ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) ALVARO ACATAUASSU CAMELIER

OS PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM):

A inflação médica na Marinha do Brasil e seu impacto no orçamento.

Rio de Janeiro

2016

CMG (Md) ALVARO ACATAUASSU CAMELIER

OS PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM):

A inflação médica na Marinha do Brasil e seu impacto no orçamento.

Monografia apresentada à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (IM-RM1) Reis Abrantes

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2016

Dedico à minha amada e querida esposa Marcia Gonçalves Camelier, o meu oceano de inspiração e o porto seguro para os desabafos e reflexões, sem a qual não vivo, - te amo minha menina, obrigado por ser minha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, em toda a sua generosidade, por me iluminar e proteger; à minha querida esposa Marcia Camelier, minha força motriz perante as demandas e adversidades da vida e da carreira, pelo amor, carinho e abnegação; a meus queridos e amados pais, Álvaro Medrado Camelier e Aline Acatauassu Camelier, pelo amor, dedicação, carinho, e pelo melhor da educação sob todos os aspectos. Ao CMG (IM-RM1) Reis Abrantes, pelo apoio inconteste e proficiente, que, com maestria e mestria, me balizou ao longo de toda a confecção do presente trabalho. À Biblioteca da Escola de Guerra Naval um agradecimento especial, pela valiosa colaboração para esta pesquisa. Ao CMG (RM1-Md) Wilson Alves Pariz, meu preceptor de Residência Médica no Hospital Naval Marcílio Dias nos primórdios de minha carreira, e hoje, mais uma vez, na trilha da minha vida, como amigo e grande motivador na condução desta tese.

RESUMO

A grave crise na saúde pública e privada no Brasil demanda ações tempestivas, não somente reativas, diante do que já constatamos, mas principalmente proativas, quanto aquilo que podemos perscrutar e prospectar em um futuro próximo. Destarte, a presente tese objetiva identificar os problemas presentes no Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e propor linhas de ação a empreender, com vistas a contribuir para uma gestão mais enxuta e eficaz dos recursos finitos disponíveis. Para tal, este autor procurou analisar a reestruturação e o redimensionamento do universo assistido, considerando o conteúdo e continente; discutir a atual cultura médica acadêmica armada[1]; e propor a sua adequação à nova realidade orçamentária; discutir novos métodos e processos, que possam bem dimensionar, dentro da legalidade, a captação de recursos para o SSM; e analisar a precisão dos valores contributivos e indenizatórios praticados, tornando a equação orçamentária e financeira hermética e coerente, consoante com as metas exequíveis na plenitude de suas acuidades.

Palavras-chave: Saúde, Marinha do Brasil.

[1] Prática médica que utiliza todos os recursos tecnológicos de última geração.

ABSTRACT

The serious crisis in the public health and private in Brazil, demand timely actions, not only reactive, compared to that already found, but mostly proactive, as what we can peer into and prospect in the near future. Thus, this thesis aims to identify the problems present in the health system of the Navy (SSM), proposing lines of action to be undertaken, in order to contribute to a leaner and more efficient management of available finite resources. To this end, the author tried to analyze the restructuring assisted universe, considering the content and continent; discuss the current armed academic medical culture, and propose their suitability against new budgetary reality; discuss new methods and processes that can scale as well, within the law, to raise funds for the SSM; examine the accuracy and consistency of the amounts of contributions and practiced indemnities, making its hermetic and consistent financial equation, as with achievable goals in the fullness of their acuities (Words of the author).

Keywords: Health System, the Navy of Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMH – Assistência Médica Hospitalar

ANADEM – Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CFM – Conselho Federal de Medicina

CISSFA – Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das FA

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CRM – Conselho Regional de Medicina

DA – Doença de Alzheimer

DOU – Diário Oficial da União

EMA – Estado Maior da Armada

FAMNAV – Família Naval

FCAMH – Fator de Custo de Assistência Médico-Hospitalar

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha

HEDIS – *Healthcare Effectiveness Data and Information Set*

IMH – Indenização Médico-Hospitalar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGP-M – Índice Geral de Preços do Mercado

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor

IREX – Indenização de Representação no Exterior

LOA – Lei Orçamentária Anual

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária

LFM – Laboratório Farmacêutico da Marinha

LME – Limite de Movimentação e Empenho

LP – Limite de Pagamento

LRE – Lei de Remuneração

MB – Marinha do Brasil

MS – Ministério da Saúde

OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPS	– Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
OSE	– Organização de Saúde Extra Marinha
PIB	– Produto Interno Bruto
PM-H	– Plano de Metas Hotel
PPA	– Plano Plurianual
PROGEM	– Programa Geral de Manutenção
SUS	– Sistema Único de Saúde
SSM	– Sistema de Saúde da Marinha
SEDIME	– Serviço de Distribuição de Medicamentos
STJ	– Superior Tribunal de Justiça
USM	– Unidade de Serviço Médico
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
U/E/DF/M	– União, Estados, Distrito Federal e Municípios
VCMH	– Variação de Custo Médio Hospitalar

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Composição das receitas do orçamento 2016 19
Gráfico 2 – Crescimento real do PIB brasileiro 21
Gráfico 3 – Produção física industrial..... 21
Gráfico 4 – Vendas no varejo 22
Gráfico 5 – Dívida consolidada 22
Gráfico 6 – Dotação e LME da MB 23
Gráfico 7 – Comparação entre o LME e LP da MB 24
Gráfico 8 – Despesa obrigatória, discricionária livre e LME na MB 25
Gráfico 9 – VCMH – Américas..... 27
Gráfico 10 -VCMH – Europa 27
Gráfico 11 – Inflação médica X IPCA 28
Gráfico 12 – Prevalência de gastos com exames 31
Gráfico 13 – Gastos em saúde *per capita* por grupo de idade..... 34
Gráfico 14 – Incremento médio percentual do valor da mensalidade e valor médio cobrado pelos Planos de Saúde e grupos de idade 36
Gráfico 15 – Gasto médio anual por beneficiário por planos de saúde, por faixa etária em 2010..... 36
Gráfico 16 – Total de usuários do SSM 48
Gráfico 17 – Ingressos no SSM 49
Gráfico 18 – Entrada de novos usuários no SSM 49
Gráfico 19 – Dependentes diretos 50
Gráfico 20 – Dependentes indiretos 50
Gráfico 21 – Dependentes diretos e indiretos 51
Gráfico 22 – Variação do PM-H 52
Gráfico 23 – Evolução dos restos a pagar 53
Gráfico 24 – Fontes de recursos da Saúde..... 54
Gráfico 25 – Os custos do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) 55
Gráfico 26 – Modelo Stakeholder Salience 64

LISTA DE TABELAS

1 – Despesas obrigatórias e discricionárias 2016 20
2 – Despesas primárias 20
3 – Despesas discricionárias 20
4 – Limites de movimentação e empenho, e limite de pagamento 24
5 – Espectro em tecnologia 29
6 – Inovações disruptivas 30
7 – Causas de morte em idosos 33
8 – Prevalência de demência por idade em percentagem 35
9 – Processos médicos recebidos pelo CFM 38
10 – Usuários por titularidade e grau de dependência 48
11 – Grau de parentesco dos dependentes diretos e indiretos 50
12 – Comparativo de Indenização Médico-Hospitalar (IMH) entre as Forças 54
13 – Comparativo de Indenização Médico-Hospitalar (IMH) entre as Forças 55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 justificativa 15
1.2 Objetivos 15
1.3 Metodologia 15

2 ORÇAMENTO SOMBRIO 16
2.1 O Orçamento e seus aspectos 16
2.1.1 Os cinco principais aspectos do Orçamento 16
2.1.2 Espécies orçamentárias 17
2.1.3 Princípios basilares do orçamento 17
2.1.4 Receitas 18
2.1.5 Transposição, remanejamento ou transferência de recursos 18
2.1.6 Despesas de natureza obrigatória e de natureza discricionária 19
2.2 Orçamento Brasil 2016, o caos 19
2.2.1 Composição das receitas do orçamento de 2016 19
2.2.2 Despesas obrigatórias e discricionárias para 2016 20
2.2.3 Despesas Primárias e Discricionárias do orçamento aprovado para 2016 20
2.2.4 Cenário macroeconômico atual 21
2.3 Orçamento da MB 2016 22
2.3.1 Composição do orçamento da MB 22
2.3.2 Cortes no orçamento da MB 23
2.3.3 Execução orçamentária e financeira na MB 2016 24

3 INFLAÇÃO MÉDICA 26
3.1 Tecnologia como fator etiológico 28
3.2 Cultura médica como fator etiológico 30
3.3 Longevidade como fator etiológico 33
3.4 Judicialização como fator etiológico 36

4 O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA 41

4.1 Subsistemas 41
4.1.1 Subsistema assistencial 41
4.1.2 Subsistema médico-pericial. 41
4.1.3 Subsistema de medicina operativa 42
4.2 Os usuários 42
4.2.1 Dos beneficiários 42
4.2.1.1 Beneficiários da AMH e do FUSMA 42
4.2.1.2 Usuários especiais 43
4.2.2 Dos contribuintes. 44
4.2.2.1 Valor da contribuição 44

5 FAMÍLIA NAVAL 48
5.1 O usuário da Família Naval 48
5.1.1 Total da Família Naval 48
5.1.1.1 Composição dos usuários por titularidade e grau de dependência (TAB. 11) 48
5.1.1.2 Curva de ingressos no sistema no período de 2010 a 2016 49
5.1.1.3 Entrada de usuários por ano (GRAF.21) 49
5.1.1.4 Grau de parentesco dos dependentes diretos e indiretos (TAB. 12) 49
5.1.1.5 Distribuição de usuários com mais de 60 anos por vinculo de dependência 50

6 CUSTO SAÚDE NA MARINHA DO BRASIL 52
6.1 O custo da saúde 52
6.1.1 Variação do Plano de Metas Hotel (PM-H) até março de 2016 52
6.1.2 Evolução dos restos a pagar 52
6.2 Créditos orçamentários e fontes de recursos que compõem o PM-HOTEL 53
6.2.1 Créditos orçamentários 53
6.2.2 Fontes de recursos para a AMH 53
6.2.3 Contribuição e descontos pelos usuários por Força 54
6.2.4 Despesas do PM HOTEL 55

7 RISCO MORAL E SELEÇÃO ADVERSA 56
7.1 O risco moral e a seleção adversa 56

7.1.1 Classificação de Arrow - *Hidden Action e Hidden Information* 56
7.2 Estrutura do mercado de saúde 57
7.3 Risco moral no SSM 59
7.4 Seleção adversa 59

8 CONSIDERAÇÕES 61
8.1 Ética 61
8.2 Desinvestimento em saúde 62
8.3 Verticalização e horinzontalização em saúde 64
8.4 Medida de qualidade 65
8.5 Conteúdo x continente / risco moral / seleção adversa 66

9 CONCLUSÕES 70

REFERÊNCIAS 76

1 INTRODUÇÃO

A GRANDE QUESTÃO

Existe uma questão que afeta a todos sem exceção, a Inflação Médica ou Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH). Trata-se de um índice de variação de custo, que afere o preço médio de cada procedimento e a variação na frequência de sua utilização. O VCMH diferencia-se dos índices de inflação geral ao consumidor, pois estes tratam de dados indicativos do aumento de preços de uma dada cesta de produtos e serviços em um país ou região. Ao longo dos anos observamos um constante e absoluto aumento nos custos da saúde em todo o mundo, e com isso, a proposta desta tese é identificar os possíveis motivos da inflação médica e propor linhas de ação potencialmente corretivas, que venham a mitigar os efeitos impactantes desta inflação no orçamento da MB, preservando a qualidade e efetividade em sua Assistência Médica Hospitalar (AMH).

Temos a nítida percepção das numerosas tecnologias em saúde, caracterizadas pelo alto custo, rápida evolução e rápida obsolescência. O arsenal propedêutico e terapêutico na saúde é enormemente vasto e diariamente ampliado, com o lançamento de novos equipamentos, medicamentos, artigos e procedimentos médicos. Essa realidade faz com que, a cada ano, torne-se mais difícil fornecer ao usuário o estado da arte disponível no mercado, em função das pressões colocadas sobre o sistema quanto ao aumento de seus custos, à capacitação de seus recursos humanos, às necessidades de atualização dos instrumentos de regulação e certificação, e aos investimentos em infraestrutura física, (NEWHOUSE, 1978). Vivemos hoje o grande paradoxo da medicina, em que, quanto mais a ciência médica evolui e se torna efetiva, proporcionando maior longevidade, novas e complexas doenças aparecem, demandando terapêuticas de altíssimo custo, (McDAID, 2003).

A cultura médica brasileira dos novos profissionais é sedenta por tecnologia, inspirada no sistema de saúde norte-americano, demandando exames de alta tecnologia e elevado custo, sem ter o respaldo acadêmico com a propedêutica vigorante, a chamada "Medicina Armada".

A judiacialização da medicina tem imposto custos processuais aos profissionais da área médica, o que os obriga a responder com frequência a questionamentos legais, levando-os a exercer uma medicina defensiva, documentando todas as fases do processo médico por meio de exames desnecessários (ASENSI, 2015).

Observamos um inchamento do universo assistido dentro do Subsistema Assistencial da MB como um todo, causando um desequilíbrio entre usuários e provedores, (conteúdo e continente), levando a uma equação financeira errática, com consequente queda na qualidade dos serviços em saúde.

A abordagem das questões em saúde é extremamente complexa. Trata-se de um mercado de serviços, que, diferentemente dos demais, não encontra necessariamente no lucro o seu motor propulsor, visto existirem não só muitas instituições públicas, mas também privadas sem fins lucrativos.

Teoricamente os serviços de saúde não conseguem ser precificados pelo mercado, destarte a dificuldade de se encontrar unidades métricas que meçam a preferência de seus consumidores. O SSM garante o direito de acesso a tais serviços para seus usuários, que não escolhem os serviços de saúde e demais bens e serviços com racionalidade ou objetividade, mas pela necessidade. Esse consumo é influenciado por fatores emocionais e psicológicos. Quem determina quais serviços serão demandados pelos usuários é o médico que faz o diagnóstico, e não o próprio paciente (RAMALHO, 2002).

1.1 justificativa

Diante da dificuldade em se equilibrar o crescente custo com a saúde frente a constante redução de seu orçamento ao longo da última década, há de se identificar as etiologias do problema e apontar as terapêuticas exequíveis, que venham, por um lado, conter esse custo, e por outro, aumentar a captação de recursos.

1.2 Objetivos

Analisar profundamente a inflação médica, buscando suas causas, verificar o impacto no orçamento da MB e estudar cientificamente possíveis linhas de ação corretivas, objetivando o controle inflacionário da saúde e o redimensionamento do universo assistido (conteúdo) e universo assistencial (continente), reinserindo o Subsistema Assistencial dentro de uma nova realidade orçamentária, tornando sua equação financeira hermética e coerente, consoante com a missão do SSM na plenitude de suas acuidades. Para tanto rastreará os seguintes objetivos subsidiários:

— Discriminar o orçamento e seus aspectos; analisar o universo assistido; discriminar as indenizações e contribuições para o FUSMA; e averiguar a assimetria informacional[2] das partes componentes do SSM.

1.3 Metodologia

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, quantitativa, e de conteúdo dos dados estatísticos, dos processos, dos documentos que norteiam a legislação na MB, da cultura médica e de seus assistidos. Foi realizado um amplo levantamento preliminar das diversas fontes de interesse, visando a uma condução dinâmica, imparcial e reta na conclusão final do estudo.

[2] Fenômeno econômico em que uma parte tem mais e/ou melhor informação do que a outra.

2 ORÇAMENTO SOMBRIO

2.1 O Orçamento e seus aspectos

O Orçamento é o instrumento de ação governamental no qual o Poder Legislativo faz sua previsão e autorização ao Poder Executivo das despesas e receitas para um determinado período.

O Orçamento Público federal, estadual, distrital e municipal trata da previsão de todas as receitas para um determinado exercício, e a fixação de todas as despesas autorizadas. Os instrumentos capazes de interferir na realização dos gastos públicos são: ***Superestimação de receitas, contingenciamento de despesas, anulação de valores empenhados, e instituição de fundos***. No Orçamento existe a obrigação de previsão das despesas, porém as receitas não necessariamente acompanham as mesmas, podendo ficar aquém ou além da previsão, sem qualquer implicação, (CREPALDI, 2013).

2.1.1 Os cinco aspectos principais do Orçamento

O Orçamento Público é caracterizado pelos seguintes aspectos principais: aspecto administrativo: é um instrumento pelo qual o Estado passa a conhecer quanto irá dispor em recursos financeiros para investir nos interesses do coletivo; aspecto econômico: é instrumento pelo qual o Estado recolhe recursos da população e os direciona para áreas selecionadas; aspecto jurídico: o orçamento tem força de lei e estabelece os limites aos governantes e agentes públicos; aspecto técnico: segue regras metodológicas na consecução de seus fins; e aspecto político: a dimensão e a distribuição são consequentes de decisões políticas, representativas daqueles que detêm o poder, grupos econômicos e classes sociais.

2.1.2 Espécies orçamentárias

O sistema orçamentário brasileiro possui três espécies orçamentárias: a Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Plurianual (PPA).

O **PPA** abarca um período de quatro anos e estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração federal em suas despesas de capital e os programas de duração continuada, veiculando planejamento de médio e longo prazo.

A **LDO** é confeccionada anualmente, com o objetivo de detalhar as metas e suas prioridades para o ano subsequente orientando a LOA.

A **LOA**, partindo dos parâmetros definidos na LDO e dentro do programa do PPA, faz as estimativas de receitas e fixa as despesas para toda a administração federal no ano subsequente, (CREPALDI, 2013).

2.1.3 Princípios basilares do orçamento

O Orçamento possui os seguintes princípios basilares: anualidade coincidente com o calendário civil; universalidade, inclui todas as receitas e despesas públicas; não vinculação de impostos, exceto para educação; e equilíbrio, as receitas devem ser iguais às despesas.

Todas as despesas devem indicar sua fonte de financiamento. As principais características do Orçamento são: sistema federativo com descentralização política e administrativa, repartição de Receitas e Competências entre U/E/DF/M; participação efetiva do Legislativo; elevado nível de despesas obrigatórias; elevado nível de receitas vinculadas; caráter autorizativo; e forte viés de controle, (COSTA, 2016).

2.1.4 Receitas

As receitas públicas são ingressos não devolutivos, compostos pelos recursos financeiros arrecadados, principalmente de tributos, para atender às demandas orçamentárias. Segundo a Lei n. 4.320/64, os ingressos de todos os entes da Federação são classificados em dois grupos:

- Ingressos orçamentários, pertencentes ao ente público, arrecadados para aplicação dos programas e ações governamentais. São denominados de receita pública; e

- Ingressos extraorçamentários, pertencentes a terceiros, arrecadados pelo ente público exclusivamente para fazer frente às exigências contratuais para posterior devolução, (CREPALDI, 2013).

2.1.5 Transposição, remanejamento ou transferência de recursos

Os motivos que ensejam a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma determinada dotação para outra, ou de um órgão para outro, são autorizados mediante lei específica – reforma administrativa; mudanças de prioridades das ações governamentais – mudanças de rumo das políticas públicas; e mudanças nas prioridades de gastos, (CREPALDI, 2013).

A **transposição** de crédito ocorre em caso de reforma administrativa no âmbito da organização, como extinção de um órgão e criação de outro, com realocação dos saldos remanescentes do extinto para o novo; a **transferência** é a realocação de crédito entre categorias econômicas de despesas, consequente a mudanças de priorização dos gastos; e o **remanejamento** consiste no movimento de recursos entre projetos e atividades de um mesmo programa ou entre programas diferentes de uma mesma unidade quando executados ou cancelados, (CREPALDI, 2013).

2.1.6 Despesas de natureza obrigatória e de natureza discricionária

As despesas de natureza obrigatória são aquelas que o poder público não tem poder discricional para suspender. São despesas fixadas e determinadas por lei. São exemplos: pessoal e encargos sociais; sentenças judiciais; e benefícios previdenciários. As despesas de natureza discricionária são aquelas geradas a partir da disponibilidade de recursos. Investimentos como construção de escolas, rodovias e hospitais são exemplos de despesas discricionárias. Por ocasião da construção da proposta orçamentária, as despesas são ordenadas na seguinte ordem de prioridades: despesas obrigatórias, despesas discricionárias essenciais, despesas discricionárias segundo prioridades estabelecidas na LDO, (COSTA, 2016).

2.2 Orçamento Brasil 2016 , o caos

2.2.1 Composição das receitas do orçamento de 2016

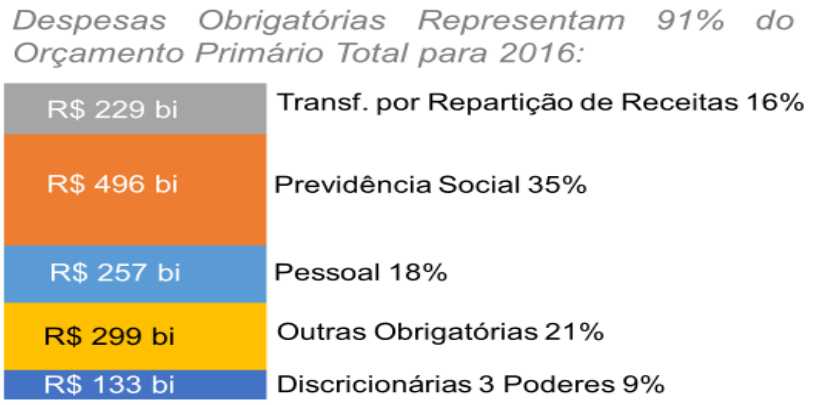
As receitas do orçamento de 2016 apresentam a seguinte distribuição, com baixa flexibilidade em suas alocações orçamentárias, por já possuírem destinação específica: seguridade social – 67%; demais vinculações – 12%; e livre destinação – 21% (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Composição das receitas do orçamento
Fonte: Franselmo Araújo Costa, Diretor da SE/MPOG. Março de 2016

2.2.2 Despesas obrigatórias e discricionárias para 2016

TABELA 1

Despesas obrigatórias e discricionárias



Fonte: **Franselmo** Araújo Costa, Diretor da SE/MPOG – março de 2016

2.2.3 Despesas Primárias e Discricionárias do orçamento aprovado para 2016

TABELA 2

Despesas Primárias

Descrição	***LOA 2016 (R$ milhões)***
TOTAL	*1.415.787*
Ministério do Trab e Prev	*568.914*
Saúde	*112.257*
Educação	*91.356*
Defesa	*78.781*
Des. Social e Comb à Fome	*78.217*

Fonte: **Franselmo** Araújo Costa, Diretor da SE/MPOG – março de 2016.

TABELA 3

Despesas Discricionárias

Descrição	***LOA 2016 (R$ miloes)***
TOTAL PODER EXECUTIVO	*133.196*
Educação	*28.533*
Saúde	*19.225*
Defesa (inclusive Comandos)	*11.805*
Cidades	*9.520*
Transportes	*9.403*

Fonte: **Franselmo** Araújo Costa, Diretor da SE/MPOG – março de 2016.

2.2.4 Cenário macroeconômico atual

No cenário atual observa-se uma quebra nas expectativas consequente da violenta queda do Produto Interno Bruto (PIB) e nas receitas, com sérios impactos na realização do gasto público. Como desdobramento e repercussão da *Superestimação de receitas*, ocorre o *contingenciamento de despesas e anulação de gastos* (Gráficos 2, 3 e 4). Para saldar os compromissos, o Estado recorre a empréstimos, elevando a dívida pública (Gráfico 5).

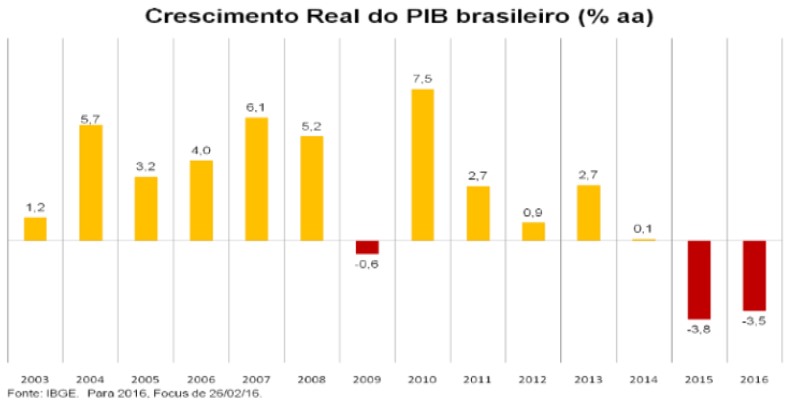


Gráfico 2 – Crescimento real do PIB brasileiro
Fonte: IBGE

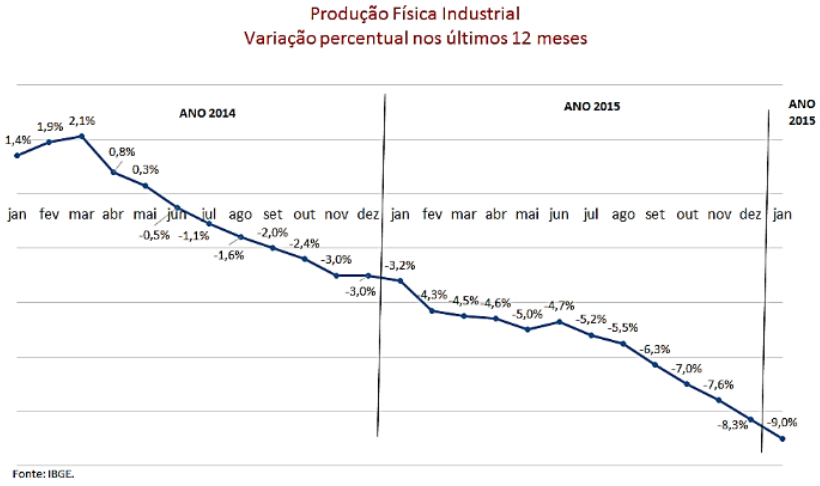


Gráfico 3 – Produção física industrial
Fonte: IBGE

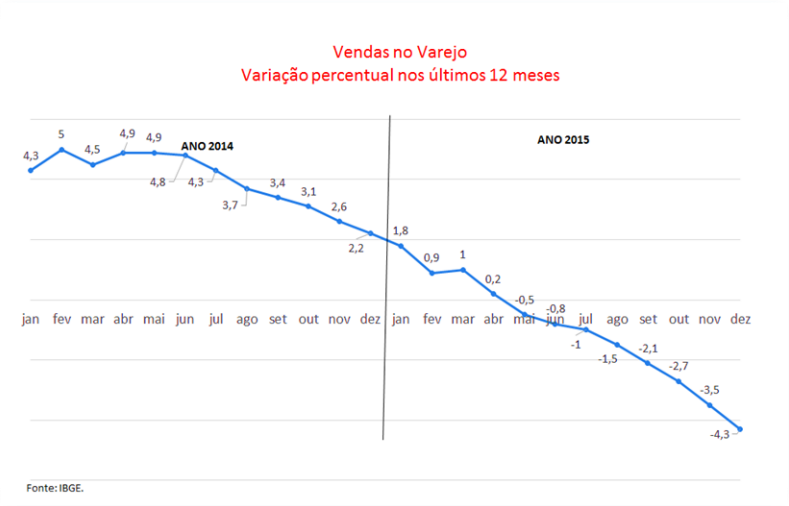


Gráfico 4 – Vendas no varejo
Fonte: IBGE

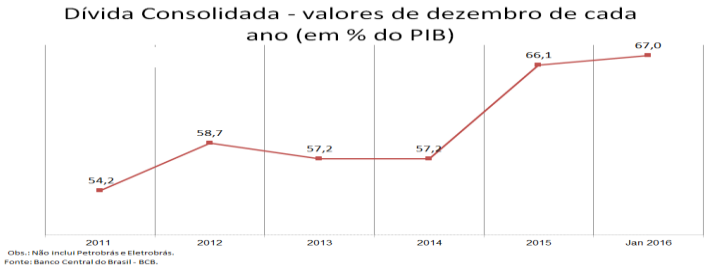


Gráfico 5 – Dívida consolidada
Fonte: IBGE

A frustração de receita faz com que o Governo Federal provoque diversos cortes no orçamento dos Ministérios, comprometendo a MB e repercutindo negativamente com déficit financeiro em cascata, com restos a pagar cumulativos.

2.3 Orçamento da MB 2016

2.3.1 Composição do orçamento da MB

O orçamento da MB é composto por quatro principais grupos de natureza de despesa: pessoal, encargos sociais, custeio e investimentos.

As Despesas Obrigatórias referem-se a ***assistência médica e odontológica***, pauta

desta tese, auxílio transporte, auxílio natalidade, alimentação, fardamento, entre outros.

O grupo das Despesas Discricionárias é composto por custeios e investimentos: Programa Geral de Manutenção (PROGEM), recompletamento do estoque de munição, aquisição de combustíveis, lubrificantes, graxas, gêneros e sobressalentes, auxílio moradia no exterior, diárias e passagens no País e no exterior, manutenção e funcionamento das Organizações Militares (OM), contratos, convênios, aquisição de novos meios, e outros.

2.3.2 Cortes no orçamento da MB

De meados de 2014 aos nossos dias, temos observado frequentes cortes na dotação da MB, sendo que no presente ano de 2016, vimos uma significativa queda no orçamento e previsão de novos cortes. Nos Gráficos 6 e 7, observamos o comportamento do orçamento da MB ao longo dos anos e a queda nos limites de movimentação e empenho (LME) e limite de pagamento (LP[3]).

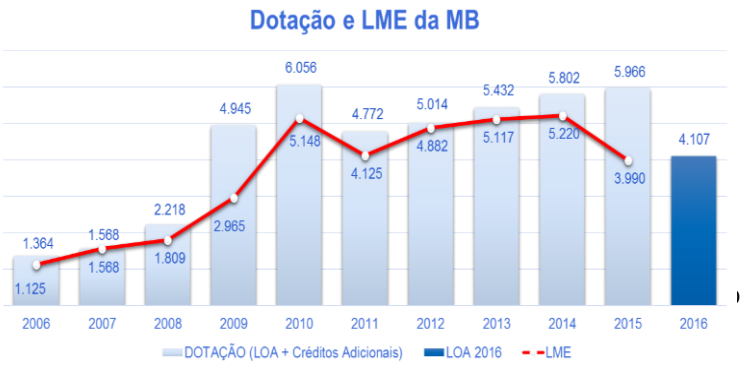


Gráfico 6 – Dotação e LME na MB
Fonte: Aula Inaugural Egn-2016

[3] Aula Inaugural CEMA - EGN-2016

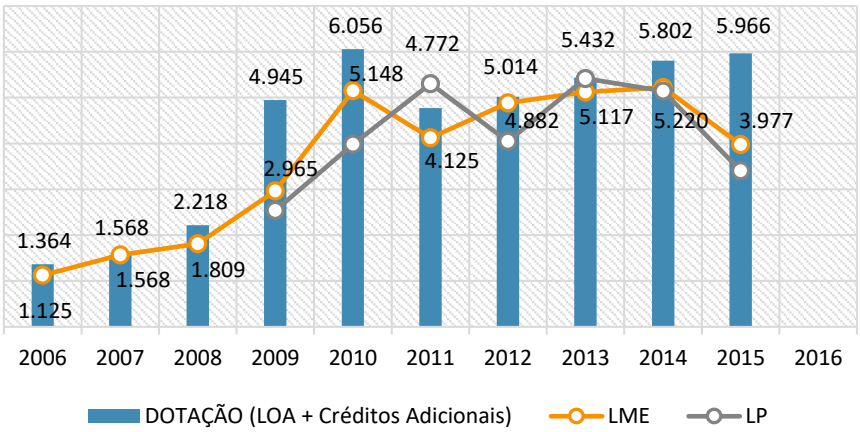


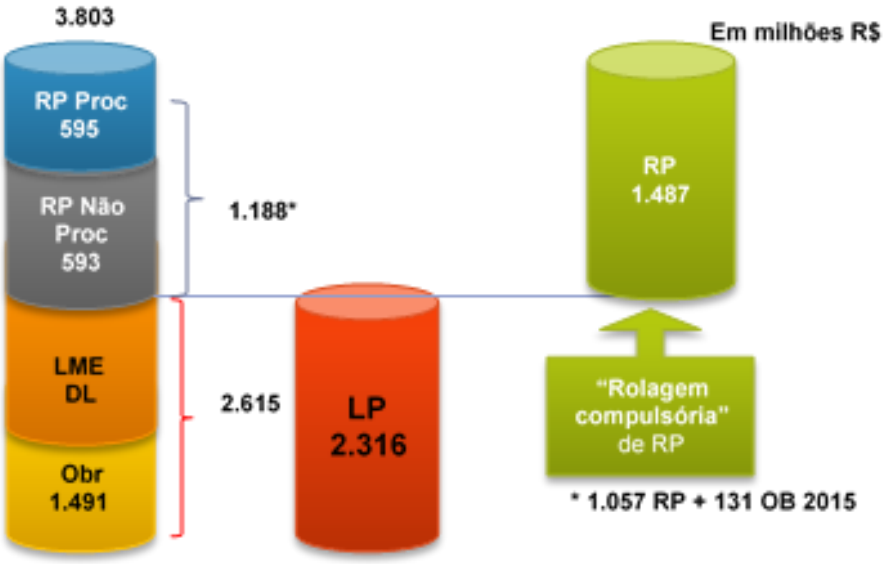
Gráfico 7 – Comparação entre o LME e o LP da MB
Fonte: Aula Inaugural Egn-2016

2.3.3 Execução orçamentária e financeira na MB 2016

O Orçamento da MB em 2016 encontra-se comprometido com os restos a pagar processados e não processados, e, para agravar a situação, enfrenta Limites de Movimentação e Empenho e Limite de Pagamento extremamente restritivos (Tabela 4).

TABELA 4

Limites de movimentação e empenho e limite de pagamento



A despesa obrigatória vem aumentando nos últimos anos, e dentro desta rubrica encontramos a AMH, cuja inflação médica pressiona os custos na contramão da retração orçamentária (Gráfico 8).

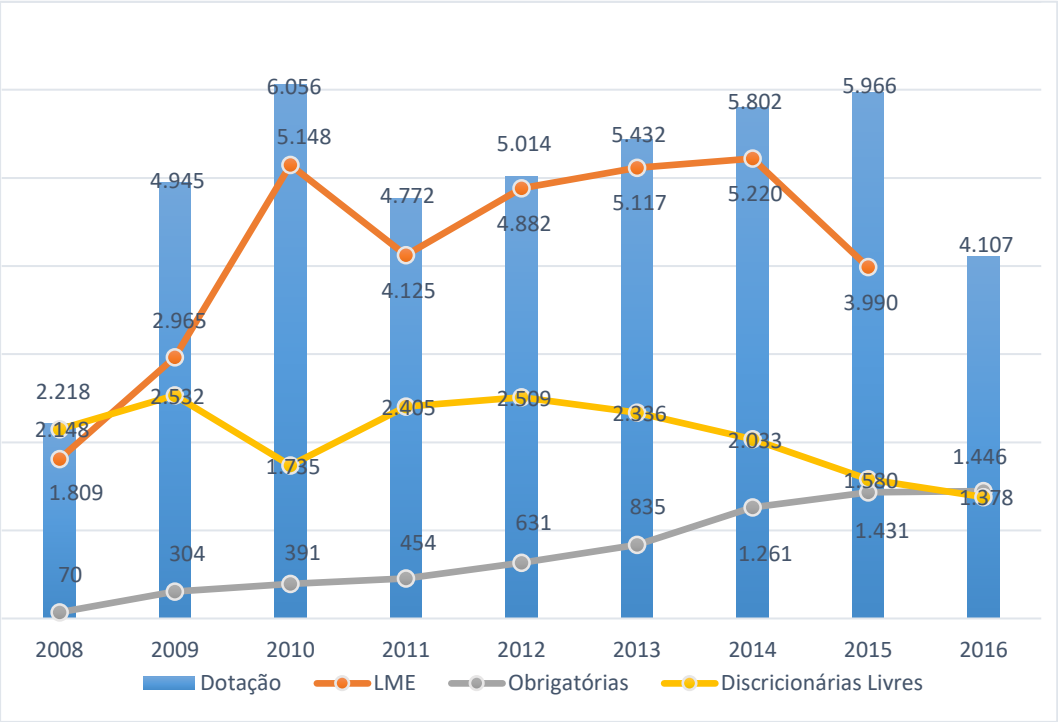


Gráfico 8 – Despesa obrigatória, discricionária livre e LME na MB.
Fonte: Aula Inaugural EGN-2016

3 INFLAÇÃO MÉDICA

A INFLAÇÃO MÉDICA E AS SUAS ETIOLOGIAS

A Inflação Médica ou Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) é um índice de variação de custo, que afere o preço médio de cada procedimento e a variação na frequência de utilização do mesmo. O índice de VCMH diferencia-se dos índices de inflação geral ao consumidor, como o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo **(**IPCA), medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Índice Geral de Preços do Mercado **(**IGP-M), medido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), pois a inflação geral ao consumidor é um dado indicativo do aumento de preços de uma dada cesta de produtos e serviços em um país ou região (IESS, 2014). A grande maioria dos países apresenta índices de VCMH acima da inflação geral. Tal assertiva é ilustrada nos Gráficos 9 e 10, os quais apresentam os VCMH e a Inflação Geral dos principais atores mundiais e do Brasil. Nos Estados Unidos da América, de 1980 a 2012, o índice inflacionário subiu em 216%, e a inflação *per capita* com saúde foi de 818%, segundo a Kaiser Family Foundation, (CECHIN, 2008).

No Brasil, não diferente de outros países desenvolvidos, o custo saúde tem aumentado significativamente desde os anos 80, como consequência de um misto de fatores, sendo os mais relevantes: a rápida e incessante descoberta de novas tecnologias, e modernização das já existentes, e suas incorporações; novos materiais e medicamentos especiais de elevado custo; maior expectativa de vida sem a correspondente higidez, demandando mais dos serviços de saúde; o paradoxo da medicina, cuja evolução aumentou a quantidade de pacientes com doenças crônicas e degenerativas, elevando em cerca de 12% a 15% o total de usuários que representam entre 60% e 65% de todo o custo saúde; elevação da quantidade de profissionais médicos lançados no mercado, sem experiência, sem especialização ou aprimoramento,

formando um contingente despreparado, que passa a perpetrar procedimentos desnecessários e de alto custo; e a ausência de uma medicina preventiva efetiva, (KUAZAQUI, 2008).

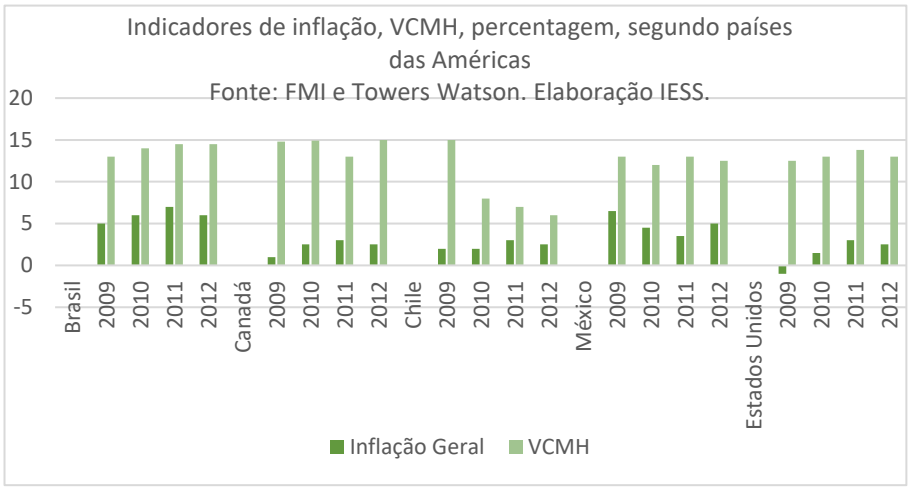


Gráfico 9 – VCMH – Américas.
Fonte: FMI e Towers Watson – IESS

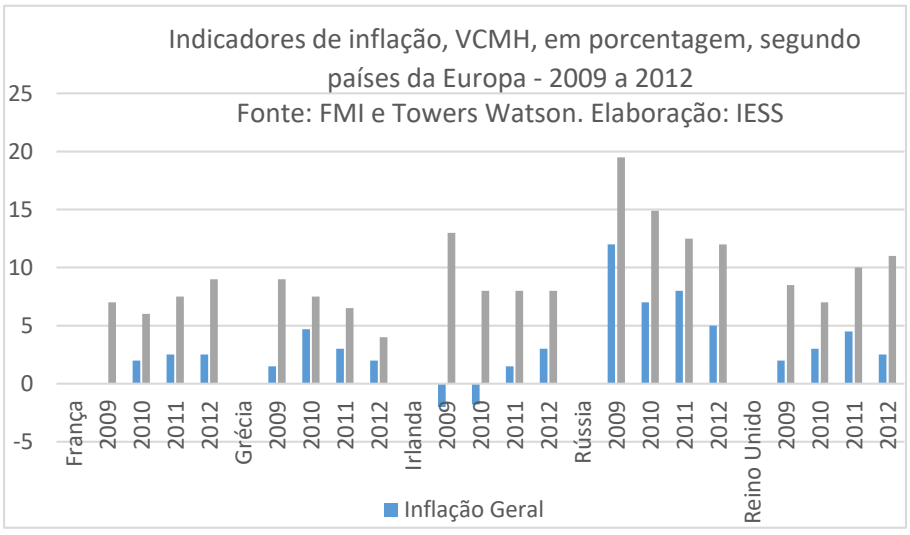


Gráfico 10 – VCMH – Europa.
Fonte: FMI e Towers Watson – IESS

No Brasil, os custos assistenciais são inflacionados em torno de 15% ao ano,

impactando o sistema de saúde brasileiro, sendo fruto de desconhecimento de muitos, sobre quais fatores exerçam o desequilíbrio das contas no setor. Entre 2007 e 2013, o IPCA, Índice Nacional de Preços ao Consumidor, variou 44%, diante da despesa assistencial *per capita*, a chamada inflação médica, que acumulou 101% no mesmo período (Gráfico 11), (MALIK, 1988).

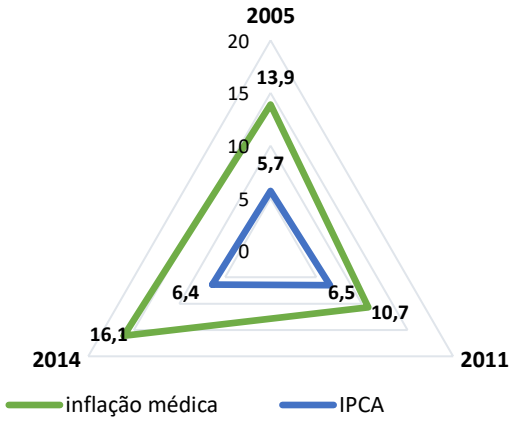


Gráfico 11 – Inflação Médica X IPCA.
Fonte: Revista EXAME – ANO 49, Nº10. 27/5/201

3.1 Tecnologia como fator etiológico

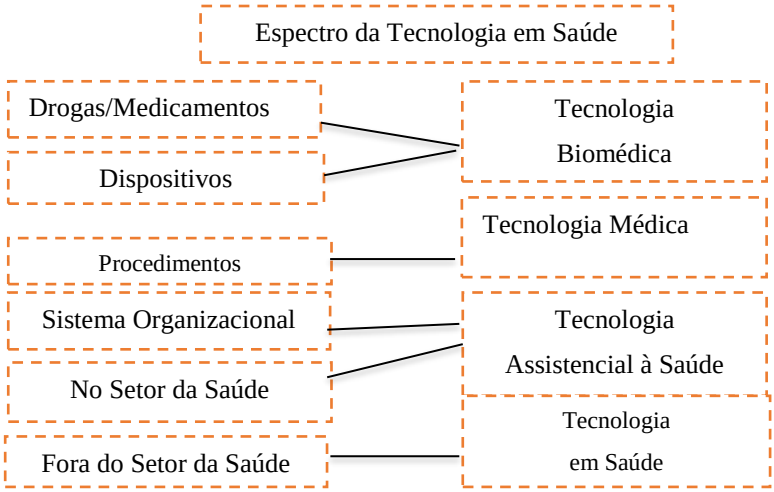
Cabe ressaltar que a recalcitrante e continuada inovação em tecnologia médica resulta em enorme sobrecarga do sistema, somando-se a isso o fato da rápida difusão de informações técnico-científicas, juntamente com ações de empresas multinacionais, profissionais de saúde, meios de comunicação e parte da população mais informada que criam demandas locais por inovações, pressionando sobremaneira o sistema de saúde como um todo.

Existe grande variedade de modus vivendi quanto às decisões na incorporação de novas tecnologias entre os diferentes países, bem como as expectativas dos usuários pelos respectivos serviços. Os gestores enfrentam grandes dificuldades em todos os níveis do sistema de saúde. O arsenal médico é vasto, e frequentemente submetido a pressões para sua ampliação,

com a introdução de novos medicamentos, equipamentos, artigos e procedimentos médicos. A tecnologia em saúde é composta pelos medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais e de suporte, nos quais são processados os cuidados com a saúde dos pacientes. Liaropoulos (1993) propôs uma hierarquia de tecnologias, conforme apresentada na Tabela 5.

TABELA 5

Espectro em tecnologia



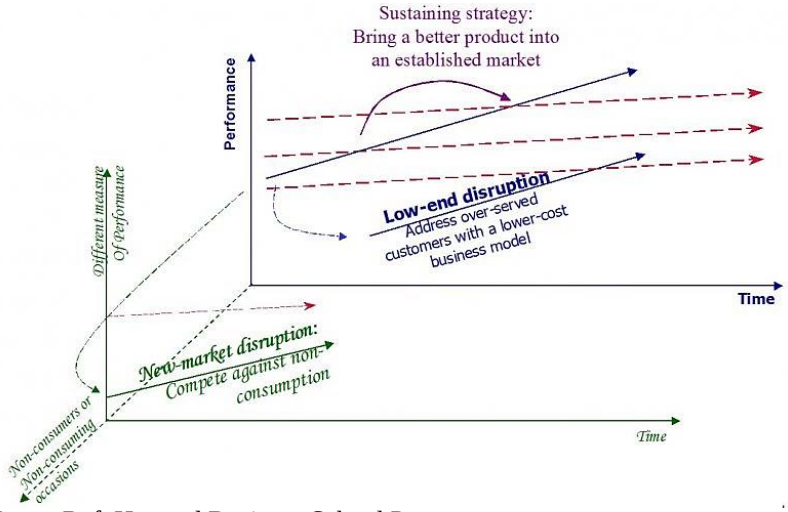
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, **Avaliação de Tecnologias em Saúde Ferramentas para a Gestão** do SUS, Brasília, 2009

O mercado apresenta uma demanda crescente do uso máximo de recursos tecnológicos. A medicina armada ou tecnológica proporciona um diagnóstico e recuperação de diversas doenças de alta complexidade, exemplificadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), nos Centros Cirúrgicos, Centros de Transplantes, Unidades Oncológicas e várias outras. A tecnologia repercutiu como uma maior expectativa de vida e proporcionou em alguns países uma melhoria na qualidade de vida, mas também incorporou custos elevados em seus processos diagnósticos e terapêuticos. Os hospitais são obrigados a aperfeiçoar suas instalações, equipamentos e recursos humanos, objetivando melhorar seu desempenho. A Organização

Mundial de Saúde (OMS) estabelece que os hospitais se mantenham atualizados, e para isso devem investir anualmente 10% de seu orçamento. Os agentes utilizadores do Sistema, fomentados pelas mídias, tornam-se mais exigentes quanto a qualidade e modernidade dos serviços (BORBA, 2010); destarte, os hospitais devem investir em inovações sustentáveis, e não disruptivas, nas quais a inovação tecnológica de produto ou de serviço são capazes de derrubar uma tecnologia já preestabelecida no mercado, sem necessariamente trazer o correspondente benefício (Tabela 6).

TABELA 6

Inovações disruptivas



Fonte: Ref. Harvard Business School Press.

3.2 Cultura médica como fator etiológico

Hoje impera uma medicina industrial, na qual a práxis médica não é mais uma arte sacerdotal, passando a ser uma infinita sequência de documentos radiológicos, laboratoriais, fisiológicos e genéticos, cujas apreciações são feitas em bancos de dados e estatística (Gráficos 12 e 13). Os hospitais tornaram-se organizações empresariais, prestadora de serviços médicos. A medicina do passado, baseada no profissional liberal, deu lugar à indústria, em que o médico

abdicou de ser um trabalhador individual e passou a fazer parte de uma equipe. O ato médico não é mais uma unidade, acabou a relação médico e paciente. Prevalece o modelo de medicina industrial e técnica, em que os recursos tecnológicos são o combustível do processo, (SILVA, 2008).

À medida que novos recursos são oferecidos, os preços e custos com saúde aumentam de forma descontrolada, confirmando a *Lei de Roemer*, que afirma que um serviço de saúde tem a capacidade de gerar a sua própria demanda, mesmo em mercados saturados (SILVA, 2008). A medicina é constantemente atualizada, com o surgimento e absorção de novos exames, processos diagnósticos e tratamento. Quanto mais as novas tecnologias são introduzidas, a anamnese e o exame físico deixam de ser valorizados. Em alguns casos podemos observar uma inversão de valores por parte do profissional médico. A moderna tecnologia na área de saúde proporciona recursos necessários para um diagnóstico, tanto topográfico como etiológico, mais preciso, trazendo grandes vantagens ao paciente. Entrementes, quando se valora a tecnologia em detrimento da análise e pensamento clínico, o labor médico torna-se técnico, trazendo grandes prejuízos na relação mais importante da medicina, a relação médico-paciente, transformando-a em uma convivência menos personalizada, (REZENDE, 2002).

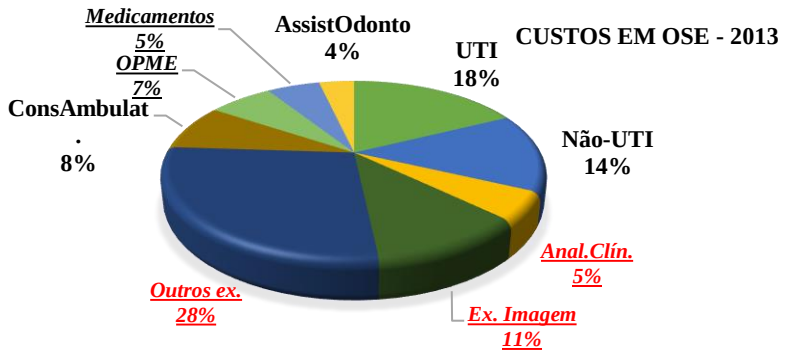


Gráfico 12 – Prevalência de gastos com exames
Fonte DSM

Hoje é difícil definir a satisfação do paciente, pois ela pode provir tanto da confiança na competência clínica do profissional que chegou ao diagnóstico quanto do entendimento de que é a tecnologia dos exames que produz a sua descoberta e cura. Existe o entendimento equivocado da população de que a tecnologia, por ser objetiva, torna-se superior ao exame clínico por sua parcela subjetiva (REZENDE, 2002). Quando os médicos se preocupam imperativamente com os exames laboratoriais, radiológicos e biológicos, observamos uma diminuição no envolvimento com as reais queixas dos pacientes durante as consultas, o que leva a um aumento no pedido de exames. O médico de hoje tem uma grande dependência dos exames subsidiários, ou pela cultura médica acadêmica ou por receio das questões judiciais (LIRA *et al*., 2003). Isso compromete o ato médico na prática do exame físico, que produz uma verdadeira e importante empatia e confiança, sentimentos essenciais para a adesão do paciente ao tratamento (REZENDE, 2002). Essa perda da personalidade médica faz com que o paciente tenha uma postura de insegurança, buscando confirmar a opinião médica com outros profissionais. A solicitação exagerada de exames foi confirmada em um estudo brasileiro o qual assevera que 77,8% dos diagnósticos podem ser feitos a partir da história do paciente (BENSENOR, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1990 um documento chamado: Escolha apropriada de técnicas de diagnóstico por imagem na prática médica", onde se encontra a seguinte afirmativa: "Submeter o paciente a toda uma série de exames e esperar que pelo menos um deles permita fazer o diagnóstico é uma forma inaceitável de exercer a medicina devido ao custo e ao risco de exposição a radiações que acarretam exames desnecessários.

Muitas vezes a insegurança e/ou inexperiência do médico faz com que o mesmo considere os exames laboratoriais como ferramenta fundamental para o estabelecimento do maior número de diagnósticos, (REZENDE, 2002).

3.3 Longevidade como fator etiológico

O aumento na proporção de idosos é um fenômeno mundial, que não se trata de um acontecimento repentino, e sim de transformações demográficas consequentes a modificações do perfil epidemiológico e das características socioeconômicas. Porém, é um acontecimento relativamente novo, cujas demandas da sociedade envelhecida só começam a aparecer agora no Brasil. A proporção de doenças que levam à internação do idoso, em relação à população geral, é muito maior em comparação com as doenças circulatórias, respiratórias, neoplásicas e crônico-degenerativas. Em 2010, 20% dos pacientes com insuficiências cardíacas tratadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) eram octogenários. As doenças do idoso são fruto do somatório de fatores, como a redução de sua reserva fisiológica associada ao envelhecimento e lesões dos órgãos-alvo causadas por doenças crônico-degenerativas, (CHAIMOWICZ, 2013).

A grande quantidade de internações de idosos é causada prevalentemente por insuficiência cardíaca, doenças hipertensivas, cardiopatias isquêmicas, doenças cerebrovasculares, pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias (Tabela 7).

TABELA 7

Causas de mortes em idosos

Causa de morte do idoso por Rank e %:	>65	>65	>85	>85
CAUSA DE MORTE	BRANCO	AFRO-AMERICANO	BRANCO	AFRO-AMERICANO
Doenças cardíacas	1 (26.5)	1 (27.2)	1 (30.0)	1 (29.6)
Neoplasia maligna (câncer)	2 (21.9)	2 (23.4)	2 (12.3)	2 (13.8)
Doença crônica respiratória	3 (6.9)	5 (3.8)	5 (5.1)	7 (3.2)
Doença cerebrovascular (stroke)	4 (6.0)	3 (6.6)	4 (7.1)	3 (7.2)
Acidentes	7 (2.4)	--------	7 (2.4)	8 (2.8)
Doença de Alzheimer	5 (4.6)	7 (3.2)	3 (7.2)	4 (6.0)
Diabetes mellitus	6 (2.7)	4 (4.6)	9 (1.9)	6 (3.6)
Doença renal	8 (2.3)	6 (3.7)	8 (2.3)	5 (3.6)
Influenza e pneumonia	7 (2.4)	9 (2.2)	6 (3.0)	6 (3.0)
Septicemia	10 (1.5)	8 (2.4)	--------	10 (2.2)
Hipertensão essencial e renal	10 (2.1)	10 (1.4)	9 (2.7)	9 (2.7)

Fonte: CLINICAL MANAGEMENT OF THE GERIATRIC PATIENT

Esse envelhecimento populacional é potencialmente preocupante, especialmente nos países desenvolvidos, em que as taxas de natalidade diminuem acentuadamente, em concomitância ao aumento na expectativa de vida. Uma população envelhecida aumenta o gasto com saúde, pois os idosos gastam muito mais com saúde do que uma população jovem em geral (Gráfico 13).

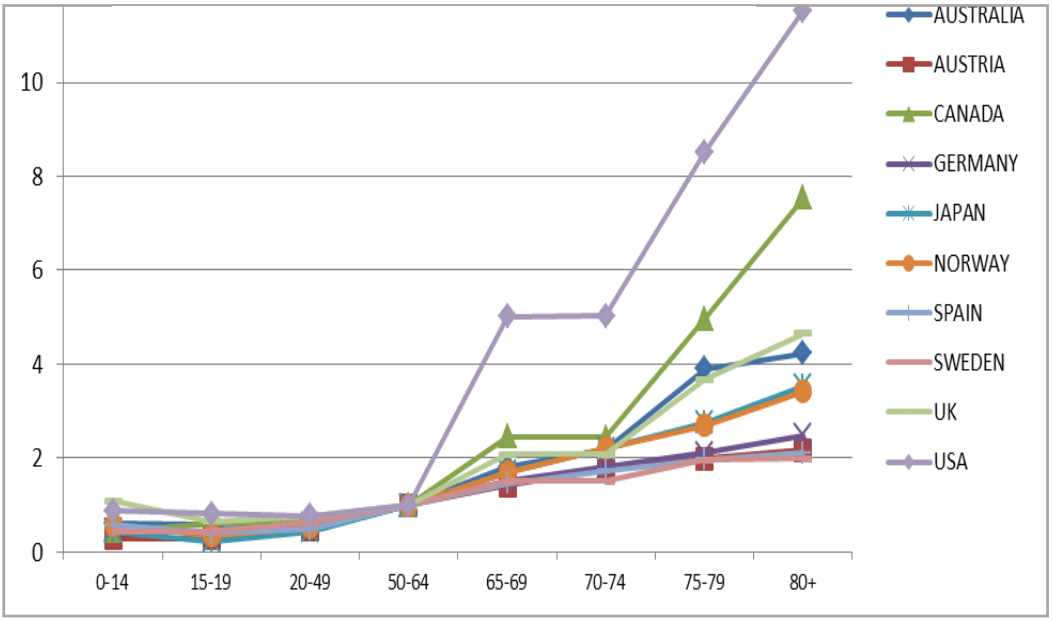


Gráfico 13 – Gastos em saúde per capita, por grupos de idade
Fonte: OCDE: 2000-2005 (Kotiklov ans Hagist, 2005).

A grande prevalência da doença de Alzheimer (DA) nas idades avançadas é fruto do grande paradoxo da medicina: com as melhorias do tratamento médico e o uso de tecnologias modernas, a expectativa de vida aumenta; no entanto, a consequente longevidade é acompanhada por enfermidades. Embora sua evolução e sintomas associados possam ser mitigados, os elevados custos aos familiares e aos serviços de saúde são inevitáveis.

Os custos com o tratamento da demência estão crescendo rapidamente nos países de baixo e médio rendimento. Suas causas são o rápido crescimento no número de casos; o

aumento substancial dos salários médios, usado para calcular o custo de oportunidade ou custo de substituição do cuidado informal; e os custos muito elevados com cuidados de saúde pagos pela população (Tabela 8). Sabe-se que o gasto total mundial na sociedade devido à demência, com base em uma população de 34,4 milhões de pessoas com esse mal, foi estimado em aproximadamente U$ 422 milhões, em 2009, incluindo U$ 142 milhões para cuidados informais (34%). No entanto, a ausência de informação sobre os custos diretos com a DA e outras demências impossibilita a avaliação dos custos em países de baixo e médio rendimento, (WIMBLADA, 2010).

TABELA 8

Prevalência da demência por idade em %, segundo o *Relatório Mundial de Alzheimer 2009*

Região	**N de estudos**	**60-64 anos**	**65-69 anos**	**70-74 anos**	**75-79 anos**	**80-84 anos**	**85-89 anos**	**90mais anos**	**Todas as idades**
EUA	8	1,1	1,9	3,4	6,3	11,9	21,7	47,5	6,5
América Latina	11	1,3	2,4	4,5	8,4	15,4	28,6	63,9	8,5
Caribe	2	1,3	2,6	4,9	8,5	16,0	33,2		8,1

Fonte: Relatório Mundial de Alzheimer 2009

As curvas de consumo de saúde em função da idade mostram um aumento considerável e contínuo a partir dos 40 anos de idade. O envelhecimento da população sugere um aumento dos gastos para a manutenção, prevenção e tratamento da saúde. A assertiva pode ser evidenciada pelos valores cobrados pelos Planos de Saúde em função da faixa etária e o gasto anual por faixa etária (Gráficos 14 e 15).

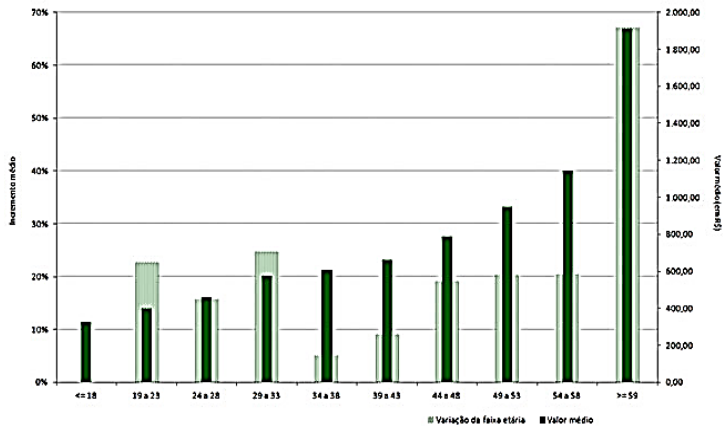


Gráfico 14 – Incremento médio percentual do valor da mensalidade e valor médio cobrado pelos Planos de Saúde e grupos de idade.
Fonte: IESS (2013).

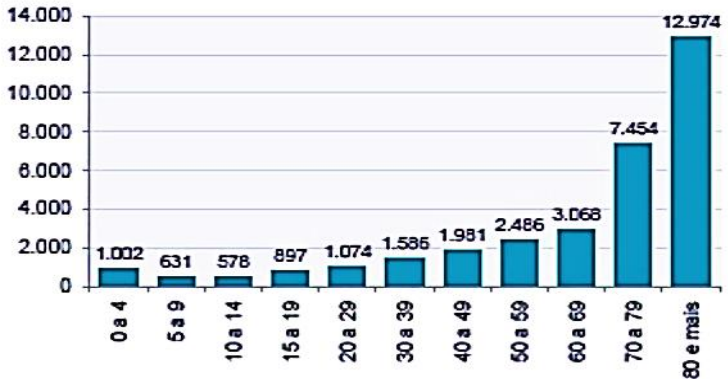


Gráfico 15 – Gasto médio anual por beneficiário por Planos de Saúde, por faixa etária em 2010.
Fonte: IESS (2013).

3.4 Judicialização como fator etiológico

No curso da história, Medicina e Direito travam uma luta pela melhor maneira de atuação que lhes garanta os objetivos que a natureza os determinou, e garantir uma forma de ordem racional que lhes oriente na aplicação de condutas em suas práticas diárias.

O Direito, seguindo seu caráter dogmático, é levado a decidir-se de forma imperiosa

sobre o que é ou não verdadeiro, desde que se tenha cumprido o rito, transformando a presunção em verdade absoluta, *"a finalidade seria a própria causa enquanto produz os meios para sua realização"*, (VIRIEUX-REYMONDE, 1972).

Para a Medicina, fruto de seu raciocínio empírico, não existem verdades absolutas, e tudo o que é considerado verdadeiro precisa sempre de constante revisão e comprovação, pois de um momento para o outro pode tornar-se falso e invalidar todas as prescrições e raciocínios que o fundamentaram. Para tal, todo o dogmatismo deve ser rechaçado, (PALMEIRA, 2012), *"não há erro que não contenha sua parcela de verdade, nem verdade, por mais luminosa e absoluta que pareça, que não contenha um quinhão de erro"*, (CASTIGLIONE, 1970). Destarte, podemos entender a dicotomia quanto à verdade entre as duas ciências, na qual a finalidade impera no Direito e a transitoriedade impera na Medicina, (PALMEIRA, 2012). O processo médico tem característica própria com forte apelo emocional, apresentando, já em sua petição inicial, uma história trágica, que descreve normalmente um sofrimento envolvendo o paciente e seus familiares, produzindo forte comoção e elencando como causadores do descaso e despreparo os médicos e hospitais, (COSTA, 2008). Em muitos casos trata-se de uma negação, em que o processo é a ferramenta psicológica de canalizar para fora o sofrimento, frustração e tensões emocionais. Mormente os familiares não conseguem admitir que o infortúnio do agravo seja fruto do acaso, necessitando ser atribuído a outrem, cuja culpa e punição servem como uma muleta para o enfrentamento da realidade. Trata-se de um processo punitivo, como forma de penalizar o médico e hospital que não foi, supostamente, suficientemente diligente. Com isso, na visão do juiz, a finalidade impera sobre o transitório, e vai condenar o médico, (ANDRADE, 2008).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) recebeu até junho de 2010, 455 processos contra médicos brasileiros, acusados de erros, negligência, assédio e propaganda enganosa

(Tabela 9). A média de 75,8 casos por mês recebidos pela entidade responsável por coordenar a profissão no País é a maior registrada nos últimos quatro anos. Entre 2006 e 2009, a taxa mensal de processos variou de 65,1 a 70,3 casos, sendo 2007, até então, o ano com maior registro na série histórica[4].

TABELA 9

Processos médicos recebidos pelo CFM

2006	**832**
2007	**846**
2008	**839**
2009	**791**
2010 até junho	**455**

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Atualmente, cerca de **28.000 (vinte e oito mil) médicos brasileiros estão sendo processados**, seja na esfera cível, ética ou criminal. Entre os fatores que contribuíram para esse número de litígios judiciais estão: o fortalecimento dos direitos do consumidor, a democratização do acesso ao Poder Judiciário, a proliferação das faculdades de Medicina e de Direito, o nível de informação alcançado pelos pacientes e, consequentemente, o aumento da sua exigência quanto ao serviço médico. Quanto à **especialidade médica mais demandada em juízo**, a Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética – Anadem, realizou estudo nos vinte e sete tribunais de justiça estaduais e no STJ, entre 1990 e 2010, e verificou que a Ginecologia e Obstetrícia é a especialidade mais demandada em juízo, seguida pela Traumato-Ortopedia e pela Cirurgia Plástica. Relativo ao número de especialistas em cada especialidade verifica-se, que 47% dos cirurgiões plásticos no Brasil respondem a algum processo judicial. Além disso, **43% dos médicos demandados em processos foram julgados culpados pelo CRM**

[4]http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/conselho-recebe-75-processos-contra-medicos-por-mes/n1237730708510.html, acessado em 03 de abril de 2016.

bandeirante (ANADEM, 2016). No que tange ao **prejuízo patrimonial** que uma ação judicial pode causar ao médico, constata-se que, **mesmo não sendo condenado**, os seus gastos (entre honorários advocatícios, periciais e de assistência técnica) vão de 100 a 200 salários mínimos, atualmente, portanto, de **R$ 72.400,00 a R$ 144.800,00 reais**. Já no caso de **haver uma condenação**, analisando-se o cenário nacional, verifica-se que, qualquer que seja o dano de quantificação subjetiva, a variação da indenização para casos similares ou idênticos é assustadora. O jurista enriquece a leitura com a apresentação de diferentes decisões jurisprudenciais de várias partes do país, bem como com um "*ranking*" de quantificações decretadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) quanto aos danos morais. Verifica-se que a maior quantificação apresentada pelo STJ foi no valor de **R$ 830.000,00**, no caso de um paciente que ingressou no hospital para realizar uma cirurgia de correção de fratura na clavícula e saiu em estado vegetativo devido a complicações decorrentes de anestesia geral, (ANADEM, 2016).

No Brasil, o erro médico é abordado nos termos do Código Civil, em seu artigo 186, e no Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 14.

Na teoria da culpa, a responsabilidade civil exige a existência dos elementos subjetivos: dolo ou culpa em sentido *estricto sensu*. O dolo consiste na vontade de lesar, ao passo que a culpa *estricto sensu* relaciona-se a conduta negligente, imperita e imprudente. A negligência está relacionada a preguiça mental do médico que não toma os cuidados necessários e pratica atos sem a devida atenção, omitindo ou deixando de prever o resultado previsível; a imprudência materializa-se na ausência de cautela do médico, não tomando as precauções devidas; e a imperícia é a ausência de habilitação para praticar as ciências médicas. O médico está submetido à responsabilidade subjetiva, ou seja, há de existir uma **conduta** dolosa ou culposa, um **resultado** com dano moral ou material, e nexo causal, vínculo entre a conduta e o

resultado. Os atos médicos consistem em obrigação de meio e de resultado; em regra, a atividade desenvolve-se como obrigação de meio, no qual o profissional deve utilizar-se de seu conhecimento para tratar o paciente, o que caracteriza a responsabilidade subjetiva. Para algumas especialidades, a responsabilidade de resultado impera, com exemplo podemos citar a Cirurgia Plástica Estética, em que o ato é focado no resultado estético, submetendo-se à responsabilidade civil objetiva. Os hospitais enquadram-se na responsabilidade objetiva, pois são obrigados a indenizar independentemente de culpa de seu empregado ou preposto, (ANDRADE, 2008).

O hospital tem responsabilidade objetiva e responde pelos atos de terceiros, empregados ou prepostos. O médico empregado tem responsabilidade subjetiva e o hospital em que trabalha, responsabilidade objetiva. Nos casos da responsabilidade subjetiva, o profissional deve provar, por inversão do ônus da prova, a sua inocência. No caso da responsabilidade objetiva, basta o nexo de causalidade, e o profissional ou instituição respondem diretamente. Isso explica a preocupação dos médicos em pedir, muitas vezes desnecessariamente, exames em excesso com fulcro em proteger-se em caso de fricção legal, (NIGRE, 2007).

4 O SISTEMA DE SAÚDE DA MARIMHA

O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA E SEUS USUÁRIOS

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é composto pelos recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos cujo objetivo é prover e conduzir as atividades de saúde na Marinha do Brasil. O SSM é composto pelos subsistemas Assistencial, Médico-Pericial e Medicina Operativa.

4.1 Subsistemas

4.1.1 Subsistema assistencial

O subsistema assistencial é responsável pela prestação de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM, de forma regional, hierarquizada e integrada, com ações objetivas para a prevenção das doenças, recuperação das mesmas e manutenção da saúde.

A AMH é prestada em três eixos de atuação: Prevenção e Promoção de Saúde; Atenção Básica; e Atenção Especializada.

4.1.2 Subsistema médico-pericial

O Subsistema Médico-Pericial é responsável pelo controle e verificação do estado de higidez do pessoal da ativa e dos inativos, e pela seleção para ingresso na MB.

As inspeções de saúde são realizadas em consonância com as Normas vigorantes, (DGPM-406).

4.1.3 Subsistema de medicina operativa

É responsável por prever e prover recursos empregados pela Marinha, tanto em tempo de paz como em situações de conflito, e pelo emprego de medidas preventivas, sanitárias, de adestramento e de reabilitação, necessárias à manutenção da higidez do pessoal e da recuperação de baixas.

4.2 Os usuários

Os usuários do SSM são todos aqueles contribuintes e seus dependentes, em conformidade aos artigos 4º, 5º e 6º do Regulamento do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), aprovado pela Portaria nº 330/MB, de 25 de setembro de 2009, do Comandante da Marinha.

4.2.1 Dos beneficiários

4.2.1.1 Beneficiários da AMH e do FUSMA

São beneficiários da AMH e do FUSMA os contribuintes titulares, conforme o art. 4º do Regulamento do FUSMA, excetuando-se os pensionistas que tenham perdido a condição de dependência, em relação ao instituidor da pensão; e todos os ***dependentes diretos***, considerados aqueles amparados pelo, § 2º Art 50 da Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980, que dispõe sobre o Estatuto dos Militares e define, dentre outros direitos dos militares, "o direito a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários", desde que inscritos nos cadastros da Diretoria do Pessoal Militar da Marinha/Comando do Pessoal de

Fuzileiros Navais/ Diretoria do Pessoal Civil da Marinha/ Serviço de Inativos e Pensionistas da Marinha e integrados no Cadastro Geral de Usuários do Sistema de Saúde da Marinha, da Diretoria de Saúde da Marinha. Os ***dependentes indiretos***, considerados como aqueles amparados pelo § 3º, Art 50 da Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares), desde que inscritos nos cadastros da Diretoria do Pessoal Militar da Marinha/Comando do Pessoal de Fuzileiros Navais/Diretoria do Pessoal Civil da Marinha/Serviço de Inativos e Pensionistas da Marinha e integrados no Cadastro Geral de Usuários do Sistema de Saúde da Marinha, da Diretoria de Saúde da Marinha; e o filho, ex-dependente de contribuinte do FUSMA, portador de patologia crônica incidente ainda na situação de dependência e que tenha sido assistido no âmbito ou sob o controle do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

4.2.1.2 Usuários especiais

Os usuários especiais são os usuários isentos de contribuição mensal para o FUSMA, previstos no Art. 8º do Regulamento do FUSMA, composto pelos militares da ativa ou na inatividade, quando necessitarem de AMH, em qualquer época, pelos seguintes motivos: ferimento em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou doença contraída nessas condições ou que nelas tenham sua causa eficiente, ou acidente em serviço, ou por doença adquirida em tempo de paz com relação de causa e efeito com o serviço; os soldados fuzileiros-recrutas e marinheiros-recrutas; os alunos do Colégio Naval e os aspirantes da Escola Naval; os alunos da Escola de Formação de Oficiais da Marinha Mercante; os alunos das Escolas de Aprendizes-Marinheiros; as demais Praças Especiais, à exceção dos Guardas-Marinha e dos alunos da Escola de Formação de Sargentos; os militares de marinhas estrangeiras e seus dependentes, quando em serviço oficial no país e devidamente registrados no EMA, para os

países que apresentarem o mesmo grau de reciprocidade; o filho, ex-dependente de contribuinte do FUSMA, portador de patologia crônica incidente ainda na situação de dependência e que tenha sido assistido no âmbito ou sob o controle do SSM; e os ex-combatentes da MB amparados pelo Decreto-Lei n° 8.795, de 23 de janeiro de 1946, pela Lei nº 5.315, de 12 de setembro de 1967, e seus dependentes, constantes do Art. 5º da Lei nº 8.059, de 4 de julho de 1990.

4.2.2 Dos contribuintes

4.2.2.1 Valor da contribuição

A Alteração pela Portaria nº 65/MB, de 06FEV2014, publicada no Boletim, Tomo I, nº 10/2009, Pág. 21, publicada no DOU nº 188 de 1º de outubro de 2009, Seção 1 Pág. 17. PORTARIA Nº 330/MB, DE 25 DE SETEMBRO DE 2009, do Comandante da Marinha, aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha[5].

O Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha em seu Art. 7º estabelece que o valor da contribuição mensal obrigatória efetuada pelos contribuintes do FUSMA terá como teto o percentual de 3,5%, incidindo sobre as parcelas que compõem os pagamentos remuneratórios, proventos ou pensões, de acordo com o contido nos ***art 1º, 10, 15 e 25 da Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, e no art 97 do Decreto nº 4.307, de 18 de junho de 2002***, da forma que se segue: I – Titular: percentual de 1,6%, composto de uma parcela de 1,35% para assistência médico-hospitalar e de 0,25% para assistência social; II – Dependente Direto do Titular: percentual de 0,3% a título de contribuição complementar do

[5]PORTARIA Nº 330/MB, DE 25 DE SETEMBRO DE 2009 do Comandante da Marinha, aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha.

titular, para cada um dos dependentes diretos por ele instituído; e III – Dependente Indireto do Titular: percentual de 0,6% a título de contribuição complementar do titular, para cada um dos dependentes indiretos por ele instituído. § 1º Na ocorrência de ser a pensão militar deferida a mais de um pensionista, a contribuição será individual. § 2º Para efeito deste artigo, os contribuintes titulares, em missão permanente ou transitória no exterior, contribuirão com os mesmos percentuais previstos nos incisos I a III, incidentes sobre a remuneração total recebida, na moeda de pagamento no exterior. §2º Para efeito deste artigo, os contribuintes titulares, em missão permanente ou transitória no exterior, contribuirão com os mesmos percentuais previstos nos incisos I a III, incidentes sobre a remuneração total recebida, na moeda de pagamento no exterior, devendo ser extraídas as parcelas de Indenização de Representação no Exterior (IREX) e a do Auxílio Familiar, previstas no art. 8º, inciso III, alínea a e b, da LRE:

"Art. 14. A contribuição de até três e meio por cento ao mês, para constituição do Fundo de Saúde, de cada Força Armada, será estabelecida pelo respectivo Comandante da Força."

"Art.16. ....§ 1º O valor da Unidade de Serviço Médico – USM – corresponde a zero vírgula zero zero quatro por cento do soldo do posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra.

"Art. 33. As indenizações previstas neste Decreto, exceto a referente à diária de acompanhante, poderão ser pagas à vista ou em parcelas mensais, sendo consideradas dívidas para com a Fazenda Nacional e sujeitas a desconto obrigatório, conforme estabelecido em legislação específica.

Parágrafo único. Os Comandantes Militares, no âmbito das respectivas Forças, observadas as peculiaridades e conveniências dos sistemas de assistência médico-hospitalar, fixarão os percentuais para pagamento à vista ou em parcelas mensais, bem como os critérios e modalidades de pagamento da indenização de diária de acompanhante".

"Art. 8. Estão isentos da contribuição mensal para o FUSMA: I – os pensionistas de militares falecidos em consequência de: a) ferimento em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidades contraídas nessa situação ou que nela tenha sua causa eficiente; b) acidente em serviço; e c) doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, que tenha relação de causa e efeito com o serviço. II – os soldados fuzileiros navais-recrutas e marinheiros-recrutas; III – os alunos do Colégio Naval e os aspirantes da Escola Naval; IV – os alunos da Escola de Formação de Oficiais da Marinha Mercante; V – os alunos das Escolas de Aprendizes-Marinheiros; VI – as demais Praças Especiais, à exceção dos Guardas-Marinha; e VII – o filho, ex-dependente de contribuinte do FUSMA, portador de patologia crônica incidente ainda na situação de dependência e que tenha sido assistido no âmbito ou sob o controle do SSM. Parágrafo único – A isenção constante deste artigo não abrange as indenizações pela Assistência Médico-Hospitalar que for prestada à viúva e aos dependentes instituídos pelo militar falecido, mencionados no inciso I".

4.2.2.2 Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências:

"Art. 15. São descontos obrigatórios do militar: II – contribuição para a assistência médico-hospitalar e social do militar; e

"Art. 25. A contribuição para a assistência médico-hospitalar e social é de até três e meio por cento ao mês e incidirá sobre as parcelas que compõem a pensão ou os proventos na inatividade, conforme previsto no art. 10 desta Medida Provisória.

4.2.2.3 Decreto nº 4.307, de 18 de junho de 2002, Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, Regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de *agosto* de 2001, dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nºs 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências:

Art. 97. O art. 14, o § 1º do art. 16 e o art. 33 do Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 14. A contribuição de até três e meio por cento ao mês, para constituição do Fundo de Saúde, de cada Força Armada, será estabelecida pelo respectivo Comandante da Força." (NR)

"Art.16. ...valor da Unidade de Serviço Médico – USM – corresponde a zero vírgula zero zero quatro por cento do soldo do posto de Capitão-de-Mar-e-Guerra.....".

"Art. 33. As indenizações previstas neste Decreto, exceto a referente à diária de acompanhante, poderão ser pagas à vista ou em parcelas mensais, sendo consideradas dívidas para com a Fazenda Nacional e sujeitas a desconto obrigatório, conforme estabelecido em legislação específica.

5 FAMÍLIA NAVAL

5.1 O usuário da família naval

5.1.1 Total da Família Naval

Hoje a Família Naval conta com uma população de trezentos e quarenta e dois mil e trinta (342.030) usuários do SSM (Gráfico 16).

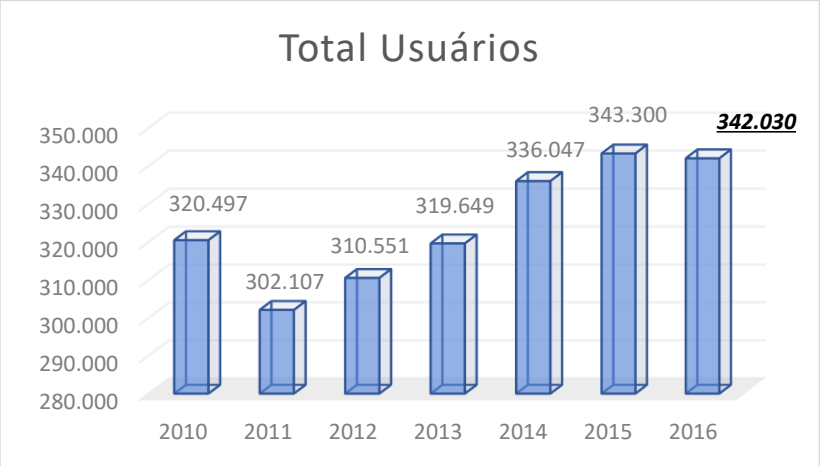


Gráfico 16 – DSM – Posição: MAR2016
Fonte: DSM

5.1.1.1 Composição dos usuários por titularidade e grau de dependência (Tabela 10)

TABELA 10

Usuários por titularidade e grau de dependência

DISTRITO	TITULAR	DEP DIR	DEP IND	SUBTOTAL
Com 1º DN	101.916	115.483	12.158	229.557
Com 2º DN	6.781	7.145	611	14.537
Com 3º DN	14.271	16.052	1.050	31.373
Com 4º DN	6.717	8.150	724	15.591
Com 5º DN	5.991	6.288	485	12.764
Com 6º DN	3.289	4.693	514	8.496
Com 6º DN	3.289	4.693	514	8.496
Com 8º DN	3.401	3.351	266	7.018
Com 9º DN	3.464	4.811	511	8.786
TOTAL	151.252	173.674	17.104	342.030

Fonte – DSM – Posição: MAR2016

5.1.1.2 Curva de ingressos no sistema no período de 2010 a 2016

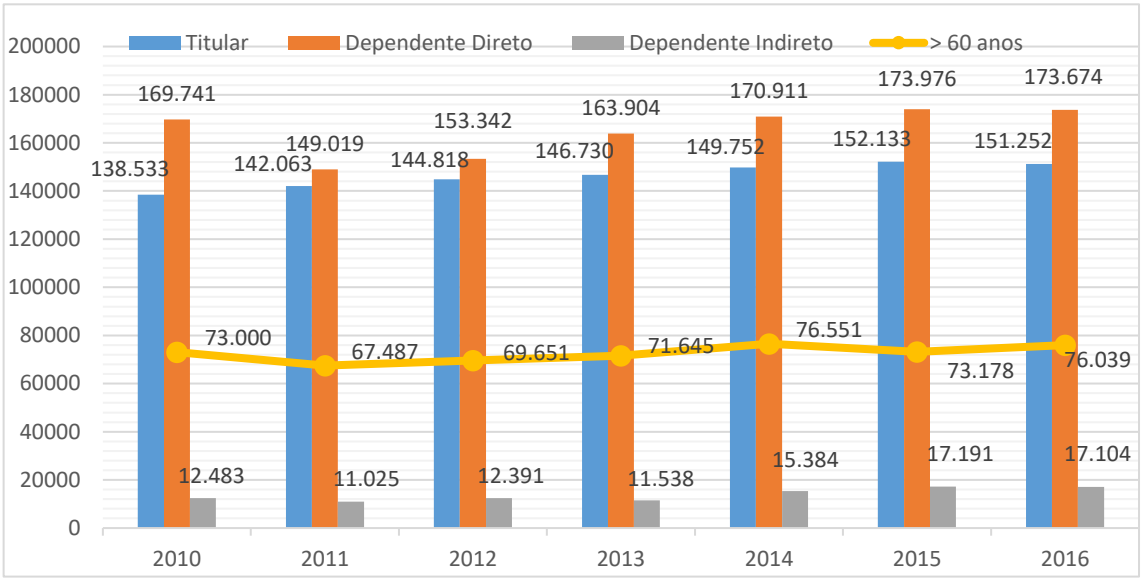


Gráfico 17 - Ingressos no SSM
Fonte: DSM – Posição: MAR2016

5.1.1.3 Entrada de usuários por ano (Gráfico18)

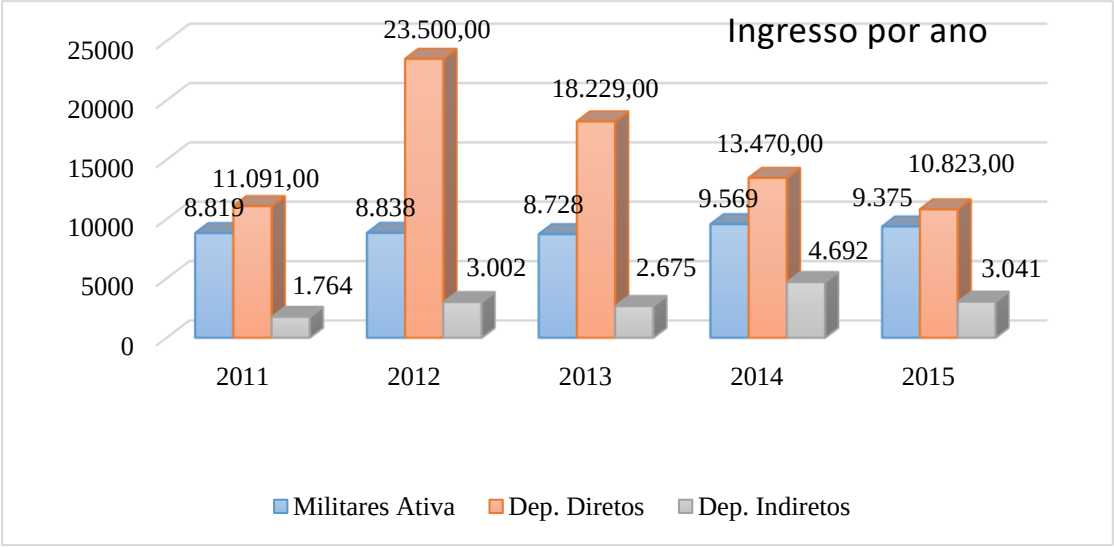


Gráfico 18 – Entrada de usuários no SSM
Fonte: DSM – Posição: MAR2016

5.1.1.4 Grau de parentesco dos dependentes diretos e indiretos (Tabela 11)

O grupo de dependentes diretos tem 12,9% de usuários com idade superior a 60 anos, e o grupo dos dependentes indiretos, 64,1%.

TABELA 11

Grau de parentesco dos dependentes diretos e indiretos

DEPENDENTES DIRETOS

Grau de Parentesco	Total
Filha/o	88.990
Conjuge	64.268
Companheira/o	9.296
Mãe/Pai	5.904
Ex-Conjuge	2.903
Enteada/o	2.225
Ex-Companheira/o	78
Tutelada/o	9
Sogra*	1
TOTAL	173.674

DEPENDENTES INDIRETOS

Grau de Parentesco	Total
Avó/ô	61
Cunhada/o	162
Enteada/o	10
Filha/o	521
Irmã/o	1.368
Madrasta	25
Mãe/Pai	12.625
Neta/o	10
Sobrinha/o	225
Sogra	1.696
Termo de Guarda de Responsabilidade(TGR)	396
Não Informado	5
TOTAL	17.104

Fonte – DSM – março de 2016

5.1.1.5 Distribuição de usuários com mais de 60 anos por vínculo de dependência

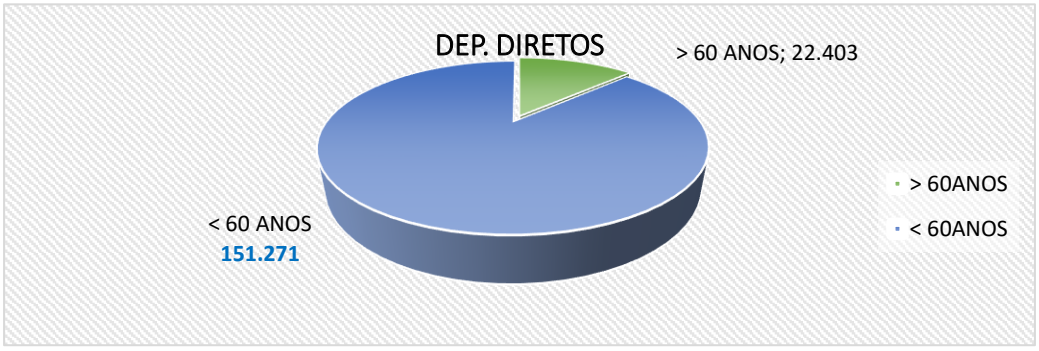


Gráfico 19– Dependentes diretos
Fonte:DSM – março de 2016

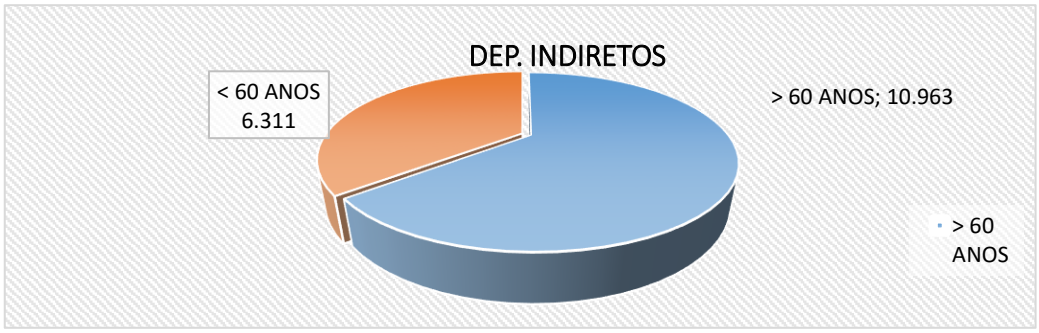


Gráfico 20 – Dependentes indiretos
Fonte:DSM – março de 2016

Observamos uma maior concentração relativa de dependentes ***com mais de 60 anos no grupo dos dependentes indiretos*** **(**Gráfico 21), totalizando a metade de todos os dependentes com mais de 60 anos. Considerando-se o custo de saúde nessas faixas etárias, encontramos o núcleo pesado do fator custo para o sistema nos dependentes indiretos, que muitas vezes entram no sistema quando do surgimento de uma patologia ou da agudização de uma patologia preexistente, ou seja, aderem ao SSM portando doenças crônico-degenerativas de alto custo.

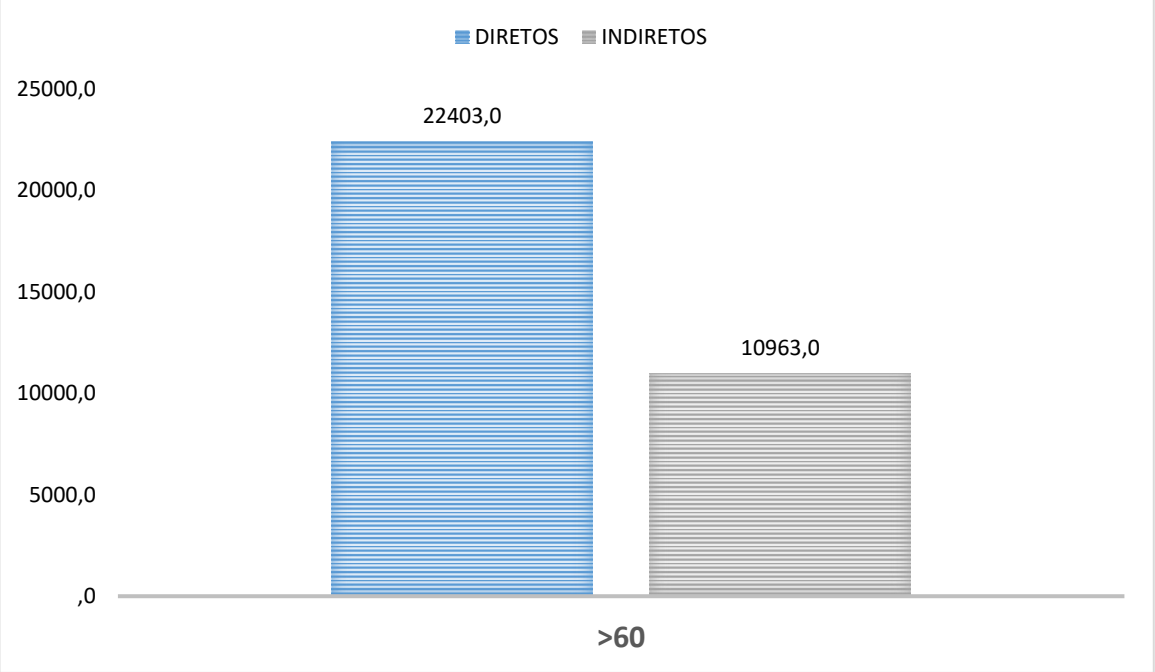


Gráfico 21 – Dependentes diretos e indiretos
Fonte:DSM – março de 2016

6 CUSTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NAVAL

6.1 O custo da saúde

6.1.1 Variação do Plano de Metas Hotel (PM-H) até março de 2016

Hoje vivenciamos uma despesa ascendente com a saúde, fruto de diversas variantes que impactam o custo saúde e o sistema como um todo (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Variação do PM-H
Fonte: DSM – MAR 2016

6.1.2 Evolução dos restos a pagar

Observamos um incremento dos restos a pagar, fruto da ausência do financeiro, somado ao já presente contingenciamento dos créditos autorizados. Com isso acrescentamos mais custos ao demonstrativo do Gráfico 22, com os valores apresentados no Gráfico 23, chegando-se a um valor extrapolado da ordem de quase R$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais).

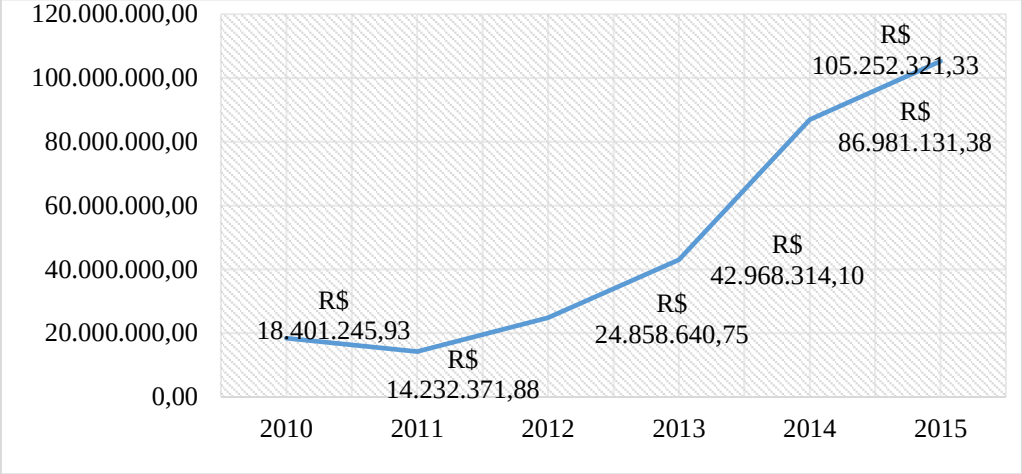


Gráfico 23 – Evolução dos restos a pagar
Fonte: DSM – MAR 2016

6.2 Créditos orçamentários e fontes de recursos que compõem o PM-HOTEL

6.2.1 Créditos orçamentários.

Os créditos orçamentários para atenderem a AMH são os seguintes: Fator de Custo de Assistência Médico-Hospitalar (FCAMH), que trata de participação da União e compõe a Despesa Obrigatória, e as Despesas Discricionárias (DD). O FCAMH contribui com 34,73% das despesas totais, e as DD com 13,21% (Gráfico 24).

6.2.2 Fontes de recursos para a AMH

As fontes de recursos para a AMH são provenientes das seguintes rubricas: Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), Indenização Médica Hospitalar (IMH), Serviço de Distribuição de Medicamentos (SEDIME), e Saúde Nuclear. O FUSMA contribui com 37,19%; o IMH, com 4,57%; o SEDIME, com 0,34%; e a Saúde Nuclear, com 9,96%. O fator de custos entra como recurso suplementar proveniente do orçamento da MB (Gráfico 24).

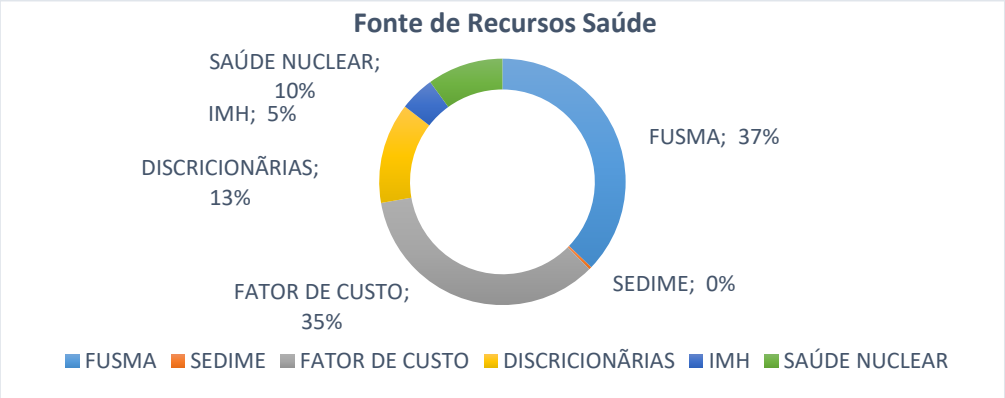


Gráfico 24 - Fonte de recursos da Saúde
Fonte: DSM – Posição: MAR2016 – 45ª RECOSEPE

6.2.3 Contribuições e descontos pelos usuários por Força

Comparativo de INDENIZAÇÃO Médico-Hospitalar (IMH) entre as Forças Armadas e descontos para os Fundos de Saúde (Tabelas 12 e 13).

TABELA 12

FORÇA	MARINHA	EXÉRCITO	FAB
Tabela Rede Própria	CISSFA	CISSFA	CISSFA
Tabela OSE	CISSFA	Valor do Contrato	CISSFA
Percentual de Desconto	20% - Dep.Direto	20% - Dep.Direto	20%
	100% - Dep. Indireto	100% - Dep. Indireto	
Teto	3% Soldo	10% Soldo	4% Soldo

Fonte: DSM-05

TABELA 13

MB FUSMA	EB FUSEX	FAB FUNSA
1,6%* titular (bruto) 0,3% dependente direto 0,6% dependente indireto *1,35% saúde e 0.25% assistência social	3% titular e cônjuge 0,4% dependente direto* 0,5% dependente indireto *ou 0,5% se possuir mais de um dep. direto	1,3%* titular (bruto) 0,55% dependente *1,2% saúde e 0.1% assistência social
Portaria 330/MB 25/09/2009	Portaria 048DGP/EB 28/02/2008	Portaria 550/GC6 14/05/2004

Fonte: Ministério da Defesa

6.2.4 Despesas do PM HOTEL

As despesas do PM HOTEL são compostas pelas seguintes demandas e seus respectivos percentuais: Organização de Saúde Extra Marinha (OSE), 36,5%; Atividade fim, 32,2%; Manutenção e funcionamento, 20,4%; Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM), 3,9%; Medicamentos especiais, 2,8%; Ação Interna, 1,5%; Serviço de Distribuição de Medicamentos (SEDIME), 1,2%; equipamentos, 0,7%; RECBEM, 0,6%; dotação operativa, 0,2% (Gráfico 25).

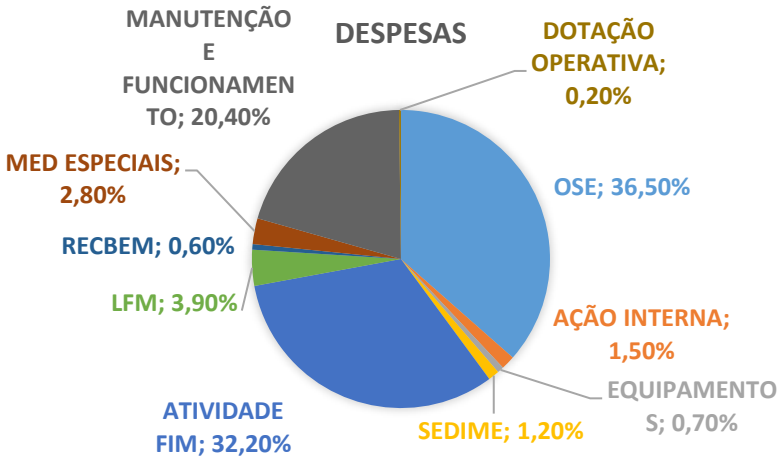


Gráfico 25 - Os Custos do Sistema de Saúde da Marinha
Fonte: DSM - Mar 2016, 45ª RECOSEPE

7 RISCO MORAL E SELEÇÃO ADVERSA

7.1 O risco moral e a seleção adversa

Segundo a Escola Econômica Neoclássica, os agentes econômicos possuem ***racionalidade substantiva***, conseguindo resolver problemas de alta complexidade de forma instantânea e sem custos, prever as possíveis situações futuras e conduzir-se de forma racional em todas as situações. Destarte, todos os contratos entre agentes econômicos não permitiriam comportamentos oportunistas, facultando a um cumprimento perfeito da avença, (STANCIOLI, 2002). Os agentes têm, em verdade, ***racionalidade limitada*** e não conseguem antever todas as nuances de uma relação econômica. Os contratos entre agentes econômicos estão longe de serem completos, pois não conseguem estabelecer o *modus operandi* das partes nas diversas circunstâncias possíveis, tampouco os custos e benefícios que devem ser alocados, (MILGROM, 1992). A existência da racionalidade limitada permite que agentes econômicos omitam informações privadas, importantes no contexto do contrato, e cujo conhecimento se restringe apenas a uma das partes. Assim, o agente possuidor da informação privada pode se conduzir de maneira oportunista, corrompendo o contrato original. As assimetrias de informações são um grande entrave nas relações econômicas, o que dificulta o acompanhamento das partes no cumprimento do acordo firmado, (STANCIOLI, 2002).

7.1.1 Classificação **de Arrow – *Hidden Action e Hidden Information***

ARROW classifica as relações econômicas em dois tipos: ***HIDDEN ACTION***[6] e

[6] Ações ocultas

HIDDEN INFORMATION[7]. O *hidden action,* ou ***RISCO MORAL,*** compreende o oportunismo pós-contratual, que significa uma alteração no comportamento diante do compromisso contratado. O *hidden information*, ou ***SELEÇÃO ADVERSA,*** ocorre quando as partes possuem informações sobre as suas características individuais, que lhes facultam ações oportunistas já antes mesmo da formalização da avença contratual, (ARROW, 1985). Segundo o New Palgrave Dictionary of Economics, o risco moral corresponde às ações de agentes econômicos que objetivam maximizar seus ganhos em detrimento de outros, em arranjos nos quais eles não arcam com as consequências, ou seja, encontram-se isolados ou imunes às consequências de suas ações. Como exemplo pode-se citar o caso de um médico que, para se defender de acusações de má prática, solicita muitos exames e procedimentos, cujo custo é coberto pelo paciente ou pelo sistema e é maior que o benefício oferecido. A seleção adversa é consequente à assimetria de informações, é uma expressão empregada para definir a captação de beneficiários ou usuários com alta probabilidade de utilizar o sistema de saúde e elevar o custo assistencial médio para acima da média populacional. Trata-se de indivíduos que, ao adquirirem o plano de saúde, têm maior propensão a utilizar os serviços assistenciais do que aqueles que não possuem plano de saúde, (STANCIOLI, 2002).

7.2 Estrutura do mercado de saúde

O mercado de serviços médicos ou de saúde comporta-se como uma tríade de três elementos principais, quais sejam: consumidores, sistemas de saúde e os provedores de saúde. Os consumidores ou usuários e os sistemas de saúde são a demanda de mercado, responsáveis respectivamente pelo financiamento dos serviços e pagamento aos ofertantes. Existem ainda os

[7] Informações ocultas

provedores de serviços, que incluem os médicos, profissionais de saúde, hospitais e laboratórios, (SANTERRE, 2013).

No mercado de saúde, as despesas não podem ser previstas, seus valores podem variar muito, atingindo, em muitos casos, níveis extremamente elevados, sujeitando os usuários a riscos e incertezas. Os consumidores ou usuários, com o objetivo de fugir ao risco, aderem a sistemas de saúde ou seguros saúde, que diluem os riscos, diminuindo a exposição individual aos mesmos, franqueando um bem-estar social. Cabe ressaltar a existência da assimetria informacional, em que o usuário possui informações sobre seu estado de saúde, mas omite ao sistema, e os provedores de saúde possuem informações sobre a saúde dos pacientes, mas não revelam a eles e ao sistema, (YAMAGUCHI, 2013).

Com o sistema de saúde, o agente decisório relativo não é onerado pelos custos de seu tratamento médico, o que estimula, muitas vezes, ações oportunistas, com a realização de procedimentos mais caros e mais frequentes do que seriam se os custos fossem atribuídos diretamente ao agente decisório, (STANCIOLI, 2002). As políticas assistências de saúde, sistemas de saúde, promovem uma substituição (***tradeoff***) entre compartilhamento de riscos e a aplicação de incentivos apropriados, (STANCIOLI, 2002). O real valor para o usuário encontra-se em sua capacidade de dividir seus riscos individuais (***risk pooling***) com ganhos de bem-estar. A afirmativa baseia-se no fato de que um indivíduo não pode prever ou predizer com alguma razoabilidade, qual a probabilidade de, em algum momento, demandar cuidados médicos de alto custo, (STANCIOLI, 2002).

A existência de informações assimétricas, juntamente com o fato de o paciente não arcar com os custos, favorece o surgimento do risco moral (*hazard risk*). Assim, com o objetivo de desestimular o risco moral, aplicam-se sistemas de regulação, cobranças de procedimentos (IMH) e utilização de protocolos médicos.

A aversão ao risco pode ser explicada pela curva de utilidade total de renda. A queda de utilidade relacionada à perda de uma unidade monetária é maior do que o aumento de utilidade vinculado ao ganho no mesmo montante. Um paciente com uma renda Y_0 e com um nível de utilidade U_0, no caso de uma enfermidade, teria sua renda disponível diminuída pelos custos do tratamento ($Y_0 - Y_1$) e passaria a ter uma renda disponível menor Y_1 com novo nível de utilidade U_1. Caso o paciente não possua seguro saúde ou faça parte de um sistema de saúde, duas situações se apresentam: não adoece e mantém a renda de Y_0 ou adoece e reduz sua renda líquida disponível para Y_1. Objetivando formar expectativas de estado de saúde futuro, o paciente utiliza-se de fatores subjetivos que utilizam a idade, histórico familiar e estilo de vida. Destarte, pode-se observar que o SSM tem a capacidade de aumentar o nível de bem-estar social, diminuindo o nível de exposição de incertezas, (STANCIOLI, 2002).

7.3 Risco moral no SSM

Caracteriza-se em um aumento na frequência dos serviços de saúde, em virtude de o usuário estar protegido do custo real, pois os titulares e dependentes diretos irão remunerar em apenas 20% e os dependentes indiretos em 100% da tabela do Ministério da Defesa (CISSFA), tendo como teto os 3% do soldo. Cabe ressaltar que a referida Tabela CISSFA é muito inferior aos valores praticados pelo mercado, isto é, o paciente poderá obter uma assistência de qualidade superior à que teria, caso arcasse com todo o custo assistencial, já que o custo marginal do serviço demandado é zero, (RIBAS, 2009) apontando para o grande risco de oportunismo ou risco moral nas relações dentro do mercado da saúde e o grande volume de recursos envolvidos, (STANCIOLI, 2002). Segundo Stancioli (2002) e Brunetti (2010), a imposição da coparticipação trata de medida eficiente no cerceamento do risco moral, e consequente redução nas despesas médicas, (RIBAS, 2009).

7.4 Seleção adversa

Da mesma forma que o risco moral, a ***seleção adversa*** é fruto de uma assimetria de informações. A expressão supra, tem sua origem na captação de usuários de alta probabilidade de uso com custo assistencial médio muito acima da média da população. A seleção adversa ocorre em função de indivíduos, que adquirem um plano de saúde, com maior propensão a utilizar os serviços médicos e assistenciais do que aqueles que não possuem plano de saúde, (STANCIOLI, 2002).

Segundo Maia (2012, p. 19), a seleção adversa é entendida como a seleção de um universo desfavorável ao SSM, ou seja, um grupo de indivíduos que adere ao sistema de saúde e apresenta atributos de risco quanto a maior chance de utilização da AMH.

Na visão de Stancioli (2002, p. 8), a seleção adversa é um evento prejudicial ao mercado de saúde, pois, principalmente no SSM, é cobrada uma mesma contribuição de todos os usuários, em alguns casos um valor menor, de uma população heterogênea quanto à probabilidade de sofrer sinistro. Sendo assim, os usuários de maior risco são estimulados a consumir mais produto em relação àqueles com menos riscos, o que pode impor no limite o impedimento por esgotamento total no atendimento a esses, (MAIA, 2012).

8 CONSIDERAÇÕES

8.1 Ética

A Ética dos futuros médicos brasileiros é balizada por três paradigmas conflitantes: o técnico-científico, o comercial-empresarial e o benigno-humanitário. O paradigma ***técnico-científico*** apresenta-se como demanda pela competência e excelência profissional. Neste, os valores da ciência e da tecnologia se sobrepõem sobre os demais, tendendo ao conceito de saúde como a ausência de doença. Destarte, a morte é o inimigo número um, e todos os meios técnicos e científicos devem ser utilizados para derrotá-la, (MARTIN, 2002).

O paradigma ***técnico-científico*** baseia-se no desenvolvimento tecnológico, em que se esquece da pessoa humana e do doente, valorizando apenas as aparelhagens e equipamentos de última geração. O paciente não é visto como pessoa, o que era estudado era a doença, contrariando o adágio atribuído ao Prof. Miguel Couto: "Não existem doenças, existem doentes". Trata-se de um modelo em que a ciência predomina, obrigando o médico a se atualizar continuamente e a comprar sempre os últimos modelos, tornando-se refém de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

O paradigma ***comercial-empresarial*** surge como consequência dos altos custos da medicina tecnológica. Este modelo defende os valores econômicos, com isso só pode ser atendido que tem condições financeiras para tal. O médico não é mais um profissional liberal, passando a tornar-se um assalariado. Neste paradigma os valores do doente só interessam na medida em que geram lucro. Trata-se da privatização da medicina, dos hospitais e das clínicas, dominados pelos planos de saúde, (MARTIN, 2002). O paciente perde a autonomia, passa a fazer parte de um joguete na mão dos manipuladores de exames e procedimentos, sejam eles médicos, técnicos ou outros profissionais de saúde e administradores de empresas

mantenedoras dos planos de saúde.

O paradigma ***benigno-humanitário***, em sua benignidade, reflete o médico virtuoso. Trata-se de crítica aos demais paradigmas. Este modelo assemelha-se ao modelo do paternalismo benigno, que se refere à benignidade. Existe uma dignidade fundamental, como valor universal em que exige o respeito para com o trato de todos os cidadãos, e não apenas com os pacientes, (MARTIN, 2002).

8.2 Desinvestimento em saúde

Ao falarmos em "desinvestir", logo vem o entendimento de cessar o investimento, com consequente diminuição na oferta de saúde. O conceito de desinvestimento é o deslocamento e realocação de recursos, e não de racionamento dos mesmos. O desinvestimento objetiva eliminar desperdícios, com um programa permanente de avaliação de desempenho de tecnologias. Quando analisamos a economia em saúde, estamos falando de investimentos e desinvestimentos nos sistemas públicos de saúde, incluindo-se o SSM, passando a reconhecer a exequibilidade dos recursos investidos e a atenção máxima ao paciente, expondo os custos das oportunidades em novas intervenções, permitindo efetuar uma análise de pertinência dos investimentos e desinvestimentos, e contribuindo para direcionar as estratégias de inovação para áreas prioritárias do sistema de saúde.

O processo de desinvestimento em saúde consiste na eliminação de cuidados em saúde com pouco valor clínico agregado, possibilitando uma diminuição relevante dos desperdícios, realocando-se estes recursos para outras demandas prioritárias[8].

O desinvestimento objetiva a retirada de tecnologia financiada, cuja prática é

[8] National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *https://www.**nice**.org.uk/*

ineficaz ou subutilizada, proporcionando, assim a melhoria do cuidado com saúde, reduzindo os dispêndios onerosos ao orçamento na MB em seu sistema saúde, sem prejuízos para a assistência médica, por haver exclusão ou realocação de recursos.

As questões metodológicas são compostas por métodos de identificação e priorização; a estruturação de um método de avaliação adequado, que assegure recursos para o desenvolvimento de estratégias na condução de políticas clínicas; e o possível embate para fazer cessar as práticas viciosas arraigadas do sistema. São políticas que precisam ser aprofundadas e conduzidas pelos gestores.

As abordagens em desinvestimento em saúde podem ser conduzidas conforme as linhas de ação elencadas: elevado nível de decisão e comprometimento na adoção do processo de desinvestimento**;** um sistema normativo na tomada de decisão de desinvestimento, com transparência e isenção de interesses; normatização para a remoção, redução de reembolso, ou restrição de uso de uma determinada tecnologia ou processo clínico; organização processual sistemática e transparente, para identificar as práticas existentes com potencial de ineficácia, priorizando novas práticas em conformidade com a nova filosofia; estudo de novas formas de reembolso para tecnologias supostamente obsoletas; e uma agenda positiva de financiamento na capacitação em pesquisa e desenvolvimento de políticas de desinvestimento.

A condução do processo de desinvestimento deverá observar uma agenda rigorosa e estratégica, para evitar a insatisfação dos profissionais de saúde e uma equivocada interpretação da população assistida que o vê como uma atitude de redução do seu pacote de benefícios.

Na condução do desinvestimento devemos considerar: quais são os recursos totais disponíveis para saúde; como esses recursos estão sendo gastos atualmente; quais são as principais tecnologias candidatas a receber mais recursos e qual seria o seu custo-eficácia.

Existem áreas de atendimento dentro do nosso sistema de saúde que oferecem o mesmo nível de eficácia, mas com menor recurso aplicado, que podem liberar recursos para outras potenciais tecnologias candidatas, mais eficazes.

8.3 Verticalização e horinzontalização em saúde

Diante da alta complexidade da atividade de saúde, deve-se buscar o envolvimento integral de todos os seus ***stakeholders***[9]**,** na busca por um ambiente sistêmico capaz e efetivo no atendimento das suas missões, (VELOSO , 2010).

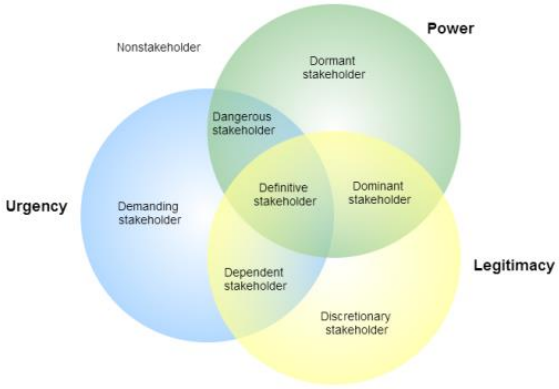


Gráfico 26 – Modelo Stakeholder Salience
Fonte: http://www.portal-administracao.com/2014/07/stakeholders-significado-classificacao.

A verticalização em saúde significa a total integração dos serviços de saúde pela organização, reunindo todos os serviços de saúde, como hospitais, clínicas, empresas de home-care, centros de reabilitação, hospices (centros de cuidados paliativos ou para pacientes terminais) e centros de educação em saúde, dentro do mesmo sistema, tornando-o auto suficiente e independente, (BYRNE, 1999). Assim, no processo de produção da saúde, o paciente é o produto intermediário que é transferido de um estágio a outro, objetivando o produto final, a melhora do seu estado de saúde, (VELOSO, 2010).

[9]"***Stakeholders*** são grupos sem cujo apoio a organização deixaria de existir". O termo *stakeholder* possui um sentido amplo e outro mais estrito. O primeiro faz referência a todo grupo ou indivíduo que influencia ou é influenciado pelo alcance dos objetivos da organização. E no sentido mais estrito, refere-se a indivíduos ou grupos de que a organização depende para sobreviver

A horizontalização consiste na atuação conjunta de organizações de saúde similares, formando uma cadeia, que estão sob o mesmo comando. Também existem exemplos de formação de alianças estratégicas, tanto vertical como horizontalmente, (FERREIRA, 2000). Como exemplo de aliança vertical, temos as parcerias entre hospitais e OPS. Existem vários casos em que ocorrem parcerias com hospitais independentes, principalmente para a realização de procedimentos de alta complexidade.

8.4 Medida de qualidade

Quando objetivamos uma melhora nos sistemas de saúde, demandamos uma mensuração dos resultados, pois as equipes melhoram e adquirem excelência acompanhando o progresso ao longo do tempo e avaliando sua evolução dentro e fora da organização. Destarte, a medição rigorosa dos resultados e dos custos é muito importante na melhoria da saúde. Sempre que observamos o uso sistemático da mensuração de resultados nos cuidados de saúde, notamos uma melhora. A grande maioria dos provedores de serviços de saúde não controlam os custos ou os resultados por especialidade médica para pacientes individuais. Devem-se aferir os reais recursos utilizados no tratamento dos pacientes ao longo do ciclo completo de atendimento, (PORTER, 2013).

A "medição de qualidade" tem pendido para indicadores mais facilmente mensuráveis e menos controversos. A maioria das métricas de "qualidade" não mede a qualidade; pelo contrário, são apenas processos de medição previstos nas diretrizes de compliance[10]. Os resultados do HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set (Conjunto de Informações e Dados da Eficácia dos Serviços de Saúde) contêm as métricas do processo, bem como dos indicadores clínicos de fácil medição, (PORTER, 2013).

[10]**Compliance** é o conjunto de disciplinas para fazer cumprir as normas legais e regulamentares.

As únicas e verdadeiras medidas de qualidade são os resultados que importam aos pacientes, e, quando esses resultados são coletados e publicados, os provedores de saúde enfrentam pressões para adotar melhores práticas. Os resultados devem ser medidos por patologia, não por especialidade ou intervenção, e devem abranger o ciclo completo do atendimento da patologia e controlar o estado de saúde do paciente após a conclusão dos serviços, (PORTER, 2013). A percepção dos resultados julgados importantes para os pacientes, são divididos em três níveis: O nível 1 envolve o estado de saúde alcançado; o nível 2 refere-se à natureza do ciclo de atendimento e recuperação; e o nível 3 refere-se à sustentabilidade da saúde. Medir o conjunto completo de resultados que importam é indispensável para suprir melhor as necessidades dos pacientes. É também um dos mais poderosos veículos para a redução de custos dos serviços de saúde, (PORTER, 2013).

Quando obtemos uma melhora nos resultados funcionais do nível 1, os custos normalmente caem, e, se melhoramos os resultados dos níveis 2 e 3, os custos invariavelmente caem. Em 2011, por exemplo, um estudo alemão constatou que os custos de acompanhamento de um ano após a substituição total da bacia foram 15% inferiores em hospitais com resultados acima da média do que nos hospitais com resultados abaixo dela e 24% inferiores nos hospitais de volume muito baixo, onde os provedores têm relativamente pouca experiência com a prótese de quadril. ***Quando negligenciamos consistentemente a medida e os resultados que interessam, perdemos a nossa mais poderosa alavanca de redução de custo,s*** (PORTER, 2013).

8.5 Conteúdo × Continente /risco moral/seleção adversa

A desproporção do conteúdo com o continente, o risco moral e a seleção adversa são elementos componentes da soma zero contra o custo saúde. Tal assertiva tem fulcro no fato

de existir um grande e constante crescimento (inchamento) do conteúdo do SSM/AMH, e a diminuição (encolhimento) do continente. Este desbalanceamento gera um aumento de custos em progressão aritmética, com uma redução constante de seu orçamento. Diante da afirmativa, percebemos não só um prejuízo quantitativo, mas também uma perda qualitativa, pois exige uma dispersão do arsenal médico no atendimento a uma demanda desproporcionalmente maior.

Os planos de saúde, com o objetivo de se defenderem da assimetria informacional, utilizam-se de ferramentas necessárias a um mercado complexo e delicado, como prazos para o início da utilização do convênio, conhecidos como carências, que funcionam segundo a regulamentação da ANS, a partir da assinatura do contrato: 24 horas em casos de urgências e emergências, com acidentes pessoais; 30 dias para consultas e exames de rotina; 180 dias para internações eletivas, cirurgias e exames de alta complexidade; 720 dias para doenças e lesões preexistentes; e 300 dias para parto e suas consequências (prazos máximos pela ANS[11]).

Existem ferramentas para mitigar os efeitos da assimetria informacional que são factíveis para o SSM, quais sejam: criar incentivos para que o usuário revele suas características; exclusão de doenças preexistentes e de doenças de alto custo, ***nos casos de dependentes indiretos***; formação do preço a partir do ***experience rating****;* cobrança de prêmio com base no grau de risco; para evitar as fraudes que se constituem um problema de *moral hazard* (*hidden action*), o SSM poderia investigar os fatos antes do ingresso do usuário no sistema como dependente indireto; “co-seguro” para reduzir o problema do risco moral (*hidden action*), como, por exemplo, o pagamento das consultas médicas a fim de desestimular as idas desnecessárias aos médicos, IMH para as consultas, (NETO, 2016).

[11] Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

Regras básicas de mercado:

- Quanto maiores os riscos efetivos, maiores serão os prêmios;
- Quanto maior a amplitude dos contratos, maior deverá ser a busca do equilíbrio separador; e
- Fazer o *cream-skimming*[12], com maiores prêmios para os riscos mais elevados.
- Promover incentivos para reduzir os riscos com a aplicação de co-seguros, deduções e uso de franquias.

O grupo dos ***dependentes indiretos*** é uma população composta por 17.104 usuários, com 64,10% ou 10.963 com mais de 60 anos. Analisando-se friamente o número de dependentes diretos da ordem de 173.674, com 12,90% com mais de 60 anos, totalizando 22.403, observamos uma curva tendenciosa para o alto risco moral e seleção adversa para o grupo de ***dependentes indiretos***, **que procuram o SSM para tratar de suas doenças previamente existentes, e não como um suporte preventivo e mantenedor de higidez**. Considerando-se que nesta faixa etária encontramos uma expressiva prevalência de doenças crônico-degenerativas que demandam grande aporte financeiro, pode-se compreender que esses dependentes indiretos consomem mais serviços de saúde que os demais usuários. Na maioria das vezes esses usuários, por ocasião de seu ingresso no SSM, são portadores de doenças crônico-degenerativas ou outras preexistente agudizadas ou não, ou ainda, doenças recentemente diagnosticadas no sistema público ou privado de saúde, que motivam sua busca pela legitimação do *status* de dependente indireto, para auferir os benefícios do SSM. Cabe ressaltar que esses usuários contribuem com uma parcela de 0,6% do soldo do titular, demasiadamente inferior aos valores praticados pelos planos de saúde privados. Apesar de a

[12] Triagem

sua indenização médico-hospitalar ser de 100% da tabela CISSFA, essa tabela não reflete os reais valores praticados pela indústria e mercado de saúde, além do fato de a indenização ocorrer de forma parcelada de longo prazo, em respeito ao teto da margem consignável do desconto de 3% ao mês, tornando a relação entre fornecedor e consumidor de saúde no SSM desbalanceada, destarte, com forte impacto negativo no fluxo de recursos, elevando cumulativamente o custo saúde.

9 CONCLUSÕES

A racionalidade substantiva permite que se delibere quanto aos meios mais adequados diante da sua escassez, utilizando-os de forma racional, eficiente e efetiva, mas os indivíduos têm racionalidade limitada, e não conseguem se proteger de situações adversas em suas relações econômicas, sujeitando-se a riscos provenientes da assimetria informacional. Os agentes de uma relação econômica não conseguem estabelecer e prever o comportamento das partes envolvidas perante as mais variadas circunstâncias de um contrato, bem como qualificar e quantificar com precisão como os custos e quais os serviços devem ser. A existência da racionalidade limitada favorece a detenção pelos indivíduos de informações privadas relevantes ao contrato, as quais ficam restritas a apenas um agente do contrato. Destarte, aquele que possui tal informação pode conduzir-se de maneira oportunista, corrompendo o contrato celebrado, que, no nosso caso, trata-se do estabelecimento do vínculo de dependente indireto e usuário do sistema.

O contrato entre a MB, via SSM, com seu público assistido, trata de avença que objetiva claramente prestar assistência médico-hospitalar aos beneficiários que contribuam para o FUSMA e os dependentes dos militares que, a critério de cada Força, venham a ser enquadrados nos regulamentos dos respectivos Fundos. Nesse escopo, observamos na presente tese, que o subgrupo dos dependentes indiretos, que são parte do grande grupo da Família Naval, concentra, relativamente, o maior consumo de saúde e maior custo.

Para explicarmos essa ocorrência, devemos considerar as leis gerais, que são divididas em duas partes: uma primeira em que aquilo que se deseja explicar deve ser consequência lógica das condições iniciais e de uma lei geral; e a segunda, em que a explicação exige pelo menos uma lei universal, ou seja, a explicação que obrigatoriamente deve conter uma lei geral, e ser feita por dedução, para enquadrar-se no modelo dedutivista. Se desejarmos

explicar algum evento, no caso em pauta, a existência de usuários inelegíveis e de alto custo, devemos necessariamente descrever as condições iniciais em que uma lei geral o torne inteligível.

Nesse caso, o enquadramento legal como dependente indireto não tem embasamento presuntivo, e sim mediante comprovação do direito, que está sujeita a interpretação. Quando observamos a motivação pela inclusão do dependente indireto, observamos uma prevalência de usuários com mais de 60 anos, já portadores de alguma patologia, que a partir do seu diagnóstico, criou a demanda premente por saúde.

Objetivando equilibrar o problema do custo saúde, tendo de um lado os grandes consumidores de saúde no grupo dos dependentes indiretos e os usuários contributivos, que buscam saúde mediante um agravo, estabelecer-se-ia uma distribuição proporcional dos descontos, que ora correspondem respectivamente a: titulares, 1,6%; dependentes diretos, 0,3%; e dependentes indiretos, 0,6% , com uma elevação proporcional na contribuição por parte dos dependentes indiretos, por meio da formação do preço a partir do ***experience rating***, juntamente com uma cobrança de prêmio com base no grau de risco, alterando-se dos atuais 0,6% para até 2,0%. Por não se tratar de matemática financeira visando ao lucro, obteríamos uma melhoria qualitativa, quantitativa e distributiva, com soma ganha / ganha. Essa iniciativa, ainda mantendo-se o custo em um patamar muito inferior ao mercado, produziria três efeitos diretos, o primeiro com um aumento na arrecadação direta para o FUSMA; o segundo como contenção do risco moral e seleção adversa, visto que a oneração em folha provoca uma inibição na prática de condutas de assimetria informacional; o terceiro, promovendo a saída dos usuários dependentes indiretos de alto custo, de forma voluntária, trazendo o custo de volta ao centro da meta, com o redimensionamento equitativo da saúde e consequente melhora dos serviços na AMH.

No combate à inflação médica, o uso das medidas de desinvestimento, com promoção do reconhecimento dos recursos investidos com atenção máxima ao paciente, expondo os custos das novas intervenções, permite efetuar-se uma análise de pertinência dos investimentos e desinvestimentos, contribuindo para se direcionar as estratégias de inovação para áreas prioritárias do sistema de saúde.

O processo de desinvestimento em saúde consiste na eliminação de cuidados em saúde com pouco ***valor clínico*** agregado, ou seja, prestigiando o conhecimento científico e a práxis médica, o que possibilita uma diminuição dos desperdícios, realocando-se esses recursos para outras demandas prioritárias.

O desinvestimento objetiva a retirada de tecnologia cuja prática é ineficaz ou subutilizada, com consequente melhoria do cuidado com saúde, reduzindo os dispêndios onerosos ao orçamento da MB em seu sistema saúde, sem prejuízos para a assistência médica, por haver exclusão ou realocação dos recursos. O paciente na ânsia de querer ajudar o médico na solução de seu agravo, passa a sugerir exames complementares, que deveriam ser solicitados em conformidade com protocolos médicos pertinentes, corroborando a legitimidade do ato médico. O desenvolvimento tecnológico, empregado de forma racional, não é antagônico da prática médica semiológica, e sim, um importante aliado e recurso auxiliar para o diagnóstico, sempre que se fizer necessário, e não por demanda sistemática dos médicos.

A relação do médico com o paciente é especial, pois desta relação pode depender a melhora do enfermo ou a perda de sua saúde. O paciente enxerga no profissional médico alguém com poderes para curá-lo. Sob tal ”poder”, ele, além de estar doente, sente-se inferior ao “homem de branco”. Nessa situação, ele não deseja ser tratado como cobaia ou cliente. O médico tem de criar a melhor relação possível, no sentido de elevar a autoestima do paciente e estimular a sua vontade de melhorar, pois se trata de um sentimento fundamental na batalha

contra a doença. Para desmistificar essa imagem e conceito de médico, pode ser feito um simples gesto nobre e humilde para com o paciente: ***Sentar e ouvi-lo***. Ouvir o paciente é peça fundamental na criação de uma boa relação. Ouvindo-o com atenção e cuidado, quanto aos mínimos detalhes sobre aquilo que ele está falando. A técnica sempre pode ser lapidada, pois ***ouvir o paciente é uma arte***.

O rápido crescimento do arsenal médico, bem como a maciça invasão de equipamentos tecnológicos, incorporando novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tornam a expressão ***"primum non nocere"***[13]norteadora da conduta profissional médica e atenção à saúde, em uma preocupação quase paralisante quanto à escolha do que fazer, como intervir e o que utilizar.

O paradigma ***técnico-científico*** possui um conceito fundamentado no desenvolvimento tecnológico, em detrimento da pessoa humana e do doente, valorizando-se unicamente a tecnologia dos aparelhos e equipamentos de última geração. O paciente deixa de ser olhado como pessoa, e sim como doença, contrariando o adágio atribuído ao Prof. Miguel Couto: ***"Não existem doenças, existem doentes"***. Por isso, deve-se estimular ao máximo o exercício da ciência médica, com a prática da medicina arte, fazendo-se uso da semiologia, anamnese e exame físico detalhado, pois esses atos aproximam o médico do paciente, criando uma ambiência de confiança e respeito dentro da relação médico-paciente.

Na análise de qualidade e custos, devemos proceder a uma mensuração abrangente e padronizada dos resultados em uma base global, por meio de conjuntos mínimos de resultados por patologias, valendo-se de registros internacionais e de práticas recomendadas, como um conjunto de resultados padrão. Em um campo no qual o alto custo é um problema global, a ausência de informações do custo exato dos serviços de saúde é no mínimo surpreendente.

[13] Primeiramente não prejudicar. Critério médico, para empregar novas drogas em seres humanos; que elas não prejudiquem o paciente.

Poucos são os profissionais médicos que possuem algum conhecimento do custo dos componentes dos atendimentos, e muito menos como os custos se relacionam com os resultados alcançados. Majoritariamente as organizações de saúde não possuem informações precisas sobre o custo do ciclo de atendimento de um paciente com uma determinada patologia.

Todos os *stakeholders* têm funções a desempenhar e os provedores devem assumir o comando. Todos devem ter a visão de comprometimento para com uma agenda de valor e disciplina para avançar diante das possíveis resistências e das interrupções por elas causadas.

A inserção dos custos dos honorários médicos na indenização médico-hospitalar (IMH) promoverá uma inibição e consequente diminuição da consulta tipo *shopping center*, em que o paciente entra no hospital para consumir o máximo de serviços de saúde, buscando o maior número possível de especialidades, sem a correspondente necessidade.

Os Hospitais Distritais, diferentemente do Hospital Naval Marcílio Dias (terciário/quaternário), trabalham de forma horizontalizada de serviços de saúde, pois não possuem recursos tecnológicos e estruturais para a atenção plena de seus pacientes/usuários. Para trazermos esses hospitais para próximo do eixo verticalizado, havemos de investir em tecnologia propedêutica de alto nível e aumentar o cardápio de serviços, processos e sistemas, mitigando ao máximo o encaminhamento dos usuários à rede credenciada de hospitais.

Quando uma pessoa procura um sistema de saúde ou seguro saúde, tem por motivação a *expectativa de doença ou acidente*, assim como o auxílio funeral, quanto à expectativa irremediável da morte. Com uma assimetria informacional, nosso SSM se torna vulnerável à ação daqueles que omitem informações quanto a sua saúde, possibilitando seu ingresso no sistema e buscando o tratamento de sua doença preexistente de elevado custo terapêutico. Essas pessoas, em sua maioria dependentes indiretos, ao diagnosticarem seus agravos e constatando o elevado custo do tratamento e o impacto no orçamento familiar,

buscam mitigar esse custo, procurando um parente titular do SSM para poder ser incluído nesse mesmo sistema. O SSM, por não possuir ferramentas protecionistas como os utilizados pelos Planos de Saúde, a exemplo do uso da carência e a prática de preços diferenciados por grupo de risco, torna-se suscetível a esses usuários que contribuem pouco e utilizam muito os serviços de saúde.

Destarte, é necessária a reavaliação dos valores contributivos ao Fundo de Saúde da Marinha, objetivando desestimular o ingresso desse grupo de usuários e, subsidiariamente, promover a sua saída voluntária, levando o custo saúde para um orçamento hermético e consoante com as boas práticas profissionais, com consequente alta médica efetiva dos pacientes[14].

[14]Ordem médica que dá por terminado um tratamento ou uma internação hospitalar: o doente recebeu alta e foi para a casa. Volta ao serviço, principalmente de militar, depois de um período de afastamento por licença.

REFERÊNCIAS

ANADEM – Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética. Disponível em: <http://anadem.org.br/processos-medicos-5-topicos-para-uma-pratica-medica-mais-segura/>. Acesso em: 06 abr. 2016.

AGUIAR, N. Zenaide. **SUS, Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Ed. Martinari**,** 2011.

ASENSI, Felipe Dutra e Pinheiro, Roseni. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO. **Constituição da República Federativa do Brasil**., São Paulo, 6ª Ed. 2013.

AXIMIANO, Amaru. **Teoria Geralda Administração**. São Paulo. Atlas, 2012.

Bensenor, I. M. **Do you believe in the power of clinical examination? The answer must be yes!** Sao Paulo, med j, v. 121, n. 6, 2003.

BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde.** São Paulo, Ed. Saraiva, 5ª Ed. 2012.

BONATO, L. Vera. **Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais.** São Paulo, Editora Ícone LTDA, 2007.

BORBA, R. Valdir. **Teoria Geral de Administração Hospitalar.** Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark LTDA, 2010.

BRASIL. Comando da Marinha. Portaria nº 330 de 25 de setembro de 2009. Brasília, DF, 2009. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de jan. 2010.

_____. Portaria nº 65 de 06 de fevereiro de 2014. **Altera a Portaria nº 330 de 25 de setembro de 2009**. Brasília, DF, 2014.

_____. SGM-XXX. **Anuário Estatístico da Marinha**. 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Mais Gestão é Mais Saúde, Governança para Resultados no Ministério da Saúde.** Secretaria – Executiva, Brasília, DF, 2009.

_____. **Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil.** Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006. Brasília, DF, 2007.

_____. **Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em Saúde, Ferramentas para a Gestão do SUS**. Secretaria-Executiva, Brasília, DF, 2009.

_____. Presidência. Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986. **Estabelece normas, condições**

de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília, 02 de abr. 1986.

_____. Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002. **Regulamenta a Medida Provisória no 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nos 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências**. Brasília, 18 jul. 2002.

BRASIL. **Balanço de Governo 2003-2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.balancodegoverno.presidencia.gov.br/>. Acesso em: 30 mai. 2015.

_____. Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001. Dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, altera as Leis nº. 3.765, de 4 de maio de 1960, e 6.880, de 9 de dezembro de 1980, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de dez. 2001.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Brasília, 11 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília, 10 de janeiro de 2002.

BRAUNWALD, Eugene (Org). **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 2183p.

Byrne, M. M; Walmus, A. C**. Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems.** Journal of Healthcare Management, v. 44, n. 1, p. 34-46, Jan/Feb. 1999.

CHAIMOWICZ, Flávio et al.. **Saúde do Idoso**. 2ª Edição. Editora NESCON UFMG, Belo Horizonte, 2013.

CORRIERI Sandro et al. **Cost-effectiveness of fall prevention programs based on home visits for seniors aged over 65 years: a systematic review.** 1Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany 2Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Leipzig, Germany.InternationalPsychogeriatrics(2011):10.1017/S1041610210002280.

COSTA, Araujo, Franselmo. Diretor da SE/MPOG, palestra ***VISÃO GERAL DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO PÚBLICO,*** proferida em março de 2016 na EGN.
COSTA, Henrique Araújo e Alexandre Araújo. **Erro médico: a responsabilidade civil e penal de médicos e hospitais,** Brasília, Ed. THESAURUS EDITORA, 2008.

CREPALDI, A Silvio. **Orçamento Público, Planejamento, elaboração e controle**. São Paulo, Ed. Saraiva, 2013.

CREPALDO, A. Silvio. **Orçamento Público**. São Paula: Ed. Saraiva, 2013.

Cunha, M, C, Paulo. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed Lumen Juris, 2003.

DAMATTA, Roberto. Relativizando, Uma Introdução a Antropologia Social. Rio de Janei-ro, Ed. Rocco LTDA, 2000.

DAVIES, I. C. Ana. **Saúde Pública e seus limites constitucionais**. São Paulo: Ed. Verbatin, 2012.

D'INNOCENZO, Maria. **Indicadores, Auditorias, Certificações.** São Paulo: Ed. Martinari, 2010.

Hahn, F. **Equilibrium and Macroeconomics.** Oxford, Basil Blackwell, 1984.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Variação de Custos Médicos Hospitalares**. Ed. 2014.

Kepner, C. e Tregoe, B. **O Administrador Racional**. São Paulo. Atlas, 1981.

KUAZAQUI, Edmir. **Marketing e Gestão Estratégica de Serviços em Saúde**. São Paulo: Ed. Thomson, 2008.

LIVINGSTON, Gill et al. **Health technology assessment, a systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia.** VOLUME 18 ISSUE 39 JUNE 2014 ISSN 1366-5278

COWAN, John D., MD. **Hospital charges for a community inpatient palliative care program.** American Journal of Hospice & Palliative Medicine Volume 21, Number 3, May/June 2004.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Ed. Cosak Naify, 2003.

Mcdaid, D. **Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges**. Health Policy, [S.l.], v. 63, p. 117-120, 2003.

MILGROM, Paul. A. & ROBERTS, John. **Economics, Organization and Management**. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1992.

MUÑOZ, dr. **A bioética e a relação médico-paciente**. In: Bioética clínica: curso de extensão universitária. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 1997.

NEWHOUSE, Joseph. **The economics of medical care: A policy perspective**. Reading. MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1978.

NETO, V. Gonzalo. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2014.
OLIVEIRA, Djalma. **Planejamento Estratégico**. São Paulo. Atlas, 1992.

PAIM, S. Jairnilson. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Editora Científica, 2014.

PALMEIRA, Sérgio. **Direito, Medicina e Poder. Volume I. Ideologia, artifícios e consequências.** São Paulo, Ed. Arte Brasil Editora LTDA. 2012.

PORTER, Thomas H. Lee Michael E. **A estratégia que irá corrigir os serviços de saúde**. Harvard Business Review Brasil, 2013.

RAMALHO, Ricardo Luiz. **Precificação de planos de saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 22 de julho de 2002.

REZENDE, J, M. **O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências. História da Medicina e Linguagem Médica** 2002.

RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa. **Processo Regulatório em Saúde Suplementar: Dinâmica e Aperfeiçoamento da Regulação para a Produção da Saúde. 2009**. 214 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) - Universidade Federal do Estado do Paraná, Curitiba, 2009.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Ed: UNESP, 1994.
RODRIGUES, Vinicius, Marcus. **Qualidade e acreditação em saúde.** Editora FGV, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, Salvador, M. Henrique, **Gestão do Corpo Clínico.** Rio de Janeiro: Editora Científica, 2008.

SCLIAR, Moacir. **Saúde Pública: Histórias, Políticas e Revoltas.** São Paulo: Ed. Scipione, 2002.

STILL, Carolyn H., PhD, RN,*† Keith C. Ferdinand, MD,‡ Gbenga Ogedegbe, MD, MPH, MS,§ and Jackson T. Wright, Jr, MD, PhD¶†, [Editorial Comments by Keith C. Norris And Arleen F. Brown] **clinical management of the geriatric patient, Recognition and Management of Hypertension in Older Persons: Focus on African Americans.** JAGS 63:2130–2138, 2015 © 2015, Copyright the Authors Journal compilation © 2015, The American Geriatrics Society

VELOSO, Germany Gonçalves e MALIK**,** Ana Maria**. Análise do Desempenho Econômico-Financeiro de Empresas de Saúde.** São Paulo - FGV-EAESP/RAE-eletrônica, 2010. Acesso em 15 de maio de 2016.