



Remédios econômicos para um mercado enfermo

O caso das órteses, próteses e materiais especiais

SANDRO LEAL ALVES¹

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira ficou surpresa com recente reportagem de um importante veículo de comunicação, intitulada “Máfia das Próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias”.² O sentimento de consternação é absolutamente natural, ainda mais por se tratar de desvios éticos provocados por alguns médicos, integrantes de classe profissional que conta com elevada e merecida reputação e respeito em nossa sociedade. Este texto não trará questões éticas,

mas econômicas que, assim como as primeiras, ajudam a governar o comportamento e as escolhas do cidadão. A judicialização, as falhas no mercado de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)³, as assimetrias de informação, os conflitos de interesse e a regulação serão temas abordados.

Após tratarmos das questões envolvendo saúde e economia, particularmente a questão dos incentivos que permeiam o setor de saúde suplementar, vamos avaliar as terapêuticas regulatórias disponíveis para a redução dessas distorções, seus prós e contras. Finalizaremos com um conjunto de medidas que julgamos interessantes e que vão ao encontro de uma solução socialmente desejável, aumentando a transparência neste setor, pois, como afirmou, quase um século atrás, o juiz americano Louis Brandeis (1856-1941), “a luz do sol é o melhor dos desinfetantes”. A frase se referia à necessidade de transparência no sistema financeiro, mas se ajusta perfeitamente ao momento que vivemos no setor de órteses, próteses e materiais especiais no Brasil.

¹ Este texto reflete sua opinião, a quem se devem destinar eventuais críticas.

² <http://g1.globo.com/fantastico/edicoes/2015/01/04.html>.

³ As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) são insumos usados massivamente no cotidiano de hospitais em todo o mundo. Fruto do constante desenvolvimento tecnológico da medicina, o conjunto desses dispositivos engloba parafusos de interferência, placas metálicas, stents, marca-passos, bengalas, muletas, próteses dentárias e muitos outros produtos específicos, como fio-guia, brocas, entre outros. Os custos das OPME são altos e representam uma fatia considerável das despesas de hospitais. Fonte: Projeto de Lei do Senado Nº 0017, de 2015, de autoria da Senadora Ana Amélia (Justificação).



O PROBLEMA MÉDICO-ECONÔMICO

O problema econômico fundamental é lidar com a escassez, um fato da vida. Na saúde não é diferente. Ao contrário, todos nós estamos diante de um quadro de restrição de recursos, mas temos desejos e necessidades ilimitados. Portanto, escolhas difíceis são feitas a cada momento no tempo, tanto pelos indivíduos como pela sociedade. Ao escolhermos a alternativa “A” para o tratamento de alguma enfermidade, estamos abrindo mão das alternativas “B”, “C”, “D” e etc. Ao preferirmos incorporar determinado medicamento no rol de procedimentos obrigatórios que os planos de saúde devem oferecer, estamos sacrificando a inclusão de outros medicamentos e procedimentos, tendo em vista que os recursos da coletividade são escassos, e a disposição e capacidade de pagamen-

to dos beneficiários de planos são fator de restrição. Diante desse quadro, a ciência econômica nos orienta a fazer escolhas eficientes, isto é, aquelas que fornecem o melhor destino aos recursos escassos frente às diversas alternativas disponíveis. Esse princípio se aplica tanto aos indivíduos, quando vão à farmácia, quanto ao governo, quando este decide sobre o novo procedimento a ser incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar. Quando o governo investe no programa de tratamento da AIDS, está automaticamente abrindo mão de programas de imunização, melhorias na capacidade de atendimento aos idosos, etc. Como escolher entre projetos alternativos que se revelam igualmente importantes para a saúde e qualidade de vida das pessoas? Há que se medir os resultados e estabelecer tecnicamente as prioridades.

Felizmente, a literatura econômica desenvolveu ferramentas bastante úteis para orientar a escolha de novas tecnologias a serem incorporadas no sistema de saúde. A razão de custo-efetividade é um meio que nos permite comparar alternativas concorrentes de novas tecnologias, medindo a relação entre seus custos e benefícios – desfechos clínicos, por exemplo. Tais desfechos podem ser mensurados em termos de dias de vida adicionais, dias sem sintomas, casos prevenidos, curas, vidas salvas, dias de internação evitados, etc. Portanto, entre duas alternativas que proporcionem o mesmo desfecho, a escolha mais eficiente é a de menor custo. Seguindo essa lógica, uma tecnologia de mais alto custo e menos eficaz não deve ser incorporada ao sistema, enquanto uma tecnologia de mais baixo custo e melhor resultado deve ser incorporada imediatamente. A dificuldade reside justamente em escolher tecnologias alternativas, em que ambas proporcionam melhores resultados (efetividade), porém a custos mais elevados. Nesses casos, a decisão se dará comparando o custo extra por unidade de desfecho adicional entre as duas alternativas.⁴

Feita essa breve introdução à abordagem econômica para lidar com questões relacionadas à saúde, cabe apenas ressaltar, antes de avançar ao tema principal, que a preocupação com os gastos em saúde é uma questão mundial, e não apenas no Brasil. Diversos são os

⁴ STANO, Miron; GOODMAN, Allen C.; FOLLAND, Sherman. *A Economia da Saúde*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

estudos que apontam na direção do aumento dos gastos com a área. Em geral, como mostra Newhouse (1992)⁵, os principais fatores estão relacionados às tendências demográficas, ao aumento na renda, ao risco moral (*moral hazard*), à indução da demanda pela oferta e às incorporações tecnológicas.

Como já é conhecido, o envelhecimento da população e sua maior longevidade explicam o aumento da procura por serviços de saúde, pressionando os gastos das famílias e governos. O crescimento na renda também gerou maior acesso da população aos serviços médicos, o que também eleva os gastos. É fartamente documentado na literatura o fato de os países mais ricos tenderem a gastar mais com saúde, proporcionalmente ao PIB, do que países mais pobres.

Neste artigo, vamos nos ater aos três fatores restantes, a saber: risco moral, indução da demanda pela oferta e incorporações tecnológicas. Vamos explorar um pouco esses fatores, como estes se relacionam entre si e como podem explicar os casos alarmantes citados recentemente na mídia.

Em seu seminal trabalho sobre a economia da saúde, Arrow (1971)⁶, conhecido como fundador dessa área, chamou a atenção da comunidade econômica para as particu-

laridades do setor de saúde, o que acabou lhe rendendo, dez anos mais tarde, o Prêmio Nobel. A partir da constatação de elevadas assimetrias informacionais e do alto grau de incerteza presentes no setor em questão, Arrow destacou para a comunidade científica os seguintes pontos: na saúde, diferentemente de outros setores da economia, quem escolhe o procedimento terapêutico (o médico) não é quem utiliza o serviço. Já quem o utiliza (o paciente) não é quem paga pelo procedimento, pelo menos não diretamente, quando há a presença de um terceiro pagador; e quem paga o custo do serviço (plano de saúde) ao prestador não é quem escolhe o procedimento.

Desta forma, neste setor, as decisões estão apartadas do custo, o que gera problemas conhecidos na literatura como sendo do tipo agente principal. Enquanto em outros setores da economia a escolha depende basicamente do preço dos bens complementares e substitutos, dos gostos e das preferências, além da disponibilidade de recursos (\$), na saúde, o processo decisório é dividido e sofre influências de todos os agentes envolvidos, a saber: do paciente, do médico, do plano de saúde, do hospital e da indústria fornecedora dos materiais e medicamentos. Quem faz as escolhas não é quem utiliza e paga pelos serviços.

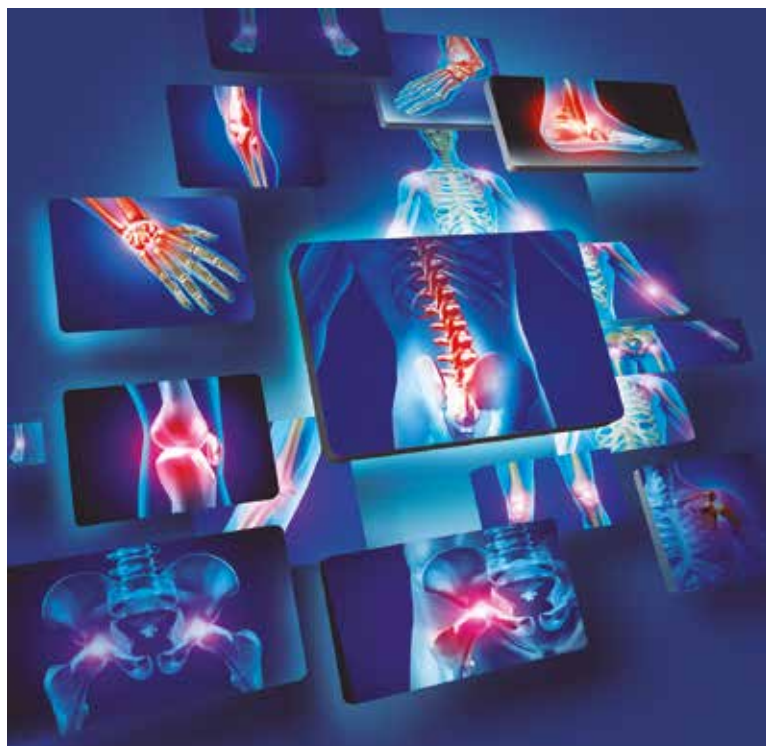
As decisões acima estão sujeitas a severas assimetrias informacionais, o que dá origem à possibilidade de comportamentos oportunistas por parte de alguns agentes. O risco moral surge, por exemplo,

**Na saúde,
o processo
decisório
é dividido
e sofre
influências
de todos
os agentes
envolvidos,
a saber:**

*do paciente,
do médico, do
plano de saúde,
do hospital e
da indústria
fornecedora
dos materiais e
medicamentos.*

⁵ NEWHOUSE, Joseph. *Medical care cost: how much welfare lost?* **Journal of Economic Perspectives**, v. 6, 1992.

⁶ ARROW, Kenneth. *Uncertainty and the welfare economics of medical care.* **The American Economic Review**, v. iii, 1961.



quando o indivíduo que adquire um plano de saúde tende a utilizar o serviço desnecessariamente por não incorrer diretamente nos custos.⁷ Nesse caso, há a figura de um terceiro pagador, no caso, o plano de saúde, que arca com as despesas em questão.

Há que se considerar a capacidade que os prestadores possuem, sejam eles médicos, dentistas ou hospitais, de criarem demanda pelos seus serviços. Parte desta reside na própria assimetria de informação. Afinal, os indivíduos demandam os serviços desses profissionais para se informarem a respeito de seu

estado de saúde e das orientações terapêuticas. Assimetria, portanto, em desvantagem para o paciente. Diante da suposta superioridade na relação de informação, há possibilidade de indução de demanda pela oferta. Os economistas reputam a demanda induzida como a demanda adicional pelos serviços de saúde, para além daquela que seria realizada caso fossem os indivíduos perfeitamente informados sobre suas reais necessidades. Essa característica explica em parte por que os centros de tratamento e de equipamentos superespecializados se ampliam como unidades de negócios aparentemente lucrativas.⁸

A parte que faltava para completar o cenário é a inovação tecnológica. Como mostra Newhouse (1992),⁹ é o principal item de aumento de custos. Enquanto na grande maioria dos setores econômicos o progresso tecnológico representa redução de custos, a incorporação tecnológica na saúde é aditiva, não substitutiva, aparentemente um paradoxo.

Não é de se estranhar o que vem ocorrendo no setor de saúde suplementar. A combinação de assimetrias informacionais entre operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços médico-hospitalares, pacientes e a indústria fornecedora, a capacidade de indução de demanda pela oferta e o estímulo à incorporação acrítica de novas tecnologias são, em grande medida, responsáveis pelos conflitos de interesses existentes no setor. Também são o que levou à reportagem segundo a qual alguns médicos estariam produzindo cirurgias desnecessárias com supostos danos à saúde (lesão corporal?) de pacientes para promover o negócio de próteses em troca de remuneração comissionada. É bom lembrar que não estamos tratando de questões éticas neste artigo, responsabilidade exclusiva dos Conselhos Profissionais, mas de como os incentivos existentes no mercado produzem resultados nem sempre desejáveis. Os incentivos ajudam a governar as escolhas humanas, assim como a ética individual, que deve sempre prevalecer.

⁷ Não considerando os custos relacionados ao tempo. O custo marginal monetário é zero para o indivíduo utilizar o serviço, na ausência de coparticipação.

⁸ FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; STANO, M. *The physician's practice in the economics of health and health care*. Boston: Pearson, 2013.

⁹ Op. cit.

Ocorre que, aparentemente, um novo mercado vem ganhando espaço mediante o uso, muitas vezes inadequado, do próprio Poder Judiciário, com vistas à obtenção de vantagens indevidas e não contratadas junto aos planos de saúde. Estas, além disso, podem também não ser de cobertura obrigatória.

A judicialização, como se denomina o processo de intervenção do Judiciário na área da saúde, pública e privada, pode ser considerada sadia quando busca garantir direitos que porventura são negados aos cidadãos. No entanto, estimula iniquidades se assegura direitos para alguns poucos que têm acesso ao sistema judiciário. Quando garante coberturas não contratadas, impõe externalidades negativas a terceiros, na forma do aumento das mensalidades. A mutualidade é chamada a repor os custos médico-hospitalares que não foram precificados à época da contratação.

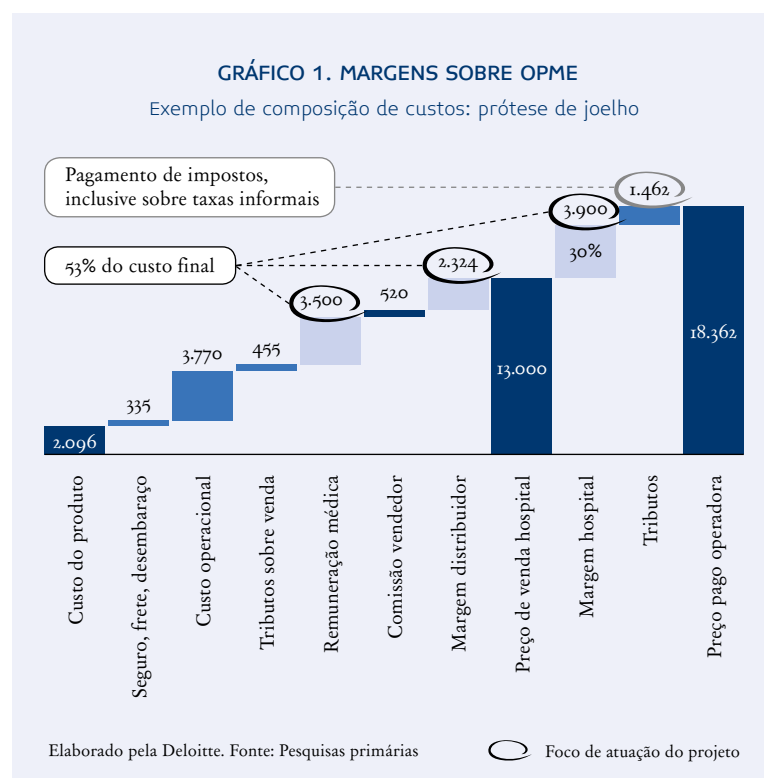
Trata-se, mormente, de sinalização ruim para a sociedade, incentivando-a na busca de direitos inexistentes. Ao mesmo tempo, impõe elevado risco jurídico ao setor, especialmente operadoras de planos de saúde, que não sabem se os contratos oferecidos serão cumpridos. Naturalmente, o risco jurídico deve ser precificado, para a manutenção do equilíbrio dos contratos e solvência das operadoras.¹⁰

¹⁰ A se considerar ainda o custo de oportunidade do próprio Judiciário, que concentra tempo e esforços na atividade judicializada, quando poderia se dedicar a outras tarefas.

Uma característica relevante para a manutenção do *status quo* é o baixíssimo grau de substitutibilidade entre os produtos oferecidos no mercado de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Relativamente competitivo a montante, possui muitos fornecedores, nacionais e internacionais, concorrendo entre si. No entanto, como as características do produto são de elevada diferenciação, a partir de pequenas mudanças marginais é possível criar inovações com objetivo terapêutico muito próximo, mas nem sempre equivalente, ao de seu substituto direto. Isso faz com que a estratégia empresarial seja a de maximizar as pequenas diferenças, a fim de garantir poder de monopólio sobre o uso de cada produto. As assimetrias informacionais no funciona-

mento e na substitutibilidade desses itens ajudam a incentivar essa conhecida prática, pois a demanda torna-se inelástica.

Adicionalmente, o processo de formação de custos e preços no mercado de OPME também varia bastante, a depender do local e do porte do comprador, entre outros fatores. Ao longo da cadeia produtiva, em razão de distorções na competição de mercado, os preços são acrescidos de margens nos elos de relacionamento comercial, desde a entrada do produto até o consumidor final. O Gráfico 1 mostra a composição de custos de uma prótese de joelho, por exemplo, para ilustrar como o preço varia a partir do custo inicial até o preço pago por uma operadora de plano de saúde.



No caso do mercado hospitalar, não é novidade que muitos hospitais passaram a ser revendedores de materiais e medicamentos, uma distorção nos preços relativos e na própria finalidade da instituição. A Tabela 1 mostra que os insumos hospitalares representaram 48,6% das receitas, em 2013, e 26,3% dos seus custos. A diferença se dá exatamente por esta que parece ser uma disfunção.¹¹

TABELA 1. COMPOSIÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS HOSPITALARES

Composição da receita por natureza (%)	2012	2013
Insumos hospitalares	47,6	48,6
Diversos	52,4	51,4

Composição da despesa por natureza (%)	2012	2013
Insumos hospitalares	27,1	26,3
Diversos	72,9	73,7

Fonte: Observatório Anahp – 2014.

Paralelamente à concorrência no processo de inovação do produto, há concorrência entre as empresas fornecedoras e distribuidoras para a colocação de seus produtos no mercado. Como a decisão pela escolha do item é realizada monopolisticamente pelo médico assistente, há grande interesse na indústria produtora no fortalecimento dos laços de relacionamento com esse tipo de profissional. A aproximação vai desde treinamento no exterior, onde o médico se especializa na utilização de determinado produto e técnica, até práticas controversas, como o oferecimento de comissões pela utilização de certo item, pagamento de viagens a congressos internacionais e, inclusive, de despesas pessoais.

Há, portanto, uma intensa competição pelo uso do recurso médico-hospitalar para induzir demanda pelo produto OPME. O alinhamento de incentivos entre indústria-médico-hospital pode ainda se valer do recurso judicial para suplantar a eventual resistência da operadora do plano de saúde, que busca reduzir custos muitas vezes desnecessários. Geralmente, na presença desse tipo de fenômeno, a operadora busca uma segunda opinião de especialistas, para ampliar o leque de escolhas do paciente. Porém, no Judiciário, a demanda é apresentada como risco iminente de vida, e o juiz naturalmente entende pela supremacia do direito à dignidade da pessoa humana. Recentemente, no entanto, vêm



surgindo iniciativas para reduzir a assimetria de informação, atualmente em desfavor do Judiciário, como é o caso dos Núcleos de Apoio Técnico – NATs.¹²

Ressalta-se que o modelo de pagamento vigente no país, o deno-

¹¹ O segmento hospitalar, em geral, reputa esse movimento como uma reação aos insuficientes reajustes nas tabelas de diárias e taxas ao longo dos anos.

¹² Diante da crescente Judicialização da saúde e o volume de recursos desembolsados pelos governos, o Conselho Nacional de Justiça (Resolução nº 107, de 2010) estimulou a criação de órgãos compostos por profissionais das áreas médica, farmacêutica e de assistência social e por membros das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que têm por finalidade auxiliar os magistrados na deliberação sobre processos envolvendo temas de saúde. Nesses casos, após a distribuição da ação, o juiz pode encaminhar cópia da petição inicial e dos documentos ao NAT ou à Câmara Técnica, que se manifesta sobre a matéria. Examina, por exemplo, se o medicamento postulado está registrado na Anvisa; se é eficaz e eficiente ao tratamento da doença; se existe outro medicamento com menor preço, com o mesmo princípio ativo, ou já fornecido administrativamente pelo SUS.



minado *fee-for-service*, estimula ainda mais a sobreutilização dos serviços porque remunera pela quantidade de procedimentos realizados, e não pela melhor condição de saúde entregue. Remunera o erro muitas vezes. No atual modelo, quanto mais exames, internações e consultas, maior será a compensação de parte da cadeia produtiva, potencializando os incentivos ao uso desnecessário. Trata-se notadamente de um mecanismo de remuneração a ser superado pelo setor de saúde.¹³

¹³ Mecanismos alternativos, como os pacotes, tendem a incentivar o uso mais adequado dos recursos, ao mesmo tempo em que compartilham riscos mais eficientemente. As operadoras são responsáveis pelo risco da precificação e do underwriting, enquanto os prestadores são responsáveis pelo risco assistencial. Logo, cada ator fica responsável pela parte sobre a qual mais tem domínio e capacidade de gestão.

Para reduzir o grau de arbítrio do médico na escolha do material a ser utilizado, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM^o 1.956/2010, e cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento. O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país. Também é vedado a esse requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. No entanto, não há multa pecuniária. O Conselho pode apenas aplicar restrições éticas que, no limite, podem chegar ao cancelamento do registro do profissional.

Atenta aos excessos de utilização¹⁴, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por sua vez, ao regulamentar o rol de procedimentos, estabeleceu, no § 1^o do art. 21 da RN 338/2013, que cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das OPME necessárias à execução dos procedimentos. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora. O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

Todas essas ações buscam minimizar o dano que as más escolhas provocam à saúde do beneficiário

¹⁴ “Desde maio de 2011, quando teve início o Projeto Coluna, o [hospital] Einstein já tirou da fila de cirurgia 72% dos pacientes com doença na coluna que tinham recebido indicação cirúrgica desnecessariamente. [...] Desde a implantação do Projeto Coluna no Einstein, dos 467 pacientes encaminhados com indicação cirúrgica, somente 180 analisados pela equipe do Einstein tiveram as indicações confirmadas. Foram tratados 201 pacientes no hospital: 135 com fisioterapia e 66 com cirurgia.” Fonte: HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Site. Disponível em: <www.einstein.com.br>. Acesso em: 13 fev. 2015.

Diante do cenário de custos crescentes e da superutilização de recursos é preciso estar atento *para não lançar mão de remédios fora do prazo de validade. Um medicamento tão antigo como ineficiente é o controle de preços.*

do plano de saúde e ao sistema como um todo. Muitas outras janelas regulatórias se abrem¹⁵, mas é preciso estar atento para não repetir erros do passado. Tratem-se desse ponto no item a seguir.

TERAPÊUTICA REGULATÓRIA

Diante do cenário de custos crescentes e da superutilização de recursos é preciso estar atento para não lançar mão de remédios fora do prazo de validade. Um medicamento tão antigo como ineficiente é o controle de preços.

Um pouco de história: o controle de preços como medida para proteger os consumidores é tão antigo como trágico. Data do séc. XVIII a.C. o Código de Hamurabi, ainda na antiga Mesopotâmia. Foi a primeira tentativa de controle de preços conhecida na história econômica. Com intuito de proteger os consumidores de leite, o imperador determinou o controle dos preços desse produto, tendo como punição aos infratores a pena capital. A consequência, além da violência que tal código de conduta produziu, foi o aumento da escassez do leite, já que poucos comerciantes se arriscavam a entrar em um negócio como esse.

De lá pra cá, a teoria e a história econômica são consistentes em demonstrar os equívocos desse tipo intervencionista de política econômica. Na medida em que as receitas passem a ser insuficientes para recompensar os custos, inclusive os de oportunidade, a oferta de novos produtos deixa de ser viável economicamente. As empresas reagem a esses incentivos reduzindo a oferta

ou ajustando a qualidade. Em uma economia dependente da autorização de reajustes pelo governo, torna-se mais lucrativo barganhar maiores valores junto ao poder público do que investir em inovação e no desenvolvimento de novos produtos e serviços. Como resultado, temos desestímulo ao aumento da produtividade, força motriz do crescimento econômico que sustenta as demandas sociais.

Não obstante essas medidas regulatórias aparentemente pouco indicadas, e de importantes e indesejáveis reações adversas, há um conjunto de ações importantes a serem implementadas. Não é piorando a qualidade de produtos que se resolverá a questão das OPME. Ao contrário, políticas que busquem incentivar transparência nos custos e preços desses dispositivos devem ser estimuladas. Muito mais pode ser feito na avaliação dessas tecnologias e em suas indicações.

As tecnologias devem ser introduzidas, regra geral, tal como na grande maioria dos países, a partir

¹⁵ Veja-se, por exemplo, o Projeto de Lei nº 0175, de 2015, de autoria do Dep. Alceu Moreira – PMDB/RS, que acresce artigo à Lei 8.078, Código de Defesa do Consumidor, para tipificar a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza. No projeto, obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional, sujeita à detenção de seis meses a dois anos e multa.

de estudos independentes que comprovem o custo-efetividade e a capacidade de pagamento da população. Neste sentido, deve ser estimulada a formulação de regras que explicitem o sistema de escolha e priorização. É saudável que a sociedade (e a coletividade segurada) possa enxergar o custo de oportunidade de novas incorporações para que estas sejam feitas com lastro técnico suficiente.¹⁶ Também não parece ser o melhor caminho terapêutico a quebra de patentes pelo mesmo efeito de se inibir a inovação e o aumento de produtividade.

Uma importante reforma regulatória é a institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde Suplementar. No Brasil, há um órgão destinado a fazer as avaliações no SUS, que é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). A Conitec foi criada pela Lei nº 12.401/2011, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Portanto, a mesma preocupação com custo-efetividade e capacidade de financiamento do sistema de saúde público deve-se ter com os beneficiários da saúde suplementar, para se garantir acesso às novas tecnologias, desde que sejam custo-efetivas

¹⁶ James Buchanan, Prêmio Nobel de Economia de 1986, mostra, em “The calculus of consent: logical foundations of constitutional democracy”, como reguladores também podem sofrer de assimetrias de informação na busca de seus interesses, além da influência dos grupos de pressão. Portanto, é sempre preferível trilhar o caminho dos critérios técnicos e explicitá-los à sociedade antes de se decidir pela incorporação ou não de uma nova tecnologia ou medicamento.

e de acordo com as características epidemiológicas da população beneficiária de planos.¹⁷

Outra vertente regulatória importante se dá no relacionamento entre os *players* do mercado. Nos EUA, por exemplo, há legislação interessante sobre o tema. Trata-se da *Physician Financial Transparency Reports* (mais conhecida como *Sunshine Act*). A legislação americana requer que os produtores de medicamentos e materiais médicos e hospitalares informem regularmente os pagamentos e itens de valor oferecidos aos médicos e hospitais de ensino. No Brasil, muitas vezes, a relação comercial entre esses agentes não fica clara e transparente, especialmente quando envolve trabalhos remunerados de consultoria técnica e o médico se especializa na utilização de determinado produto.

A unificação de nomenclaturas e terminologias também parece uma regulação promissora, na medida

¹⁷ A incorporação tecnológica estimulou o desenvolvimento do parque hospitalar brasileiro, porém de forma desigual entre Unidades da Federação.

em que reduz custos de transação, principalmente informacionais, para definição exata da característica dos produtos e sua substitutibilidade. Já existe um sistema denominado “*The Global Medical Device Nomenclature*” (GMDN), que serve para definir os termos e usos necessários para a identificação dos produtos de saúde. Tal nomenclatura pode ser utilizada por reguladores, hospitais e produtores para reduzir as assimetrias de informação.

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu a terminologia unificada para OPME na Resolução Normativa 305/2012, mas esta ainda está em fase de adequação pelo Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), órgão de caráter consultivo da própria ANS que reúne representantes de todo o setor de operadoras, médicos, hospitais e odontólogos, entre outros. A ANS criou a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que funciona para padronizar os termos utilizados pelas operadoras e prestadores nas operações diárias. Trata-se de importante instrumento de trans-



parência no setor, principalmente para a averiguação da equivalência de produtos. A TUSS evita que o mesmo material tenha nomes distintos. No entanto, não fornece informações sobre similaridade entre os produtos, esta sim uma conquista importante a ser perseguida para melhorar as escolhas.

A transparência dos preços é uma área onde a informação é especialmente carente. Estudos mostram que os custos de saúde para o mesmo procedimento no mesmo mercado pode variar em mais de 100%.¹⁸ A redução na variação

de preços para os 108 milhões de americanos cobertos com seguro saúde poderia poupar cerca de US\$ 36 bilhões por ano. Fornecer aos consumidores informações claras, com comparativos sobre os custos dos serviços, é fundamental para envolvê-los ainda mais na tomada de decisões, processar e, em última instância, reduzir os custos de saúde. Conhecer o valor e a qualidade dos serviços assistenciais previamente pode ajudar os pacientes em suas decisões de compra, planejar as despesas futuras e reduzir a carga financeira das contas médicas inesperadas. A transparência dos preços da assistência à saúde também pode levar a mais qualidade e eficiência dos serviços. Prestadores podem avaliar e melhorar o seu desempenho em relação a seus concorrentes.

Em outro estudo¹⁹, pesquisadores avaliaram as solicitações de exames laboratoriais, serviços avançados de imagem e consultas médicas e compararam os pagamentos realizados entre os pacientes que obtiveram acesso aos preços dos procedimentos e os que não tiveram, em um conjunto de aproximadamente 500 mil indivíduos, entre 2010 e 2013. Ao final, concluíram que o valor total dos pagamentos diminuiu 14% quando os pacientes tiveram acesso aos preços dos serviços de saúde. A magnitude das diferenças foi maior para os serviços avançados de imagem e menor para as consultas médicas. Para se ter uma ideia, no caso de exames laboratoriais, a redução foi de 13,95%, nos serviços avançados de imagem, foi 13,15%, e nas consultas médicas, de 1,02%.

O acesso dos pacientes a informações sobre os preços antes de obter os serviços médicos pode resultar em redução significativa nas despesas médicas para os empregadores. Segundo os autores do estudo, a adoção generalizada de tais medidas por parte dos empregadores pode contribuir para a redução do valor praticado pelos prestadores.

Com a exposição pública dos problemas, há chance de avanços no campo da conduta empresarial, como a assinatura de convênios

¹⁸ THOMSON REUTERS. **Save \$36 billion in U.S. healthcare spending through price transparency.** Disponível em: <http://www.hreonline.com/pdfs/06022012Extra_ThomsonReutersStudy.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

¹⁹ WHALEY, Christopher; CHAFEN, Jennifer, et al. Association between availability of health service prices and payments for these services. **The Journal of American Medical Association**, p. 1670-1676, 2014.



O acesso dos pacientes a informações sobre os preços antes de obter os serviços médicos

pode resultar em redução significativa nas despesas médicas para os empregadores.

e códigos de ética.²⁰ Enquanto isso, as operadoras devem estar atentas, pois se sujeitam, muitas delas, a regras internacionais de *compliance* e é seu dever zelar pela sustentabilidade econômico-atuarial de seus produtos.

CONCLUSÃO

O setor de OPME é alvo de variados questionamentos. Neste artigo procuramos avaliar o desempenho desse mercado sob o ponto de vista exclusivamente econômico, deixando questões éticas de fora da análise. Analisamos a estrutura de incentivos que norteia o relacionamento dos agentes e as possibilidades regulatórias para reduzir distorções

que elevam os preços dos planos de saúde e, principalmente, podem causar prejuízos à saúde de seus beneficiários. Abaixo, resumimos oito medidas que podem contribuir para melhorar o desempenho do setor de saúde suplementar, especialmente no uso das OPME. Fica a sugestão para o desenvolvimento futuro de cada um destes temas.

Avaliação de tecnologias em saúde suplementar e disciplina na incorporação

Sem dúvida há que se avançar na avaliação da incorporação de tecnologias baseada em estudos independentes de custo-efetividade dos produtos. Este deve ser o pré-requisito e orientador máximo para novas entradas: a capacidade de pagamento da população beneficiária de planos. Deve-se aumentar o rigor na introdução de novos produtos e procedimentos obrigatórios no rol da ANS. Não se deseja de forma alguma inibir a inovação tecnológica e o acesso da população beneficiária às novas técnicas, mas evitar incorporações que elevam os custos da assistência sem melhorar a saúde.

Potencializar o grau de substitutibilidade entre produtos

Avançar na utilização de terminologias unificadas parece um bom caminho para ampliar o conhecimento público das características técnicas dos produtos e de seu grau de substitutibilidades. Grande parte do poder de monopólio na indústria de OPME deriva da ausência desse conhecimento específico. Portanto, a assimetria de informação é totalmente desfavorável ao comprador, que paga o preço de monopólio quando poderia pagar preços competitivos caso houvesse a possibilidade de substituição.

Transparência de custos e preços

A divulgação dos preços e custos pode ser uma ferramenta interessante para aumentar a competição no mercado de OPME. Grande parte do poder de mercado resulta da imperfeição do funcionamento do mecanismo tradicional de preços para orientar o consumo. Quanto maior transparência, melhor será o funcionamento do mercado de OPME. Pode-se co-

²⁰ Os presidentes da Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico Hospitalares (Abimed), da Associação Brasileira dos Importadores e Distribuidores de Implantes (Abraidi) e da Câmara Brasileira de Diagnóstico Laboratorial (CBDL), entidades formadoras da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS), assinaram um acordo de compromisso com a AdvaMed (Advanced Medical Technology Association), dos Estados Unidos, para a aplicação de programas de *compliance* e normas anticorrupção. Fonte: <www.saudeweb.com.br>.

meçar dando transparência a preços-chave, como médio, mediano ou quartis, mas deve-se ter cautela para que não estimulem comportamentos anticompetitivos por parte das empresas fornecedoras.

Estímulo à contestabilidade dos monopólios

O estímulo ao uso da segunda opinião médica pode ser um importante fator na quebra de monopólios formados pela relação médico-paciente, em que o médico assistente quase nunca é contestado. Estudos mostram que este pode ser um instrumento importante para melhorar o funcionamento do mercado e, principalmente, a qualidade de vida do paciente.

Realinhamento de incentivos

O realinhamento de incentivos deve ser buscado. Em suma, é importante que o bem-estar do paciente esteja bem alinhado com os objetivos do médico, da indústria e do plano de saúde. Reduzir as práticas de estímulos às comissões ou demais vantagens financeiras dos médicos vai ao encontro desse realinhamento. Não discutimos neste texto as vantagens e desvantagens de se criar um custo para comportamentos dessa natureza, que podem ser financeiros, penais ou reputacionais, mas parece um debate interessante a ser feito.

Novos modelos de remuneração

Nem tudo, entretanto, está no campo governamental. O setor privado pode avançar bastante nas formas de remuneração, sain-

do do atual modelo que incentiva o uso (e abuso) de OPME para o uso responsável, remunerado pelo valor agregado à saúde do paciente. Um alinhamento de incentivos poderoso, em que o paciente retorna ao centro das decisões.

Empoderamento do consumidor mediante incentivos de mercado

Franquias e coparticipações podem, juntamente com a transparência de preços, potencializar a capacidade de escolha dos consumidores. Instrumentos tradicionais na indústria do seguro, as franquias e coparticipações podem ser estimuladas na saúde suplementar como mecanismo de incentivo ao uso responsável do plano de saúde. O consumidor

passará a ser o maior interessado em atribuir o melhor uso possível ao recurso escasso da saúde.

Estímulo aos protocolos de utilização

O governo, junto com as sociedades de especialidades em conjunto com outras partes interessadas, pode contribuir fundamentalmente na definição de protocolos técnicos de utilização. Esse conjunto de regras e orientações poderia dar subsídio para a escolha de determinado material, tendo como base seu custo-efetividade. ●

SANDRO LEAL ALVES

Economista e Gerente Geral da FenaSaúde.

sandroleal@fenasaude.org.br

