada com aqueles já observados nos países europeus. Como algumas vezes citado em palestras, enquanto a Europa enriqueceu para depois envelhecer, o Brasil está envelhecendo antes de ficar rico. Como consequência há um novo padrão demográfico em curso, o que trará profundas implicações nas políticas de saúde, educação, previdência, habitação, expansão urbana para o país. O financiamento do sistema de saúde à semelhança do sistema previdenciário depende de uma proporção de população jovem sobre população idosa positiva, mas esta relação caminha muito rápido para uma inversão.

Um dos grandes desafios na gestão de um plano privado de assistência médico-hospitalar é o manejo dos eventos mórbidos que resultam em gastos elevados e especialmente quando se transformam em gastos assustadoramente grandes. As inovações tecnológicas da assistência médico-hospitalar contemporânea têm produzido, não raramente, despesas que num único tratamento representam centenas de milhares de reais. Dependendo do tamanho da população coberta pelo plano de saúde, um único evento de altíssimo custo pode desequilibrar de tal forma os fluxos financeiros, que abala a sua viabilidade. A imprecisa estimativa dos riscos e a grande instabilidade dos gastos são fatores que dificultam a gestão de planos de saúde com pequeno número de participantes, afirma DROR (2001). Até a promulgação da Lei 9.656 os planos reduziam o risco que esses eventos representavam, limitando a cobertura de dias de internação, em especial em Terapia Intensiva, de exames de alto custo ou mesmo a exclusão na cobertura de determinadas afecções. A frequência com que esses eventos ocorrem, e parece que este fenômeno vem crescendo, é determinada pelo perfil de morbidade da população assistida, que está diretamente relacionada com a composição etária, com a taxa de distribuição por sexo em algumas faixas de idade e com a incorporação tecnológica na assistência à doença. Esses eventos devem estar concentrados num pequeno grupo de indivíduos observando o princípio de Pareto. Segundo a WIKIPEDIA (2004) Vilfredo Pareto, sociólogo e economista italiano que viveu entre 1848 e 1923, conhecido pela descrição do princípio que leva seu nome, observou na sociedade da sua época que a distribuição da riqueza subordinava-se à proporção de 80/20, ou seja, oitenta por cento da riqueza ficava na mão de 20 por cento da população, princípio que foi universalizado por Joseph Juran e outros gurus da busca da qualidade e eficácia dos processos administrativos empresariais, muito utilizados na atualidade. Em outras palavras, Pareto proclamou que a minoria das ações produz a maioria dos resultados. Esse princípio parece se encaixar na frequência dos eventos mórbidos de gastos elevados, e que bastaria estudar uma pequena parcela das ocorrências desses gastos para possibilitar a compreensão das

causas que respondem por parcela importante da despesa geral de um plano de saúde.

----- x -----

Esta pesquisa pretende através da cuidadosa análise dos eventos que resultaram em gastos elevados na assistência médico-hospitalar, em série histórica de uma população fechada, apontar o peso relativo dos fatores determinantes. Poderia ainda indicar um modelo de avaliação do risco financeiro do plano de saúde e quiçá subsidiar na construção de uma estratégia para o financiamento de planos com uma concentração de doentes que representam risco elevado de serem afetados por gastos elevados. O Estado, como poder regulador segundo a lei, deve intervir em toda situação que ponha em risco o interesse do assistido pelo plano de saúde, e se possível antecipar-se a uma bancarrota. A mudança do perfil demográfico é desafio que precisa ser enfrentado com uma política pública que resguarde o direito à saúde do idoso. De acordo com a projeção feita por KILSZTJN & ROSSBACH (2002), em função do envelhecimento populacional, os gastos com saúde poderão se elevar para até 25% do PIB em 2050. Os planos de saúde privados só poderão incluir mais idosos na sua carteira de clientes se houver uma política de compensação à seleção adversa a que naturalmente essa faixa de idade induz. Em outras palavras, um plano de saúde com grande participação de idosos tende a se inviabilizar. Compreender como se compõe os gastos de um plano de saúde e a participação dos idosos nesses gastos, em especial na de alto custo, mostra-se neste momento importante para um planejamento de médio e longo prazo.

Outro aspecto a se considerar no sub-sistema privado é o fato de a Lei 9.656 ter uniformizado a cobertura assistencial a todos os planos de saúde, independentemente do tamanho da população coberta. O risco que um indivíduo tem de adoecer ou sofrer um acidente é uma probabilidade estatística função da idade, sexo, ocupação, hábitos, ambiente e herança genética. Para cada indivíduo há um risco e a somatória desses riscos, do conjunto de indivíduos que compõe a carteira de clientes do plano de saúde, é o risco financeiro que está sendo

assumido pela operadora. Cada doença tem uma probabilidade diferente para sua ocorrência. Uma operadora que possua uma carteira de 10.000 beneficiários tem uma probabilidade, embora pequena, de ter que arcar com uma despesa relativa a uma doença complexa, cuja chance estatística é de um para 200.000. Se por azar um evento com essa chance estatística acontecer e determinar um tratamento de altíssimo custo, poderá inviabilizar financeiramente o plano. O tamanho da população da carteira por essa razão é essencial para diluir o risco financeiro. Segundo dados da ANS (2004), sabe-se que grande parte dos planos registrados tem menos de 20.000 beneficiários, número insuficiente para diluir o custo da ocorrência de eventos como malformações congênitas graves do coração ou transplante de medula óssea. É preciso encontrar mecanismos que permitam a esses pequenos planos sobreviver ao azar de terem um evento de grande impacto financeiro, ainda no período de acumulação das suas reservas. Mesmo que esse risco tenha sido previsto, se não houver massa de beneficiários para diluí-lo, o plano estará sujeito a se inviabilizar.

Tomando por universo do estudo um plano privado de saúde, a partir da análise das ocorrências de doenças que resultaram em gastos elevados, poder-se-ia chegar a dados indicativos das relações entre os valores dos gastos com o perfil epidemiológico da população, responsável por parcela importante do total. Espera-se que parte importante desse gasto seja de afecções relacionadas ao envelhecimento da população, com características próprias da transição epidemiológica do nosso meio, ou seja, ainda com doenças transmissíveis convivendo com doenças crônico-degenerativas. Pretende-se que este estudo seja uma contribuição que pode interessar aos gerentes dos planos privados de saúde, e mesmo para o gestor do SUS, que tem a responsabilidade de ajustar a quantidade de serviços e benefícios a prestar aos recursos que lhe são disponibilizados.

O risco a doenças que exigem tratamentos que geram elevados gastos, que atingem determinados grupos sociais, que por sua vez representa risco ao modelo

de financiamento do sistema de saúde e por fim um risco à sociedade é o tema que se deseja abordar, o que, de alguma forma, corrobora com a tese de que se caminha para uma sociedade de riscos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Estudar na perspectiva epidemiológica as características das pessoas beneficiárias de um plano de saúde que incorreram em gastos elevados, tomando tais gastos por desfecho. O estudo será feito através da análise de uma parcela das contas de assistência médico-hospitalar de uma operadora de plano de saúde, e que represente a população afetada por gastos elevados, referente ao período de um ano civil.

### **2.2. Objetivos específicos**

1) Identificar a população afetada pelo desfecho (gasto elevado) em um período de tempo e verificar a sua relação com faixas de idade e sexo; 2) Verificar a natureza desses gastos; 3) Verificar a relação dos afetados e diagnósticos declarados; 3) Verificar a relação dos afetados e a utilização de UTI; 4) Verificar a relação dos afetados e a presença de doenças crônicas não transmissíveis; 5) Avaliar o impacto que o desfecho produz na saúde financeira do plano de saúde.



## 3. O PROBLEMA

### 3.1. Gastos com saúde

O crescimento da participação no Produto Interno Bruto dos gastos com saúde é um fenômeno que com grande frequência é tema das discussões entre políticos, administradores e acadêmicos em muitos países. GERDTHAM & JÖNSSON (2000) iniciam o capítulo de abertura do Handbook of Health Economics com este comentário. Embora o fenômeno do crescimento seja uma constante, o valor absoluto dos gastos tem grande variação quando reduzida ao denominador comum, ou seja, o gasto anual *per capita*. Esta variação seria intuitivamente compreensível quando se comparam países com diferentes graus de desenvolvimento, mas mesmo no bloco dos países com relativa equivalência de desenvolvimento industrial e econômico essa variação continua importante. Tantos são os fatores determinantes envolvidos, que a análise comparativa deste fenômeno não é tarefa fácil, em especial se estas variações forem cotejadas com o grau de sanidade da população, não se encontrando muitas vezes uma relação direta de proporcionalidade nos indicadores de saúde. O gasto *per capita* com saúde entre os 29 países da OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), em 1997, variou de US\$ 391 a US\$ 4.090, com um valor médio de US\$ 1.725. Naquele ano, o PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* entre eles variou de US\$ 6.531 a US\$ 33.089, com um valor médio de US\$ 20.383. Enquanto o PIB *per capita* variou 5,0 vezes, o gasto com saúde *per capita* variou 10,4 vezes (Fonte: OECD Health Database). A pergunta intrigante que os autores se fazem e tentam responder no capítulo é: a forma como está organizada o sistema de cuidados à saúde nesses países tem impacto nos gastos com saúde, e neste caso, qual o tamanho deste impacto? Embora advirtam que os resultados empíricos a que chegaram devam ser tratados com considerável cuidado, os autores concluem que: 1) O PIB *per capita* tem efeito positivo e significativo no aumento do gasto em saúde; 2) A estrutura etária da população e a taxa de

desemprego têm normalmente efeito insignificante nos gastos em saúde; 3) Em relação ao modelo assistencial GERDTHAM (1998) apontou seis efeitos “esperados” razoavelmente fortes nos gastos em saúde. Primeiro, que o uso de assistência primária com clínicos triadores (gatekeepers) reduz os gastos em média 18%. Segundo, que os países que adotam o pagamento feito pelo paciente e posterior reembolso das despesas têm gastos 9% menores. Terceiro, que a forma de remuneração de médicos em atividade ambulatorial tem influência no gasto em saúde (a remuneração *per capita* - capitation é redutora de gastos, se comparada com pagamento por serviço - fee-for-service). Quarto, que há indícios de que os gastos com assistência hospitalar (com internação) é maior que os gastos com assistência ambulatorial. Quinto, que há algumas evidências de que a proporção maior de leitos públicos sobre leitos privados está associada a menor gasto em saúde. Sexto, que a disponibilidade total de médicos pode ter efeito positivo sobre gastos em saúde. De qualquer sorte, a pressão que este gasto exerce sobre o orçamento público é preocupante até para países ricos como a Alemanha, cujo sistema de saúde passa por uma “espinhosa reforma”, como relata a página WEB da DEUTSCHE WELLE (2004): *O sistema de saúde será reformado no Alemanha. Governo e Oposição elaboram uma proposta para aumentar a eficiência, reduzir gastos na ordem de 23 bilhões de euros até 2007 e diminuir também, em médio prazo, a contribuição.* A notícia pode ser interpretada que, no curto prazo, a população arcará com a despesa que o governo pretende poupar.

### **3.2. Financiamento dos sistemas de saúde**

Assumir coletivamente o gasto relacionado ao risco (possibilidade) de adoecer está hoje consagrado como forma de financiamento dos sistemas de saúde, seja público ou privado. A divisão desta despesa coletiva pode ser instituída pelo poder público ou pela organização privada de um fundo, através do qual se pagam os gastos com a saúde da população. Enquanto no financiamento público o acesso pode ser universalizado, no financiamento privado, o acesso ao

fundo será, a princípio, limitado à população contribuinte. Neste caso a contribuição pode ser atribuída proporcionalmente ao risco que cada indivíduo representa ou a despesa dividida entre todos os participantes, independente do risco. Há quem classifique tais diferenças de posturas como securitarismo para a primeira forma e como mutualismo à segunda. No Brasil, os planos de saúde adotam modelos mistos, com variado grau de “mestiçagem”. Na modalidade conhecida como seguro-saúde clássico a doença é reduzida a um risco financeiro, daí a necessidade de equilibrar a receita, representada pelo prêmio (contribuição geralmente mensal), com a despesa representada pelo sinistro (evento que determina despesa). Assim, cada segurado deve pagar um prêmio proporcional ao risco (probabilidade de produzir sinistro) que representa, o que pode inviabilizar o ingresso de indivíduos que apresentem risco alto demais. Já os planos de saúde organizados com base na solidariedade, tem como princípio que a doença é um azar, um infortúnio. Assim, solidariamente a contribuição é estipulada segundo outra lógica, que não a do risco de adoecer. Esses conceitos parecem importantes serem colocados, uma vez que a equidade no acesso aos planos privados de saúde está intimamente relacionada com o modelo de financiamento adotado. Por outro lado, um plano de saúde não pode desconsiderar o fato de que a viabilidade econômico-financeira é diretamente proporcional ao ingresso das contribuições e inversamente proporcional à quantidade de sinistros a indenizar. Não há como sustentar um fundo, onde todos paguem pouco e todos usem muito. Da mesma forma que ocorre na previdência social é preciso buscar uma relação conveniente de muitos indivíduos que trabalhem e recolham contribuições, para beneficiar poucos aposentados.

O financiamento da saúde como função pública é parte da proteção que o Estado deve prover à população contra os riscos inesperados. Decorre da necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos (perdas) sobre o indivíduo e a sociedade. O sistema de saúde do Brasil e seu financiamento foram construídos a partir de modelos europeus de seguro ou seguridade social, que tem por inspiração o Welfare State, segundo VIANA (2003)

um tipo específico de intervenção do Estado, surgido na Europa de Pós-Guerra como decorrência da expansão do capitalismo, do emprego, da incorporação dos ganhos de produtividade pelos salários, do crescimento do consumo de massa, da teoria keynesiana que legitima a intervenção pública e do crescimento da capacidade administrativa do Estado. Este movimento preconiza como essencial um conjunto de medidas de proteção social oferecido pelo governo na forma de padrões mínimos de renda, alimentação, habitação, educação e saúde, que deve ser assegurado a todos os cidadãos como um direito político, não como caridade. Em outra linha conceitual, VIANA (2003), citando Logue, define o Welfare State como um Estado democrático na sua forma, intervencionista por tendência, e inclinado a gerir a economia tendo em vista o desenvolvimento econômico e o pleno emprego. Esta linha conceitual, segundo Donati, citado ainda por VIANA (2003), pressupõe um acerto societário complexo na busca do máximo de integração entre os entes econômicos, com base no consumo privado, e apoiado por uma democracia social, governado por uma autoridade político-estatal forte, legitimada pelas funções integrantes deste acordo societário. As modificações ocorridas mais recentemente no capitalismo internacional puseram fim a esta articulação entre Estado, Mercado e Sociedade, sem, entretanto, desmantelarem os modernos sistemas de proteção social. A solidariedade que induz um indivíduo a disponibilizar recursos para contribuir com o bem estar do outro é uma construção social complexa que engloba considerações morais, éticas, religiosas, culturais, históricas e estratégicas que ocorre sob determinado regime de política social.

O financiamento do sistema público de saúde pode ocorrer pela destinação de recursos dos impostos, portanto não individualizável, ou pelo recolhimento de contribuição compulsória destinada especificamente para a finalidade de prover saúde. A Inglaterra é o modelo de sistema de saúde sustentado por impostos, onde o acesso aos serviços é universal e toda despesa paga pelo Estado. Já na Europa continental predomina o modelo pelo qual o Estado recolhe contribuições de trabalhadores e empregadores, constituindo um fundo para financiar o sistema

de saúde, onde também o acesso é universal. O setor produtivo financia o seguro. No caso inglês o governo tem a prerrogativa do gasto, ou seja, a destinação dos recursos é definida em orçamento segundo a conveniência e a prioridade que o governo dá ao setor saúde. Já no segundo modelo de financiamento, os recursos destinados ao setor é pré-determinado pela receita específica. Ocorre que nos últimos anos é recorrente a geração de déficit no setor, independente do modelo de financiamento, que no primeiro caso exige o aumento de impostos e no segundo o aumento da contribuição dos trabalhadores e empregadores. Em quase toda a Europa, o elevado gasto público com saúde, é um problema comum a todos os países da OECD e tem um sabor amargo de impopularidade para os políticos que estão no poder. Nos Estados Unidos o problema existe, mas com um olhar diferente. O acesso não é universal e o sistema é de responsabilidade privada enquanto o cidadão é produtivo e passa ser de responsabilidade pública quando o cidadão é aposentado ou pobre, a ai sim, financiado através dos impostos. Quando o Estado assume a responsabilidade pela gestão dos recursos para a saúde o contribuinte delega a este a definição da extensão de cobertura das ações em seu benefício, geralmente com pequena variação, que é determinado pela quantidade de recursos disponíveis. Já quando privadamente se compra um plano de saúde este pode ter uma cobertura variável, que depende da estrutura da oferta e da capacidade financeira do comprador. O financiamento em saúde, segundo MEDICI (1994) poderia ser dividido em quatro modelos: O Modelo Assistencialista que para as classes de baixa renda o financiamento seria feito por fontes fiscais, enquanto para os trabalhadores formais, classe média e alta pelo pagamento direto pelos serviços. O Modelo Previdencialista que teria como fonte de financiamento as contribuições sociais sobre a folha de salários, focando sua ação na classe trabalhadora formal e classe média, enquanto o grupo de alta renda faria o pagamento direto pelos serviços e a classe de baixa renda sem recursos definidos. O Modelo Universalista Unificado atenderia a todas as classes de renda através do financiamento de fontes fiscais e contribuições sociais gerais. Por último, o Modelo Universalista Diversificado que para a classe de baixa renda

o financiamento se faria por fontes fiscais e contribuições sociais, a classe trabalhadora e média teria o financiamento feito de forma compulsória com contribuições sociais sobre a folha de salários, enquanto o financiamento para a classe de alta renda seria feito pela vinculação aos planos privados especiais de forma voluntária ou pelo pagamento direto pelos serviços.

A elasticidade da capacidade do Estado em financiar o sistema de saúde tem se mostrado limitada, enquanto a pressão popular para ampliação da cobertura assistencial demonstra grande elasticidade. Como equacionar este problema? A esse propósito, os organismos internacionais têm se posicionado através de diferentes visões, algumas segundo níveis de desenvolvimento dos países. A OMS (Organização Mundial da Saúde), por exemplo, afirma que não é possível oferecer serviços de qualidade para todos e assim deve-se prover o essencial com alta qualidade orientada pelo critério do custo-efetividade. A OMS não é muito simpática ao universalismo e parece incentivar uma focalização das ações de saúde à população pobre, como está explícito em seu relatório anual OMS (2003). As ações públicas que a OMS preconiza estão focadas na melhoria das condições de vida e saúde das populações menos favorecidas, prioridade na proteção da maternidade e da infância, no controle das doenças infecto-contagiosas de maior prevalência, ações respaldadas no argumento de que os recursos públicos disponíveis são limitados. Por este enfoque as restrições financeiras impõem escolhas na destinação desses recursos. Uma das abordagens para reduzir a participação pública, segundo GERDTHAM & JÖNSSON (2000) é a substituição do financiamento público por seguro privado. O maior problema desta postura é como conciliar o limite da capacidade de desembolso do beneficiário do seguro com a meta de equidade de acesso que o sistema deve cumprir. A maior parte dos gastos em um ano está concentrada num pequeno seguimento da população. Por exemplo, nos Estados Unidos, apenas 10% da população são responsáveis por 72% de toda a despesa de saúde, afirmam os autores, citando trabalho de Berk de 1992. Esta proporção, certamente, poderá ser encontrada em outros países. Um agravante do seguro

privado é de que aquele beneficiário com maior potencial de fazer gastos é também o que tem menor capacidade de desembolso. O gasto maior com saúde ocorre no ocaso da vida, justamente quando o indivíduo já se distanciou do período mais economicamente produtivo da sua vida. Logo, claro está, que não é através da competição entre o sistema público e privado que poderá se encontrar um modelo de financiamento capaz de compensar essa inevitável situação factual.

### **3.3. Saúde no Brasil como ação pública**

No Brasil, segundo BRAGA & DE PAULA (1981) a saúde emerge como questão social e pública no bojo da economia capitalista cafeeira. As atividades se limitavam ao controle das endemias, ao atendimento aos aspectos de saneamento dos portos e núcleos urbanos – como Rio, São Paulo e Santos - vinculados aos setores comercial-financeiro do complexo exportador que tinha como estratégia a atração e retenção da mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado, e ainda assim motivados unicamente em caso de calamidade pública. Só começou a ganhar importância com a industrialização, mas por uma vertente distinta denominada medicina previdenciária, financiada com recursos vinculados às categorias de trabalhadores urbanos, de caráter médico-assistencial e não universal. Ainda segundo os mesmos autores, em 1968 a participação do Ministério da Saúde no orçamento da União era de 2,21%. Nos anos seguintes essa participação decresceu, enquanto o gasto com a assistência médica no âmbito da previdência social crescia, passando a preocupar e a ser controlado. A relação entre a despesa com saúde no total das despesas do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social, órgão já extinto) em 1967 era de 22,45% e em 1976 já era de 31,3%. Se levarmos em conta o “boom” econômico vivido entre 1967 e 1973, o crescimento dos gastos em termos absolutos deve ter sido bastante importante, já que a receita da previdência social crescia no mesmo ritmo do crescimento econômico.

A distinção entre recursos para saúde pública e medicina previdenciária foi mantida durante muitos anos, e a sua unificação começa a fazer eco na década

de 80. A medicina previdenciária só tinha por obrigação atender os contribuintes da previdência social urbana, o INPS, que em 1974 ensaia um acesso menos restrito, quando o Plano de Ponta Ação foi implantado com o objetivo de universalizar o acesso e melhorar o atendimento de urgência nas grandes cidades. Num primeiro momento esse atendimento não era franqueado ao trabalhador rural, que era vinculado a um outro sistema previdenciário, o FUNRURAL. Foi só a partir da Constituição de 1988, com o SUS, que os recursos públicos para a saúde foram unificados. O SUS tem como concepção um sistema de atendimento integral, com prioridade para ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais, de financiamento exclusivamente público, com acesso universal e igualitário. Um sistema inspirado no “Estado Providência”, idéia desenvolvida por pensadores europeus a partir da introdução do seguro social obrigatório, em que se garantia cobertura dos principais “riscos” da existência como doença, desemprego, aposentadoria, invalidez, etc. Essa proposta de Estado, entretanto, mostrou-se utópica com a crise diagnosticada no fim dos anos 70 e que necessita ser repensada, como propõe Pierre ROSANVALLON (1998) em sua obra *A Nova Questão Social*.

O SUS é um sistema de saúde como poucos no mundo, regulamentado por leis, com competências definidas na esfera federal estadual e municipal e que procura satisfazer de forma abrangente a totalidade das necessidades de saúde de toda a população do país, brasileiros ou estrangeiros, residentes ou não. Para COHN & ELIAS (2001), não obstante o arcabouço legal estar concluído desde 1990, suas conseqüências não surtiram os efeitos previstos desejados em grau e velocidade compatíveis com as exigências para a estruturação do SUS. Uma das pendências, o financiamento, apesar da aprovação da Emenda Constitucional 29 (vincula um percentual das receitas nos três níveis de governo para financiar a função saúde), não foi de todo resolvido, sendo insuficiente os recursos para que ele possa cumprir tudo o que lhe foi destinado atender. Como resultado, a demanda sendo maior que a oferta de serviços, uma parte da população é alijada do sistema pela barreira no acesso, seja pela distância que a separa do recurso



assistencial, seja pela inoperância do recurso disponível, além da desorganização e desarticulação do sistema. Segundo VIANA (2003) a prestação disponível é limitada pela carência de dotação e capacidade produtiva do setor público não atendendo as expectativas do consumidor. Números e pesquisas do Ministério da Saúde indicam que o SUS, a despeito das dificuldades, tem avançado em todo o país, cresce em cobertura, amplia suas ações e apesar das queixas em geral à qualidade dos serviços que presta, na avaliação daqueles que conseguiram ser tratados, em especial os que foram internados, declaram-se satisfeitos com o atendimento que receberam. Há, entretanto, uma parcela da população que cresce desde a década de 70, que vem sendo atendida nas suas necessidades de assistência médico-hospitalar por uma série de arranjos de iniciativa de empresas e instituições privadas, e que mais recentemente foi denominado sistema supletivo de saúde.

### **3.4. Sistema Supletivo de Saúde**

Desde o surgimento da medicina previdenciária, a prática privada tem participação na prestação de serviços médico-hospitalares. A importância dessa participação cresce com o esgotamento da capacidade dos hospitais próprios da previdência social, que passa a contratar serviços, possibilitando a criação de uma rede privada de assistência médico-hospitalar. A unificação do sistema previdenciário acontecido em 1.964, provoca uma reação dos setores empresariais mais diferenciados, que reivindicam uma assistência de melhor qualidade para seus empregados. Surge então o “Convênio-Empresa” Cordeiro (1984), instrumento institucionalizado em 1966 que permitiu a concepção da Medicina de Grupo nos moldes dos HMO norte americano, embrião do que é hoje conhecido por sistema supletivo de saúde. O governo mediante “convênio” permitiu que as empresas que assim desejassem, contratassem diretamente no mercado privado, a assistência médico-hospitalar aos seus empregados. A empresa contratante, em compensação, deixava de recolher a quota patronal

destinada à assistência médica previdenciária, encarregando-se de complementar os recursos necessários para uma assistência de qualidade que considerasse adequada. Quando a iniciativa não era do patronato, algumas categorias profissionais passaram a reivindicar junto às suas representações, uma assistência mais ajustada à sua condição social, freqüentemente incluindo a cobertura assistencial por plano privado de saúde, como parte do acordo coletivo de trabalho. Esses grupos de clientes que se acham em condições de fazer escolha, tende a enxergar serviço de saúde como um “commodity” e com isso forma-se um mercado. Não se está referindo aqui ao mercado de serviços médico-hospitalares pagos diretamente pelo consumidor, o chamado “doente particular”, mas o mercado de planos de saúde, que através de um contrato de pré-pagamento vende uma promessa de assistência, caso o contratante venha a adoecer.

A mesma constituição que instituiu o SUS em 1988, de financiamento público, reza que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. À primeira leitura do artigo 199 da Constituição, parece pretender que esta participação fosse complementar, ou seja, como prestador de serviço ao SUS. Os planos de saúde privados (Medicina de Grupo e Seguro-Saúde), entretanto, entenderam por este artigo constitucional terem garantido suas existências. As demandas sociais acabaram por confirmar este entendimento e o segmento experimentou um crescimento, nos dez anos que se seguiram, apesar da cobertura universal dada pelo sistema público. Esquecida pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde, a regulamentação do setor privado de planos de saúde só passa a ser prioridade de governo no final dos anos 90. Em meio ao conflito criado pelas restrições de cobertura assistencial e o movimento das instituições de defesa do consumidor, é promulgada a Lei 9.656, em junho de 1998, com o objetivo de regulamentar o mercado. O segmento é batizado então de “saúde suplementar” e as empresas que vendem ou administram planos de saúde de “operadoras”.

Apesar da regulamentação e da sua implementação, diga-se de passagem, tumultuada, o sistema privado de saúde ainda hoje, passados sete anos, ainda não está de todo estabilizado. No dizer de BAHIA (2001) *“a regulamentação da assistência suplementar avançou mais rapidamente na vertente política do que na operacional. Muitos dos mecanismos e instrumentos de registro e análise das informações, bem como as normas para controle e fiscalização das operadoras de planos e seguros-saúde, ainda estão por ser construída. Mas isso não paralisou o conhecimento sobre as relações entre empresas, clientes e provedores de serviços. Ao contrário, o desafio de compreender e relacionar interesses e atores envolvidos no mercado de planos e seguros estimulou a sistematização das informações existentes, as tentativas de aprender a dinâmica do segmento, e o delineamento de tendências para orientar a ação governamental”*. A regulamentação vai sendo costurada em meio a dificuldades, persistindo um entendimento precário entre operadoras e consumidores, quanto à concepção do sistema privado de saúde, oscilando entre mutualismo e securitarismo. Em outras palavras, a população deseja que a mensalidade (o prêmio) tenha um caráter solidário de valor constante e independente do risco que representam, mas exigem que em caso de sinistro, a indenização seja sempre a máxima e ilimitada para todos os participantes jovens ou idosos, doentes ou saudáveis, como se o risco de adoecer fosse unicamente dependente do azar. O sistema privado de saúde vive o drama de uma demanda por serviços que não para de crescer, sem que o valor do prêmio possa ser reajustado, em função do controle de preços imposto pelo governo. Para complicar o cenário, os prestadores de serviços ou provedores (médicos, clínicas e hospitais) reclamam reajustes no valor da remuneração, além da pressão de custo exercida pela incorporação de novas tecnologias médicas seja na forma de materiais ou de medicamentos.

O sistema supletivo de saúde segundo ALMEIDA (1999), presidente da ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo, no ano de 1998, o sistema movimentou US\$ 16,03 bilhões para atender cerca de 41 milhões de beneficiários, o que significa um *per capita* de US\$ 390,97. Para lembrar, os

sistemas de saúde dos países da OECD, mencionados anteriormente, teve como média anual de gasto *per capita* US\$ 1.725,00 em 1997. Como se pode observar, a despesa *per capita* no Brasil ainda guarda uma grande distância para chegar aonde chegaram os países ricos do mundo. Países que consideram ser a saúde um ônus muito grande para seus governos e que estão a reclamar reformas.

Embora a política de saúde seja prerrogativa governamental, o segmento privado é participante do sistema de saúde do país, e como tal depositário das suas conseqüências. O segmento está particularmente preocupado com o crescimento dos seus custos relacionados aos grupos de riscos de doentes e a expansão irrefreável de novos conhecimentos e aparatos médicos. O cálculo atuarial como é feito hoje não é capaz de estimar o impacto dos conhecimentos e aparatos que estarão disponíveis no futuro. A reserva financeira dos planos de saúde não poderão continuar sendo calculados como função da idade, sexo e expectativa de vida, sem incluir a incidência e prevalência de doenças e as novas tecnologias como determinantes dos gastos futuros.

O desenvolvimento do segmento privado de assistência médico-hospitalar ganhou impulso com o surgimento da Medicina de Grupo na década de 60. Nasceu como alternativa à medicina previdenciária estatal, constituindo sistemas privados paralelos e privilegiados. Segundo CORDEIRO (1984) a primeira empresa constituída desta forma foi a Interclínicas, fundada em 1968, pela união de duas associações de médicos e dos hospitais a que pertenciam, o Osvaldo Cruz e Samaritano, da cidade de São Paulo. Pelo seu caráter empresarial-lucrativo e mercantil foi rechaçada por parte da liderança médica, tendo o segmento vivido um segundo momento com a criação das cooperativas médicas. A primeira nasce em Santos, por iniciativa do Dr. Edmundo Castilho em 18 de dezembro de 1967. As UNIMED's como são conhecidas, ocupam uma fração importante do segmento. Na década de 70 surge também uma terceira modalidade de assistência médico-hospitalar, a assistência organizada pelas próprias empresas, denominada depois de plano de saúde por autogestão. Essa forma de assistência já existia desde a década de 50 embora de forma muito

restrita. Organizadas por empresas de grande porte, em especial as estatais, que naquele momento representavam as organizações modelares aos olhos dos trabalhadores. Empresas não satisfeitas com o que era oferecido pelo mercado de planos de saúde, optaram por gerir seus próprios programas de assistência, objetivando maior flexibilidade nos padrões de cobertura e conforto, além de permitir a participação mais direta do setor de benefícios das empresas, na gestão do que era considerado o mais importante salário-indireto para o trabalhador. A autogestão, como é conhecida os planos próprios das empresas, tem como característica que a diferencia das duas primeiras modalidades, o fato de ser fechado aos empregados e seus dependentes. Esta característica torna a gestão menos sujeita a oscilações do mercado e permitir maior controle na seleção dos beneficiários, que tendem a um padrão de consumo de serviços de saúde, de acordo com o perfil dos empregados de cada ramo de negócio. O seguro-saúde foi a última modalidade a entrar na disputa pelo mercado de planos de saúde. Tem como característica não possuir rede própria de assistência e “liquidar os sinistros pelo reembolso” das despesas assistenciais, ou seja, pagar ao sinistrado o atendimento da qual fez uso. A essa possibilidade dá-se o nome de “livre escolha”. A modalidade permite o “referenciamento” a serviços previamente acordados com uma rede de prestadores, o que evita que o segurado pague diretamente. Esta modalidade, na média, custa mais caro que as outras três anteriores, decorrente da amplitude da rede assistencial e da maior cobertura proporcionada.

### **3.5. Plano de saúde por autogestão**

Esta é a modalidade sob qual está organizado o plano de saúde escolhido como universo do presente estudo, razão pela qual considerou-se oportuno uma descrição de forma mais minuciosa desta forma de organização.

Uma característica dos planos por autogestão que as operadoras fazem questão de salientar é a finalidade não lucrativa da sua atividade. Por assim ser, não significa que seja menos custosa, uma vez que o custo operacional depende

de fatores como competência e eficiência administrativa. A princípio a proposta objetiva dispensar a intermediação e organizar um sistema cuja administração esteja mais próxima da empresa patrocinadora. Na visão do pesquisador, a característica mais relevante dessa modalidade de plano de saúde é ser fechada a um grupo social e ser mantida por contribuição proporcional ao salário e uma participação contributiva da empresa. Embora existam exceções, o mutualismo é a forma usual de financiamento. Este fato tem como consequência não haver, a princípio, uma “seleção de risco” e a empresa se encarregar de pagar eventuais diferenças no caixa.

A cobertura assistencial nas auto-gestões, no geral, sempre foi mais flexível e ampla em relação aos produtos de mercado e mais ajustada ao que esperava o seu beneficiário. Embora existissem regras de acesso a serviços, a realização de procedimentos médicos novos ou não previstos podia ser negociada. Assim, quando a Lei 9.656 determinou uma cobertura obrigatória, não chegou a ser um problema para as autogestões, que já ofereciam uma cobertura relativamente ampla.

O segmento da autogestão em 2004 detinha 15,8% do setor, ou cerca de 5,3 milhões de beneficiários, segundo UNIDAS (2005). Ainda segundo a mesma fonte o setor reúne 325 operadoras, concentradas na região Sudeste e Sul (73%). Na pesquisa da UNIDAS (2005), referente a dados de 2003/2004, revelou que 67,4% dos beneficiários titulares são empregados ativos, 22,8% aposentados e 9,8% agregados. Entende-se por agregado o beneficiário designado por um titular sem que haja relação de dependência legal, que assumi o pagamento do prêmio. O mais freqüente é que o plano seja patrocinado por empresa para titulares e dependentes, mas não ao agregado ou aposentado. Segundo esta pesquisa 60% dos pesquisados oferecem planos para aposentados e 76% estendem benefícios para agregados. Embora existam operadoras que possuam estrutura própria de atendimento, a grande maioria trabalha com rede credenciada de provedores de serviços profissionais e hospitalares. Esmagadora maioria (98%) adota

mecanismos de regulação da demanda, sendo que o mecanismo predominante é a co-participação em eventos (co-pagamento pelo usuário de uma fração do custo do procedimento) e a autorização prévia por uma central de regulação de eventos de custo elevado. O gasto médio *per capita* apurado na pesquisa foi de R\$ 1.134,38 por usuário-ano, o que correspondeu a um investimento médio de 8,66% da folha de pagamento das organizações.

Outros diferenciais dos planos de autogestão são: algum tipo de auxílio no custeio da assistência farmacêutica ambulatorial em metade deles; programas de prevenção de doenças e programas específicos dirigidos a condições crônicas tais como diabetes, hipertensão, dependência química, doença cardiovascular, obesidade e outros; integração da medicina assistencial com a ocupacional.

Como se pode observar, o segmento dos planos de autogestão tem peculiaridades, e é sob esta perspectiva que devem ser vistos o resultado da presente pesquisa.

### **3.6. Regulamentação do Sistema Supletivo**

A regulamentação (Lei 9.656 e suas normas complementares) trouxe como principal mudança a uniformização das coberturas, a partir do que se chamou “plano de referência” que deveria ser a cobertura mínima, mas que na realidade representava naquele momento uma cobertura muito maior do que vinha sendo praticado, em especial pelas medicinas de grupo e cooperativas médicas. Como resultado, essa cobertura mínima passou a ser a máximo que o mercado oferece. A modalidade de autogestão por não comercializar seus planos no mercado, uma vez que é dirigida a uma população fechada, sofreu menos o impacto da regulamentação, não tendo sido parte no processo contra a decisão da ANS, que na edição da lei supracitada entendeu compulsória a uniformização dos contratos anteriores à lei. A sentença liminar prolatada pelo STF deu ganho de causa às operadoras, por considerar que o contrato existente entre o cliente e a operadora

é “ato jurídico perfeito” não cabendo qualquer alteração de cobertura, senão em função de acordo entre partes. Assim, apesar da regulamentação, uma parte importante da clientela dos planos de saúde do mercado não tem ainda cobertura determinada pela lei. O temor das operadoras era de que ampliar automaticamente a cobertura dos planos contratados traria um risco financeiro não previsto, e que não seria compensado por um simples acréscimo no valor do prêmio. Para complicar, qualquer reajuste no prêmio é vigiada com rigor pelas entidades de defesa do consumidor. A título de exemplo, se no contrato original a cobertura prevista era de no máximo dez dias de internação em UTI, o “plano referência” amplia essa cobertura para um prazo indeterminado. Até então, os planos calculavam o valor dos prêmios, objetivando um preço ajustado à capacidade de pagamento do consumidor, limitando o risco (financeiro) que certos eventos representavam. Não sendo permitido esse tipo de manobra, as operadoras foram obrigadas a repensar sua estratégia de vendas e “marketing”. Ademais, a legislação complementar veda que o valor do prêmio seja abusivo, isto é, que através do aumento no valor da mensalidade impeça a adesão do idoso ou inviabilize sua permanência. A lei limita no máximo a seis vezes o preço da mensalidade entre a menor e a maior faixa de idade, e que recentemente por conta do Estatuto do Idoso a limitação foi asseverada, tendo sido proibido o reajuste do valor do prêmio para segurados acima de 60 anos. Para o plano de saúde baseado no “securitarismo”, não havendo como reduzir o risco da “seleção adversa” representada pelo idoso, e não sendo possível repassar esse custo para as faixas de idade menores por razões de mercado, a prudência tem indicado como estratégia a contração da oferta de planos individuais, e ampliação da venda de planos coletivos empresariais. A seleção adversa, fenômeno que se expressa como “só compra um plano de saúde quem adoecer”, é um fantasma financeiro para as operadoras. Uma investigação realizada por ALVES (2003) demonstra, entretanto, que não havia seleção adversa nos planos de saúde do Brasil, até 1998. Esta pesquisa selecionou exclusivamente os filiados a planos individuais ou familiares tendo por base desses dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra



de Domicílio do IBGE feita em 1998). O pesquisador testou as variáveis independentes: auto-avaliação do estado de saúde, qualidade do saneamento básico, nível de educação, sexo, nível de renda, presença de co-participação e preço, concluindo não haver relação entre essas variáveis e a decisão de adquirir um plano de saúde, e que se caracterizasse como seleção adversa. Será a seleção adversa no mercado brasileiro um temor infundado?

Os planos de autogestão são coletivos por excelência, e ao mesmo tempo em que a seleção adversa tem menor peso, aproxima-se mais do “mutualismo” como forma de financiamento. O contratante do plano, normalmente é uma empresa que paga o custo do plano integralmente ou com participação parcial dos empregados. Oferecendo toda a massa de empregados e seus dependentes para serem incluídos no plano de saúde, dilui e reduz o risco para a operadora, mormente em se tratando de população empregada e a princípio saudável. A composição dos beneficiários dos planos de autogestão é hoje mais uniforme em termos de cobertura, não havendo contratos pré ou pós-regulamentação, ficando as diferenças por conta da qualidade de acomodação ou restrição de rede, mas não de acesso a serviços.

A seleção adversa referida anteriormente como menor nos planos de autogestão, tem se modificado nos últimos anos em função de dois fatores: a pressão dos aposentados em continuar a desfrutar do benefício-saúde após seu desligamento da empresa e a pressão dos empregados ativos para incluir pais e filhos maiores como beneficiários do plano de saúde, ainda que não sejam dependentes. Muitas empresas, em especial as estatais, criaram sub-programas para atender essa demanda, o que aos poucos começa a se mostrar como um grande problema, na medida que o financiamento desses sub-programas é feito pelos participantes e a seleção adversa mina o “mutualismo”. Em outras palavras, um plano de saúde com participação majoritária de idosos, cuja despesa é dividida entre eles, tende a se inviabilizar. As despesas crescem mais que a receita e a quantidade pequena de jovens que contribuem não é capaz de compensar esse desequilíbrio. Compreender como se compõe a despesa de um plano de saúde e

a participação dos idosos nessa despesa, em especial na de alto custo, parece ser crucial para a saúde financeira dos planos de saúde.

Uma outra consequência da regulamentação da Lei 9.656 foi que o conceito de plano de saúde e seguro saúde foram aproximados. Antes o seguro saúde se sujeitava à regulamentação da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), a partir de agora estão subordinados à regulação da ANS. Assim para efeito desta dissertação, as expressões “seguro saúde” e “plano de saúde” são utilizados como assemelhados.

## **4. COADJUVANTES AO PROBLEMA**

### **4.1. Mercado de saúde**

Embora existam diferenças, as expressões plano de saúde e seguro-saúde são freqüentemente usadas como sinônimos, em especial depois da edição da Lei 9.656 à qual ambos se subordinam. Quando a assistência à saúde passa a ser comercializada na forma de produto (é assim que a ANS denomina as várias modalidades de planos de saúde), a oferta de serviços se organiza porque existe uma demanda por esses serviços, forma-se então um mercado. Instituído um mercado, estabelece-se uma relação entre fornecedor e consumidor que natural e paulatinamente se transforma em um conjunto de regras. Regras são acordos de convivência entre partes de um mercado, necessárias de serem estabelecidas para salvaguardar interesses das mesmas. As regras nascem em função de fatores ambientais, físicos ou biológicos, que condicionam o aparecimento de fenômenos comportamentais e que podem produzir distorções na relação de oferta e procura. A comercialização de planos de saúde, é a venda de um compromisso de fornecimento de serviços em futuro, que não obrigatoriamente se concretizará (risco da perda que não se realiza). A quantidade de serviços que poderá ser fornecida também não é previamente acordada. Para beneficiar-se desse compromisso o comprador dependerá que um evento justifique a utilização do serviço. As regras existentes para o seguro de bens móveis e imóveis não se ajustam para o seguro da saúde. Visto como uma forma de poupança, os conceitos utilizados para os planos de previdência privada também não se aplicam aos planos de saúde. Em função dessas e de outras peculiaridades, o mercado de saúde é considerado falho ou imperfeito e tem merecido dos estudiosos, formas para compreendê-lo também peculiares. Como abordagem interdisciplinar entre ciência biológica e social, muitos conceitos e teorias foram e estão sendo desenvolvidos e naturalmente são discutidos numa linguagem própria, que pode ser um obstáculo à compreensão.

Dentre as expressões usuais, para caracterizar as falhas do mercado da saúde, é importante destacar a “assimetria de informação”, responsável por uma série de conseqüências. Assimetria de informação ocorre quando uma das partes da transação comercial tem mais informações pertinentes que a outra parte. A principal assimetria de informação ocorre entre o provedor de serviço e o paciente. Conseqüentemente o fornecedor pode induzir o paciente a um consumo sub ou superestimado, sem que este tenha condições de avaliar. Acrescenta-se ainda a falta de elementos para que o paciente faça uma escolha de qualidade proporcional ao preço, em relação a sua expectativa de resultado útil almejado. Em termos do mercado de seguro, a dificuldade informacional dos procedimentos que envolvem o tratamento à doença, torna complexa e quase impossível definir um valor justo para cada indenização. Quando uma pessoa busca adquirir um bem normalmente procura ajustar a compra à quantidade de recursos que considera razoável gastar e se há essa disponibilidade. Quando essa mesma pessoa adoece é comum achar que a saúde que busca reaver vale qualquer risco (entendida como despesa), mesmo que não tenha disponibilidade imediata de recursos. A isso DRANOVE & SATTERTHWAITTE (2000) denomina de *Marketability of risk*, algo como “transacionabilidade do risco” ou “comerciabilidade do risco”. Diz a sabedoria popular que saúde não tem preço e a prática tem demonstrado quão difícil é tentar negociar um valor nas transações que envolvem a saúde das pessoas.

Conseqüente à assimetria de informação e à incerteza que está associada à prática médica, outro conjunto de expressões são usuais no mercado dos planos de saúde. A “seleção de risco”, segundo BAHIA (2001) é prática usual da seguradora que tende a buscar o “risco ideal” que atenda os requisitos para estimar possíveis perdas em função da exposição ao risco e definição de perda. Pode ocorrer pelo lado da seguradora quando esta, tendo uma informação melhor que o segurado, estimula ou evita incluir entre seus clientes aqueles que podem, pela sua condição, oferecer um risco conhecido de sinistro (*cream-skimming*). Uma pessoa jovem e saudável é o segurado ideal. O idoso é tipicamente um

segurado a evitar. Já a “seleção adversa” é a seleção que ocorre quando um segurado procura comprar um plano de saúde porque sabe ser possuidor de uma condição de risco, que a seguradora não tem condições de saber.

Uma outra expressão usual é o “risco moral” (*moral hazard*) que se refere à tendência comportamental induzida de quem possui um seguro, em aumentar as perdas da seguradora através de um consumo exagerado de serviços. O típico “já que pago seguro vou fazer todos os exames que tenho direito”.

Esses e outros elementos da natureza humana são fatores que contribuem para o crescimento dos gastos em saúde, e que são ampliados pelo comportamento dos médicos presos a alguns princípios hipocráticos. A discussão contemporânea, sobre qual o momento e em que situações um tratamento fútil deve ser suspenso, é com raras exceções evitada, alegando-se compromisso com a ética de que nenhum esforço deve ser negado ao paciente para lhe garantir a vida.

Buscar saúde para viver o bem estar físico e mental é objetivo de qualquer pessoa. Prover serviços que promovam a busca da saúde torna-se uma necessidade. Havendo demanda e oferta, o surgimento de um mercado é consequência e não há como impedi-lo, embora para alguns seja constrangedor admiti-la. Preço e qualidade são outros elementos de um mercado. A importância que a sociedade dá a esse mercado é a razão dos recursos financeiros movimentados pelo setor. E se os recursos gastos são considerados elevados demais, cabe então estudar que fatores condicionam tais gastos.

## **4.2. Epidemiologia**

As doenças que incidem na população e que geram gastos, até então vistos como sinistro de repercussão financeira para as operadoras, não recebia dos gestores dos planos de saúde maior atenção. Não importava se era parto ou câncer. Ambos eram resumidos a um código que resultava em um gasto. O crescimento dos gastos em saúde, que preocupa gestores de sistemas de saúde pelo mundo, fez surgir investigações que objetivaram compreender o fenômeno

enquanto conseqüência de riscos que envolvem populações, da freqüência de doenças que atinge essas populações. A epidemiologia é a ciência que estuda doenças nas populações. A elevação dos custos dos serviços médicos é uma das razões para o desenvolvimento da epidemiologia clínica. As variações nas práticas clínicas, sem uma correspondente variação nos desfechos delas resultantes, sugerem que nem todas as práticas dispendiosas sejam proporcionalmente eficazes. Embora um paciente deva ser tratado na sua individualidade, é parte de um grupo maior, sobre o qual cabe decidir qual solução terapêutica traz maior resultado coletivo, já que os recursos disponíveis são limitados.

Se no passado a epidemiologia tinha como foco as doenças transmissíveis, contemporaneamente tem crescido estudos que enfocam a violência, o trânsito, o trabalho como objetos de investigação, como conseqüência do impacto social e econômico que tais eventos representam. Em epidemiologia, a freqüência de afetados por uma doença, numa população, num espaço de tempo, é chamada de prevalência, enquanto a freqüência de casos novos surgidos num espaço de tempo é denominada incidência. Ambos medem riscos (probabilidade de ser afetado). A medida dessas freqüências e o estudo das variáveis que influem na medida são objetos da epidemiologia. Como sua derivada, a epidemiologia clínica procura com base científica predizer a evolução de pacientes individuais a partir dos eventos clínicos observados em pacientes similares. Os eventos de interesse em epidemiologia clínica são os “desfechos”, entendidos como decorrências que se quer entender, predizer ou interpretar. A morte, a doença, o desconforto, o dano e a falha terapêutica são exemplos de desfechos clínicos. O gasto ou a despesa decorrente de uma intervenção em saúde é também um desfecho, porque o custo financeiro da doença (para cada paciente ou para a sociedade) é também uma decorrência importante, como ensina FLETCHER (1996).

A razão que aproxima o mercado da epidemiologia é a necessidade que as operadoras de planos de saúde tem de projetar despesas da assistência que irão incidir. Em seguro, isto é feito classicamente através do cálculo atuarial. A obrigatoriedade desses cálculos pelas operadoras de plano de saúde é recente

(Lei 9.656). Dada a origem previdenciária do sistema brasileiro de assistência médica, em especial os planos de autogestão ou os planos administrados de empresas, não havia necessidade de estimativa com base atuarial. Mesmo porque, não havia a rigor preocupação com risco (perda financeira), uma vez que os planos eram formatados de forma a transferir o alto risco para o Estado, criando restrições de cobertura. O chamado “Convênio-Empresa” era puro *cream-skimming*. Para BAHIA (2001) o sistema supletivo de saúde é mais plano de benefício a empregados e menos um seguro, tanto assim que 80% dos beneficiários de planos de saúde são empresariais e não individuais. Assim, não é comum ainda operadoras que calculem prêmios com técnica atuarial sofisticada. Os cálculos são feitos, quase exclusivamente, com base em gastos estimados (gastos passados) por idade e sexo, considerando muito pouco variáveis como freqüência de doenças, condições clínicas pré-existentes, condições do ambiente de trabalho ou moradia, enquete sobre hábitos e ascendência genética.

A estatística mais comumente utilizada para estimar gastos em saúde refere-se a freqüência de procedimentos consumidos. Sabe-se qual a demanda e em que se está gastando, mas não com que pessoas ou grupo de pessoas este gasto se faz com maior ou menor intensidade. A abordagem epidemiológica tem como foco um grupo humano e a partir da observação extrair informações que permitam compreender os fatores sociais que estão condicionando o aparecimento do fenômeno que se está procurando estudar. Diferentemente de estudos experimentais que procuram razões e causas através da alteração controlada de fatores de risco, a epidemiologia procura estudar as pessoas diretamente em seus ambientes. Não se busca com a abordagem epidemiológica explicar o processo pelo qual se dá o fenômeno, mas identificar as circunstâncias sob as quais o fenômeno acontece, conforme GREENBERG (2001).

Tendo por desfecho o gasto elevado da assistência à saúde e tendo as doenças e a morte como fatores de risco mais importantes, para as operadoras que tem por obrigação pagar esses gastos, o desafio que se apresenta é como reduzir a freqüência do desfecho indesejável através do controle dos fatores de

risco. Dentre as doenças que estão associadas ao desfecho quais são as mais importantes? A morte como fim inexorável, como já dito, contribui de forma importante no desfecho estudado, e se a vida do ser humano, em média, está cada vez mais perto do limite biológico, o que pode ser feito para que o desfecho não aconteça?

Nos países onde há pleno desenvolvimento econômico e social o envelhecimento da população, com o aumento substancial da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil, são provas de que os problemas de saúde da população estão mais bem resolvidos, primeiro com a redução na incidência das doenças infecto-contagiosas e depois com a redução da mortalidade das doenças crônico-degenerativas pelo sucesso das intervenções sobre seus fatores de risco. Esta última assertiva, entretanto, é controversa entre epidemiologistas, segundo ACHUTTI (2004). Uma das hipóteses do autor, citando Gruenberg e Kramer, é que o declínio da mortalidade se deveu à redução da taxa de letalidade das doenças e não à redução na incidência ou na sua progressão. A queda da letalidade teria acontecido basicamente pelo avanço da tecnologia médica que permitiu tratar as fases mais avançadas das doenças. Com o declínio da letalidade houve um conseqüente aumento da prevalência das doenças crônicas e da incapacidade. Uma Segunda hipótese proposta por Fries postula que se a incidência das doenças incapacitantes forem retardadas para idades mais avançadas, então a morbidade será comprimida para um período mais curto da vida. Esta concepção justificaria uma abordagem preventiva e de promoção à saúde. Proposta por Manton, a terceira hipótese sugere que o declínio da mortalidade, ainda que tenha a ver com a redução da letalidade, teria sido produzido de fato pela diminuição na incidência e do potencial de gravidade da progressão das doenças, tornando-as mais benignas.

Para um país com as características do Brasil, que ainda convive com uma letalidade importante em doenças, inclusive infecto-contagiosas, que não disponibiliza tecnologia médica para todos de forma uniforme, que tem uma população que envelhece apesar de possuir uma mortalidade precoce digna de



nota, que repercussões produzirá no custo da assistência médica e em particular na freqüência dos casos de gasto elevado?

Partindo-se da premissa que a população com acesso a plano privado de saúde, diferentemente da população geral, possui condições de vida mais adequadas, em especial os planos coletivos de empresas, poderiam ser analisadas na perspectiva dos países desenvolvidos? Se isto for aceitável a intervenção nos fatores de risco poderia efetivamente reduzir a incidência das doenças e retardando o seu aparecimento? A tecnologia médica acessível a todos estaria interferindo na letalidade e aumentando a prevalência das incapacidades? Mudanças no modelo assistencial que promovem o retardamento do avanço das doenças, comprimindo-as para um período mais curto no fim da vida, significa economizar recursos, ou apenas trocar custos, retardando o gasto maciço de recursos?

Enquanto a economia do Brasil não cresce para permitir maior gasto com saúde, e crescendo a demanda por serviços de saúde, o que fazer? Se não houver uma forte política de utilização racional de recursos, poderá haver uma concentração de gastos na assistência às doenças e afecções emergenciais que mais ameaçam a vida, em detrimento das ações para a manutenção da saúde. Parece claro que em termos da análise econômica de custo-benefício, em países pobres terá maior efeito investir em prevenção que em hospitais, mas em países onde a miséria e o fausto convivem lado a lado dentro de uma mesma cidade, separados apenas por uma rua, fazer escolha das prioridades em saúde toma uma dimensão mais complexa do que nos países já desenvolvidos. É preciso distinguir como propõe WILLIAMS (1997) dois tipos de escolhas, ou seja, uma que ocorre no nível da prática clínica, e outra no processo de planejamento sanitário. Para um paciente em particular o dever do médico é encontrar o que há de melhor para o doente dentro do que existe de conhecimentos e aparatos disponíveis. Para o processo de planejamento coletivo é preciso se preocupar com os grandes grupos de potenciais doentes para uma ação futura, que leve em consideração que conhecimentos e aparatos estarão disponíveis nesse futuro.

### 4.3. A questão do risco

A freqüência com que a palavra risco foi utilizada no texto até aqui reflete a importância que o tema desperta na sociedade contemporânea, a ponto de cientistas sociais proporem a substituição da sociedade de classes por uma sociedade de riscos, segundo GUIVANT (1998). O senso comum associa risco a perigo ou possibilidade de perda ou dano. Para os especialistas da vertente técnico-quantitativa, tal qual nas disciplinas Toxicologia, Epidemiologia, Psicologia ou Engenharia, o risco é considerado um evento adverso, uma atividade, um atributo físico com determinadas probabilidades objetivas de provocar danos, e que pode ser estimado mediante cálculos quantitativos de níveis de aceitabilidade que permitem estabelecer *standards*. São os especialistas em riscos, os peritos. Em contraposição há uma abordagem cultural e antropológica do risco, que a despeito de serem menosprezados e classificados como irracionais pelos peritos, tem um peso na sociedade e devem ser consideradas na elaboração de políticas públicas, escreve a autora Julia S. Guivant no seu artigo que busca analisar o risco como questão central da teoria social.

Na medida que o presente trabalho pretende abordar o gasto em assistência médico-hospitalar como desfecho, que tem uma certa probabilidade de ocorrer, dependendo das características da população sob observação, é em resumo um trabalho sobre o risco enquanto fenômeno epidemiológico, financeiro, administrativo e social. Como, já alertado, a abordagem interdisciplinar de um tema, pode ensejar interpretações diferentes da pretendida pelo pesquisador, razão pela qual há um esforço para explicitar o sentido de algumas palavras no seu contexto, o que pode parecer um tanto maçante e pernóstico.

A noção do risco é algo inerente à capacidade humana de observar e tirar conclusões, entretanto há uma diferença na percepção do risco, de caráter cultural, se esse olhar é técnico ou leigo. As doenças, tradicionalmente, estão entre os riscos da existência considerados naturais e que ocorrem por infortúnio,

não permitindo escolha. Mais recentemente essa noção se modificou pelo avanço da ciência, em particular da genética. Hoje milhares as doenças são catalogadas como relacionados a genes específicos, que pela maior ou menor exposição do indivíduo ao ambiente favorável ou desfavorável, pode ter o risco diminuído ou aumentado de desenvolver uma determinada doença. O que era um risco aleatório passou a ser um risco possível de ser calculado. E por isso o risco de adoecer passa a permitir escolha. Assim, fica ainda mais significativa a divergência na medida dos riscos para pessoas de diferentes origens culturais ou de educações formais. Para os peritos em doenças parece claro que a sociedade deveria ser orientada a evitar os riscos com base na verdade científica, entretanto a incorporação dessa orientação, a princípio racional, depende de fatores sociais, dos valores, da cultura, das instituições, da percepção do risco. A questão passa não pela eliminação do risco, mas pela aceitabilidade do risco. Passa por responder à pergunta “o que significa risco razoável? O que é nível aceitável de risco?”.

O risco a uma doença é primeiro uma ameaça individual e depois coletiva. Seu controle impõe limitações comportamentais, há um sacrifício e um consentimento individual pelo bem comum, que evolui para um consentimento da comunidade para com as instituições que administra o risco seguindo recomendação de peritos. As diferenças entre leigos e peritos podem ser aproximadas com o reconhecimento da existência de uma pluralidade de racionalidades quando da adoção de políticas “regulativas” e preventivas, segundo Douglas, citado por GUIVANT (1998).

A palavra risco é nesta dissertação utilizada na perspectiva epidemiológica, na perspectiva econômica, do seguro enquanto atividade mercantil, da administração de sistemas de saúde e na perspectiva dos indivíduos enquanto consumidores e cidadãos.

#### **4.4. Tecnologia médica e gasto com saúde**

Tecnologia médica não se resume a inovações na área de medicamentos, materiais e equipamentos médicos, mas inclui novos procedimentos clínicos ou cirúrgicos, novas formas na organização dos serviços e até meios de comunicação médica. A velocidade com que essas inovações são incorporadas na assistência, ao mesmo tempo em que é auspiciosa pelos benefícios que podem produzir para a sociedade é também preocupante porque os gastos conseqüentes nem sempre têm uma relação custo-benefício e custo-efetividade positivas. O crescimento do gasto com saúde está intimamente relacionado com a febre inovadora e que diferentemente do que ocorre em outros setores, onde uma tecnologia nova substitui uma tecnologia que envelheceu, no setor saúde o que ocorre mais freqüentemente não é uma substituição, mas um acréscimo.

A tecnologia médica tem sido responsabilizada pelo crescimento dos gastos com saúde. Para KANAMURA (1999) essa constatação merece ser analisada com a devida cautela uma vez que a tecnologia tem barateado o custo unitário dos procedimentos médicos. A título de exemplo, um exame de tomografia computadorizada que foi lançado na década de 70 ao preço de US\$ 300 por exame, hoje não custa mais que US\$ 100. O tratamento do cálculo renal, através do bombardeio com ondas de choque, foi disponibilizado pela primeira vez em São Paulo, nos anos 80, ao preço de US\$ 5.000 por tratamento. Hoje essa tecnologia está disponível em dezenas de hospitais por US\$ 300. Por outro lado, se antes a suspeita de uma apendicite era investigada com não mais que três exames complementares simples, hoje não vai para a mesa de cirurgia sem antes realizar ao menos uma dezena de exames laboratoriais e outros dois ou três exames de imagens. O que tem feito a assistência médico-hospitalar custar mais é o acúmulo na quantidade e na diversidade de procedimentos aplicados para abordar as doenças, ampliando a segurança e a eficácia da prática clínica. Incorporar novas técnicas no diagnóstico e tratamento das doenças tornou a medicina mais eficaz, entretanto a eficácia conseguida tem sido proporcionalmente menor ao custo despendido. Tem sido comum observar o lançamento de novas drogas para combater doenças que prometem aumentar em

10% a eficácia com um custo dez vezes maior. Ademais, a competição do mundo empresarial, faz com que novos medicamentos sejam lançados em intervalos cada vez mais curtos, e na medida que estes se tornam obsoletos muito rapidamente, é preciso que sejam lançados a preços naturalmente altos, para que o retorno do investimento se dê em curto espaço de tempo, antes que o lançamento de um produto concorrente reduza a margem de lucro.

O uso intensivo de tecnologia na prática médica contemporânea é consequência do progresso técnico-científico da humanidade e não há como impedi-lo. O que há por fazer é definir critérios mais racionais para sua utilização. O uso indevido ou sem critério técnico embasado é responsável por uma importante parcela do gasto em saúde. CLANCY (2003), médica e diretora do AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality em seu depoimento diante da Joint Economic Committee, testemunhou a importância do trabalho desenvolvido pela agência que tem por missão assegurar a efetividade, a qualidade, a segurança e a eficácia das novas tecnologias médicas, complementando o trabalho do FDA. Os EUA são líderes em inovação médica. Algumas com claros ganhos de qualidade e custo-efetivas, mas outras só resultam ganhos marginais. No seu testemunho relata que o custo da assistência farmacêutica nos EUA cresce 20% ao ano. Entre outros exemplos, declara que em função de Eletrocardiogramas mal interpretados para definir se uma dor no peito representa ou não infarto do coração, estima-se que sejam feitas 200.000 internações desnecessárias por ano, dos quais 100.000 admissões em unidades intensivas coronarianas. Gasto de 728 milhões de dólares que poderiam ser evitados com um software desenvolvido pela AHRQ. Relatou ainda que 15% dos 4 milhões de americanos que, por ano, tem diagnosticado pneumonia, são hospitalizados por erro na avaliação do seu risco, quando poderiam ser confortavelmente tratados em casa.

No Brasil o sistema de saúde tem promovido a incorporação tecnológica através da forma como é feita a remuneração dos serviços. Tanto no extinto

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no sub-sistema privado que há muito utiliza como referência a Tabela da Associação Médica Brasileira, como ainda no SUS que adota a APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, há uma remuneração diferenciada para os procedimentos médicos mais novos. Há uma pressão de oferta para que os procedimentos mais modernos sejam incorporados à rotina com preços mais altos. Esses novos procedimentos incorporam novos materiais e novos medicamentos, que também inicialmente são mais caros. Embora haja uma resistência do governo e das operadoras em incluir no seu rol os novos procedimentos, a demanda é fortemente induzida pela velocidade com que as informações médicas são veiculadas. O apelo do novo como solução para todos os problemas de saúde promove uma forte aliança entre consumidor e fornecedor, obrigando o financiador do sistema (Estado ou operadora de plano) a pagar pela nova tecnologia com a alguma restrição inicial, mas que o tempo se encarrega de eliminar. O tempo faz aumentar a oferta em relação à demanda, fazendo com que o preço unitário caia, entretanto, como o procedimento se torna rotineiro, as restrições diminuem e a demanda continua a crescer, com conseqüente impacto no custo do sistema.

De acordo com CASTRO (2004), considerando que a demanda de novas tecnologias na saúde é determinada pela oferta, torna-se importante uma análise multifacetada, não só na perspectiva das necessidades dos pacientes e dos médicos, mas também do Estado, sendo necessária uma análise mais aprofundada da utilização apropriada das novas tecnologias, possibilitando o controle de custos, sem reduzir o acesso da população a essas tecnologias.

Desde que surgiram no nosso meio na década de 70, o tratamento intensivo em unidades especiais revolucionou a reversão de casos graves, antes considerados de difícil recuperação. A utilização desta tecnologia tem sido apontada como de alto custo, suscitando discussões entre especialistas quanto aos critérios para sua indicação. De qualquer forma, a simples menção da internação em UTI provoca no paciente e nos familiares muitos temores,

transmitindo a medida da gravidade do estado mórbido, além da grande despesa que a internação pode representar.

Dos trabalhos publicados que abordam o tema, embora com diferenças substanciais de país para país, na indicação e na disponibilidade de leitos de UTI há uma preocupação com custos e sua efetividade. Segundo BENNETT & BION (1999), na Inglaterra o custo do paciente-dia internado em UTI variou de £1.000 (US\$ 1.793,00) a £1.800 libras (US\$ 3.227,00). FLAATTEN & KVALE (2003), apurou um custo médio por dia de internação de € 2.601 (US\$ 3.184,00), em 1997/1999 na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Universidade da Noruega. Estes mesmos autores, citando um artigo de Chalfin, Cohen e Lambrinos publicado em 1995, afirmam que nos Estados Unidos o tratamento em terapia intensiva consome 1% do PIB daquele país.

Pelo impacto que a internação em UTI tem nas despesas médico-hospitalares de um indivíduo doente, computar a quantidade de dias (ou períodos de 12 horas) em que um paciente permanece numa UTI parece ser um marcador interessante para avaliar a gravidade da doença e que certamente está relacionado com o consumo intenso de tecnologias que envolvem o uso de equipamentos de sustentação de vida, material descartável em profusão e medicamentos de última geração todos de altíssimo custo.

#### **4.5. Diagnósticos, condições crônicas e gastos**

Quando se pensa associar gastos com saúde e diagnósticos é intuitivo que os grandes gastos estejam relacionados com a gravidade do quadro mórbido. Gravidade da doença está relacionada com risco de morte, donde se conclui que a proximidade da morte pode estar relacionada com grandes gastos em tratamento. Segundo HURLEY (2001), citando trabalhos de Newhouse (1992) e Weisbrod (1978), entre beneficiários do programa Medicare, nos EUA, 28% dos gastos com saúde ocorre no último ano de vida dos indivíduos. O que o pesquisador escolheu

como um dos objetivos foi verificar se os diagnósticos principais declarados (CID-10), e que esteja relacionado com o desfecho (gasto anual elevado), constituem diagnósticos coerentes com as doenças prevalentes na comunidade, ou melhor, qual é a morbidade prevalente no grupo de indivíduos que gastaram muito com saúde. No planejamento de serviços de saúde é comum lançar mão da estatística de mortalidade da população para projetar necessidades, dada a falta de estatísticas confiáveis de morbidade. Se o elevado gasto com tratamento em saúde estiver relacionado com a letalidade das doenças, então esta aproximação estatística para fins de planejamento pode não ser de todo ruim.

Os gastos, segundo EZZATI-RICE (2004), com a assistência médico-hospitalar da população civil não institucionalizada dos Estados Unidos são monitorados pelo MEPS (Medical Expenditure Panel Survey), um órgão do governo americano subordinado ao Departamento de Saúde (Department of Health and Human Services). Essa pesquisa por amostra tem por universo toda a população atendida pelos programas governamentais Medicare e Medicaid, seguros privados de saúde e até aqueles que fizeram pagamentos do próprio bolso (out of the pocket). A amostra é composta por 278.406 mil pessoas sendo 8,6% abaixo de 6 anos, 17,4% entre 6 e 17 anos, 39,1% entre 18 e 44 anos, 22,3% entre 45 e 64 anos e 12,5% acima de 65 anos. Os dados relativos ao ano 2000 revelam que a média dos gastos *per capita* foi de US\$ 2.700 e a mediana de US\$ 721. Estes valores não se referem aos gastos totais em saúde, mas gastos com serviços consumidos pelas pessoas (household component). Os US\$ 627,9 bilhões gastos por 83,5% da população (16,5% não utilizaram serviços de saúde) foram assim distribuídos: 36,7% com internação, 31,9% com assistência ambulatorial, 16,4% com receitas de medicamentos, 8,8% com tratamento dentário, 4,1% com assistência domiciliar e 2,1% com outros suprimentos. Esta pesquisa revela ainda que a população acima de 65 anos gasta em média US\$ 6.140 enquanto a população abaixo de 65 anos gasta em média US\$ 2.127. O sexo feminino gasta mais que o sexo masculino. A mediana para mulher foi de US\$ 871 e a do homem US\$ 580. A internação atingiu 7,6% da população e teve



um gasto médio de US\$ 10.917. A taxa de internação para indivíduos com mais de 65 anos foi de 19,0% e os abaixo de 65 anos 5,9%. A mais recente publicação do MEPS, assinado por KASHIHARA & CARPER (2004), relativo ao ano de 2002 revela que a média dos gastos *per capita* se elevou para US\$ 3.302 e a mediana apurada foi de US\$ 960. Os gastos do “household component” se elevaram para US\$ 810,7 bilhões que foram gastos por 85,2% da população, assim distribuídos: 31,6% com internação, 31,9% com assistência ambulatorial, 18,6% com medicamentos, 7,9% com tratamento dentário, 4,3% com assistência domiciliar e 5,6 com outros suprimentos.

A diferenças entre os dados de 2000 e 2002 indicam um crescimento significativo dos gastos (29%), um crescimento na proporção de população que gastaram com saúde, e uma mudança na distribuição dos gastos com redução na internação e aumento nos medicamentos e outros suprimentos. A incorporação tecnológica (medicamentos e outros suprimentos) em assistência ambulatorial parece importante como causa dessa mudança. Os dados acima apresentados são relativos ao perfil de morbidade dos Estados Unidos, que como país desenvolvido que são, tem baixa prevalência de doenças infecto-contagiosas e grande prevalência das doenças crônico-degenerativas. O perfil etário da população parece também ser uma preocupação importante. Outra preocupação que vem ganhando espaço entre os especialistas é o papel do que lá chamam de condições crônicas (*chronic conditions*) no agravamento dos gastos com saúde. De acordo com PARTNERSHIP FOR SOLUTIONS (2002), em 1998, nos EUA, o MEPS estimou que 78% de toda despesa em saúde eram de pessoas portadoras de pelo menos uma condição crônica. O gasto anual com esses doentes cresce com o acúmulo de condições crônicas. Em 1996, Hoffman e Rice encontraram que 69% de todas as internações eram atribuídas a pessoas portadoras de condições crônicas. Em 2002 esta taxa cresceu para 76%. Por esses dados, associar a presença de condições crônicas em indivíduos que fizeram grandes gastos com sua saúde, parece importante. Dentre cerca de duas dezenas de condições crônicas listada pelo NATIONAL ACADEMY ON AN AGING SOCIETY (1999),

cinco condições foram selecionadas por estarem relacionadas com a longevidade e poderem influir no aumento dos gastos com saúde: artrites, diabetes, cardiopatia, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial essencial. Essas foram as doenças crônicas escolhidas pelo pesquisador para verificar sua influência no presente estudo.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1. A fonte dos dados

Tão singelo quanto descrever as características das pessoas que morrem numa pequena comunidade interiorana, este estudo pretende descrever as características dos participantes de um plano de saúde que gastam muito com doenças. A idéia é estudar algumas variáveis que podem estar condicionando o aparecimento dos “gastos elevados em assistência médico-hospitalar”, que serão tratados como desfecho. Em outras palavras o que se pretende é responder às perguntas: Quem são as pessoas que gastam muito com saúde? Que gastos são estes? Que situações ou doenças produzem estes gastos? Qual é o impacto desses gastos no custo do plano de saúde?

Partindo-se da idéia de que os participantes de um plano de saúde constitui uma população agrupada em torno de um objetivo comum, qual seja a de suprir a necessidade de acesso a serviços médico-hospitalares, entendeu-se que esta população poderia servir de material de estudo para responder as perguntas acima colocadas. É claro que sendo um estudo feito em população fechada não permite que seus resultados sejam generalizados a outras populações. Trata-se, portanto, de um estudo de um universo particular e não uma amostra representativa do conjunto dos planos de saúde, embora muitas das observações possam indicar fenômenos que podem se repetir em outros planos. Longe de qualquer pretensão comparativa, é também baseado num universo particular o The Framingham Heart Study, famoso estudo de epidemiologia clínica.

Tomou-se por universo a população de beneficiários de um plano de saúde de uma empresa do setor de serviços, que atua em parte importante do Estado de São Paulo, que era composta no ano de 2002 por 64.219 participantes. Tal plano, destinado a empregados, dependentes e agregados, está organizado na modalidade auto-gestão. O plano de saúde existe há pouco mais de dez anos, e desde o seu início teve a preocupação de preservar dados de utilização dos

serviços como fonte de informação. O acesso à base de dados foi autorizado pela empresa, salvaguardado o aspecto sigiloso da informação. O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que deliberou aprovada em sessão de 29/04/04. O projeto de pesquisa tinha provisoriamente o título de “Frequência crítica de eventos de alto custo e viabilidade financeira de plano de saúde”, cujo protocolo da pesquisa recebeu o número 271/04.

Sendo o “gasto elevado” ou “de alto custo” o desfecho a ser estudado, um primeiro problema a enfrentar foi definir o que vem ser “gasto elevado”. Para evitar maiores discussões semânticas se a melhor palavra é “gasto” ou “custo”, cumpre esclarecer que no caso são sinônimas, uma vez que os valores em reais expressos nas planilhas referem-se efetivamente aos custos dos serviços para a operadora, o que foi gasto no pagamento pelos serviços utilizados. O pesquisador optou por adotar a expressão “gasto” que parece expressar melhor o que é despendido com um indivíduo, e que na literatura americano aparece como “expenditure”. Voltando ao problema da definição, a questão é a partir de que valor será o gasto considerado elevado? Pensou-se num primeiro momento em arbitrar um valor acima do qual seria considerado elevado. Por exemplo, o gasto *per capita* médio anual multiplicado pela expectativa média de vida. Este valor representaria um montante tal que, um indivíduo que viesse a gastá-lo, mesmo que viesse a contribuir durante toda a sua vida para o plano sem fazer qualquer outra despesa, não conseguiria repô-lo. Uma outra idéia foi a de substituir nessa conta a expectativa média de vida pelo período mínimo de contribuição previdenciária (30 anos), ou seja, o período esperado de vida útil produtiva. Inspirado em obra organizado, entre outros, pelo economista Márcio POCHMAN (2004), Os ricos no Brasil, terceiro volume do Atlas da Exclusão Social, cujo objeto do estudo são os ricos, que identificados e caracterizados acreditam os autores abrir perspectivas para o enfrentamento do processo de exclusão social, que não pode ser entendida como responsabilidade exclusiva dos próprios excluídos. A

metodologia adotada para o estudo parte da constatação impensável de que num país de 177 milhões de habitantes, cinco mil famílias têm um volume patrimonial equivalente a 42% de todo o fluxo de renda gerado pelo país no período de um ano. Neste trabalho definiu-se ricos, *a grosso modo, como o centil superior da distribuição de renda*. O pesquisador transportou então essa idéia para definir o conceito de gasto elevado, optando por adotar como separatriz o percentil 99, a partir do qual estão situados os gastos elevados. Isto é, definiu-se como gasto elevado toda conta que estiver contido em 1% (um por cento) dos casos de maior valor. Todas as contas, referentes à somatória de todos gastos feitos durante um ano, por cada um dos beneficiários foi ordenado em ordem crescente e as maiores que se colocaram depois do percentil 99 foram escolhidas como de “gasto elevado”. Esta escolha define o “gasto elevado” como valor relativo, uma vez que a separatriz como medida de posição se altera de acordo com o perfil de demanda da população de beneficiários e do perfil de preços praticados pela rede de provedores. O critério continua arbitrário, mas responde à necessidade de separar o que considerar elevado, com a vantagem de manter uma proporção constante de beneficiários em relação ao todo, uma vez que um dos objetivos da pesquisa é avaliar o impacto das despesas desses beneficiários na saúde financeira do plano de saúde, e conseqüentemente para os outros participantes. O critério escolhido minimiza o efeito da inflação de preços dos serviços, se porventura estudos evolutivos com outros períodos forem realizados. O critério minimiza também o efeito de contas que estejam infladas em razão de preços de acomodação (quarto onde o doente é internado), que não estão relacionadas diretamente com a qualidade ou quantidade de serviços assistenciais consumidos. Uma operadora que valoriza a qualidade da acomodação como um diferencial não poderia ter seus resultados comparados com a de outra que procura reduzir as despesas com acomodação. O critério de seleção do que vem a ser “gasto elevado” sendo um valor monetário poderia distorcer a proporção do desfecho entre um grupo e outro. A separatriz adotada no presente trabalho situou-se em R\$13.980,60. Se no lugar de 1% fossemos adotar 2% dos casos, o valor da separatriz cairia para algo em

torno R\$ 7.000,00 o que seria baixo para um trabalho que pretende analisar o alto custo. A decisão de utilizar como gasto elevado o contido no centil (1%) superior da distribuição, foi posteriormente confirmada como útil por permitir comparabilidade com um artigo americano assinado por HALVORSON (2005) que revela que nos EUA 1% dos segurados que mais gastam consomem 30% do total dos custos com saúde e 5% dos segurados respondem por dois terços de todo o custo.

Porque a soma dos gastos feitos no período de um ano e não eventos isolados que custaram muito? Porque gasto elevado com doença não é fato pontual e momentâneo. É resultado de um conjunto de fatores que antecedem e sucedem o evento gerador de uma grande despesa, como é o caso de uma cirurgia do coração. Somar os gastos destes fatores coadjuvantes pareceu importante e mais adequado para expressar o despendido com doenças que afetam um indivíduo e com procedimentos médicos relacionados à sua saúde. Uma doença crônica, por exemplo, pode ao longo de um período não gerar nenhuma despesa pontual extraordinária, mas o seu acompanhamento rotineiro pode resultar em soma significativa de gastos. O período de um ano é uma limitação da utilização de dados secundários proveniente de operadora de plano de saúde, que por norma legal e administrativa utiliza o calendário civil para seu balanço anual, prestação de contas e execução orçamentária. Este é também o período utilizado em trabalhos norte americanos, que tratam do tema gasto elevado. Para o fim que o estudo se propõe, o período de um ano, pareceu adequado. Adotar um período menor talvez fosse mais preciso em relação à variação do poder de compra que uma moeda pode sofrer. A esse propósito, o trabalho está assumindo como erro aceitável a variação de preços em uma inflação anual medida pelo INPC em 2002 de 14,74 %. O componente do INPC - Saúde e Cuidados Pessoais de 11,16% poderia ser o índice a adotar, mas ao nosso ver não traria qualquer vantagem. O que se quis, foi adotar um índice que corrigisse a perda do valor de compra da moeda e não a variação dos preços de produtos e serviços de saúde especificamente. Ao se adotar o valor gasto em

janeiro por um doente como equivalente ao valor gasto por um doente em dezembro, pressupõe-se um erro dentro desta variação. Esta variação teria maior impacto sobre os itens material e medicamentos e menor em honorários e taxas hospitalares, uma vez que o controle de preço imposto pela ANS inibiu reajustes para esses dois últimos itens. O pesquisador, acreditando que essa variação inflacionária afetaria pouco o resultado, decidiu por não corrigir os valores mês a mês, optando por considerar que o poder de compra da moeda foi constante ao longo do ano. Essa opção implicou em assumir que o valor da separatriz de R\$13.980,60 poderia estar variando em até R\$2.060,74 (14,74%) e que os valores apurados para cada conta individual também poderia estar variando nesta mesma proporção. Em razão destas variações, alguns casos incluídos entre os de “gasto elevado” poderiam estar sendo substituídos por outros que se situaram abaixo. Por exemplo, se um caso, cuja despesa ocorreu em janeiro, estar disputando posição com outro, cuja despesa ocorreu em dezembro. Estas substituições somariam no máximo 69 casos, que é o número de casos situados entre R\$ 14.000,00 e R\$ 16.000,00. Como é improvável que todos esses casos sejam considerados extremos, seria plausível que metade desses casos fossem substituídos, e ainda assim não afetaria os de maiores valores, que são os que realmente importam.

O material do estudo provém de fonte secundária de dados, relativo ao ano de 2002, fornecido em quatro arquivos em planilha Excel. Um primeiro arquivo referente ao perfil da população de beneficiários que constitui o universo, por faixa etária segundo a distribuição preconizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, à época (de 0 a 17 anos, de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos e maiores de 70 anos), quantidade de indivíduos em cada faixa, totalização de gastos realizados em cada faixa. Um segundo arquivo referente à consolidação de todas as despesas pagas entre primeiro de janeiro e trinta e um de dezembro daquele ano, por indivíduo, que foram incluídos na lista dos 642 casos que compõe o grupo de afetados pelo gasto elevado. Tal como uma conta corrente bancária, cada indivíduo foi

identificada por um número de registro, constando sua idade, sexo, código de procedimento utilizado, descrição do procedimento, a quantidade consumida e o valor total da despesa por código. Um terceiro arquivo, também relativo aos mesmos 642 indivíduos, contendo o número de registro, idade, sexo, código CID 10 declarado pelo fornecedor do serviço, quantidade de vezes que o código foi declarado. Um quarto arquivo com a distribuição de casos em intervalos de R\$ 1.000,00.

Como todo plano de saúde, a utilização da rede de provedores de serviços é feita dentro de regras. De acordo com o regulamento distribuído a todos os beneficiários o plano cumpre a legislação em vigor, está registrado na ANS, abrangendo assistência ambulatorial e hospitalar. Todos os empregados da empresa patrocinadora e da própria operadora são associados titulares. Estes e seus dependentes são beneficiários plenos do plano, podendo ainda ser admitidos como beneficiários, mediante adesão, os aposentados, pensionistas, ex-empregados, além de agregados e designados. Para os titulares e seus dependentes o custeio do plano é subsidiado pela empresa, cabendo ao titular contribuir mensalmente com uma fração do salário, além do pagamento de pequena co-participação proporcional à utilização. Não há carência para este grupo. Para os demais beneficiários a adesão implica em pagamento integral de contribuição mensal determinado pela operadora, pagamento de co-participação de até 30% em atendimento ambulatorial, existindo carências diferenciadas para consulta, internação e parto. O atendimento para todos os beneficiários é feito através de uma rede de prestadores de serviços credenciados, com poucas barreiras de acesso. Para o beneficiário pleno é ainda facultada a livre escolha de serviços e posterior reembolso até o limite de uma tabela determinada. Embora consciente, de que estas diferenças nas regras possam interferir no comportamento de utilização, o pesquisador tomou o conjunto de beneficiários como seu universo de estudo, dado que, se fosse analisar separadamente tornaria o perfil da população ainda mais particular. Dentre os beneficiários plenos, por exemplo, não haveria idosos, uma vez que, são considerados dependentes



apenas cônjuge e filhos até 24 anos, se universitários. Enquanto nos beneficiários que compõe o outro grupo (aposentados, pensionistas, ex-empregados e designados que são associados ao plano por adesão) haveria uma concentração de idosos. A taxa de co-participação ser diferente para um grupo em relação ao outro, por incidirem em apenas alguns procedimentos ambulatoriais (consultas e exames mais simples), não deverá interferir nas despesas com exames caros e na internação, que é em grande medida a responsável pela elevação das despesas com a assistência.

## **5.2. O tratamento dos dados**

Para que os dados pudessem ser analisados, as planilhas que os continham tiveram que ser tratadas. O primeiro arquivo permitiu a construção da tabela de distribuição da população por faixa de idade e o volume de despesa relativo a cada faixa.

O segundo arquivo foi tratado para construir uma outra planilha com dados consolidados da seguinte forma: cada linha um beneficiário, sua idade, sexo, gasto com Honorários Médicos, Diárias de Internação, Taxas Hospitalares, Materiais e Medicamentos, Gasto Total e por último quantidade de meias diárias (período de 12 horas) em UTI (Unidades de Terapia Intensiva). Essa consolidação teve por objetivo permitir identificar qual tipo de gasto foi preponderante para cada beneficiário, indiretamente relacionado com a tecnologia que mais consumiu recursos. A quantidade de diárias de UTI foi adotada como marcador de gravidade do caso. O gasto com Honorários Médicos foi obtido somando-se valores de todos os códigos de procedimentos da Tabela de Honorários da AMB utilizados. Este gasto representa o conhecimento médico como principal tecnologia, que inclui a consulta, os exames diagnósticos e atos terapêuticos cirúrgicos ou não. O gasto com Diárias de Internação representa o custo da acomodação e que agrega menor valor tecnológico, embora se inclua aí a despesa com diárias de UTI. O valor de uma diária de UTI incorpora tecnologia, porém a maior parte é cobrada como “taxas hospitalares”. O gasto com “taxas

hospitalares” representa o custo da infra-estrutura do serviço que é tão mais cara quanto mais sofisticada for a tecnologia incorporada. Refere-se a uso de equipamentos e outros aparatos não incluídos nos honorários e nas diárias. O gasto com “materiais e medicamentos” representa a tecnologia médica consumida materialmente. As próteses, cateteres e descartáveis que somados aos medicamentos modernos expressam o consumo de produtos tecnológicos industrializados.

O terceiro arquivo relaciona cada caso de “gasto elevado” com os diagnósticos declarados pelos serviços de saúde que foram utilizados. Como cada beneficiário, ao longo do ano, pode ter tido uma série de contatos com serviços de saúde, cada qual gerando uma conta, cada beneficiário tem registrado diversos diagnósticos. Embora seja obrigatório o preenchimento do campo diagnóstico com CID 10, muitos médicos não o fazem, ou fazem-no sem o devido cuidado, prejudicando a qualidade desta informação. Ainda assim, o pesquisador decidiu utilizar a informação disponível para avaliar se o diagnóstico ou diagnósticos são fatores condicionantes do desfecho. Além da pouca confiabilidade do diagnóstico declarado, um outro problema foi definir critério para a escolha do diagnóstico para fins da pesquisa. O pesquisador decidiu por utilizar a *“análise por causa única em morbidade”* que mais contribuiu para o desfecho, procurando seguir as recomendações das Regras e Disposições para a Codificação de Mortalidade e Morbidade da Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão. Textualmente a orientação é a seguinte: *“a afecção principal é definida como a afecção, diagnosticada no final da consulta, primariamente responsável pela necessidade do tratamento ou investigação do paciente. Nos casos em que há mais de uma afecção, aquela que utilizou maiores recursos deve ser selecionada como principal. Se não foi feito nenhum diagnóstico, o sintoma principal, o achado anormal ou o problema apresentado pelo paciente deve ser selecionado como a afecção principal. Além da afecção principal, o registro pode também, sempre que possível, relacionar separadamente outras afecções ou problemas que foram tratadas durante o atendimento médico. Outras afecções são definidas como*

*aquelas que existem ou se desenvolvem durante o atendimento e que afetam as condições do paciente. As afecções relacionadas a um episódio anterior que não estejam relacionadas com o problema da consulta atual não devem ser codificados”.*

As regras para o registro das informações do diagnóstico foram assim redefinidas: 1) Como princípio geral fazer valer o diagnóstico declarado pelo médico e não o procedimento prescrito, considerando a letra seguida de dois algarismos do CID 10, desconsiderando códigos que tenham sido declarados pelo CID 9; 2) Selecionar o código (ou reduzir a um único os códigos que expressem a mesma condição mórbida) que mais se relaciona com o tratamento ou procedimento mais significativo dentre os declarados. Se houve internação os procedimentos diagnósticos (exames específicos de imagem), terapêuticos (cirurgia) ou discriminação de materiais especiais (próteses). Como exemplo, um caso que apresente como diagnósticos: angina instável, catarata senil, dorsalgia e como procedimentos facectomia, angiocardiografia, cintilografia cardíaca, revascularização miocárdica. O código diagnóstico a ser selecionado será angina instável. Se não houve internação procurar relacionar com tratamentos crônicos (fisioterapia respiratória, diálise) ou exames especiais de alto custo. Como exemplo um caso que apresente diagnósticos de insuficiência cardíaca, asma, insuficiência renal e a maior despesa foi a diálise crônica, selecionado insuficiência renal como diagnóstico principal; 3) Em caso de múltiplos procedimentos possíveis de serem relacionados com dois ou mais diagnósticos declarados, selecionar aquele que pode ter dado origem a todas as afecções declaradas, tal qual se faz na seleção de causa básica de morte. A título de exemplo, um caso que tem como diagnósticos uma neuropatia de membro inferior, infecções gangrenosas, diabetes e nos procedimentos amputação de membro inferior, pneumonia, drenagem de abscesso, foi selecionada a diabetes como diagnóstico principal; 4) Quando nenhum dos diagnósticos declarados for possível ser relacionado, ainda que de forma indireta, com o procedimento mais importante utilizado, o caso ficou como sem diagnóstico. A exemplo de um caso onde

aparece diagnóstico de flebite, miopia, incontinência urinária, além de vários códigos em branco e o procedimento indica a realização tratamento quimioterápico e radioterápico para neoplasia maligna.

Com o objetivo de verificar a importância de outras afecções na gênese do desfecho, conforme a revisão da literatura, o pesquisador optou por utilizar cinco condições crônicas como “marcadores” da presença de afecções associadas, a saber: artrites, diabetes, cardiopatias, doença pulmonar crônica, hipertensão arterial essencial. Foi considerado como presente a condição crônica que estivesse declarada pelo menos uma vez entre os diagnósticos. Como critério de seleção foram definidas como artrites os códigos compreendidos entre M05 a M35; para a diabete os códigos compreendidos entre E10 e E14; para cardiopatias os códigos entre I20 e I52; para as doenças pulmonares crônicas entre J40 e J47; para a hipertensão arterial essencial I10. Com o objetivo de evitar que uma condição crônica fosse associada como coadjuvante de si próprio, sua presença não foi consignada quando ela fosse selecionada como diagnóstico principal. Assim, se o diagnóstico principal selecionado for infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca como condição crônica não teve sua presença anotada.

Por último, o quarto arquivo de dados em Excell foi encomendado para, a partir da distribuição dos casos em ordem crescente de valor, poder definir a separatriz.

### **5.3. Obtenção dos resultados**

Com a reunião dos arquivos 2 e 3 foi construída uma planilha única em Excell com o seguinte formato: em cada linha um caso (642 linhas) e 15 colunas indicando o número de ordem, idade, sexo, gasto com honorários, gasto com diárias, gasto com taxas hospitalares, gasto com materiais e medicamentos, gasto geral, quantidade de meias diárias de UTI, diagnóstico principal, presença da condição crônica relativa a artrite, presença da condição crônica relativa ao diabete, presença da condição crônica relativa a cardiopatia, presença da

condição crônica relativa a doença pulmonar crônica, presença da condição crônica hipertensão arterial essencial.

Essa última planilha foi então submetida às ferramentas de análises estatísticas disponíveis no Excell. Agruparam-se características, diagnósticos, somaram-se valores e calcularam-se médias. A partir desses dados foram realizadas análises comparativas de valores e das freqüências nas diversas situações, obtendo-se uma série de resultados descritivos.

## 6. RESULTADOS

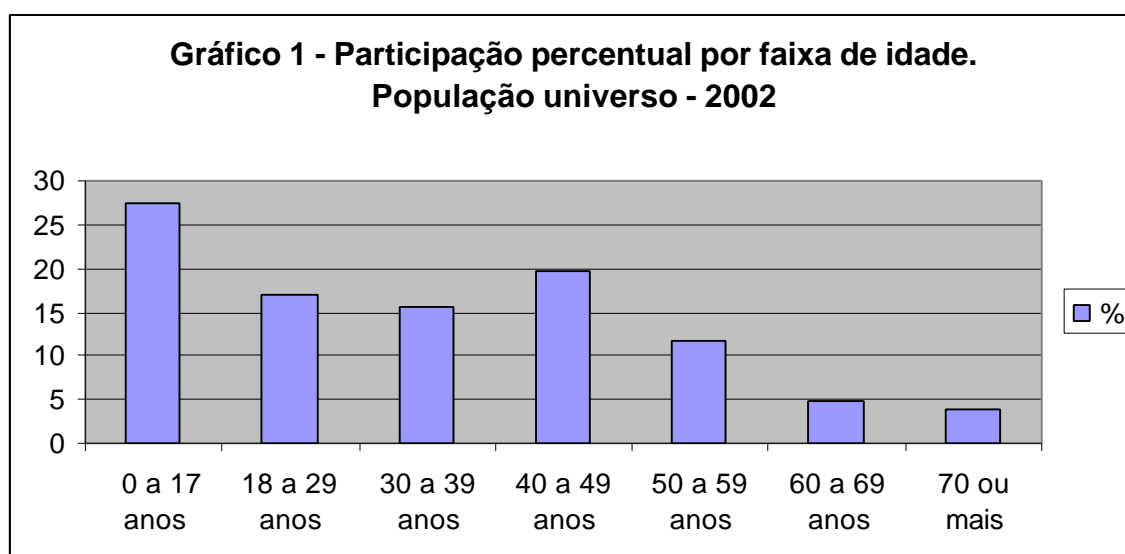
### 6.1 População universo e gastos

A população do universo (total de beneficiários do plano de saúde) era composta em 2002 por 64.219 beneficiários. Gastaram no ano R\$ 76.759.169,00. Um gasto médio *per capita* de R\$ 1.195,00 (*Tabela 1*) e mediana de R\$ 306,00.

**Tabela 1 – Quantidade de beneficiários por faixa de idade, total dos gastos e gasto per capita. População universo – 2002.**

Faixa de Idade	Quantidade	Total dos Gastos	Gasto per capita
0 a 17 anos	17.627	8.514.842,00	483,00
18 a 29 anos	10.864	8.516.536,00	783,00
30 a 39 anos	9.999	9.947.935,00	994,00
40 a 49 anos	12.708	14.937.143,00	1.175,00
50 a 59 anos	7.528	12.777.485,00	1.697,00
60 a 69 anos	3.056	8.578.240,00	2.807,00
mais de 70 anos	2.437	13.486.988,00	5.534,00
todas as faixas	64.219	76.759.169,00	1.195,00

A participação percentual da população universo decresce à medida que aumenta a faixa de idade, exceto na faixa de 40 a 49 anos (*Gráfico 1*).



## 6.2. População afetada e gastos

As 642 pessoas “afetadas” pelo “desfecho” (gastos elevados) gastaram ao longo do ano R\$ 27.848.801,00. O gasto variou de R\$ 13.980,00 a R\$ 569.899,00. O gasto médio *per capita* foi de R\$ 43.378,00 (*Tabela 2*) e a mediana foi de R\$ 26.705,00. Observa-se pequena variação do gasto *per capita* nas faixas de idade.

Dentre os afetados 45,4% tem mais de 60 anos de idade, enquanto na população universo 8,5% tem mais de 60 anos. A mediana etária entre os afetados é de 58 anos, enquanto a mediana no universo entre 30 e 39 anos (próximo de 34). Dos afetados 51,5% são do sexo masculino, enquanto na população universo 49,3% são do sexo masculino.

**Tabela 2 – Quantidade de beneficiários por faixa de idade, total de gastos e gasto per capita. População afetada – 2002.**

<b>Faixa de Idade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total de Gastos</b>	<b>Gasto per capita</b>
0 a 17 anos	29	1.546.822,00	53.338,00
18 a 29 anos	43	1.562.781,00	36.343,00
30 a 39 anos	42	1.402.669,00	33.396,00
40 a 49 anos	108	3.744.905,00	34.675,00
50 a 59 anos	128	4.960.554,00	38.754,00
60 a 69 anos	106	4.903.246,00	46.257,00
mais de 70 anos	186	9.727.824,00	52.300,00
todas as faixas	642	27.848.801,00	43.378,00

A *Tabela 3* indica a prevalência-período do desfecho estudado, que é tanto maior quanto maior a faixa de idade.

**Tabela 3 – Prevalência do desfecho em porcentagem. População afetada (A) sobre população universo (B) x 100 .**

<b>Faixa de Idade</b>	<b>População B</b>	<b>População A</b>	<b>Pop. A / Pop. B x 100</b>
0 a 17 anos	17.627	29	0,16
18 a 29 anos	10.864	43	0,40
30 a 39 anos	9.999	42	0,42
40 a 49 anos	12.708	108	0,85
50 a 59 anos	7.528	128	1,70
60 a 69 anos	3.056	106	3,47
mais de 70 anos	2.437	186	7,63
todas as faixas	64.219	642	1,00

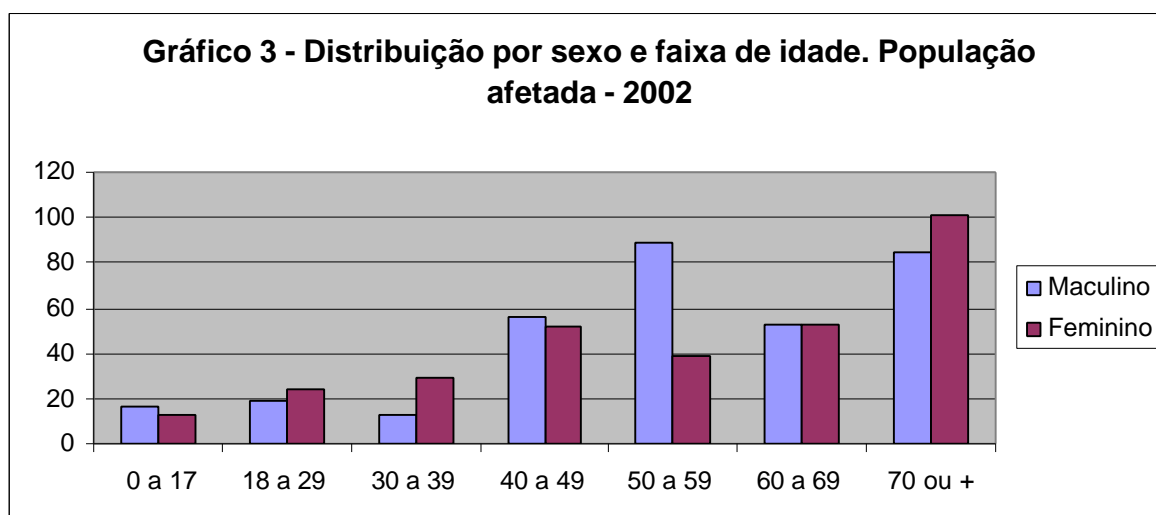
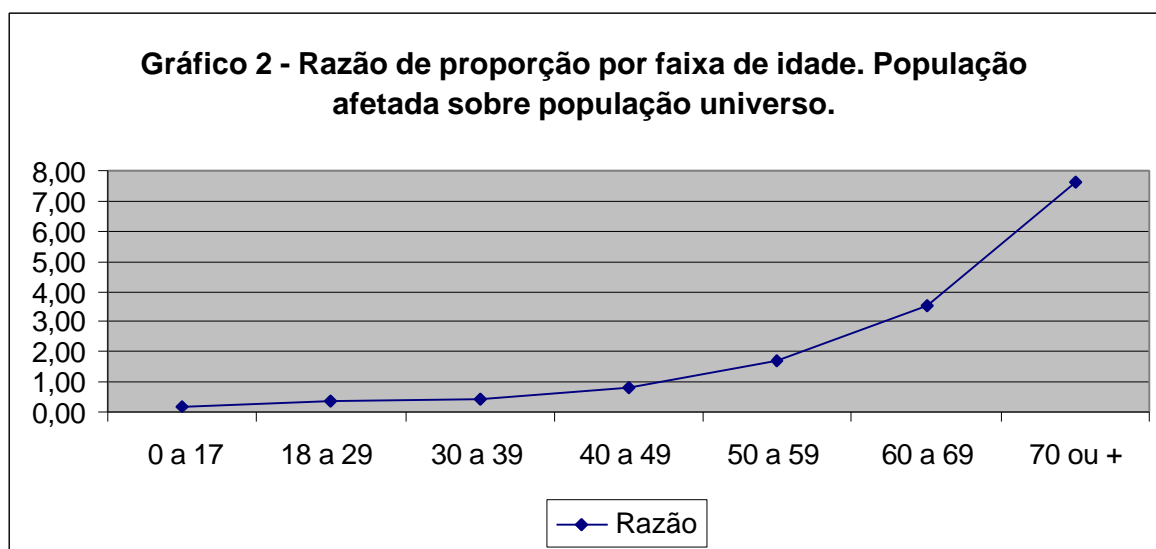
Dentre os 642 afetados, a proporção em cada faixa de idade cresce na medida que cresce a idade (*Tabela 4*). Já na população universo a proporção decresce a medida que a faixa de idade aumenta (*Tabela 4*).

**Tabela 4 - Proporção de beneficiários por faixa de idade. População afetada e população universo – 2002.**

<b>Faixa de idade</b>	<b>Pop. Afetada %</b>	<b>Pop. Universo%</b>
0 a 17 anos	4,5	27,5
18 a 29 anos	6,9	16,9
30 a 39 anos	6,5	15,6
40 a 49 anos	16,8	19,8
50 a 59 anos	19,9	11,7
60 a 69 anos	16,5	4,7
70 ou mais	28,9	3,8

A razão entre a proporção dos afetados sobre a proporção do universo, nas mesmas faixas de idade, cresce linearmente (*Gráfico 2*). Já a distribuição por sexo entre os afetados, o sexo masculino é maior nas faixas de 0 a 17 anos, 40 a 49 anos e predominante de 50 a 59 anos. O sexo feminino maior nas faixas de 18 a 29 anos, 30 a 39 anos e 70 ou mais. Na faixa de 60 a 69 anos a distribuição entre sexos é igual (*Gráfico 3*).

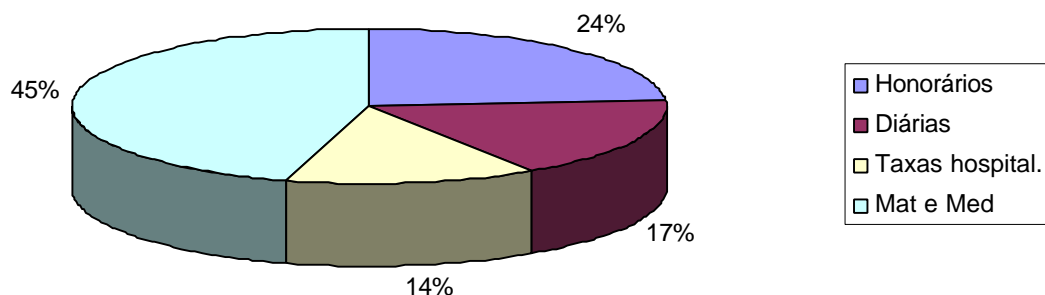




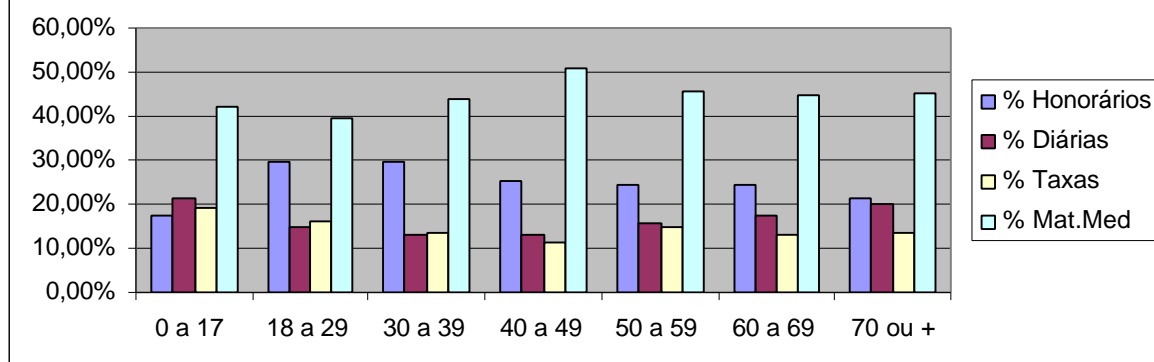
### 6.3. Natureza dos gastos elevados

Os gastos dos 642 afetados em média têm a seguinte proporção: 23,56% são Honorários Médicos; 17,21% são Diárias de internação; 13,80% são Taxas Hospitalares e 45,43% são Materiais e Medicamentos (*Gráfico 4*). Como estes gastos se comportaram em cada faixa de idade? A participação percentual dos gastos tem pequena variação, persistindo a predominância da maior proporção de despesas com Material e Medicamentos em todas as faixas de idade (*Gráfico 5*).

**Gráfico 4 - Participação percentual dos gastos. População afetada - 2002.**



**Gráfico 5 - Participação percentual dos gastos por faixa de idade. População afetada - 2002.**



#### 6.4. Principais causas dos gastos elevados

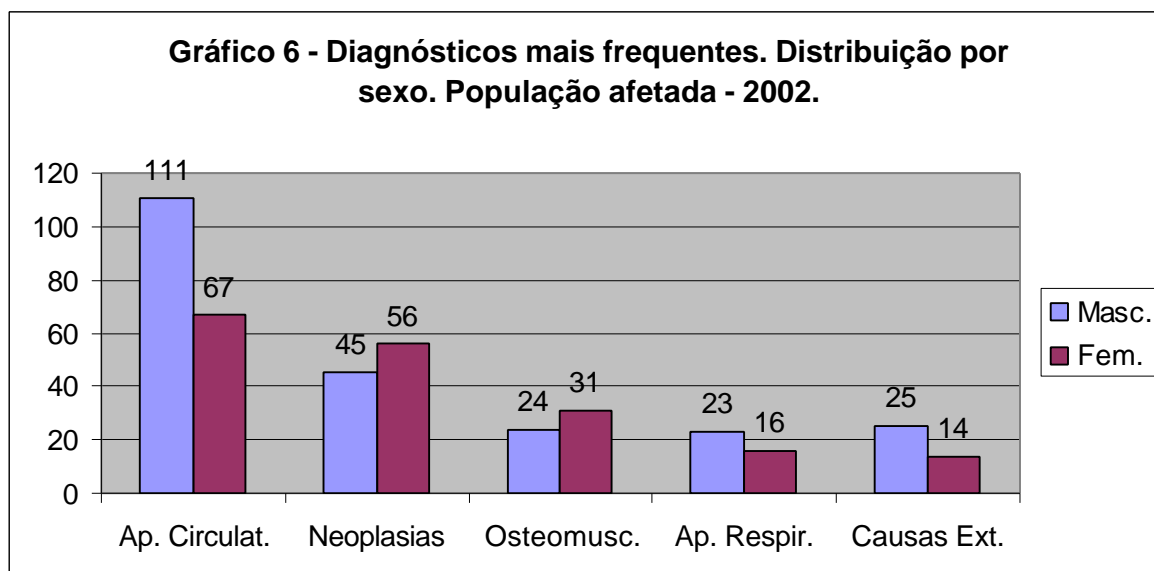
Cada beneficiário, que foi classificado como tendo gastado muito com a saúde ao longo de um ano, pode ter produzido tais gastos com uma ou várias doenças que o acometeu durante este período. Pela metodologia adotada, escolheu-se um diagnóstico, a que mais contribuiu com o gasto elevado, o principal. Entre os 642 beneficiários afetados, os diagnósticos principais mais

freqüentes estão apresentados na *Tabela 5* em ordem decrescente de freqüência, onde os cinco mais freqüentes somam 64,16% do total.

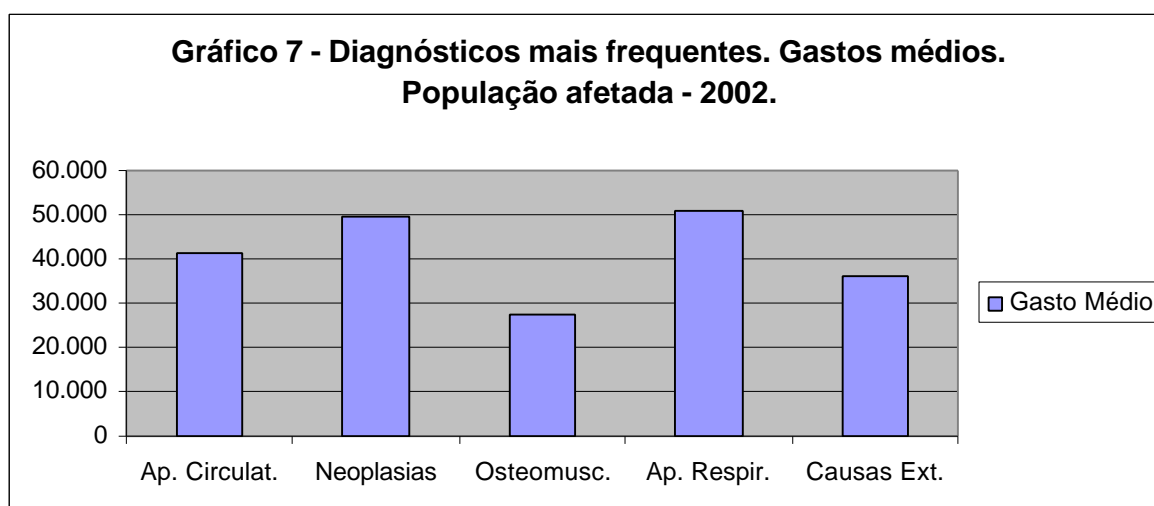
**Tabela 5 – Diagnósticos principais. Cinco mais freqüentes e demais por ordem decrescente. População afetada – 2002.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Quantid.</b>	<b>%</b>
Doenças do Ap. Circulatório	178	27,72
Neoplasias Malignas	101	15,73
Doenças do Sist. Osteomuscular	55	8,57
Doenças do Ap. Respiratório	39	6,07
Causas Externas	39	6,07
Sub-total	412	64,16
Doenças do Sist. Nervoso	35	5,45
Doenças do Ap. Gênilo-urinário	34	5,30
CID Indeterminado	31	4,83
Doenças do Ap. Digestivo	27	4,20
Doenças Endócrinas, nutric. Metab.	19	2,96
Achados anormais	18	2,80
Gravidez, parto e puerpério	13	2,02
Transtornos Mentais	11	1,71
Doenças infecciosas	10	1,56
Afecções Perinatais	10	1,56
Neoplasias benignas	8	1,25
Contato c/ serviço saúde	5	0,78
Doenças do Olho e Ouvido	3	0,47
Malformações congênitas	3	0,47
Doenças do Sangue	2	0,31
Doenças Pele e subcutâneo	1	0,16
Todos os CIDs	642	99,99

Os cinco diagnósticos mais freqüentes, têm uma distribuição por sexo que apresenta uma predominância masculina nas Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas e uma predominância feminina para Neoplasias Malignas e Doenças Osteomusculares (*Gráfico 6*).



No *Gráfico 7* estão apresentados os gastos médios dos cinco diagnósticos mais frequentes.



Na *Tabela 6* onde estão apresentados a distribuição das doenças do aparelho circulatório por sub-categoria, é nítida a concentração dos casos após os 70 anos, e a grande frequência da doença isquêmica do coração após os 50 anos.

**Tabela 6 – Doenças do aparelho circulatório por sub-categoria e por faixa de idade. População afetada – 2002.**

Diagnóstico	Faixas de idade em anos							Todas
	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> de 70	
D.isquêmicas do coração				11	24	24	26	85
Outras dças do coração				4	6	3	23	36
Dças cerebrovasculares	1	1		4	8	9	13	36
Doenças das artérias		1		1	2	3	6	13
Febre reumática					2	1	2	5
Doenças das veias							2	2
Doenças hipertensivas					1			1
Todas Ap circulatório	1	2	0	20	43	40	72	178

Na *Tabela 7* é interessante observar a distribuição do câncer digestivo e mama.

**Tabela 7 – Neoplasias malignas por sub-categoria e por faixa de idade. População afetada – 2002.**

Diagnóstico	Faixas de idade em anos							Todas
	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> de 70	
Aparelho Digestivo				8	8	8	8	32
Câncer de Mama			1	9	4	6	1	21
Linfát. Hematopoiético	1	2			2	3	2	10
Aparelho Respiratório				1	2	2	5	10
Sist. Nervoso Central	1		1	1		1	2	6
Ap. Genital feminino				2	1		2	5
Aparelho Urinário					1	2	2	5
Boca			1		1		1	3
Melanoma					1		1	2
Ap. Genital masculino					1		1	2
Ossos	1							1
Glândulas Endócrinas							1	1
Peritônio			1					1
Localização mal defin.	1				1			2
Todas Neoplasias Mal.	4	2	4	21	22	22	26	101

Na *Tabela 8* a dorsopatia é a sub-categoria mais freqüente e sua freqüência se concentra no período produtivo da vida.

**Tabela 8 – Doenças do sistema osteomuscular por sub-categoria e por faixa de idade. População afetada – 2002.**

Diagnóstico	Faixas de idade em anos							Todas
	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> de 70	
Dorsopatias			6	11	9	3	2	31
Artropatias		2	1	1	6	2	4	16
Osteopatias		1	2		1	1	1	6
Tecidos moles					1	1		2
Todas osteomuscular		3	9	12	17	7	7	55

Na *Tabela 9* a Pneumonia que é a mais freqüente entre as sub-categorias e se concentra na primeira e ultima faixa de idade.

**Tabela 9 – Doenças do aparelho respiratório por sub-categoria e por faixa de idade. População afetada – 2002.**

Diagnóstico	Faixas de idade em anos							Todas
	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> de 70	
Pneumonia	5		1	1	3	2	5	17
Outras doenças				2		2	4	8
Outras Infecções					1		4	5
D. Pulmonar Crônica	1				1	1		3
D. Supurativa				1			2	3
D. da Pleura					2			2
Infecção aguda			1					1
Todas D. Ap. Respir.	6		2	4	7	5	15	39

Na *Tabela 10* as sub-categorias das Causas externas tem no Trauma de Membro Inferior a primeira causa. Após os 70 anos acontece a maior freqüência.

**Tabela 10 – Causas externas por sub-categoria e por faixa de idade. População afetada – 2002.**

Diagnóstico	Faixas de idade em anos							Todas
	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> de 70	
Trauma Membro Inf.		5	3	2	2		11	23
Trauma Membro Sup.		2	1	1	1		1	6
Trauma de Cabeça		1		1	2	1	1	6
Trauma de Pescoço				1				1
Trauma não especif.							1	1
Complicações						1		1
Acidentes			1					1
Todas causas exter.		8	5	5	5	2	14	39

### 6.5. Internação em UTI

A internação em UTI foi utilizada como marcador de gravidade e conseqüentemente uso intensivo de tecnologia. Dos 642 afetados 331 (51,6%) fizeram uso de UTI. Em média 20,0 “meias diárias” ou 10 dias. Este grupo teve um gasto médio de R\$ 48.749,00 e uma mediana de R\$ 31.110,00. Já os 311 (48,4%) beneficiários que não utilizaram UTI gastaram em média R\$ 37.662,00 e uma mediana de R\$ 23.658,00.

Dentre os 331 afetados foram encontrados taxas variáveis de utilização e média de “meias diárias” também variável nas diferentes faixas de idade.

**Tabela 11 – Quantidade de afetados que utilizaram UTI por faixa de idade, taxa de utilização (%) e média de “meias diárias” consumidas. População afetada – 2002.**

Faixa de Idade	Quant.	% de utilizaç.	Meias diárias
0 a 17 anos	13	44,8	48,4
18 a 29 anos	17	39,5	45,3
30 a 39 anos	13	30,5	31,7
40 a 49 anos	46	42,6	13,4
50 a 59 anos	67	52,3	14,6
60 a 69 anos	59	55,6	17,6
mais de 70 anos	116	62,3	18,9
todas as faixas	331	51,6	20,0

## 6.6. Doenças crônicas

A presença ou não de doenças crônicas (ou condições crônicas) foram anotadas entre os 642 afetados. A presença de ao menos uma condição crônica foi anotada em 256 (39,9%) beneficiários que tiveram um gasto médio de R\$ 42.224,00 e uma mediana de R\$ 29.284,00. Entre os 386 (60,1%) beneficiários que não tiveram condições crônicas anotadas tiveram um gasto médio de R\$ 44.143,00 e uma mediana de R\$ 24.729,00.

## 6.7. Impacto dos afetados no custo do plano

O gasto total realizado pelos afetados tem um importante impacto no custo *per capita* do plano de saúde. Os R\$ 27.848.801,00 que foram gastos correspondem a 36,2% do total despendido pelo plano de saúde que somou R\$ 76.759.169,00. O gasto médio *per capita* da população “afetada” foi de R\$ 43.378,00 enquanto o gasto da população do universo foi de R\$ 1.195,00 correspondendo a um gasto 36,29 vezes maior. Por outra ótica o grupo de afetados que representa 1,0% dos beneficiários (População A), consumiu 56,38 vezes mais recursos, em média, que os 99,0% de não afetados (População B). Em outras palavras, se fosse possível eliminar os afetados e só permanecessem 63.577 (64.219 menos 642) pessoas menos doentes, este grupo teria gastado apenas R\$ 48.910.368,00 (R\$ 76.759.169,00 menos R\$ 27.848.801,00), ou R\$ 769,31 *per capita*. Ou seja, o grupo remanescente pagaria uma contribuição anual menor em R\$ 425,96. Os R\$ 1.195,00 gastos em média por cada participante é 55,3% maior que os R\$ 769,31 que seriam gastos se todos fossem saudáveis.

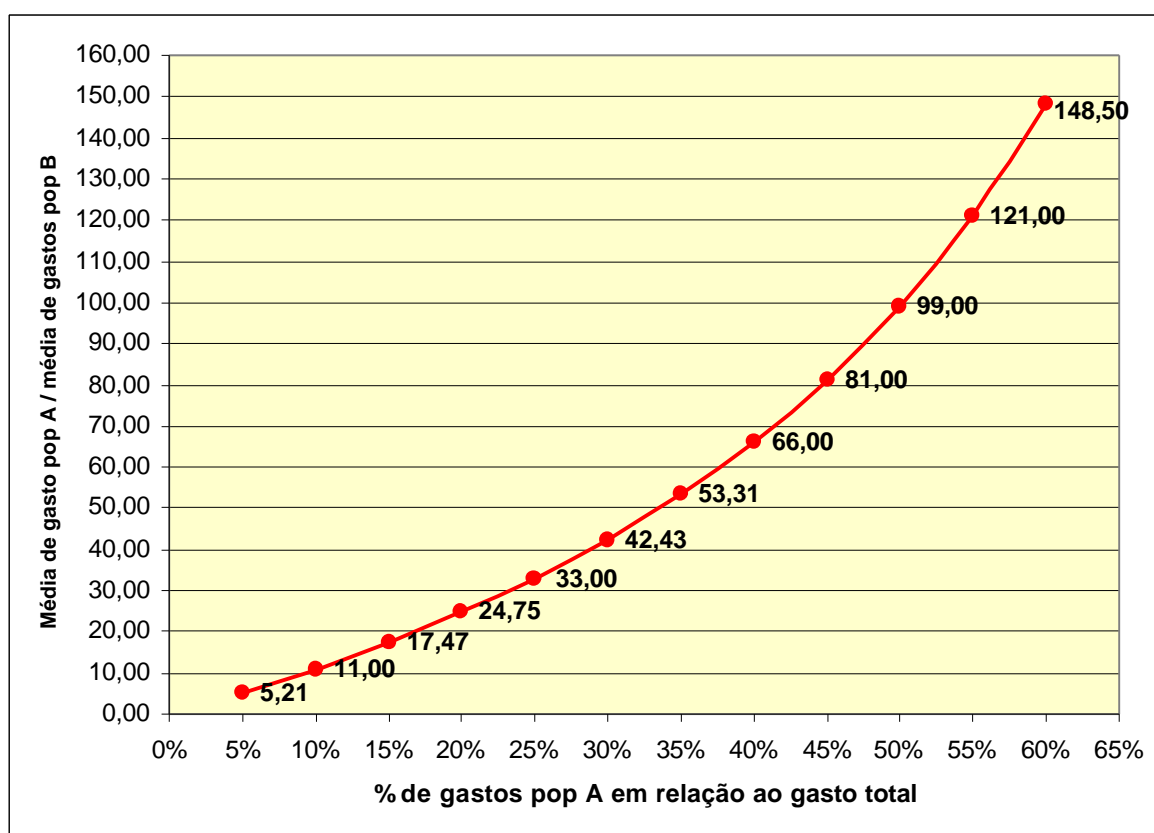
Uma vez que o critério utilizado na pesquisa determina que o grupo dos “afetados” é 1,0% do universo, considerando como “x” a porcentagem dos gastos do grupo de afetados e “(1 – x)” a porcentagem dos gastos dos 99,0% do universo, teremos que a variação percentual dos gastos dos afetados fará variar a proporção média dos gastos do grupo de afetados sobre a média dos gastos dos não afetados. A equação pode ser representada por:



$$y = \frac{x}{0,01} * \frac{(1 - 0,01)}{(1 - x)} \quad \text{ou} \quad y = \frac{(x - 0,01x)}{(0,01 - 0,01x)}$$

Graficamente a equação é a seguinte:

**Gráfico 8 – Impacto dos gastos elevados no custo do plano**



## 7. DISCUSSÃO

### 7.1. Comparabilidade dos dados

Como já foi alertado anteriormente, esse estudo tem por objeto a população de um plano de saúde em particular, não podendo seus resultados ser interpretados como representativos do universo de planos de saúde e de suas populações. Não tem validade externa. Entretanto, de acordo com a publicação ANS – DADOS DO SETOR (2004) a composição etária dos beneficiários do setor guarda certo grau de semelhança com a composição etária do plano de saúde, objeto desta pesquisa. A distribuição proporcional dos 33,8 milhões de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar está abaixo apresentada ao lado da distribuição dos 64.219 beneficiários do plano de saúde estudado. Embora as faixas de idade não sejam exatamente as mesmas, devido as fontes serem diferentes, como pode ser percebido a composição etária das populações tem algumas semelhanças. A diferença maior está na faixa de 40 a 49 anos que se refere à população trabalhadora ativa, que é maior no plano estudado, possivelmente por ser uma empresa antiga com grande estabilidade do seu quadro funcional.

<b>População do Setor</b>	<b>%</b>	<b>População do Plano</b>	<b>%</b>
0 a 19 anos	29,21	0 a 17 anos	27,45
20 a 29 anos	18,46	18 a 29 anos	16,92
30 a 39 anos	17,23	30 a 39 anos	15,57
40 a 49 anos	14,89	40 a 49 anos	19,79
50 a 59 anos	9,79	50 a 59 anos	11,72
60 a 69 anos	5,69	60 a 69 anos	4,76
mais de 70 anos	4,72	mais de 70 anos	3,79

## 7.2. O impacto no custo do plano

A primeira constatação que chama a atenção é que o gasto realizado pelos afetados tem um importante impacto no custo *per capita* do plano de saúde. Os R\$ 27.848.801,00 que foram gastos correspondem a 36,2% do total despendido pelo plano de saúde, que foi de R\$ 76.759.169,00. O gasto *per capita* da população afetada foi de R\$ 43.378,00 enquanto o gasto médio da população do universo foi de R\$ 1.195,00. Corresponde a um gasto 36,29 vezes maior. Por outra ótica o grupo de afetados que representa 1,0% dos beneficiários (População A), consumiu 56,38 vezes mais recursos, em média, que os 99,0% de não afetados (População B). Em outras palavras, se por um passe de mágica, o plano de saúde eliminasse os afetados e só permanecessem as pessoas mais saudias, este grupo teria gastado apenas R\$ 48.910.368,00, ou R\$ 769,31 *per capita*. Ou seja, o grupo remanescente pagaria uma contribuição anual menor em R\$ 425,69. O gasto médio de cada participante foi onerado em 55,3% ao valor que seria gasto se todos fossem saudios.

O gasto elevado em saúde da população afetada tem um impacto significativo na conta dos demais participantes de um plano de saúde. Essa constatação não é algo excepcional, mas intuitivamente natural e certamente observável em outras realidades. Na literatura americana dois artigos recentes comentam a importância dos gastos elevados na formação do custo da assistência. Na população civil não institucionalizada, segundo CONWELL (2004), a proporção dos gastos que se refere a 1% da população que mais gastaram com saúde nos EUA, foi de 22%. Já HALVORSON (2005) afirma em um comentário publicado na revista *Healthcare Financial Management* que esta proporção é de 30%. O primeiro tem como fonte a pesquisa nacional americana conduzida pelo MEPS-AHRQ, em 2002, portanto incluindo seguros privados, Medicare, Medicaid e despesas particulares. Já o autor da segunda informação não faz referência à fonte, mas por ser o mesmo um dirigente da Kaiser Permanent, uma grande operadora de planos de saúde dos EUA, é plausível que a fonte desses dados seja a própria operadora que dirige, ou seja formada por população trabalhadora

ativa. Nesse comentário o autor chama a atenção para a constatação de que está claro que a solução para o problema do financiamento do sistema de saúde não está nos 70% da população que é responsável pelos 10% dos gastos em saúde. O que importa é concentrar esforços na gestão do risco representado pela população que produz o gasto mais elevado (High expenditure) e o seu impacto nas finanças do sistema de saúde.

O impacto que a despesa dos afetados produz nas finanças de um plano de saúde indica a importância da gestão de riscos para uma operadora e que uma equação muito simples pode alertar para uma tendência de inviabilidade econômica. Na medida que o gasto dos afetados cresce há um impacto no custo *per capita* para todos os beneficiários, se o financiamento do plano for por partição solidária (mutualismo).

Assim, pelo que pode ser visto no *Gráfico 7* quando o gasto total dos afetados representar 50% do gasto total (eixo horizontal), o gasto médio de cada afetado será 99 vezes o gasto médio gasto pelos não afetados. Como estes últimos representam 99% dos beneficiários, eles estarão pagando quase o dobro do que caberia a cada um pagar, caso os afetados não existissem. Um plano de saúde com este perfil de despesa perderia completamente a capacidade competitiva no mercado.

Essa constatação traz à baila uma primeira discussão ética. O risco ideal para uma operadora é que todos os beneficiários sejam sadios e não utilizem serviços. O ideal para alguém é que nunca fique doente e por isso não precise de plano de saúde. Acontece que todos nós temos uma chance estatística de precisar de assistência médico-hospitalar e procuramos aderir a um plano de saúde para assegurar uma cobertura para essa perda eventual. Assim, qualquer cidadão que adere a um plano de saúde com este espírito, espera que todos os outros aderentes ao plano tenham um risco semelhante ao dele. E se os riscos são próximos, dividir o custo igualmente entre todos é a medida mais justa. Mas a realidade do mercado, entretanto, é outra. Há indivíduos que aderem ao plano de saúde, já doentes, ou com uma chance maior que a média. Parece justo então

que a operadora onere estes indivíduos mais que aqueles. Que o valor do prêmio seja proporcional ao risco. Logo a adesão ficará difícil para quem representa um altíssimo risco. Quando uma lei impede que esse critério de proporcionalidade seja aplicado de forma linear, o que parecia justo não se realiza. Aqueles com menores riscos pagam a conta dos que tem riscos sabidamente maiores. O Estado intervém para impedir que a seleção de risco seja um obstáculo à adesão de indivíduos que apresentem um risco maior. Esta intervenção legítima, segundo VIANA (2003) é para proteger o consumidor e impedir má conduta da operadora. Mas não estaria onerando injustamente um grupo de indivíduos, que de boa fé imaginam ter comprado um produto por seu preço justo? Será que o mais esclarecido dos participantes deste plano de saúde sabe que sua contribuição mensal está sendo onerada em cerca de 50% em função dos gastos representados pelos afetados, e que parte deles foram incluídos com seleção adversa? Não seria obrigação de uma operadora informar seus beneficiários do impacto que os afetados representam na despesa do plano, em especial quando o plano é do tipo mutualista? Como se comportarão os participantes-empregados de um plano do tipo autogestão que permite o livre ingresso de novos beneficiários sem qualquer seleção de risco, e que em consequência enfrente um crescimento da contribuição a ponto de representar um ônus importante? Um dirigente de operadora que vê uma ampliação anormal de seleção adversa deve tomar medidas para impedir ou reduzir esses ingressos para não onerar os outros beneficiários? Não seria justo que um consumidor de plano de saúde pudesse, antes de aderir a um plano, além do preço e da cobertura, conhecesse a composição da carteira de beneficiários e poder avaliar a taxa de sinistralidade?

Na fase da elaboração do banco de dados deste trabalho, parecia ser normal que na apresentação da metodologia fosse feita a completa identificação da fonte dos dados, desde que preservada a identidade dos beneficiários. Na medida que os trabalhos avançaram, nasceu a percepção de que a identificação do nome da operadora não deveria constar no texto. Fonte anônima para uma pesquisa de campo não é comum, mas se justifica por uma questão ética. A

divulgação pública de informações de gastos de um plano de saúde não é algo inócuo. São gastos de grande monta e que tem reflexo nas despesas de terceiros. A seleção de risco é uma obrigação ética do administrador de um seguro, como é de qualquer gestor de plano privado de saúde. Admitir num plano de saúde um beneficiário sabidamente com doença grave, ainda que por razões humanitárias, impõe despesas financeiras a terceiros. Criar regras de ingresso, com alguma seleção de risco, é necessário para preservar o patrimônio coletivo. O gestor de um plano de saúde é contratado para bem gerir recursos destinados à cobertura do risco de adoecer, a princípio com riscos não tão desiguais. Tomar conhecimento de que a sua operadora está admitindo novos beneficiários que criam uma despesa adicional quase certa, pode suscitar desconfiança ao gestor. Pode levar a uma revisão das regras de admissão, exigindo-se uma seleção de risco mais severa, com prejuízos para novos ingressos. Num plano do tipo solidário pode ser contraditório não permitir o ingresso de doentes, mas não seria eticamente condenável fazê-lo sem o consentimento de quem vai pagar a conta que será gerada? Não seria justo que os mutuários de um plano de saúde conheçam exatamente o impacto que cada grande gasto produz na sua contribuição mensal? Ou a solidariedade justifica manter a ignorância?

ROSAVALLON (1998) na sua obra “A nova questão Social” chama atenção para as transformações por que passa a percepção do risco de adoecer. Para ele o sistema esteve encoberto por um “véu de ignorância”. O princípio securitário pressupunha igualdade dos indivíduos diante dos diferentes riscos que ameaçavam a vida e a opacidade tornava implícito o sentimento de equidade. Todos solidários na ignorância. Na medida que a ciência nos revela que a doença tem uma ocorrência previsível e risco diferente para cada grupo social, a percepção do justo e do injusto tende a se modificar significativamente. Uma vez removido o véu da ignorância o gestor fica completamente desprovido de justificativa para continuar a formular políticas públicas como vinha fazendo. A sociedade precisa descobrir uma nova abordagem da justiça à luz do conhecimento das diferenças existentes entre os homens. O autor chama a

atenção ainda para a necessidade de distinguir seguro e solidariedade. Esta dissociação se justifica para preservar a função social da proteção baseada na lógica securitária dos mecanismos de solidariedade, como proteção social mínima, que caberia ao Estado. O seguro é uma técnica, enquanto solidariedade é um valor, não sendo contraditórios, já que o seguro é também uma forma de solidariedade.

### 7.3. A variável idade

Como era de se esperar a idade é uma variável importante na ocorrência do “desfecho”. Na *Tabela 1* está claro que o gasto médio *per capita* tende a crescer à medida que a faixa etária avança. O gasto médio dos maiores de 70 anos é 11,4 vezes maior que o dos menores de 18 anos. O gasto médio dos maiores de 60 anos é 8,3 vezes maior.

Já na *Tabela 2* o gasto médio dos afetados não tem a mesma tendência. A dispersão em torno da média dos valores *per capita* é pequena.

A *Tabela 3*, que mostra a prevalência-período do “desfecho” estudado. Essa prevalência é maior na medida que a faixa de idade avança e que a variação é de 47 vezes entre as faixas extremas. Esse é um dado que indica a importância da idade como fator de risco para a ocorrência do desfecho. Em um plano de saúde que queira se manter financeiramente viável, não tem como desconsiderar esse risco.

Já a razão do gasto médio da População “A” sobre o gasto médio da População “B”, (que na menor faixa é de 110,41 e na maior faixa 9,45) tem uma tendência decrescente à medida que a faixa de idade avança, indicando que os mais jovens quando afetados, tem gastos proporcionalmente mais elevados que os afetados mais idosos. Este é um dado que pode ser interessante para seleção de riscos de beneficiários jovens.

O *Gráfico 2* mostra que a população afetada tem uma predominância masculina importante nas faixas de idade de 50 a 59 anos e predominância feminina na faixa de 30 a 39 anos e após os 70 anos. Este achado pode ser

explicado pela frequência de doenças cardiovasculares que atinge mais o sexo masculino entre 50 e 59 anos e o período fértil com nascimentos na mulher ocorre entre 30 e 39 anos. Não que nesta faixa de idade aconteça complicações ao parto que aumentem o risco de gasto elevado, mas este gasto pode ser relativo ao tratamento do recém-nascido prematuro ou mal-formado congênito, uma vez que, até que complete 30 dias de vida sua conta hospitalar é atribuída à mãe. Na faixa após os 70 anos é só lembrar que a mulher tem hoje uma expectativa de vida maior que a do homem. Nas demais faixas as diferenças são pouco importantes. Entre os afetados a população masculina (51,5%) é discretamente maior que a população feminina. A importância dessa diferença aumenta se considerado que a distribuição por sexo na população do universo é um pouco maior para o feminino (50,7%). Embora a diferença seja muito discreta, a variável sexo deve ser mais importante dentro de cada diagnóstico.

Se nos planos de saúde, onde a partição do gasto se faz de forma solidária entre todos os beneficiários, como já visto, podem trazer um ônus desavisado para os participantes com menores riscos, o que será dos planos onde o prêmio é proporcional ao risco que cada participante representa? E se o idoso, como já constatado, tem um risco maior ao desfecho que o jovem, é quase automático concluir que beneficiários acima de 60 anos terão dificuldades para pagar o prêmio a ele atribuído. Para minimizar essa dificuldade, uma lei impede o reajuste a partir dos 60 anos. Qual é a consequência da aplicação desta lei para os outros beneficiários? Tomando por exemplo o plano de saúde objeto do presente estudo, e fazendo um exercício hipotético de que os gastos médios em cada faixa de idade equivalem ao valor do prêmio, se o gasto "X" da primeira faixa for fixado como prêmio para esta faixa, o valor do prêmio para os que estão acima de 60 anos só poderá ser de 6X (este é a diferença máxima permitida por norma da ANS entre a menor e a maior faixa de idade). Como a faixa acima de 60 anos gasta 8,3X, essa limitação legal criará um déficit de 27,8% na faixa acima de 60 anos. Como esta faixa gastou o equivalente a 28,7% do gasto total, algo próximo a 8% do gasto total deverá onerar as faixas intermediárias do plano, entre 18 e 59 anos



(64% da população universo). Isto representará um aumento de algo em torno de 13% no prêmio que deverá ser pago por cada um dos beneficiários entre 18 e 59 anos (memória de cálculo no apêndice). Assim, senão houver novos ingressos de jovens no plano de saúde, a cada ano haverá um ônus maior para esta faixa intermediária, já que todo ano será acrescentada uma quantidade de beneficiários que completam 60 anos e que não podem absorver qualquer aumento no valor do prêmio. Em resumo, mesmo na modalidade de seguro, onde o valor do prêmio deve ser proporcional ao risco, em função da lei, os idosos oneram de forma importante outras faixas de idade, e que podem com o envelhecimento da população tornar esse ônus muito alto para ser suportado pelos mais jovens. A triste conclusão é de que a lei pode estar contribuindo para a inviabilidade dos planos de saúde de adesão individual e voluntária. Há ainda um agravante de que o valor crescente do prêmio para o jovem seja um inibidor para sua adesão voluntária.

A mídia tem se colocado do lado da população idosa, defendendo o seu direito de ter o valor da sua contribuição congelada a partir dos 60 anos. Um dos argumentos para essa defesa é de que o idoso já teria pago ao longo dos anos de adesão ao plano, como se fosse uma poupança que não usufruiu. Isto não é verdade porque o sistema define o valor do prêmio por “partição simples”, isto é, a despesa corrente é rateada entre beneficiários existentes em cada ano. Não se faz capitalização do risco, não há um valor que é acumulado para cobrir riscos futuros. Se houvesse capitalização, o valor do prêmio seria muito maior e o raciocínio securitário de risco por idade teria que ser abandonado. Todos os beneficiários sadios representariam riscos iguais ao longo da vida, e seus prêmios teriam que ser calculados em função do tempo de contribuição passado e futuro, como se faz com a aposentadoria, já que se conhece a prevalência do risco em cada faixa de idade. Um beneficiário com mais de 50 anos, por exemplo, que aderisse a um plano pela primeira vez, teria que depositar uma fortuna, por conta de valores que deveriam ter sido acumulados no período passado, o que inviabilizaria o ingresso nesta idade. Se for portador de agravos de saúde teria

prêmio ainda maior. Plano de saúde não é consórcio onde todos pagam para todos um dia utilizar. A modalidade seguro ou plano privado de saúde não é uma solução para o garantir assistência à saúde do idoso. Sendo de adesão voluntária, não há como transferir indefinidamente ao jovem o custo crescente da assistência ao idoso.

#### **7.4. Natureza dos gastos**

O comportamento dos gastos nos diversos itens de despesas apresentado no *Gráfico 3* mostra que o item Materiais mais Medicamentos representa uma fração substancial dos gastos (45%) e representam a tecnologia mais cara. Este gasto tem uma tendência de ser maior na faixa de idade central (40 a 49 anos). Os outros itens, de maneira geral, mantém a mesma ordem de participação, ou seja, Honorários, depois Diárias e depois Taxas. Este resultado indica a importância do controle sobre gastos de Materiais e Medicamentos. Os Honorários tem uma participação proporcional pequena (24%), refletindo a estagnação dos reajustes.

Este é um dado que traz inconformismo entre os profissionais médicos e confirma uma tendência, a de que os honorários médicos continuarão a ser comprimido. Os médicos lutam por reajustes e acreditam poder um dia voltar a ter uma participação maior no custo da assistência à saúde. É uma hipótese pouco plausível. Primeiro porque existe uma forte pressão de oferta. Há mais médicos que o necessário nos grandes centros urbanos. A tecnologia médica continuará a produzir instrumentos maravilhosos, seja para diagnosticar como para tratar. Os médicos continuarão a prescrever mais e mais esses instrumentos como insumos se a sua remuneração continuar sendo por atendimento feito. Como a quantidade de recursos disponibilizados para a saúde não cresce na mesma proporção da oferta de serviços, dividir-se-á uma porção finita por um número cada vez maior de profissionais e insumos. Como os insumos são prescritos em quantidades crescentes, os honorários terão que ceder sua participação para eles. A incorporação de tecnologia no diagnóstico e tratamentos dos doentes acompanha a complexidade médica dos mesmos, assim é de se esperar que quanto maior a

complexidade do caso maior deve ser a participação de material e medicamentos na despesa, conseqüentemente menor a participação proporcional dos honorários.

A reversão dessa tendência é um desafio a ser enfrentado. A mudança no modelo assistencial que promova maior racionalidade no uso de recursos diagnósticos e terapêuticos deve ser perseguida. Como? Através da rigorosa supervisão técnica no sentido de normalizar o uso desses recursos tecnológicos por critérios comprovados por evidência científica. Essa mudança implicará em uma série de transformações comportamentais tanto dos profissionais como dos doentes.

### **7.5. A variável CID**

Os diagnósticos principais pelo CID que foram responsáveis pelos desfechos apresentados na *Tabela 5* têm como primeira causa Doenças do Aparelho Circulatório (27,72%), a segunda causa as Neoplasias Malignas (15,73%), a terceira Doenças Osteomusculares (8,57%), a quarta as Doenças do Aparelho Respiratório (6,07%) e quinta as Causas Externas (6,07%). A soma desses cinco grupos de doenças representa 64,16% do total.

A freqüência proporcional dos diagnósticos encontrados, se comparada com as causas de mortalidade proporcional do Estado de São Paulo por grupos, referente ao ano de 1.999, repetem os mesmos grupos, na mesma ordem, retirando-se as Doenças Osteomusculares. Segundo dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), a primeira causa de mortalidade são Doenças do Aparelho Circulatório (32,8%), a segunda causa Neoplasias Malignas (15,6%), a terceira Causas Externas (15,4%), a quarta causa Doenças do Aparelho Respiratório (11,2%) e quinta causa Doenças Infecciosas e Parasitárias (5,3%). As Doenças Osteomusculares não são importantes como causa de mortalidade (representam apenas 0,2%), mas importante para o desfecho estudado. É interessante observar que a freqüência das doenças que mais matam são também as que mais gastam, levando a crer que exista relação entre letalidade e gasto elevado. A exceção fica

por conta das doenças osteomusculares que gastam muito, mas tem baixa letalidade.

No *Gráfico 5* está demonstrado que a distribuição por sexo é importante para Doenças do Aparelho Circulatório e para Neoplasias Malignas. O *Gráfico 6* mostra que Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório são as que mais gastam. São os dois grupos de doenças que merecem atenção especial para reduzir gastos elevados.

Quando se abrem as Doenças do Aparelho Circulatório nas sub-categorias (*Tabela 6*), chama atenção a grande frequência de doença isquêmica do coração. A intervenção prematura nos fatores de risco que contribuem para o aparecimento da doença isquêmica do coração pode ser importante na redução do desfecho (gasto elevado). Já nas Neoplasias Malignas (*Tabela 7*) a frequência do Câncer de Mama como segunda causa é importante, uma vez que esta doença hoje dispõe de recursos para seu controle. Nas Doenças do Sistema Osteomuscular 56% dos casos referem-se ao sub-grupo Dorsopatias (*Tabela 8*). A popular “dor na coluna” é o grande responsável pelos gastos elevados neste grupo. Importante notar que esta afecção atinge mais intensamente a faixa de idade entre 39 e 50 anos de idade, em pleno período produtivo do homem. A cirurgia de hérnia discal é predominante como tratamento. A mudança na indicação cirúrgica, mais intervencionista ou mais conservadora, pode ter conseqüência no aumento ou na redução dos afetados neste grupo nos próximos anos. No grupo das Doenças do Aparelho Respiratório (*Tabela 9*), a pneumonia é o sub-grupo mais freqüente, e que se distribui em maior número na primeira e última faixa de idade, como era de se esperar. Entre as Causas Externas (*Tabela 10*) o sub-grupo mais freqüente é o Trauma de Membro Inferior e que atinge a idade mais avançada. Esta distribuição se deve à fratura do colo de fêmur, que tem como conseqüência a pneumonia de decúbito do idoso, a utilização de UTI e a morte.

Estes resultados indicam que em alguns casos, se as doenças puderem ser controladas a tempo, com tratamentos precoces, antes que se agravem e consumam recursos vultosos, poderiam reduzir a incidência de afetados pelos

gastos elevados. Para HALVORSON (2005) a solução para a crise de custo do sistema de saúde reside em identificar condições crônicas e agudas que conduzem as pessoas ao grupo percentual dos gastos elevados. Sugere como estratégia que sistemática e consistentemente intervenções sejam levadas a cabo para desviar a trajetória dessas pessoas para fora do final da curva, onde concentram os gastos elevados.

### **7.6. Utilização de UTI e presença de doença crônica**

A internação em UTI que foi utilizada como marcador de gravidade, pelos resultados, tem um efeito positivo sobre o desfecho estudado. Parece claro que a internação em UTI entre afetados contribui para o aumento do gasto médio e da mediana. Entretanto, a gravidade do quadro mórbido não é fator decisivo para o desfecho, uma vez que apenas um pouco mais da metade dos afetados (51%) utilizaram UTI. Por esse resultado a complexidade do caso é tão influente quanto a gravidade como fatores que determinam o desfecho.

A utilização de UTI varia com a idade dos afetados. A primeira faixa de 0 a 17 anos tem uma taxa percentual maior (44,8%), taxa que diminui nas duas faixas seguintes, voltando a crescer a partir da faixa de 40 a 49 anos, atingindo o máximo de 62,3% após 70 anos. A quantidade média de “meias diárias” de UTI também varia com a idade do afetado, sendo muito alta na primeira e segunda faixas (48,4 e 45,3). A menor média (13,4) acontece de 40 a 49 anos, crescendo nas faixas seguintes, chegando a 18,9 na última faixa (maior de 70 anos). O idoso tem um risco maior de utilizar UTI, mas sua “capacidade de deixar a UTI” não é muito menor do que daqueles que se encontram entre 40 e 70 anos, a considerar a média de permanência.

Já a presença de uma ou mais condição crônica entre os afetados, tem efeito negativo sobre o desfecho. O resultado é discordante da literatura norte americana, que considera a presença de doença crônica uma importante agravante no gasto em saúde.

Esse resultado discrepante pode ser decorrente da má qualidade da fonte secundária de dados utilizados na pesquisa. Para a definição do diagnóstico principal, 31 casos (4,8%) não puderam ter um CID determinado em função de falta de informação. Em grande medida a anotação do diagnóstico principal é menos falha porque envolve internação e a conta hospitalar é mais cuidadosamente preenchida. Já a informação de diagnóstico secundário, em atendimento ambulatorial, no consultório particular, freqüentemente é negligenciada. Essa falha comum pode ter sido determinante no resultado relativo à influência das doenças crônicas no gasto elevado. Infelizmente médicos ainda não se conscientizaram em considerar a informação diagnóstica através da CID um ato profissional que merece o devido cuidado, ainda que em atendimento feito no seu consultório. Uma outra explicação para o resultado discrepante pode estar relacionada com as diferenças entre a transição epidemiológica brasileira e a norte americana. A população idosa americana é muito maior proporcionalmente que a nossa, sem falar na maior capacidade da medicina americana de ter reduzido a letalidade e danos das doenças crônicas.

### **7.7. Outros achados**

Em uma visão panorâmica, na perspectiva epidemiológica, os resultados não trouxeram dados reveladores ou que não fossem esperados. A metodologia da pesquisa, entretanto, demonstra ser instrumento interessante para análise de questões pontuais e que podem indicar a adoção de medidas mais racionais e menos danosas a determinados grupos de beneficiários de um plano de saúde. Reduzir gastos implica em fazer escolhas, e na medida que há uma concentração de indivíduos com idade avançada no grupo de “afetados”, é fácil ser seduzido para atitudes que tem por foco reduzir a participação de idosos no plano de saúde. A título de exemplo, ainda que sem uma validação estatística, nas doenças do aparelho circulatório que aparecem como primeira causa entre os afetados, nota-se uma tendência de gastos crescentes com o avanço da idade. Já nas neoplasias malignas não é tão evidente esse crescimento. Jovens portadores de câncer

gastam em média mais que idosos com doenças circulatórias. Seleção adversa é um fenômeno a ser evitado, mas não é sempre o idoso que representa maior risco, dependendo da afecção que o acomete.

Os resultados apontam ser nevrálgico ao equilíbrio econômico-financeiro de um plano de saúde, que os gastos com tratamentos das doenças degenerativas sejam mais efetivas. Uma vez que o avançar da idade da população é uma condição que não se impede é preciso uma atitude pró-ativa no sentido de controlar o agravamento destas afecções. De um lado pela prevenção, pelo diagnóstico precoce e por outro lado, quando a doença já avançou, adotar procedimentos que minimizem gastos desnecessários. Manter um paciente em terapia intensiva por longo tempo quando este tem 90 anos de idade, como foi encontrado na pesquisa, talvez mereça uma reflexão ética mais conseqüente.

A senectude do ser humano que evolui obrigatoriamente para a morte vista ainda como doença a ser tratada é um obstáculo ao uso racional das tecnologias médicas e em especial da UTI. Essa unidade especialmente criada para dar racionalidade ao tratamento do doente grave, e que efetivamente contribui para resgatar vidas antes consideradas improváveis, hoje são utilizados para prolongar a vida de idosos e infelizmente promover mortes com grande sofrimento. A distanásia, expressão que se contrapõe à eutanásia, é uma rotina dentro de nossas UTI, consumindo recursos preciosos que faltam a outros. Quantos desses afetados que foram internados em UTI, realmente se beneficiaram dessa tecnologia? Quantos desses morreram durante a internação, e cujas indicações careciam de fundamentos médicos, mas consentidas por motivações fúteis? Veja que entre os afetados até 69 anos 47,1% utilizaram UTI, enquanto a utilização para os com 70 anos ou mais foi de 62,3%. Será a idade avançada um fator que aumenta a gravidade da doença ou, na realidade, aumenta a necessidade de indicar a terapia intensiva para demonstrar gravidade?

A tendência de gastos crescentes em saúde é também percebida neste pequeno universo de pessoas que participam de um plano privado de saúde, pela simples observação da quantidade de exames que são consumidos. O

preocupante é que pelo que foi pesquisado e apresentado como resultado, o financiamento de um plano baseado no mutualismo tende a ser inviável, embora mais justo socialmente que o securitarismo. O que fazer? Uma vertente que se acredita necessário é estudar com afinco a instituição de uma taxa de resseguro para financiar os gastos elevados decorrentes do envelhecimento, e que deveria ser compulsório. Um fundo de resseguro que possa cobrir os eventos raros, mas financeiramente ruinosos, permitindo as operadoras de pequeno porte assumir com mais tranqüilidade a seleção adversa representada pelos idosos. A saúde do idoso deveria ser vista mais como problema social do que risco a ser segurado. Somente o Estado pode assegurar uma velhice bem assistida, através de um sistema de saúde na perspectiva de um Estado Providência, que efetivamente cumpra sua função.

Por último, outros estudos com a mesma metodologia, até para validá-la, são necessários para que esses resultados possam ser efetivamente úteis e para que se aprimore a compreensão do impacto que os gastos elevados têm no sistema de saúde suplementar e as suas relações com a epidemiologia. Com isso será possível buscar com maior rapidez uma solução que permita ao idoso ser admitido, com mais tranqüilidade, como beneficiário em planos privados de saúde.

### **7.8. Considerações finais**

Na perspectiva das constatações reveladas pela pesquisa e considerando a discussão feita anteriormente é forçoso concluir que o envelhecimento da população é um fator preocupante para o equilíbrio financeiro dos planos de saúde e a viabilidade dos mesmos, tendo em vista o modelo de financiamento vigente. Dentre as causas que produziram gastos elevados algumas são próprios da senectude e outras são doenças passíveis de terem os cursos alterados com medidas que possam reduzir o risco de caminharem para o custoso desfecho. Assim, conclui-se necessário uma revisão do marco regulatório do setor, que contemple uma solução de financiamento do risco adverso que o idoso



representa, e uma postura pró-ativa na busca e controle dos fatores que condicionam o aparecimento do desfecho estudado.

## 8. CONCLUSÕES

Dentro dos objetivos propostos para esta pesquisa são relevantes as seguintes conclusões:

- 1) A população de afetados pelo desfecho (gasto elevado), definida neste estudo como um por cento que mais gastam, é constituída por 45,4% de pessoas com mais de 60 anos, com discreta predominância do sexo masculino.
- 2) A variável idade é um importante fator associado ao desfecho. A prevalência-período do desfecho, na população tomada por universo do estudo, variou com a idade na proporção direta. O risco de um beneficiário na última faixa de idade (70 anos ou mais) figurar entre os afetados foi 47,6 vezes maior que na primeira faixa de idade (0 a 17 anos).
- 3) Os gastos com Materiais e Medicamentos, entre os afetados, representaram a maior proporção de gastos, em média 45,43% do total.
- 4) As doenças mais freqüentes relacionadas a esses gastos elevados foram as Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias Malignas, Doenças Osteomusculares, Doenças do Aparelho Respiratório e as Causas Externas. Esses 5 grupos de doenças responderam por 64,16% de todas as causas.
- 5) A internação em UTI não foi um fato preponderante entre os afetados, mas influenciou positivamente na elevação do gasto.
- 6) O gasto médio dos afetados foi 56,38 vezes maior que o gasto médio da população não afetada. O gasto dos afetados no custo do plano de saúde foi de 36,28% do total. Isto significa dizer que esse gasto sendo dividido igualmente entre todos os participantes, tem como impacto acrescentar 55,36% ao valor médio que caberia a cada não afetado.

## 9. REFERÊNCIAS

ACHUTTI AE, AZAMBUJA MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. 2004; 9 :833-840.

ALMEIDA A. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. *Estud. Av.* vol 13 nº 35. São Paulo. 1999; p. 117-124.

ALVES SL. Eficiência nos Contratos do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar: Um Teste Econométrico para Seleção Adversa. Trabalho apresentado na I Jornada de Economia de Saúde do Centro de Ciências Jurídicas da Unisino. São Leopoldo-RS. 2003.

ANS – DADOS DO SETOR. Gerência de Produção de Informação DIDES/GGSIS/GEPIN. Junho de 2004. Material coletado em 22.12.04 em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

BAHIA L. *Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil*. Junho 2001a. Texto disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em sua página WEB para o Fórum de Saúde Suplementar realizado em 2003. Material coletado em 15.07.03 em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

BAHIA L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Negri B (org). Campinas: UNICAMP. 2001b.

BENNETT D, BION J. ABC of Intensive Care. Organisation of Intensive Care. *BMJ*. 1999; 318: 1468 – 1469.

BRAGA JCS, DE PAULA SG. *Saúde e Previdência - Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC; 1981. p. 87-146.

CARVALHO JAM, GARCIA RA. O envelhecimento da população brasileira: Um enfoque demográfico, *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2003. 19(3): 725 -733.

CASTRO MHL. *A utilização de novas tecnologias e o aumento de custos com a atenção a saúde: uma análise dos países desenvolvidos*. Universidade Federal de Juiz de Fora. [citado em 25 fev. 2004]. Disponível em [www.abres.fiocruz.br/docs/2.pdf](http://www.abres.fiocruz.br/docs/2.pdf)

CLANCY CM. *Testimony on Technology, Innovation and the Costs of Healthcare*, before Joint Economic Committee, July 9, 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [citado em 10 agosto 2004]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/news/test70903.htm..>

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – 10ª.Revisão, OMS/OPS, Centro Colaborador para Classificação de Doenças em Português. CBCD/FSPUSP. São Paulo: EDUSP; 1993.

COHN A, ELIAS P. *Saúde no Brasil : Políticas e organizações de Serviços*, 4ª ed. São Paulo: Cortez-CEDEC; 2001.

CONWELL L, COHEN JW. Characteristics of Persons with High Medical Expenditures in the US Civilian Noninstitutionalized Population – 2002. MEPS – AHRQ. Statistical Brief #73, March 2004. Disponível em [www.meps.ahrq.gov](http://www.meps.ahrq.gov)

CORDEIRO H. *As empresas médicas. As transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

DEUTSCHE WELLE. Home page. [coletado em 24 agosto 2004] Disponível em [http:// www.dw.world. de/brazil/0,3367,7132\\_A\\_954822,00.html](http://www.dw.world.de/brazil/0,3367,7132_A_954822,00.html)

DRANOVE D, SATTERTHWAITTE M. The Industrial Organization of Health Care Market. . In: Culyer AJ, Newhouse JP(org.). *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier; 2000. v1a, p. 1095-1139.

DROR DM. *Bulletin of World Health Organization*, 2001, 79 (7): 672 – 678

EZZATI-RICE TM, KASHIHARA D, MACHLIN SR. Health Care Expenses in the United States, 2000. MEPS/AHRQ. Pub N° 04-0005, 2004. [citado em 2 agosto 2004]. Disponível em [www.meps.ahrq.gov/papers/rf21\\_04-0022/rf21.htm](http://www.meps.ahrq.gov/papers/rf21_04-0022/rf21.htm).

FLAATTEN H, KVALE R. Cost of Intensive care in Norwegina University Hospital 1997 – 1999. *Critic. Care*. 2003; 7: 72 – 78.

FLETCHER RH, FLETCHER S W e WAGNER EH. *Epidemiologia Clínica*. traduzido para o português por Schmidt MI. Duncan BB. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed;1996.

GERDTHAM UG, JÖNSSON B. International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. In: Culyer AJ. Newhouse JP(org.). *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier; 2000. v1a, p. 13-53.

GREENBERG R, DANIELS SR, FLANDERS WD, ELEY JW, BORING III JR. *Epidemiologia Clínica*. Tradução de Jussara Burnier. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

GUIVANT J S. A trajetória das Análises de Risco: Da Periferia ao Centro da Teoria Social. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. BIB. Rio de Janeiro: nº 46, 2º semestre de 1998. p.3 – 38.

HALVORSON G C. Healthcare tipping points. *Healthcare Financial Management*. HFM March 2005. p. 74 – 80.

HURLEY J. An overview of the normative economics of the health secto. Em: Culyer, AJ,Newhouse JP.(org.). *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier; 2000. v1a. p. 57-118.

KANAMURA AH. A importância da gestão de custos na administração de hospitais. *Médicos HC-FMUSP*. 1999. II(6): 95 – 98.

KASHIHARA D, CARPER K. National Healthcare Expenses in de US Community Population, 2002. MEPS-AHRQ. Statistical Brief #61 December. 2004.[Citado em 12 de maio de 2005]. Disponível em [www.meps.ahrq.gov/](http://www.meps.ahrq.gov/)

KILSZTAJN S, ROSSBACH A. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira, trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Outro Preto. Novembro 2002.

MEDICI, AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo; 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001 – Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas Seleccionadas. Regiões do Brasil e Unidade da Federação 1999*. [citado em 13 jan 2004]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/mortal/1mortalt10.1a.cfm>

NATIONAL ACADEMY ON AN AGING SOCIETY. *Chronic Conditions: Challenges for de 21<sup>ST</sup> Century*. Número 1. November 1999. Washington DC [citado em 2 de agosto 2004]. Disponível em [www.agingsociety.org](http://www.agingsociety.org)

PARTNERSHIP FOR SOLUTIONS. *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*. 1ª. Ed. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.

POCHMANN M, CAMPOS A, BARBOSA A, AMORIN R, SILVA R e outros autores. *Atlas da exclusão social no Brasil*, volume 3: os ricos no Brasil, São Paulo: Cortez; 2004.

ROSANVALLON P. *A nova questão social. Repensando o Estado Providência*. Tradução de Sergio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela; 1998.

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. *Autogestão em Saúde no Brasil*, São Paulo: 2005.

VIANA ALA. Estratégias de políticas públicas de extensão da proteção social em saúde e principais marcos teóricos. Texto produzido para a OPAS. Setembro de 2003.

VIANA ALA. Mercantilização e governança na área de saúde (Nota técnica). *Em Modelos de regulação e análise do caso brasileiro*. Texto disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em sua página WEB. [Citado em 15 de julho de 2003] em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

WEINSTEIN A, STASON WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med*. 1977; 296:716-721

WIKPEDIA (2004) – Enciclopédia Livre.[citado em 10 de maio de 2004]. Disponível em [http://www.en.wikipedia.org/wiki/Vilfredo\\_Pareto](http://www.en.wikipedia.org/wiki/Vilfredo_Pareto)

WILLIAMS A. The Cost-Benefit Approach In: Being Reasonable about the Economics of Health: *Selected Essays* edited by Culyer AJ,Maynard A Edward Elgar.Cheltenham UK.1997.



## 10. APÊNDICE

### **Memória de cálculo do comentário apresentado à página 77**

Tomando o plano de saúde objeto do presente estudo, e fazendo um exercício hipotético de que os gastos médios em cada faixa de idade equivalem ao valor do prêmio, se o gasto "X" da primeira faixa for fixado como prêmio para esta faixa, o valor do prêmio para os que estão acima de 60 anos só poderá ser de 6X.

O cálculo tem por base informações constantes da *Tabela 1* página 59.

X = R\$ 483,00 corresponde ao valor do prêmio para a faixa de 0 a 17 anos

6X = R\$ 2.898,00 corresponde ao valor do prêmio para 60 anos ou mais

Como a faixa acima de 60 anos gasta 8,3 vezes mais que a primeira faixa, essa limitação legal criará um déficit de 27,8% na faixa acima de 60 anos.

Receita possível será de R\$ 2.898,00 x 5.493 pessoas acima de 60 anos = R\$ 15.918.714,00. Como a despesa apurada foi de R\$ 22.065.228,00 resultará um déficit de R\$ 6.146.514,00 (27,8% da despesa apurada).

Como esta faixa gastou o equivalente a 28,7% do gasto total, isto é, R\$ 22,065 milhões de R\$ 76,759 milhões, algo próximo a 8% do gasto total (R\$ 6,146 milhões de R\$ 76,759 milhões) deverá onerar as faixas intermediárias do plano, entre 18 e 59 anos (64% da população universo, isto é 41.099 pessoas de 64.219). Isto representará um aumento de algo em torno de 13% no valor do prêmio.

Estes 41.099 pessoas gastaram um total de R\$ 46,179 milhões e como terão que absorver os R\$ 6,146 milhões deixados pelos que tem mais de 60 anos, seus prêmios serão acrescidos de 13,3% ( $6,146 : 46,179 \times 100$ ), se o ônus for dividido de forma proporcional entre todos que estão no intervalo entre 18 e 59 anos.