

Segundo o estudo, medidas de gestão e redução de desperdício são necessárias

Medidas de eficiência em gestão e foco na redução do desperdício podem fechar uma torneira por onde escorrem ao ano bilhões de reais no setor de saúde, recursos que são perdidos e que pressionam as mensalidades dos convênios médicos. Estudo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sinaliza para uma estimativa que preocupa: o desperdício anual, somente no sistema privado, pode superar R\$ 8 bilhões no país, recursos perdidos que poderiam ser utilizados na melhoria da qualidade da assistência, gerando um círculo virtuoso de economia e excelência de atendimento.

“Não se deve conter gastos restringindo o acesso aos usuários, mas com políticas de gestão eficientes que reduzam as perdas e melhorem a qualidade.” A observação do professor de medicina e pesquisador da UFMG Renato Couto é quase que um senso comum entre especialistas de todo o mundo, mas esse controle ainda acontece às avessas. O estudo coordenado pelo professor apontou que o custo do leito hospitalar no Brasil (incluindo públicos e privados) é 28% mais alto que a média americana, inflando desnecessariamente os custos. Estima-se que só neste quesito, o desperdício na saúde privada se aproxime dos R\$ 8 bi ao ano.

DESPESAS

Pressionando o bolso do consumidor, financiador dos planos de saúde, os convênios médicos já figuram entre as principais despesas das famílias e a sustentabilidade do setor é alvo de preocupação. Usuários como aposentados e pensionistas chegam a pagar mensalidades com preços que ultrapassam o salário mínimo e até mesmo acima do benefício recebido do INSS. Estudos mundiais mostram que o controle ao desperdício como nos diversos setores da economia deve ser perseguido pelo sistema de saúde e pode ajudar a frear o encarecimento dos planos acima da capacidade de pagamento de seus beneficiários.

Quanto mais fechada estiver esta torneira e melhor for o atendimento, mais barato será o custo, garantindo saúde ao setor que no Brasil movimenta R\$ 126 bilhões ao ano, receita com crescimento quase três vezes superior ao teto da meta estipulado pelo governo para a inflação brasileira, de 6,5% em 2014.

A publicitária Alessandra Gonzaga, de 36 anos, tem um plano de saúde corporativo. Apesar da assistência ser um benefício da empresa, ela se prepara para a aposentadoria, poupando para arcar com os custos da saúde privada que crescem nas faixas etárias mais velhas. Alessandra comenta que seus pais hoje pagam cerca de R\$ 1,4 mil por mês pelo convênio médico, quase dois salários mínimos. “Considero o plano de saúde um investimento, mas vejo que os preços sobem bastante a cada ano. Espero que como eu estou me preparando para o futuro as operadoras também invistam em uma gestão que não invabilize o pagamento dos planos para próximas gerações.”

LEITOS

O estudo realizado por médicos pesquisadores da UFMG mensurou a produtividade dos leitos de 117 hospitais brasileiros e estabeleceu comparação com os hospitais americanos. Segundo o professor Renato Couto, a produtividade é entendida como o tempo de utilização dos leitos, medido através dos dias de permanência de cada paciente internado. Ele explica que gerenciar a produtividade com segurança para o usuário significa tratar mais pessoas usando menor tempo de internação, percentual que pode ser melhorado no país. A produtividade dos leitos foi medida por meio de uma metodologia americana chamada DRG, uma espécie de moeda comum capaz de comparar a eficiência entre médicos, hospitais, ou países. O estudo apontou que seria possível tratar o mesmo número de pacientes utilizando 28% menos leitos.

No Brasil, os custos hospitalares dos convênios representam perto de 40% dos gastos totais com assistência, cifra que atingiu R\$ 102 bilhões nos últimos 12 meses, contados até setembro do ano passado (últimos dados disponíveis) e crescimento desse tipo de gasto é alvo de discussões ao redor do mundo. A despesa com leitos no Brasil representa cerca de 70% do custo com assistência hospitalar, o que não inclui medicamentos. A gestão de todo esse complexo, culmina com a alta do paciente no tempo correto, evita internações desnecessárias, sendo uma chave para conter as perdas, o que está diretamente ligado à excelência no atendimento. “A prestação de serviço ruim é cara”, observa Couto.

A redução de gastos envolve uma série de aspectos de gestão e assistência. No Brasil, dados do setor hospitalar apontam que 3,7% dos pacientes que recebem alta voltam a ser internados. Para o professor da UFMG, avaliar as condições de alta para que os usuários do sistema não fiquem internados tempo maior nem menor que o necessário é um passo importante para reduzir esse percentual brasileiro, que ameaça a saúde e eleva os custos. “Esta informação e gerenciamento são fundamentais para que os hospitais aumentem a disponibilidade de leitos sem a necessidade de maiores investimentos. Tratar mais pacientes no mesmo número de leitos hoje existentes é critico em um cenário macroeconômico de contingenciamento de custos”, reforça o professor.

Contador de falhas

Os recursos perdidos com falhas nos processos de saúde são estimados aos bilhões no mundo. Relatório produzido pelos Estados Unidos no fim da década de 1990 e ainda usado como marco para novos modelos de gestão assistencial apontou que, somente naquele país, pequenas falhas, que não envolviam erros médicos, geravam, ao ano, um desperdício calculado em US\$ 54 bilhões. Estima-se que, em todo o mundo, entre 60% e 70% dessas falhas possam ser evitadas. Em Belo Horizonte, o Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde (IAG Saúde) adaptou a ferramenta, também usada na Europa, Ásia e Oceania, para o modelo brasileiro para gerenciamento da qualidade assistencial-hospitalar e de custos.

A adaptação da metodologia chamada DRG Brasil levou dez anos e começou a ser utilizada por 132 hospitais públicos e privados e operadoras do sistema Unimed. Tânia Grillo médica do Instituto, explica que a tecnologia define em categorias os tratamentos hospitalares a partir da combinação de dados dos pacientes como diagnósticos, idade e procedimentos. Cada categoria do DRG Brasil agrupa pacientes clínicos ou cirúrgicos com graus de risco semelhantes podendo ser antecipado o consumo de recursos para a realização de seu tratamento hospitalar, como os custos de materiais, medicamentos e diárias, assim como os resultados assistenciais esperados, incluindo mortalidade e complicações.

Segundo a especialista, os resultados começam a ser medidos. “Os principais efeitos são programas para melhoria de qualidade, otimização do uso de leitos com redução no tempo de até 50%.” A evolução do uso do sistema, segundo ela, vai gerar valorização das instituições que demonstram qualidade. Outros resultados são metas de redução de custos e nova política de remuneração.

O SETOR

- 50,6 milhões é o número de usuários de planos de saúde
- R\$ 126,6 bilhões é a receita dos planos de saúde e odontológicos
- 17,5% foi o crescimento das receitas entre setembro de 2013 e 2014

Fonte: [Estado de Minas](#), em 04.01.2015.