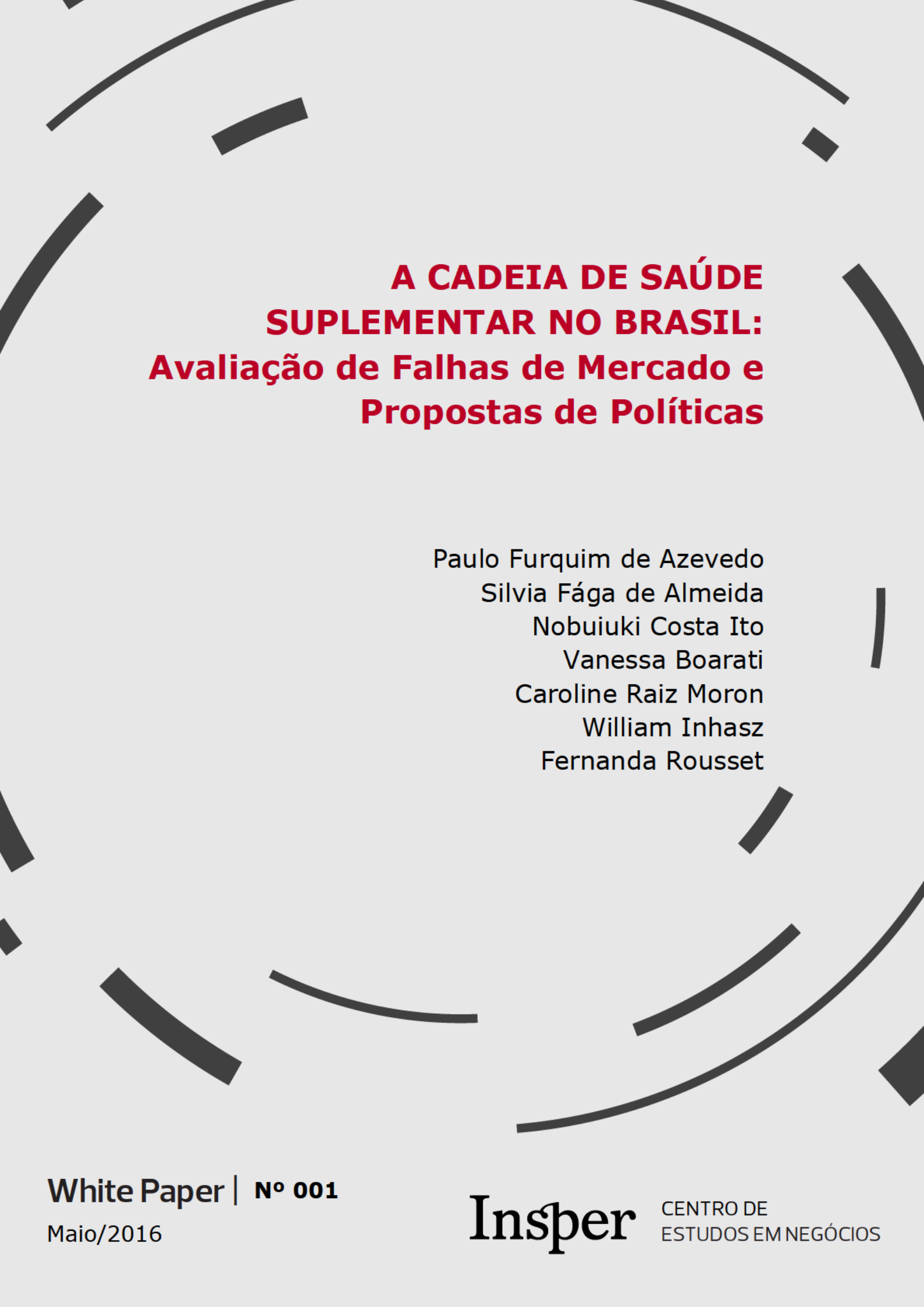




A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas

Paulo Furquim de Azevedo
Silvia Fága de Almeida
Nobuiuki Costa Ito
Vanessa Boarati
Caroline Raiz Moron
William Inhasz
Fernanda Rousset

White Paper | Nº 001

Maio/2016

Insper

CENTRO DE
ESTUDOS EM NEGÓCIOS

A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas

Paulo Furquim de Azevedo
Silvia Fága de Almeida
Nobuiuki Costa Ito
Vanessa Boarati
Caroline Raiz Moron
William Inhasz
Fernanda Rousset

São Paulo

2016

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	4
AGRADECIMENTOS	6
INTRODUÇÃO	7
1. METODOLOGIA DE PESQUISA	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Assimetria de informação	11
2.2 Externalidades	14
2.3 Poder de mercado	14
3. UMA VISÃO GERAL SOBRE SAÚDE NO BRASIL	23
4. A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	29
4.1 Beneficiários	31
4.2 Operadoras de Planos de Saúde.....	38
4.3 Ambiente Regulatório.....	48
4.4 Prestadores de Serviços	50
4.4.1. Hospitais	51
4.4.2. Laboratórios e Medicina Diagnóstica	56
4.4.3. Médicos	58
4.4.4 Fornecedores de Medicamentos	60
4.4.5 Fornecedores e Distribuidores de Equipamentos e Materiais Médicos	61
5. RELAÇÕES CONTRATUAIS E FALHAS DE MERCADO	65
5.1 Relações entre Beneficiários e a Saúde Suplementar.....	66

5.1.1 Relações entre Beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde (OPS)	67
5.1.2 Relações entre Beneficiários e Prestadores de Serviços de Saúde (Médicos e Estabelecimentos de Saúde)	74
5.2 Relações entre Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e os Prestadores de Serviço de Saúde	79
5.2.1 Ausência de incentivos para qualidade e eficiência no modelo contratual médico-OPS e agravamento da relação pela remuneração extra recebida dos fornecedores	79
5.2.2 Contrato OPS e Estabelecimentos de Saúde (Hospitais, Laboratórios, etc): incentivo ao desperdício e perdas para a cadeia de saúde suplementar	84
5.3 Relações entre Prestadores de Serviço de Saúde e Fornecedores	93
5.3.1 Relações entre Médicos e Fornecedores: incentivos perversos da remuneração paga aos médicos	94
5.3.2 Relações entre Prestadores de Serviços de Saúde e Fornecedores	101
6. PROPOSTAS	104
CONCLUSÕES	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
APÊNDICE	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 2001-2013).....	19
Figura 2: Despesas em Saúde (%PIB), ano de 2014	23
Figura 3: Despesas em Saúde Per Capita, ano de 2014	24
Figura 4: Despesas e Cobertura do SUS e Saúde Suplementar, 2009 a 2014... 25	
Figura 5: Gastos com Saúde por Domicílio nas Regiões Brasileiras, 2014.	26
Figura 6: Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por Região e Estados, 2015.	28
Figura 7: Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar	30
Figura 8: Envelhecimento da população	32
Figura 9: Pirâmide etária brasileira em 2015 e em 2030	33
Figura 10: Mortalidade brasileira por faixa etária em 1990 e em 2011	34
Figura 11: Mortalidade brasileira por causas em 1990 e em 2011	35
Figura 12: Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Brasil.....	36
Figura 13: Variação absoluta no número de empregos formais versus beneficiários de planos de saúde	37
Figura 14: Crescimento absoluto e em porcentagem	38
Figura 15: Relação entre planos individuais ou familiares e coletivos no Brasil .	39
Figura 16: Reajuste ANS, IPCA Saúde e IPCA Geral de 2000 até 2014	41
Figura 17: Taxa de sinistralidade média dos planos de saúde	42
Figura 18: Participação dos Planos de Saúde por Modalidade.....	44
Figura 19: Receitas totais das operadoras de planos de saúde por modalidade.	45
Figura 20: Margem de lucro líquida das operadoras de planos de saúde por modalidade	46
Figura 21: Operadoras de planos de saúde por porte	47

Figura 22: Receitas e despesas das operadoras de planos de saúde por porte..	48
Figura 23: Composição das Despesas Totais das Operadoras, 2014.....	51
Figura 24: Distribuição Geográfica dos Hospitais, 2015.....	52
Figura 25: Total de Leitos por Mil Habitantes, 2005 a 2012	53
Figura 26: Evolução do Número de Leitos e Crescimento da População, 2005 a 2012.....	54
Figura 27: Leitos por Mil Habitantes, 2015.....	55
Figura 28: Distribuição Geográfica dos Laboratório e Estabelecimentos de Medicina Diagnóstica	58
Figura 29: Médicos por Mil Habitante, 2015.	59
Figura 30: Crescimento e Tamanho do Mercado, 2010 a 2015.	60
Figura 31: Ranking dos Maiores Competidores no Mercado Brasileiro.....	61
Figura 32: Gasto com Materiais e Equipamentos, 2013.....	62
Figura 33: Participação dos Dispositivos Médicos nos Gastos Totais com Saúde	63
Figura 34: Ultrassom por 100 Mil Habitantes, 2015.....	64
Figura 35: Ressonância Magnética por 100 Mil Habitantes, 2015.....	64
Figura 36: A Cadeia de Cadeia de Saúde - Relações entre Beneficiários e os Prestadores de Serviço	678
Figura 37: Decisões CADE em processos administrativos referentes a adoção de tabelas médicas (jun/1996-maio/2015).....	81
Figura 38: Redução de Custos OPS Bradesco Seguros com a Compra Direta com Fornecedores	912
Figura 39: A Cadeia de Cadeia de Saúde - Relações entre Prestadores de Serviço de Saúde e Fornecedores	94
Figura 40: Preço Final Prótese de Joelho e a "Remuneração" Recebida pelo Médico	96

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração de todos os entrevistados e suas respectivas equipes de assessores. O trabalho não poderia ter sido desenvolvido sem a valiosa contribuição de: Adriano Soares, Antonio Carlos Abbatepaolo, Aurimar José Pinto, Camila Sardenberg, Carlos Figueiredo, Claudia Scarpim, Florencia Pereda, Florentino Cardoso, Joana Cruz, José Carlos Abrahão, José Cechin, Lenise Barcellos de Mello Secchin, Marcio Landi, Mario Ferreti, Maurício Lopes, Micha Nussbaum, Pedro Ramos, Renato Couto, Rodrigo Bacellar Wuerkert, Sergio Tramontin e Vinicius de Carvalho.

Agradecemos também as sugestões e o apoio recebidos de: Bruno Vargens, Cesar Carvalho, Cláudio Lottenberg, Fernando Botelho, Giselle Tiemi Lourenço, Hellen Tustumi, Jander Ramos, João Grossi e Luiz Augusto Carneiro.

A presente pesquisa foi desenvolvida sob responsabilidade e coordenação independente do Insper e contou com o apoio financeiro do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS. O Insper agradece ao IESS e reforça que o conteúdo desta pesquisa e seus eventuais erros e omissões são de responsabilidade exclusiva dos autores

INTRODUÇÃO

Este estudo tem o objetivo de mapear o funcionamento da Saúde Suplementar e identificar as principais falhas de mercado do sistema, bem como propor políticas para mitigar tais problemas. O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre insumos e usuários finais. Os fornecedores de materiais médicos, equipamentos e medicamentos entregam seus produtos por meios próprios ou distribuidores. Os prestadores de serviços de saúde, compostos por médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, recebem os insumos e serviços, criando a infraestrutura para atenção à saúde. Os pacientes têm acesso ao sistema por meio das Operadoras de Plano de Saúde (OPS), ou seja, os pacientes são beneficiários de planos de saúde. Esta cadeia é composta por atividades sequenciais claras, mas os esquemas de contratação e a organização das relações entre os elos da cadeia é, na verdade, um conjunto complexo de arranjos, cujos efeitos econômicos não são triviais.

As relações complexas entre os agentes, no caso estudado, são caracterizadas por situações peculiares, dentre elas: (1) alguns pagamentos monetários não ocorrem de acordo com o consumo do serviço, pois a relação entre beneficiário e prestadores é intermediada pelas OPS; (2) muitas decisões são tomadas por agentes que não arcam com os custos, isto é, o pedido de exames ou procedimentos não têm impacto financeiro para prestadores ou, em algumas situações, beneficiam os prestadores. Esta complexa rede de relações contratuais, portanto, gera incentivos que podem distorcer as decisões dos agentes. Em outras palavras, os mecanismos de mercados são, por vezes, insuficientes para coordenar a alocação de recursos nesta cadeia, provocando as chamadas falhas de mercado.

Para o objetivo proposto, esta pesquisa exploratória vale-se de métodos qualitativos de pesquisa. Inicialmente, o mapeamento da cadeia oferece a situação conjuntural da Saúde Suplementar para, então, por meio de entrevistas com agentes-chave do sistema, identificar as principais fontes de desperdícios e problemas. A teoria econômica desempenha papel fundamental na análise do conteúdo das entrevistas e, também, para elaboração de propostas de política para

o setor. É a teoria econômica a lente utilizada para interpretação do conteúdo das entrevistas.

Em alguns setores, o mercado e o sistema de preços conseguem alocar os recursos disponíveis de maneira eficiente. Isto é, em situação de concorrência os agentes econômicos conseguem ter no preço um sinalizador do quanto um bem é valorado pela sociedade, seja pelos custos envolvidos em sua produção, seja pelo benefício adicional de seu consumo. Este, contudo, não é o caso da cadeia de saúde. Diversas falhas de mercado fazem com que o mecanismo preço não funcione de forma eficiente. Tais falhas presentes no setor estudado são causadas, em primeiro lugar, pela diversidade de informações que os tomadores de decisão possuem. Em outras palavras, um tomador de decisão pode deter mais informações que outras partes também afetadas pela decisão, problema conhecido como assimetria de informação. Em segundo lugar, outra falha de mercado ocorre quando um agente pode realizar aumentos ou diminuições de preços sem sofrer as consequências da concorrência, conhecido como poder de mercado.

No sistema de Saúde Suplementar, estas falhas de mercado aparecem em diversos momentos da escolha dos beneficiários, das operadoras de planos, dos prestadores de serviços e de fornecedores. A consequência é a ineficiência no atendimento de saúde, com aumento de preços, apropriação de valores, limitações no acesso aos serviços e, também, perda de qualidade no serviço para o beneficiário. No decorrer do estudo, as relações entre os agentes serão caracterizadas e as principais falhas descritas detalhadamente. A teoria econômica, novamente, permite fazer proposições para mitigar essas falhas com vistas ao crescimento sustentável do setor.

Este estudo está organizado em seis capítulos, incluindo esta introdução. O segundo capítulo descreve os procedimentos metodológicos adotados. O terceiro capítulo faz uma revisão de literatura sobre falhas de mercado nos sistemas de saúde. O quarto capítulo apresenta o mapeamento conjuntural da Saúde Suplementar no Brasil, identificando os principais componentes da cadeia. O quinto capítulo contém os resultados das entrevistas realizadas, identificando as principais falhas de mercado. No sexto capítulo são apresentadas propostas de mudanças nos modelos de contratação, remuneração e no aumento da transparência das variáveis de preço e qualidade. O sétimo capítulo, por fim, apresenta as considerações finais.

1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Para a investigação sobre as ineficiências do sistema de Saúde Suplementar, o primeiro passo é definir as fronteiras do sistema analisado. Para isso, a descrição da cadeia foi apresentada para especialistas no setor, buscando um formato que comunique os elementos mais relevantes na cadeia, mas que seja de fácil entendimento. A formulação do desenho da cadeia da Saúde Suplementar foi, ainda, refinada no processo de entrevistas a ser descrito.

Definido o desenho, buscam-se dados secundários que possibilitem uma caracterização geral de cada elo presente na cadeia de Saúde Suplementar. Foram coletados dados de diferentes fontes, tais como: Euromonitor, Organização Mundial da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Datasus, Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e IMS Health do Brasil.

Realizado o mapeamento da cadeia, é possível iniciar a análise das falhas de mercado. Ainda que o estudo abarque todo o sistema, a identificação das falhas de mercado dá-se pela análise da relação específica entre dois elos. Em outras palavras, analisa-se, por exemplo, a relação entre prestadores de serviço e distribuidores de materiais isoladamente. Desta forma, as diversas relações sequenciais entre agentes são quebradas em relações específicas, que são analisadas à luz da teoria econômica.

Para a coleta de informações não disponíveis nas bases de dados existentes, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com participantes de todos os elos da cadeia produtiva de saúde suplementar. A entrevista semiestruturada é um tipo de conversação guiada, em que o pesquisador tem a responsabilidade de conduzir a conversa e escutar o significado do discurso realizado pelo entrevistado (Warren, 2002). A entrevista semiestruturada possibilita maior amplitude no estudo do fenômeno, pois é baseada em roteiro de entrevistas (Apêndice 1) contendo apenas tópicos gerais que o pesquisador deseja abordar. Assim, este tipo de entrevista tem caráter flexível, com a finalidade de entender um comportamento complexo sem definição prévia de todas as categorias de conteúdo (Fontana e Frey, 2005).

Foram realizadas entrevistas com representantes de todos os elos da cadeia, ou seja, com produtores materiais médicos e equipamentos, produtores de medicamentos, distribuidores, gestores de hospitais, médicos e membros do ambiente regulatório (ANS e CADE). No total, foram 18 entrevistas, perfazendo aproximadamente 24 horas e 60 páginas de relatórios. As entrevistas foram realizadas em duplas e registradas conforme grandes tópicos relacionados às potenciais falhas de mercado levantadas na revisão de literatura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O setor de saúde suplementar é marcado por diferentes falhas que dificultam que os mecanismos de mercado resultem em alocações eficientes. Na sequência, discutem-se as principais falhas identificadas – assimetria de informação, externalidades e poder de mercado – e respectivos efeitos sobre o funcionamento do mercado.

2.1 Assimetria de informação

Uma importante falha de mercado é a assimetria de informação na relação entre os diversos agentes desta cadeia: operadoras, beneficiários, médicos e demais prestadores de serviços de saúde.

Os beneficiários possuem informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos e profissionais da área estão em condições de avaliar e prescrever precisamente os possíveis exames e tratamentos necessários. Neste contexto, as operadoras têm dificuldades para obter informação sobre efetiva possibilidade de um determinado beneficiário adoecer, ou mesmo avaliar se os procedimentos demandados pelos pacientes e/ou prescritos pelos médicos são efetivamente necessários. Há que se considerar ainda que, na relação entre operadora e consumidor, este último não tem condições, nem capacidade técnica de compreender todos os dispositivos do contrato e de estimar ou avaliar se os produtos disponíveis compreendem as suas necessidades atuais e futuras em termos de assistência à saúde (Araújo, 2004).

Diante de tais assimetrias de informação, há espaço para comportamento oportunista por parte dos agentes que atuam neste setor, merecendo destaque os seguintes problemas:

- **Seleção adversa:** agentes mais propensos a utilizar os serviços são os que tendem a procurar por planos de saúde, ou seja, a demanda tende a ser mais concentrada em grupos que, na média, utilizam mais intensamente os serviços de saúde em relação a população em geral (Babinotto et alii, 2004). Assim, as carteiras podem vir a selecionar pacientes de maior risco e os parâmetros referentes à utilização de serviços de assistência à saúde da população em geral não são referência para o efetivo perfil de beneficiários que compõem a carteira de planos de saúde. Daí decorre a necessidade de seleção de risco, com criação de mecanismos para obtenção de informação sobre os consumidores com vistas a elaborar parametrização mais apropriada. Por isso, é importante a elaboração de arranjos contratuais que incentivem os beneficiários a revelar as informações relevantes para que se construam parâmetros mais próximos da realidade, permitindo às OPS ajustar a receita aos custos efetivos.
- **Risco moral:** como o tomador de decisão sobre o consumo não é o mesmo agente que arca com os custos, há incentivo à sobreutilização dos serviços, que por vezes pode ser desnecessária (Gaynor e Vogt, 1999; Macera e Saintive, 2004; Hsiao, 1995). E, como os médicos e prestadores de serviço possuem mais informação que os/as instituições financiadoras, aqueles primeiros podem induzir maior utilização dos serviços relacionados à saúde. A solicitação de maior número de procedimentos, inclusive os de maior complexidade, seria motivada pela busca de conclusões mais rápidas, reduzindo tempo da consulta¹. Neste sentido, Noll (2005) argumenta que:

“Physicians can be required to accept a certain number of patients, but the quantity and quality of service they provide can be only imperfectly observed, which creates an opportunity to take opportunistic advantage” (p. 23)

Ao mesmo tempo, o custo marginal do uso efetivo dos serviços contratados no plano para o beneficiário é baixo (ou próximo de zero), estimulando a demanda

¹ Há que se considerar, contudo, que não há, na verdade, garantias que tal estratégia implique necessariamente diagnóstico mais ágil e preciso que possa beneficiar o consumidor.

por serviços de assistência de forma mais frequente que a necessária. Assim, nas palavras de Stiglitz (2000):

"There is considerable evidence that much of medical care expenditures may in fact be inappropriate." (p. 320)

O problema da sobreutilização dos serviços é o aumento de custos ao longo da cadeia, impulsionando também os preços. Como resultado, parcela dos consumidores podem não apresentar mais condições de continuar adquirindo planos de saúde:

"Uma das implicações do risco moral na utilização dos serviços de saúde no sistema suplementar é que os preços praticados nesse setor estariam acima do nível ótimo, gerando perdas de bem-estar. Nesse caso alguns indivíduos não adquirem plano devido a sua restrição orçamentária, comprometendo a eficiência na alocação dos recursos." (Maia et al., 2004, p. 19).

Com vistas a dirimir os efeitos decorrentes do risco moral, as OPS buscam criar mecanismos de monitoramento, reavaliando e, por vezes, limitando os pedidos de procedimentos prescritos pelos médicos.

Os efeitos da assimetria de informação, portanto, pressionam os custos das operadoras, seja porque o comportamento oportunista (seleção adversa e risco moral) aumentam o uso efetivo de serviços, seja porque as OPS, para atenuar este problema, precisam criar mecanismos de seleção de risco e de monitoramento.

2.2 Externalidades

O setor de saúde é também marcado pela presença de externalidades positivas². Os efeitos do serviço de assistência à saúde vão além do bem-estar do agente que teve acesso ao tratamento: indivíduos saudáveis, com acesso rápido a tratamento eficaz e a cuidados preventivos, reduzem a probabilidade de o restante da comunidade ser contaminado ou ser afetada de alguma forma pelos indivíduos enfermos.

Há que se considerar também que indivíduos saudáveis são mais produtivos. Formalmente, entende-se que a saúde é uma das dimensões do capital humano (Strauss e Thomas, 1995), que deve determinar a produtividade de determinada sociedade (Becker, 1993).

Assim, quanto maior o acesso à saúde, menor a chance de disseminação de enfermidades e maior o capital humano acumulado pelos indivíduos, ampliando sua produtividade (Almeida, 2009). É importante, assim, criar a estrutura de incentivo apropriada para evitar que as operadoras, ao não considerar no seu cálculo privado as externalidades positivas sobre o bem-estar geral da população, acabe por realizar investimentos sub-ótimos nos serviços de assistência à saúde.

2.3 Poder de mercado

Há diferentes elementos no setor de saúde suplementar que, ao mesmo tempo em que contribuem para o aumento da eficiência e redução de custos, favorece a concentração de mercado. Ou seja, este mercado tende a ser mais eficiente na

² Mas-Colell et. al (1995) definem externalidades da seguinte forma: “An externality is present whenever the well-being of a consumer or the production possibilities of a firm are directly affected by the actions of another agent in the economy” (p. 352). Os autores complementam esclarecendo que seriam os efeitos não intermediados pelo sistema de preços. Dito noutras palavras, as externalidades podem ser entendidas como os resultados não obtidos pelos mecanismos de mercado – efeitos non-marketability (Papandreou, 1998). As externalidades podem ser positivas, quando há benefícios para os demais agentes, ou negativas, quando os efeitos implicam custos indivíduos. Em: MAS-COLELL, A., WHINSTON, M. D., GREEN, J. R. (1995) “Microeconomic Theory”, Oxford University Press.

presença de número reduzido de empresas de maior porte e mais integradas verticalmente.

Conforme já apresentado, a própria assimetria de informação demanda mecanismos para evitar a seleção adversa e o risco moral, o que acaba por favorecer a concentração de mercado. Com vistas a evitar a seleção adversa e buscando compor uma carteira rentável de beneficiários, é importante criar mecanismos para identificar com a maior precisão possível os efetivos custos que determinado grupo de beneficiários pode gerar para as operadoras de planos de saúde. Nas palavras de Stiglitz (2000):

"In practice, it is costly to identify good risks, and insurance firms spend considerable resources attempting to do so. Indeed, an insurance company's profits can be increased as much through better ways of identifying good risks from bad risks as they can be by improving the efficiency and quality of overall service provided. If private insurance firms cannot discriminate among individuals by level of risk, quite another problem arises." (p. 361)

Já no caso do risco moral, com vistas e melhor administrar o uso efetivo por parte dos beneficiários, mecanismos de monitoramento devem ser criados, implicando ampliação da estrutura e das despesas administrativas com a organização de uma equipe de profissionais de saúde com o objetivo de avaliar (e limitar) os pedidos de procedimentos prescritos pelos médicos.

Ademais, também relacionado à assimetria de informação, há incerteza por parte dos beneficiários associada à efetiva competência dos prestadores de serviços de saúde. Em decorrência disso, e mesmo pela necessidade de diferenciação dos serviços ofertados ao mercado, a constituição de reputação da marca das operadoras acaba sendo um importante mecanismo de sinalização de que os prestadores de serviços de saúde credenciados a determinada seguradora oferecem um serviço de qualidade. As operadoras, portanto, necessitam realizar investimentos irrecuperáveis na constituição de uma marca de reputação. E, como este tipo de dispêndio configura custo fixo, este representa mais um elemento que aumenta a competitividade das empresas de maior porte (Almeida, 2009).

Em complemento, de forma relacionada à incerteza sobre qual doença ou acidente pode vir a acontecer – e às peculiaridades do relacionamento entre médicos e pacientes – é necessário que as OPS ofereçam variedade de especialidades de tratamento e opções de profissionais, o que demanda investimentos irrecuperáveis para constituir uma rede eficiente de provedores de qualidade (Duclos, 2005). Este configura mais um custo fixo não desprezível, que será mais diluído quanto maior número de beneficiários para fazer uso deste amplo leque de opções.

Os avanços tecnológicos representam outro fator relevante que favorece empresas de maior porte. Diferentemente do que se verifica na maioria dos mercados, no setor de saúde as novas tecnologias representam uma fonte de aumento de gastos, e não de redução de custos. Distintos motivos explicam este resultado, como indicam os trabalhos de Barbash & Glied, (2010) e Goyen & Debatin (2008):

- Avanços tecnológicos podem implicar aumento de custos simplesmente porque o novo tratamento é mais complexo e mais custoso;
- Permite que número mais amplo de pacientes possa ser tratado;
- Inovações podem permitir tratamento de doenças antes incuráveis;
- Permitem descoberta e/ou tratamento de doenças secundárias e efeitos colaterais das enfermidades que antes não eram assistidas;
- Permite avanços no tratamento preventivo de doenças;
- Amplia o tempo de tratamento das doenças justamente por permitir maior longevidade do paciente;
- Avanços clínicos, com tratamentos que antes extrapolavam as fronteiras médicas e passam a ser incorporados na rotina de tratamento do paciente (doenças mentais, por exemplo).

É verdade que alguns dos elementos que implicam aumento de custos no curto prazo podem resultar em redução de custos ao longo do tempo. Por exemplo, avanços em tratamentos preventivos podem reduzir custos com doenças mais sérias, que deixarão de se desenvolver e não atingirão estágios mais avançados que podem demandar procedimentos mais complexos e custosos. Mesmo com este possível efeito de mais longo prazo, o fato é que, no agregado, os avanços tecnológicos tendem a ampliar os custos de assistência à saúde. Neste sentido, Goyen & Debatin (2008) argumentam que:

"While a particular new technology may either increase or decrease short-term healthcare spending, experts agree that, taken together, advances in medical technology are the major contributor to healthcare expenditure increases." (p.2)

Complementando este cenário, no setor de saúde suplementar, constata-se que a mera existência de um mercado de planos de saúde já poderia estimular os avanços tecnológicos, pois haveria alguma garantia de demanda:

"The presence of health insurance provides some assurance to researchers and medical suppliers that patients will have the resources to pay for new medical products, thus encouraging research and development. At the same time, the promise of better health through improvements in medicine increases the demand for health insurance as consumers look for ways to ensure access to the highest level of medical care." (Goyen & Debatin, 2008. p. 3).

É inegável que há benefícios relacionados aos avanços tecnológicos sobre o bem-estar da população. Contudo, especialmente sob a ótica de formulação de política pública, devem-se considerar também os efeitos em termos de custos ao longo da cadeia da saúde suplementar. Estudos indicam que, em decorrência do conjunto de fatores aqui apresentados, cerca de 50% ou mais dos aumentos dos custos no setor de saúde devem ser atribuídos ao avanço tecnológico:

"Most experts believe that medical technology advances account for half to two-thirds of annual spending increases. By all measures it is apparent that new medical technology is the dominant driver of increases in healthcare costs and hence insurance premiums." (Goyen & Debatin, 2008. p. 1).

Há, portanto, mais um elemento que favorece empresas de maior porte, que não só apresentam melhores condições financeiras para investir nas novas tecnologias, diluindo custos, como estão mais preparadas para acomodar e monitorar o uso e os custos da introdução de novas tecnologias.

De fato, o monitoramento mais eficiente do uso dos serviços e dos respectivos custos ganha especial importância neste setor. Este fato se soma aos diversos elementos já apresentados – seleção adversa e risco moral, importância de constituição de marca, inovações tecnológicas –, que tendem a conferir maior vantagem às empresas de maior porte.

Planos de saúde envolvem riscos diferentes de outros tipos de seguros. No caso de automóveis, por exemplo, há limites mais claros sobre o custo máximo que cada cliente pode impor à seguradora no momento da contratação do seguro. Contudo, no setor de saúde, os custos das OPS podem sofrer fortes desvios em relação ao custo médio (em geral, para cima) por questões associadas ao risco aos quais os beneficiários estão expostos, fora do controle das operadoras e, por vezes, dos próprios consumidores. Mesmo uma empresa bem gerida pode se deparar com custos que não poderiam ser totalmente previstos inicialmente, não sendo possível mensurar com exatidão o custo máximo gerado por cada beneficiário.

O problema está no cenário em que determinada operadora passa a enfrentar dificuldades financeiras para seguir honrando seus compromissos e, no limite, precisa encerrar suas atividades. Os beneficiários podem ficar subitamente sem acesso à assistência à saúde, realidade especialmente problemática para aqueles com enfermidades mais sérias e que estão no meio de algum tratamento.

Neste contexto, empresas de maior porte estão em melhores condições de contornar de maneira mais bem-sucedida possíveis desequilíbrios de natureza atuarial (Ocké-Reis, 2006) - operadoras menores, com carteira de beneficiários mais limitada, possuem menor volume de capital e, portanto, condições mais restritas de garantir suas operações. Além disso, empresas de maior porte estão em melhores condições de diluir custos, não só pelas economias de escala já mencionadas, mas também porque, quanto mais ampla a carteira de beneficiários, maior a diluição da sinistralidade³, facilitando a acomodação dos custos relacionados aos eventos inesperados.

É importante, portanto, minimizar a volatilidade da taxa de sinistralidade para que a remuneração seja mais consistente com as receitas ao longo do tempo, sendo

³ Taxa de sinistralidade: razão entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.

que escala de operação das OPS é importante para reduzir a volatilidade dos custos associada a eventos não esperados (Given, 1996).

Há, assim, um *trade-off* entre grau de concentração e risco de insolvência: algum nível de concentração pode ser benéfico como forma de favorecer que as operadoras estejam em melhores condições de garantir suas operações (Almeida, 2009).

Há também evidências de que este mercado tende a ser concentrado. De acordo com Almeida (2009), entre 2003 e 2006, cerca de 75% dos municípios brasileiros apresentavam elevados índice de concentração de mercado. E não há indícios de que este mercado tenha se desconcentrado; ao contrário, como a necessidade de escala de operação implica barreiras à entrada e dificulta que empresas de menor porte persistam no mercado, houve redução do número de OPS ativas. Os dados da ANS indicam importante redução do número de operadoras de planos de saúde ao longo dos últimos anos. A Figura 1 mostra o número de operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil entre 2001 e 2013.

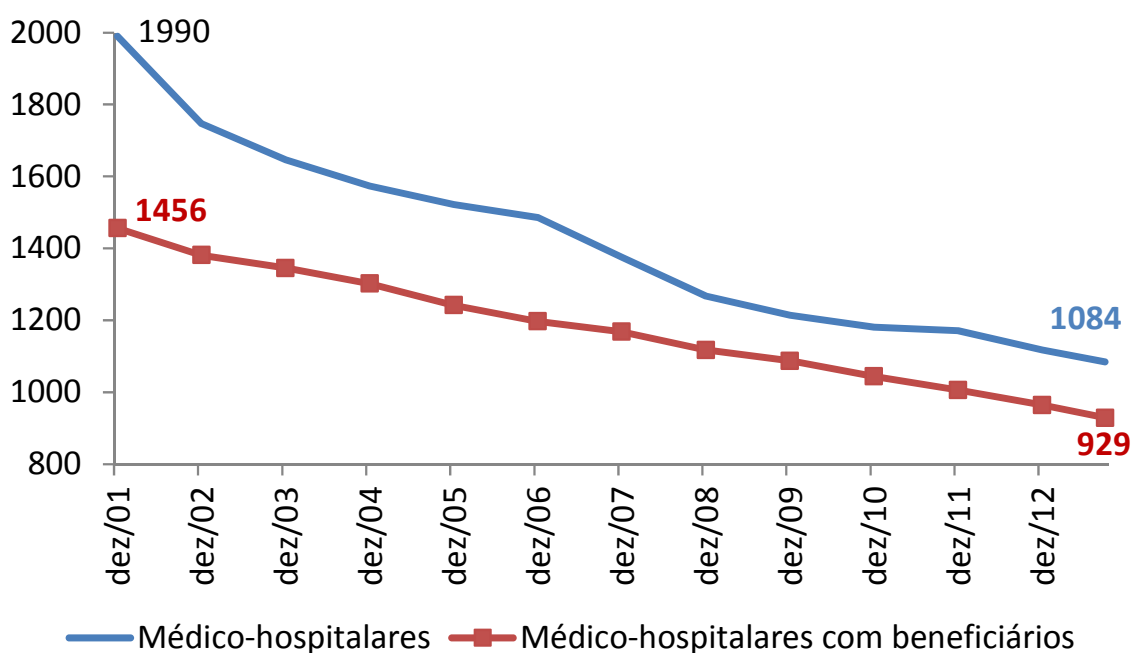


Figura 1: Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 2001-2013)

Fonte: Fonte: CADOP/ANS/MS - 09/2013 e SIP/ANS/MS- 09/2013.

Em outras palavras, ainda que existam municípios e regiões que podem contar com número mais amplo de OPS, há evidências de que o mercado de saúde suplementar vem se concentrando ao longo dos últimos anos.

Somada isso, verifica-se que neste setor existem elementos que favorecem o exercício de poder de mercado por parte das OPS, a montante e a jusante, permitindo que sejam adotadas práticas que podem ser deletérias ao consumidor.

Em primeiro lugar, conforme já discutido, os mesmos fatores que favorecem a concentração por gerar economias de escala acabam por representar barreiras à entrada: novo competidor precisa ingressar no mercado já operando com ampla carteira de beneficiários. Assim, eventuais práticas prejudiciais aos consumidores (como aumento de preço ou piora na qualidade do atendimento) dificilmente serão disciplinadas pelo ingresso de novos concorrentes no mercado.

Há que se considerar também os custos de mudança (*switchng costs*) que beneficiários podem enfrentar caso decidam migrar de operadora ou de prestadores de serviços de saúde caso deixem de ser credenciado por determinada OPS. Sob a ótica do beneficiário, pode existir o custo de mudança de médico caso optem por migrar para outra operadora que não oferece as mesmas alternativas de rede credenciada de prestadores. Essa alteração e possíveis períodos de carência podem implicar custos, especialmente no caso de paciente tiver que interromper ou alterar determinado tratamento, o que pode comprometer sua saúde. Caso os prestadores de serviços de saúde deixem de ser credenciados a determinada OPS, há perda de parte considerável dos pacientes, não sendo trivial recomposição da carteira de clientes de forma rápida (Duclos, 2005)⁴.

Destaca-se ainda que, no que se refere à saúde, as preferências dos consumidores são bastante heterogêneas e a qualidade dos serviços é uma dimensão crucial na decisão de consumo. Diante da assimetria de informação, são necessários mecanismos de sinalização de qualidade e reputação (como constituição de marca), havendo elevada diferenciação de produto e baixo grau de substitutibilidade entre OPS e os diferentes prestadores de serviços médicos

⁴ Destaca-se, neste sentido, que o tempo do prestador de serviços de saúde é “perecível”: por exemplo, quando um médico deixa de atender um paciente em um dia, por exemplo, esse tempo não pode ser recuperado. Em: DUCLOS, M.T., Atos de Concentração, Poder de Monopsônio e Restrições Verticais no Mercado de Saúde Suplementar. Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência. Cap.9, Tomo II. Coordenadores Eduardo P. S. Fiusa. Secretaria de Direito Econômico – Ministério da Justiça, IPEA e ANPEC. Rio de Janeiro. 2006.

(Gaynor e Vogt, 1999). Ou seja, somado aos “custos de mudança”, a sensibilidade dos consumidores a preço tende a ser reduzida e os beneficiários tendem a tolerar algum nível de aumentos de preços ou de redução de qualidade antes de optar por migrar de operadora.

De todo o exposto, verifica-se a existência de importantes falhas que comprometem o eficiente funcionamento do mercado, justificando a intervenção na economia via regulação. De fato, na presença de falhas de mercado, “[...] é necessária alguma regulação para que se atinja a solução de maior bem-estar social.” (Viscusi et al., 2000. p. 316)

Ainda que a regulação seja motivada para ampliar a eficiência de mercado, verifica-se que o próprio marco regulatório do setor implica elementos que favorecem aumento de custos e concentração de mercado (Almeida, 2009). Conforme já apresentado, foram criadas diversas regras que, apesar de serem pró-consumidor, implicaram aumento de custos para as OPS, com efeitos perversos ao longo da cadeia.

O estabelecimento de cobertura mínima, com o estabelecimento de Rol de Procedimentos, favorece o consumidor ao contornar em grande parte o problema de assimetria de informação entre OPS e beneficiário. Contudo, o outro resultado é o aumento da estrutura de custos e da sinistralidade das operadoras, o que decorre dos seguintes motivos. Em primeiro lugar, o próprio processo de inclusão de procedimentos no referido Rol pode implicar despesas mais elevadas, especialmente se envolver novas tecnologias, exames e tratamentos mais complexos e custosos. Em segundo lugar, a cobertura mínima favorece o risco moral, havendo um conjunto mais amplo de serviços que podem ser utilizados desnecessariamente. Por fim, é eliminado um importante elemento de seleção de risco que dirimia a seleção adversa: sem cobertura mínima, cada beneficiário poderia indicar, antes da contratação, os serviços que intencionava utilizar. Tais elementos, em conjunto, acabam por impactar a estrutura de risco das operadoras, aumentando custos (Vianna, 2003).

Além da pressão sobre custos, há regulação de preços, que, no caso dos planos individuais e coletivos até 30 vidas, limita a possibilidade de repasse de custos para os consumidores. Há o benefício de o consumidor de tais planos não se deparar com reajustes de preços elevados. Contudo, justamente por restringir os

repasse de custos, operadoras, especialmente as de menor porte, podem ter dificuldades para preservar o equilíbrio econômico-financeiro e seguir operando no mercado.

Estes elementos, somados à necessidade de as OPS comprovarem garantias de financiamento, acabam por dificultar permanência e entrada de operadoras, especialmente as de menor porte. Mendes (2001) conclui que:

“A existência de uma regulação estatal, com estabelecimento de regras mínimas, determinou modificações qualitativas e quantitativas no mercado, dentre elas, a concentração” (Mendes, 2001, apud Ocké-Reis, 2006, p.1)

3. UMA VISÃO GERAL SOBRE SAÚDE NO BRASIL

A saúde, no Brasil, é direito do ser humano e dever do Estado. Este acesso universal é buscado por significativas despesas realizadas no sistema de saúde, que atingiu cerca de R\$ 557 bilhões, em 2014, equivalente a 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB). As despesas com saúde no Brasil são expressivas e, em termos absolutos, equivalem à soma dos PIB de Uruguai, Bolívia e Peru⁵. Dessa forma, é possível indicar que o Brasil faz um esforço relevante, no tocante a desembolso total de recursos, para promover a saúde. Quando este esforço é comparado aos outros países, na Figura 2, verifica-se que o Brasil despende uma parcela maior do PIB do que a média de seus vizinhos na América do Sul, bem como tem percentual compatível com alguns países desenvolvidos, tais como França e Alemanha.

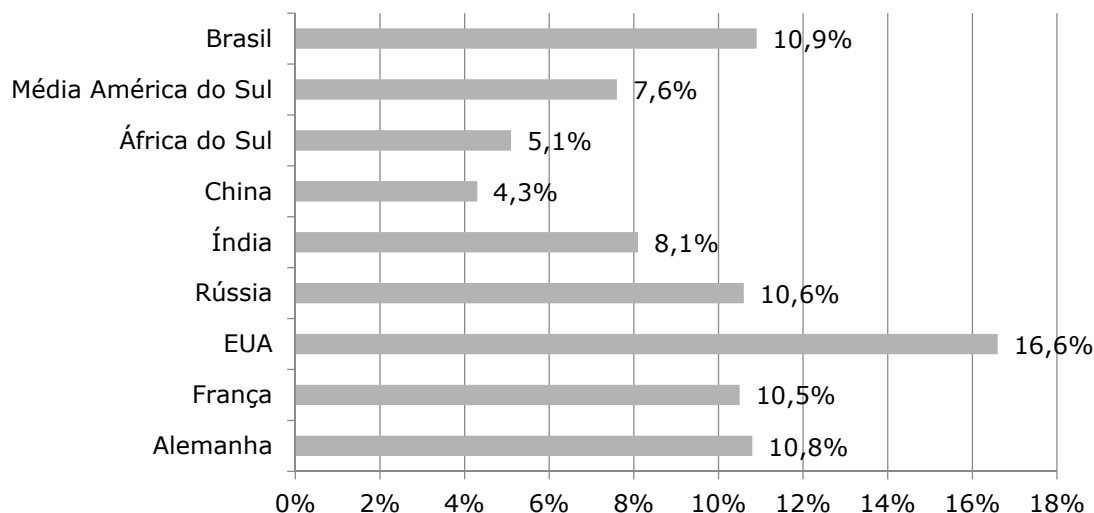


Figura 2: Despesas em Saúde (% PIB), ano de 2014

Fonte: Euromonitor

⁵ O valor das despesas com saúde em R\$ no Brasil foi calculado a partir do PIB e das despesas com saúde como porcentagem do PIB, extraídas do Euromonitor. Para comparação entre países, utilizou-se a conversão feita pelo Euromonitor em moeda corrente para dólar. Dados para 2014.

Embora o montante de recursos empregados seja significativo, as despesas *per capita* não seguem a mesma tendência. Segundo a Figura 3, quando verificadas as despesas per capita, o Brasil não está distante dos demais Países Sul-americanos e percebe-se que os países desenvolvidos apresentam maiores despesas. Dessa forma, o Brasil é um país grande, o que gera valores absolutos elevados, mas que não necessariamente promove um gasto comparado com países desenvolvidos. Comparando aos países dos BRICs⁶, em contrapartida, o Brasil apresenta despesas *per capita* superiores à maioria dos países componentes.

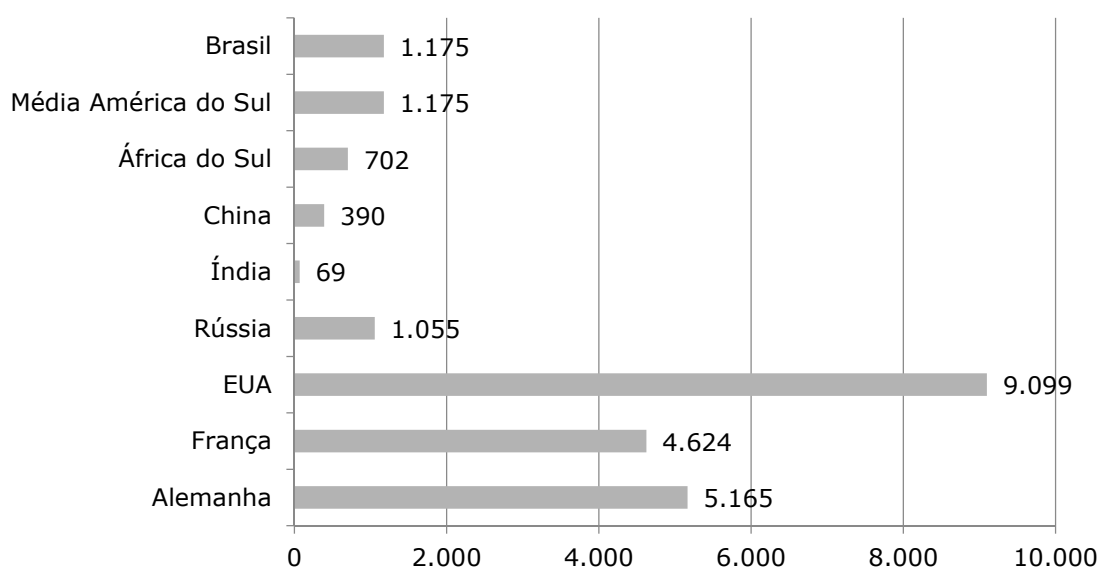


Figura 3: Despesas em Saúde Per Capita, ano de 2014

Fonte: Euromonitor

Como dever do Estado, a esfera pública está presente de forma determinante no sistema de saúde brasileiro. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado por recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e oferece

⁶ Acrônimo comumente utilizado para designar um grupo de países de economias emergentes, formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

atendimento de saúde aberto e gratuito para cerca de 74% da população brasileira⁷. Na esfera privada, o Sistema de Saúde Suplementar é constituído primordialmente pelos Operadores de Plano de Saúde (OPS), atendendo os demais 26% dos brasileiros. Ainda que três em cada quatro pessoas residentes no Brasil contem com o SUS, menos de 50% das despesas com saúde são incorridas na esfera pública. Conforme a Figura 4, a esfera privada, em 2014, foi responsável por 53% das despesas para atender 26% da população.

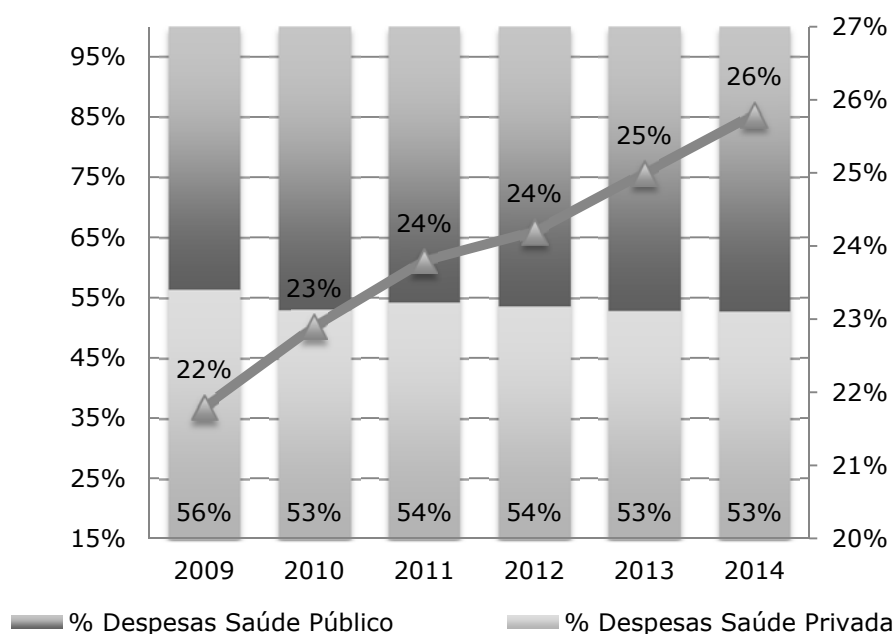


Figura 4: Despesas e Cobertura do SUS e Saúde Suplementar, 2009 a 2014.

Fonte: Euromonitor (despesas com saúde) e ANS (população coberta por plano de Saúde).

A análise de dados agregados para todo o País, entretanto, não é capaz de captar as idiosincrasias de cada região. De fato, o Brasil é um país continental e há heterogeneidade regional do atendimento de saúde. Considerando o fato de que os pacientes têm limitações de deslocamento para receber assistência, entender

⁷ Dados para 2014.

as especificidades regionais pode ser mais relevante que avaliar os dados nacionais. Assim, o sistema de saúde é analisado de forma mais precisa quando considerada regiões geográficas ou mesmo estados ou regiões geográficas mais relevantes⁸. A Figura 5 denota que os gastos com saúde por domicílio são significativamente distintos entre as regiões brasileiras.

Região	US\$ por Domicílio
Norte	1.069,10
Nordeste	1.215,50
Centro-Oeste	1.730,10
Sudeste	2.546,30
Sul	2.225,00
Brasil	1.977,40

Figura 5: Gastos com Saúde por Domicílio nas Regiões Brasileiras, 2014.

Fonte: Euromonitor

Assim, características sociais, econômicas e demográficas de Estados e Regiões brasileiras podem influenciar a organização do atendimento de saúde, o que se reflete nos investimentos privados e nas políticas públicas. Quando verificados os dados sobre estabelecimentos de saúde no Brasil, a evidência da heterogeneidade regional é reforçada, especialmente no que se refere às participações do Estado e da iniciativa privada. Por exemplo, como mostra a Figura 6, nos estados do Norte e Nordeste, os estabelecimentos públicos representam a metade do total, enquanto que no Sul e Sudeste, os estabelecimentos privados têm participação de 80%. Mesmo dentro das regiões, há diferenças significativas, como se observa em

⁸ Há estudos que sugerem a análise de polos ou clusters, reunindo municípios que deveriam compor o mesmo mercado relevante: ANDRADE, Mônica; GAMA, Marina; RUIZ, Ricardo; MAIA, Ana Carolina; MODENESI, Bernardo; TIBURCIO, Daniel. Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil. CEDEPLAR. Belo Horizonte, 2010.

Rondônia, onde 70% dos estabelecimentos são privados, o que a aproxima da estrutura do Centro-Oeste.

Região / Estado	Total Público	Participação Público	Total Privado	Participação Privado	Média Regional Pública	Média Regional Privado
Região Norte					50.05%	49.95%
Acre	425	55.48%	341	44.51%		
Amapá	311	61.22%	197	38.77%		
Amazonas	1203	54.55%	1002	45.45%		
Pará	3192	53.12%	2816	46.87%		
Rondônia	713	29.73%	1685	70.26%		
Roraima	368	65.24%	196	34.75%		
Tocantins	807	51.20%	769	48.79%		
Região Nordeste					49.08%	50.92%
Alagoas	1520	50.59%	1484	49.40%		
Bahia	6950	46.45%	8012	53.54%		
Ceará	3714	36.80%	6376	63.19%		
Maranhão	3424	70.20%	1453	29.79%		
Paraíba	3189	58.72%	2241	41.27%		
Pernambuco	4231	51.18%	4032	48.77%		
Piauí	2242	62.94%	1320	37.05%		
Rio Grande do Norte	1908	48.45%	2030	51.54%		
Sergipe	1004	30.46%	2289	69.51%		
Região Centro-Oeste					25.90%	74.10%
Distrito Federal	327	6.12%	5010	93.87%		
Goiás	2649	30.75%	5967	69.25%		
Mato Grosso	1859	36.76%	3198	63.23%		
Mato Grosso do Sul	1171	27.94%	3010	71.82%		
Região Sudeste					19.20%	80.80%
Espírito Santo	1368	23.68%	4408	76.31%		
Minas Gerais	9839	27.15%	26400	72.84%		
Rio de Janeiro	3657	19.47%	15117	80.52%		
São Paulo	9876	14.50%	58215	85.49%		
Região Sul						
Paraná	4251	19.43%	17621	80.56%		

Região / Estado	Total Público	Participação Público	Total Privado	Participação Privado	Média Regional Pública	Média Regional Privado
Rio Grande do Sul	4475	20.12%	17765	79.87%	20.21%	79.79%
Santa Catarina	3059	21.53%	11143	78.46%		
TOTAL	77.732	27,58%	204.097	72,42%		

Figura 6: Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por Região e Estados, 2015.

Fonte: Cadastro Nacional de Saúde Suplementar, dados para agosto de 2015⁹.

Dessa forma, verifica-se que o Brasil realiza um esforço de destinação de recursos para a área de saúde. Estes recursos são vultosos, quando comparados à renda produzida no País, mas limitados para atender uma grande população dispersa em regiões com diferentes características. Assim, devido às características estruturais das regiões brasileiras e das especificidades do atendimento de saúde, há heterogeneidade na organização do sistema de saúde. As participações pública e privada na oferta de serviços de saúde combinam-se de diversas formas, destacando-se a sua complementariedade. Este trabalho limita a sua análise apenas ao sistema de saúde suplementar, sem, contudo, abandonar a perspectiva de sua inserção no sistema de saúde como um todo.

⁹ A categorização entre público e privado foi realizada pelo seguinte critério: (1) Público: 01 ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS,SES e SMS); 02 ADMINISTRACAO DIRETA DE OUTROS ORGAOS (MEC,MEx,Marinha,etc); 03 ADMINISTRACAO INDIRETA – AUTARQUIAS; 04 ADMINISTRACAO INDIRETA - FUNDAÇÃO PUBLICA; 05 ADMINISTRACAO INDIRETA - EMPRESA PUBLICA; 06 ADMINISTRACAO INDIRETA - ORGANIZACAO SOCIAL PUBLICA; e Privado: 07 EMPRESA PRIVADA; 08 FUNDACAO PRIVADA; 09 COOPERATIVA; 10 SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO; 11 ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS; 12 ECONOMIA MISTA; 13 SINDICATO.

4. A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Saúde Suplementar constitui um sistema privado de serviços de saúde por meio de convênios ou planos de saúde. A razão de ser da Saúde Suplementar, no Brasil, é o cidadão (beneficiário) que, embora tenha acesso ao sistema público e possa continuar a usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário contínuo para manter acesso a serviços de saúde. Ao revelar esta demanda por pagamento de serviços privados de saúde, o beneficiário inicia a criação de uma longa cadeia de atividades para seu atendimento. Os agentes que compõem esta longa cadeia, então, estabelecem relações que, muitas vezes, evoluem para complexos arranjos organizacionais. Assim, tendo em vista o levantamento de falhas de mercado, a primeira tarefa crítica é mapear a Cadeia de Saúde Suplementar.

O mapeamento de uma cadeia consiste no levantamento das atividades realizadas em um sistema de fornecimento, iniciando nos insumos básicos até o cliente final. No caso do sistema de Saúde Suplementar, a Figura 7 mostra as principais atividades realizadas para os atendimentos dos beneficiários das OPS. A descrição contida neste capítulo não pretende ser exaustivas, mas apenas elucidar as características relevantes para a análise das falhas de mercado.

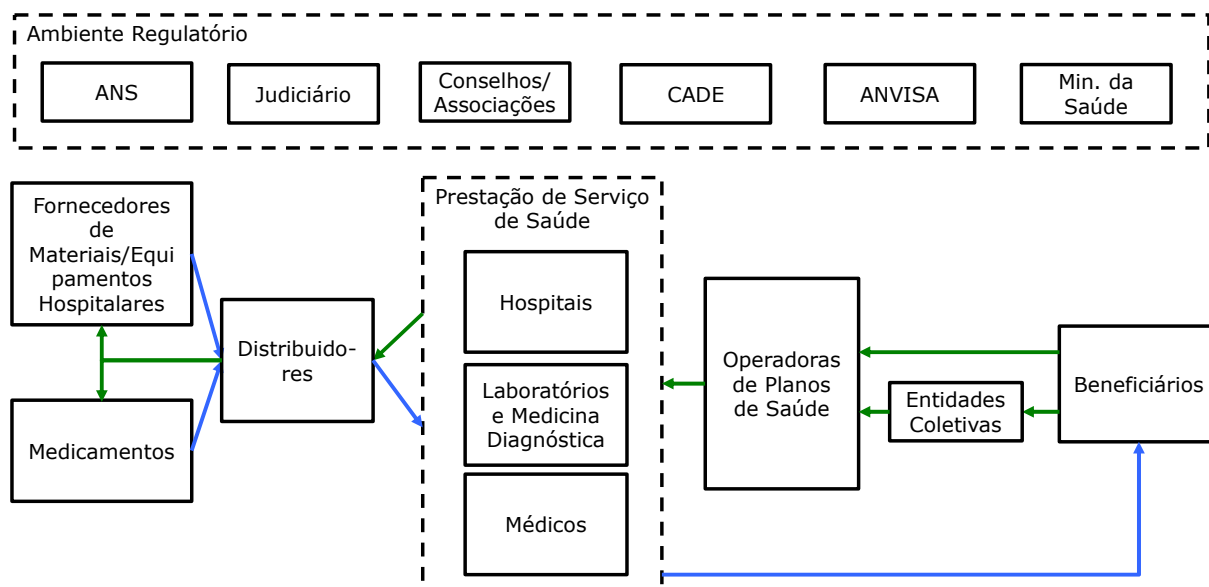


Figura 7: Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar

Fonte: elaborado pelos autores.

Os insumos seguem pela cadeia, em geral, por meio de distribuidores ou ofertados diretamente pelos fornecedores de materiais, equipamentos médicos e medicamentos ("MatMed"). Os prestadores de serviços são os hospitais, os laboratórios, os estabelecimentos de medicina diagnóstica e os médicos, isto é, os responsáveis pelo atendimento ao paciente. Os pacientes, por sua vez, têm acesso ao sistema por meio das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que podem ser contratados individualmente, mas, na maior parte, são acessados por meio de entidades coletivas (por exemplo, empresas e sindicatos). Todo o sistema, em especial as OPS, opera em um ambiente regulado por vários agentes, tais como a ANS, o Poder Judiciário, os Conselhos e Associações (e.g. Conselhos Regionais de Medicina), o CADE, a Anvisa e o Ministério da Saúde.

Normalmente, este mapeamento indica um fluxo de trocas comerciais em que o movimento de bens e serviços coincide com o pagamento, mas no sentido inverso. No entanto, este fluxo ordinário não ocorre no sistema de Saúde Suplementar, pois, frequentemente, os agentes que decidem por um procedimento ou que demandam por um serviço não são os mesmos que arcam com as consequências

financeiras. Por exemplo, um beneficiário, ao marcar uma consulta não desembolsa valores monetários para consumir o serviço médico, pois já realizou o pagamento do acesso a toda rede credenciada da OPS, quando realizou a contratação do plano. Assim, a Figura 7 também distingue um fluxo de recursos financeiros, indicado pelas setas verdes, e um fluxo de produtos e serviços, nas setas azuis. Esta característica peculiar introduz complexos arranjos entre os agentes, havendo potenciais falhas dos mecanismos de mercado no funcionamento do sistema. Antes de descrever as falhas de mercado na cadeia, é importante descrever de forma geral cada elo dessa cadeia.

4.1 Beneficiários

A análise dos principais determinantes da demanda por planos de saúde indicam que a renda é o principal vetor da demanda por saúde, em particular, por planos individuais (Cameron et al., 1988; Propper, 1989, Andrade e Maia, 2006). O vínculo empregatício formal afeta a demanda por planos coletivo (Andrade e Maia, 2006).

Segundo estudos, a idade, sexo e condição de cobertura por plano de saúde também afetam a demanda (Paraiso, 2005). As mulheres tendem a apresentar gasto médio com saúde superior ao dos homens (Van de Vem, 2000), sendo possível inferir que este seria um indício que as mulheres teriam maior propensão a demandar planos de saúde. Além disso, famílias que possuem crianças, mulheres em idade reprodutiva e idosos apresentam maior propensão para aquisição de planos de saúde (Andrade e Maia, 2006)

Uma característica dos países desenvolvidos é o envelhecimento da população, que aumenta a demanda por serviços de saúde. No Brasil, apesar de um pouco mais tardia e ainda de menor intensidade, a situação não é diferente. O Índice de Envelhecimento (IE), calculado pelo IBGE a partir da divisão entre o número de idosos (com 60 anos ou mais de idade) para cada 100 jovens (menores de 15 anos de idade), tem crescido nas últimas décadas, indicando que a população idosa tem crescido em um ritmo maior que a jovem. Enquanto em 1991 tal razão era igual a 21, em 2001 foi para aproximadamente 30 e em 2012 apresentou um índice

superior a 44 (Figura 8). O envelhecimento da população afeta diretamente o Sistema de Saúde Suplementar, alterando seu funcionamento e atendimento aos beneficiários.

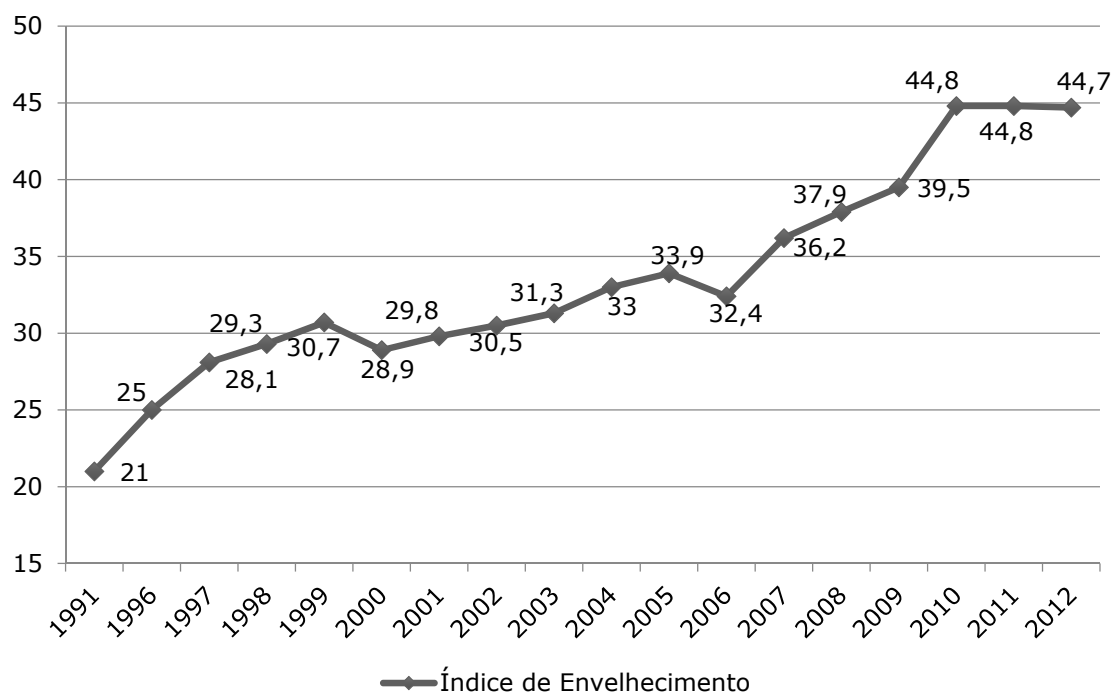


Figura 8: Envelhecimento da população

Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas

Como consequência da tendência de envelhecimento da população, a pirâmide etária brasileira também deverá mudar nos próximos anos. Se em 2015 a faixa etária com maior número de pessoas no Brasil, tanto para homens como para mulheres, era a de entre 30 e 34 anos, em 2030 será a de entre 45 e 49 anos. Além disso, as faixas etárias referentes às crianças e jovens diminuem de tamanho no período e a dos idosos (acima de 60 anos) aumenta, comprovando a tendência de envelhecimento da população. Dessa maneira, é possível observar que a população mais velha, em especial a idosa, que também é o grupo financeiramente mais oneroso ao sistema de saúde como um todo, terá maior participação nos

planos de saúde, indicando uma necessidade de adaptação para a sustentabilidade financeira do setor. A Figura 9 apresenta a pirâmide etária brasileira estimada para 2015 e 2030.

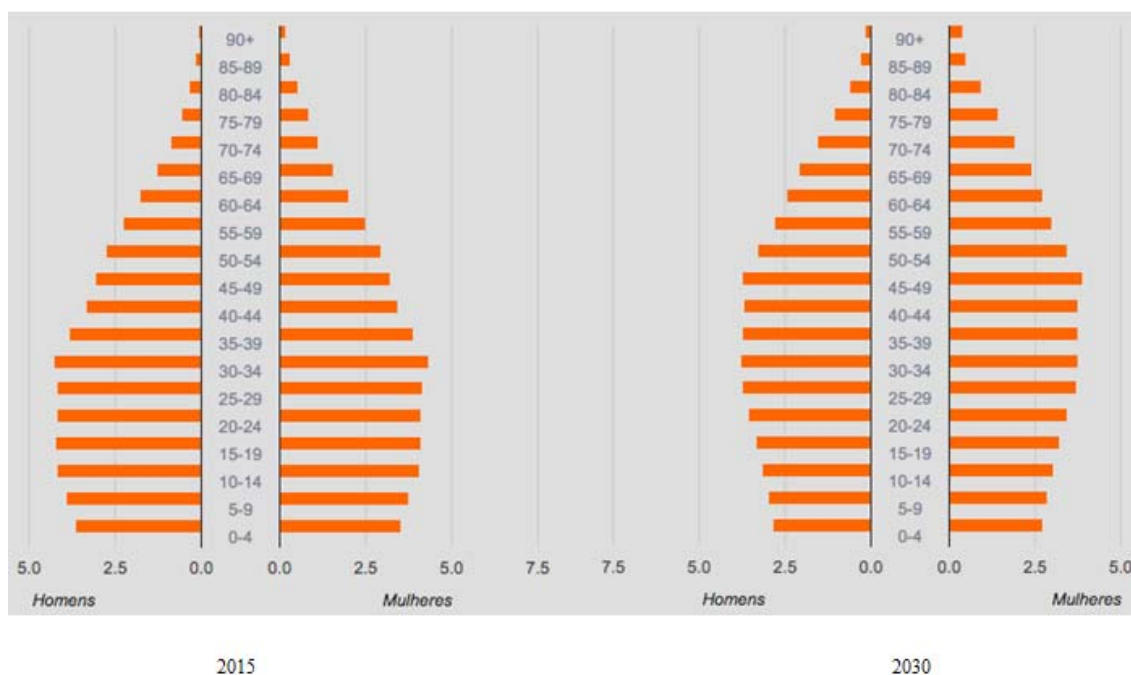


Figura 9: Pirâmide etária brasileira em 2015 e em 2030

Fonte: Projeção da Pirâmide Etária, IBGE

O envelhecimento da população brasileira possui diversas explicações, indo desde a melhora na alimentação e nos medicamentos até a melhora das técnicas e tecnologias disponíveis no sistema de saúde. O Ministério da Saúde do Brasil mostra que em 1990 14% das mortes no país foram de pessoas entre 20 e 39 anos, em 2011 a mortalidade na mesma faixa etária caiu para 10%. Em consonância com a tendência de envelhecimento e a menor mortalidade da população adulta, enquanto em 1990 cerca de um terço das mortes no Brasil foi de pessoas com mais de 70 anos; em 2011 essa faixa etária da população representou quase metade das mortes. A Figura 10 mostra os índices para os dois anos em análise.

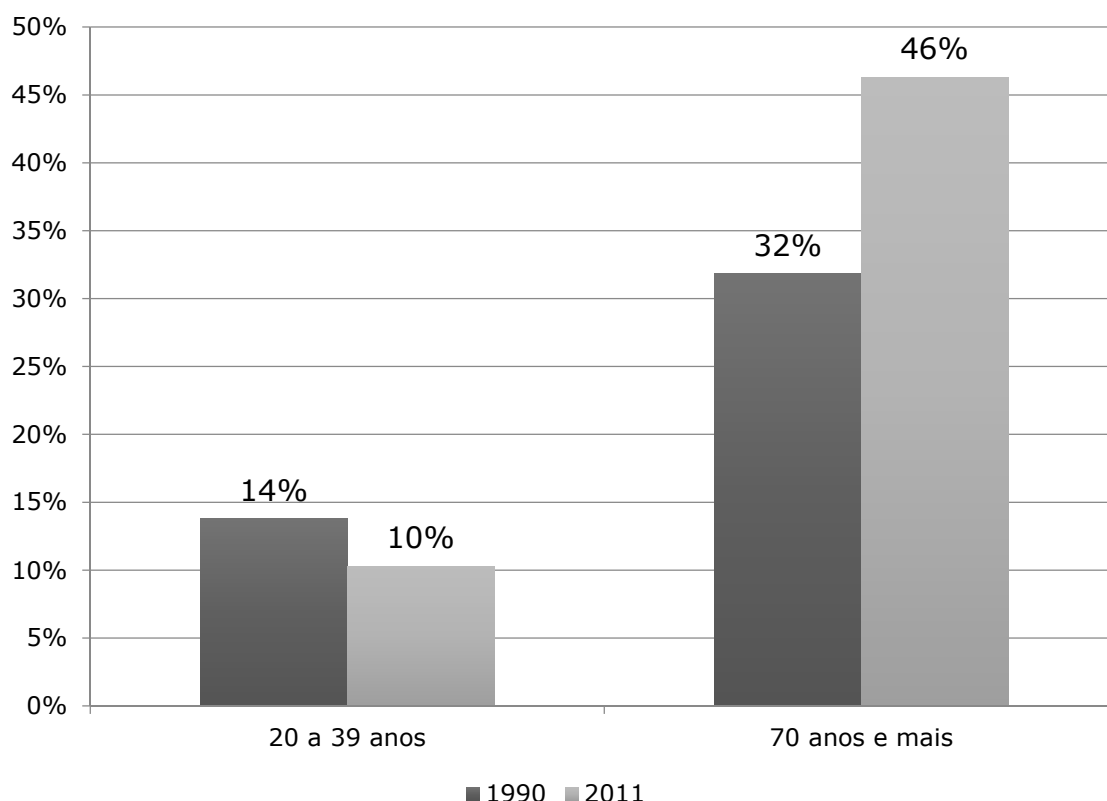


Figura 10: Mortalidade brasileira por faixa etária em 1990 e em 2011

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Especificamente sobre as causas de óbitos no Brasil, o Ministério da Saúde identificou que a taxa de morte por doenças infecciosas ou parasitárias diminuiu de 1990 para 2011 enquanto as mortes decorrentes de neoplasias, ou tumores (consistem em proliferações celulares autônomas, com tendência de perpetuação, podendo ser benignas ou malignas) aumentaram (Figura 11). Os dados sobre as causas das mortes no Brasil são um indício de que doenças menos complexas estão sendo prevenidas ou tratadas com maior sucesso, causando um menor número de mortes no país e permitindo que ocorra uma maior incidência de doenças mais complexas. Doenças mais complexas, assim como câncer, tendem

a ser economicamente mais custosas, ao sistema como um todo e aos planos de saúde em particular, do que doenças menos complexas, assim como gripes e resfriados.

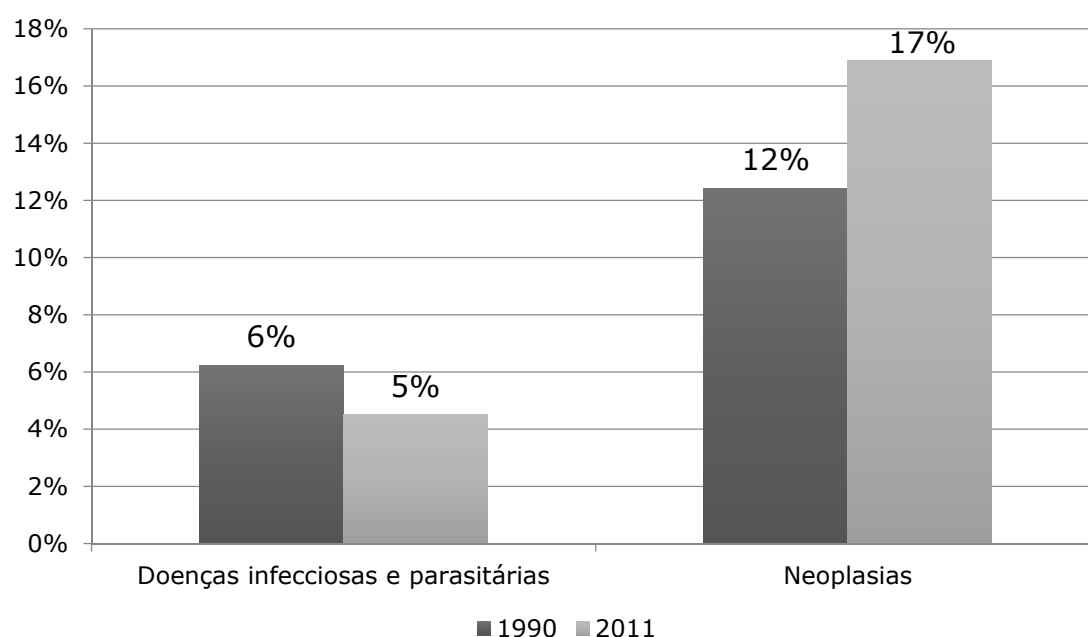


Figura 11: Mortalidade brasileira por causas em 1990 e em 2011

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Além dos preços, outro fator relacionado aos beneficiários que influencia diretamente a demanda por saúde privada, incluindo os planos de saúde, é a sua renda; isto é, o aumento da demanda por serviços de saúde está associado ao aumento de renda. Após o início do Plano Real e da estabilização da economia, em 1994, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* nominal do Brasil cresceu em todos os anos até 2014. Entre 1995 e 2004 e entre 2005 e 2014 o crescimento do PIB nominal brasileiro foi de aproximadamente 240%, representando mais de 600% no período. O valor nominal *per capita* partiu de R\$ 4.300 no início do período e

atingiu R\$ 26.900 no final. A Figura 12 contém os valores anuais do PIB *per capita* brasileiro entre 1995 e 2014.

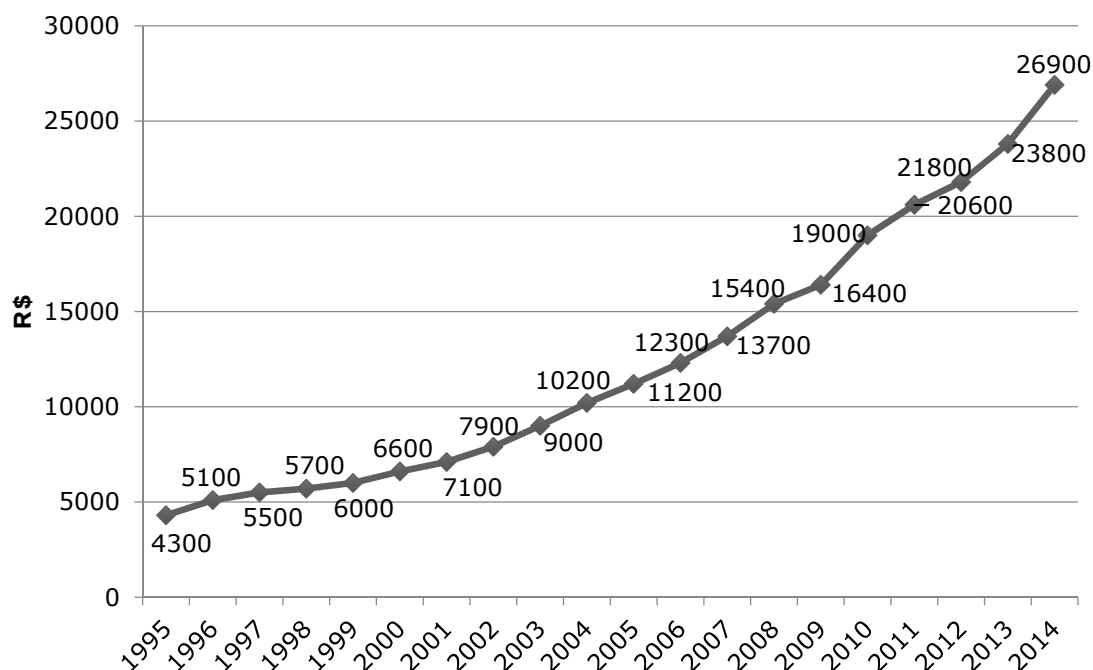


Figura 12: Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Brasil

Fonte: Euromonitor, 2015.

Desde 2004 até o final do primeiro trimestre de 2015, dados da ANS indicaram que, em todos os períodos, houve uma variação positiva no número de empregados formais no Brasil. Em decorrência de as empresas serem os maiores contratantes de planos de saúde do país, a Figura 13, a seguir, mostra certo alinhamento entre as curvas da variação do número de empregos formais e a curva da variação do número total de beneficiários. Apesar de ter havido um aumento positivo no número de empregos formais e beneficiários durante todo o período, é importante ressaltar que, desde 2013 a variação tem decrescido ano após ano. No primeiro trimestre de 2015, ano de crise política e econômica no Brasil, a variação,

tanto dos empregos formais como dos beneficiários, foi próxima de zero. Com o aprofundamento da crise, dados preliminares do início de 2016, indicam a redução de quase um milhão de beneficiários, revelando o esgotamento da capacidade de crescimento do setor de Saúde Suplementar.

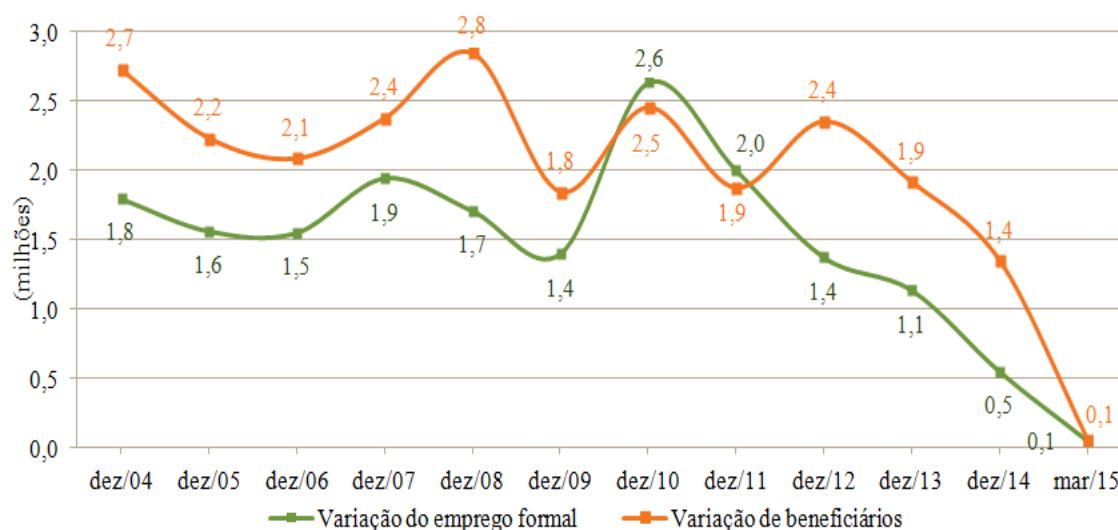


Figura 13: Variação absoluta no número de empregos formais versus beneficiários de planos de saúde

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2015.

Como resultado das características epidemiológicas e econômicas do Brasil nos últimos anos, o número total de beneficiários dos planos de saúde cresceu entre o final de 2000 e o final de 2014. No primeiro trimestre de 2015, mesmo com a estagnação econômica do Brasil e com a estabilização do número de beneficiários, cerca de 25% da população brasileira era assistida pela saúde suplementar, seja ela com ou sem odontologia. A Figura 14 mostra o número total de beneficiários no Brasil comparado com sua taxa de crescimento anual desde dezembro de 2000.

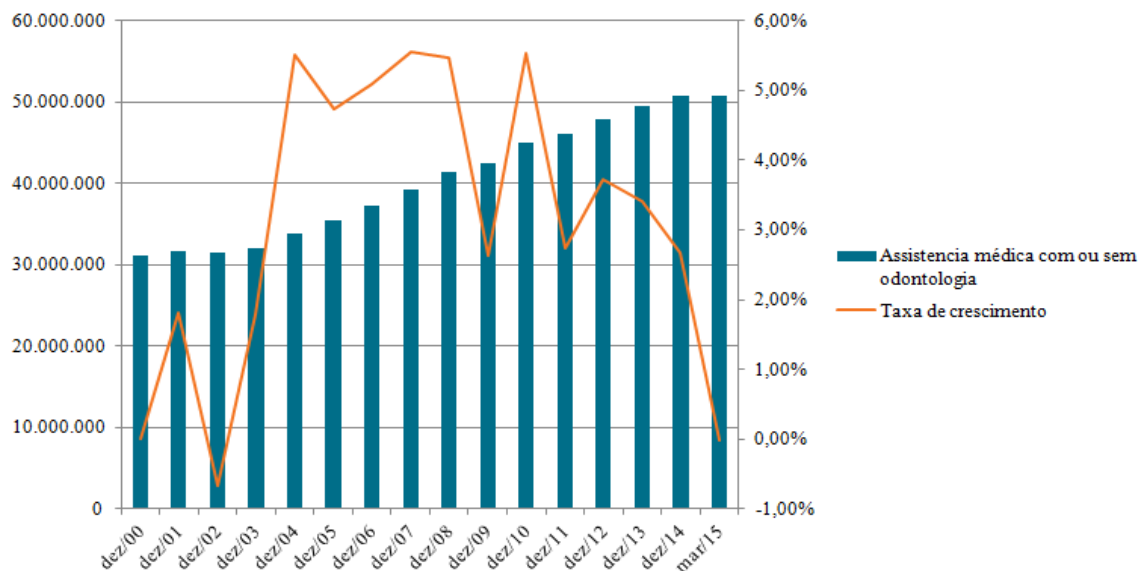


Figura 14: Crescimento absoluto e em porcentagem

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2015.

4.2 Operadoras de Planos de Saúde

No Brasil, historicamente, há preponderância dos planos de saúde coletivos¹⁰ em relação aos familiares ou individuais¹¹. Em 2001, quando o país tinha pouco mais de 30 milhões de beneficiários de planos de saúde, 32% deles eram provenientes de planos familiares ou individuais e 68% de planos coletivos. Em 2014, com o aumento do número de beneficiários para cerca de 50 milhões, somente 10

¹⁰ Planos coletivos: (i) Com mais de 30 vidas: livre negociação. Pressuposto de que empresas e entidades coletivas de maior porte estarão em condições mais simétricas de negociação com as OPS; e (ii) Com menos de 30 vidas: regra válida a partir de maio de 2013, agrupamento dos contratos e reajuste único. Definição da metodologia de reajuste não é regulada, mas deve constar nos contratos.

¹¹ Planos individuais e familiares: a partir de 2000, a agência define por meio de resoluções normativas os índices máximos de reajustes anuais. Metodologia válida desde 2001 e considera a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. É considerado também impacto econômico-financeiro decorrente de eventos exógenos e das atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A operadora depende da aprovação prévia da ANS para aplicar o reajuste, que só pode ocorrer após a data de aniversário do contrato

milhões eram cobertos pelos planos familiares ou individuais, representado 20% do total. A Figura 15 mostra que o número de beneficiários de planos familiares ou individuais permaneceu constante no período analisado e o número de beneficiários de planos coletivos praticamente dobrou, aumentando de pouco mais de 20 milhões para pouco mais de 40 milhões de beneficiários.

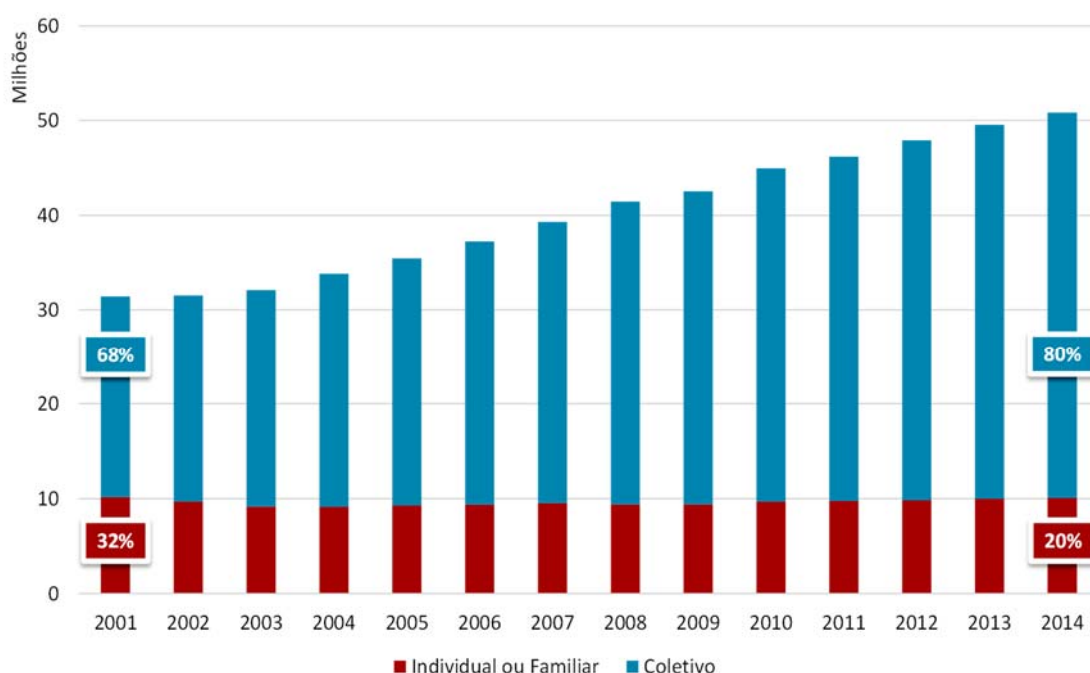


Figura 15: Relação entre planos individuais ou familiares e coletivos no Brasil

Fonte: ANS Tabnet. Dados referentes ao mês de dezembro de cada ano.

Uma das explicações da distribuição entre planos familiares ou individuais e coletivos advém do fato de muitos dos beneficiários possuírem planos de saúde por este ser um benefício oferecido pelas empresas que os contratam, tanto funcionários de empresas privadas como de públicas. A causa determinante, contudo, está atrelada ao controle de preços realizado pela ANS nos planos individuais. Nos planos familiares ou individuais os reajustes são determinados pela

ANS desde 2000, com a lei 9.961/2000. Os reajustes nos planos coletivos e/ou adesão, por outro lado, são estabelecidos de acordo com negociações realizadas entre operadoras e contratantes, com exceção dos planos com até 30 vidas¹², em que o aumento é livre, mas deve ser único a todos os contratos.

A Figura 16 mostra, desde 2000 até 2014, os índices para reajuste da ANS, IPCA Saúde e IPCA Geral, e para 2014 e 2015 o reajuste médio ponderado, por beneficiário, dos planos coletivos com até 30 vidas. Como se pode observar, na maior parte dos anos, o reajuste máximo permitido pela ANS, nos planos individuais, foi inferior ao praticado nos planos coletivos com até 30 vidas e algumas vezes abaixo da evolução dos custos do setor.

Ano	Planos Individuais Reajuste ANS	Planos Coletivos (30 vidas) Reajuste Único¹³	IPCA Saúde	IPCA Geral
2015	13,55%	15,93%	12,16%	10,67%
2014	9,65%	14,39%	9,46%	6,41%
2013	9,04%	-	8,73%	5,91%
2012	7,93%	-	7,76%	5,84%
2011	7,69%	-	7,55%	6,50%
2010	6,73%	-	6,87%	5,91%
2009	6,76%	-	6,39%	4,31%
2008	5,48%	-	6,17%	5,90%
2007	5,76%	-	8,13%	4,46%
2006	8,89%	-	12,29%	3,14%
2005	11,69%	-	12,03%	5,69%
2004	11,75%	-	10,51%	7,60%

¹² A partir da Resolução Normativa nº 309/2012 foi estabelecido regras de reajuste único para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários. A medida determinou que as OPS agrupassem esses contratos e adotassem um reajuste anual único. Segundo a ANS, em 2012, tais planos coletivos representavam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários. Em 2014, o total de beneficiários foi de 3,3 milhões e, em 2015, 3,96 milhões.

¹³ Calculado por meio da média ponderada de beneficiários e excluídos planos com reajustes distintos por categoria

Ano	Planos Individuais Reajuste ANS	Planos Coletivos (30 vidas) Reajuste Único¹³	IPCA Saúde	IPCA Geral
2003	9,27%	-	8,66%	9,30%
2002	7,69%	-	8,42%	12,53%
2001	8,71%	-	4,28%	7,67%
2000	5,42%	-	5,42%	5,97%

Figura 16: Reajuste ANS, IPCA Saúde e IPCA Geral de 2000 até 2014

Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do IBGE e ANS.

Somando-se às mudanças ocorridas nos últimos anos em relação ao número de beneficiários e às características dos planos de saúde (familiares ou individuais e coletivos), a sinistralidade média dos planos também variou. A sinistralidade é a relação entre a ocorrência de sinistros e as receitas das operadoras, ou seja, uma sinistralidade de 80% indica que o montante gasto para atender as diversas ocorrências dos beneficiários, de consultas a internações, corresponde a 80% da receita da operadora. Especialistas do mercado de saúde suplementar indicam que o nível ideal máximo de sinistralidade seria de 70%, sendo os 30% restantes destinados a cobrir as despesas administrativas e de comercialização, e a remuneração do capital. Em 2005, a sinistralidade média era de 80,8%, caiu para 79,1% em 2006 e atingiu o ponto mais alto do período em 2012 e 2014, com 84,1% (Figura 17).

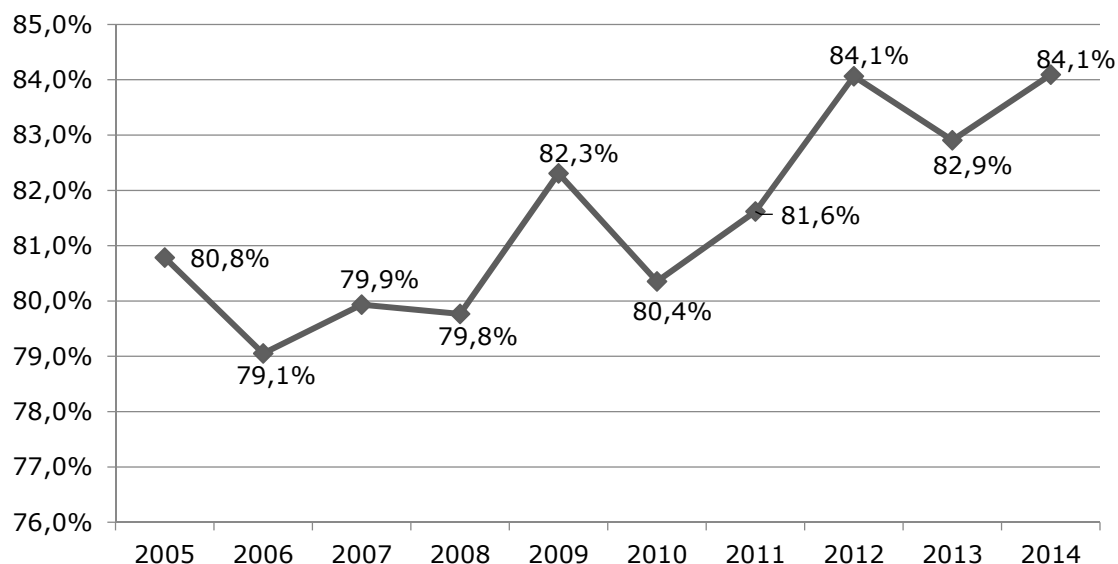


Figura 17: Taxa de sinistralidade média dos planos de saúde

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2014.

Além da divisão dos planos entre familiares ou individuais e coletivos, eles também podem ser classificados de acordo com sua natureza. A Resolução de Diretoria Colegiada (2000) da ANS, no Artigo 10, estabelece que as operadoras de planos de saúde do Brasil devem ser classificadas em uma das sete modalidades identificadas. As modalidades e suas definições, de acordo com a Resolução da ANS, são:

1. Administradoras: "empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos" e "empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pela contratante, e que não assumem, portanto, o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.";

2. Cooperativas médicas: “sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde”;
3. Cooperativas odontológicas: “sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos”;
4. Autogestões: “entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados”;
5. Medicinas de grupo: “empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução”, ou seja, as administradoras, cooperativas médicas, autogestões e filantropias;
6. Odontologias de grupo: “empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução”, ou seja, excetuando-se as cooperativas odontológicas;
7. Filantropias: “entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente”.

De acordo com a ANS, a modalidade preponderante no país, tanto em junho de 2010 como em março de 2015, é a de cooperativas médicas, com 36% e 38% de participação, respectivamente. Logo em seguida, aparecem as medicinas de

grupo, no início com 36% e depois de cinco anos com 34% do mercado. Em ambos os períodos analisados, as cooperativas médicas e as medicinas de grupo, em conjunto, representaram mais de dois terços do mercado de planos de saúde. A participação das autogestões e seguradoras variou entre 12% e 15% no período. Os planos de entidades filantrópicas representaram 2% do mercado em junho de 2010 e 3% em março de 2015 (Figura 18).

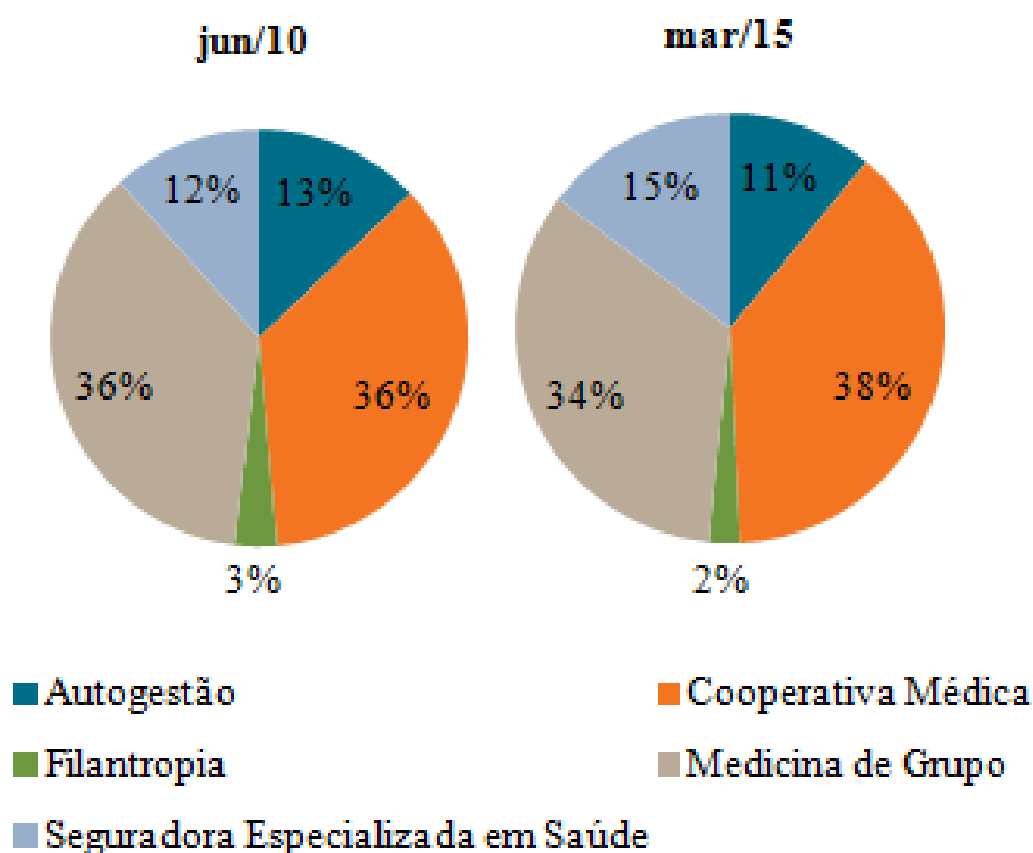


Figura 18: Participação dos Planos de Saúde por Modalidade

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2015.

A ANS indica que, em 2014, a receita total das operadoras de planos de saúde no Brasil superou R\$ 124 bilhões. Apesar de as cooperativas médicas e as medicinas de grupo serem as maiores detentoras de receitas, 35% e 29%, respectivamente, a proporção entre as demais modalidades não acompanha exatamente a proporção de beneficiários, evidenciando *tickets* médios diferentes entre as modalidades. As seguradoras foram as responsáveis por 23% do total da receita do período, ou seja, mais de R\$ 28 bilhões, as autogestões por aproximadamente R\$ 15 bilhões, ou 12% do total, e as entidades filantrópicas por 2%, o que equilave a cerca de R\$ 2 bilhões (Figura 19).

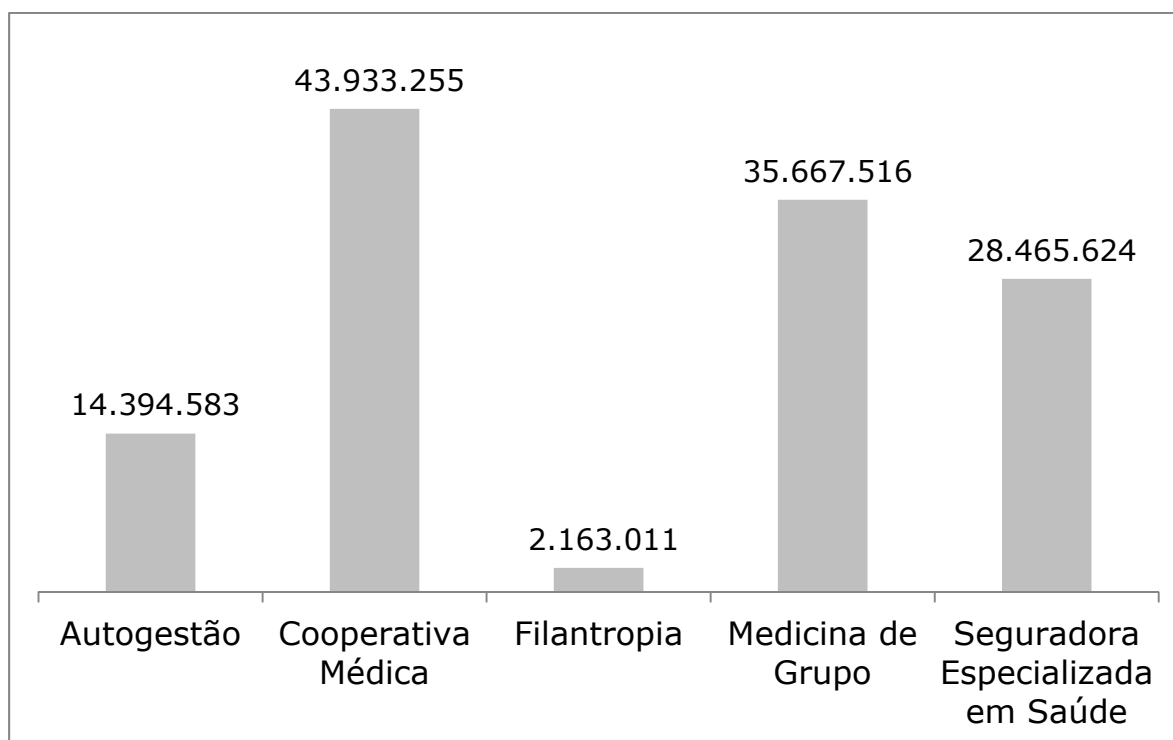


Figura 19: Receitas totais das operadoras de planos de saúde por modalidade (.000)

Fonte: ANS. Dados Consolidados Saúde Suplementar, agosto de 2015.

Em decorrência, entre outros, das diferenças na distribuição de beneficiários e receitas entre as modalidades de planos de saúde, a margem de lucro líquida média também variou entre as modalidades nos últimos anos. Entre 2013 e 2015,

a margem de lucro líquida média variou de aproximadamente zero até pouco menos de 7% em todas as modalidades. Apesar da constante queda no período, as seguradoras foram as que tenderam a ter maiores margens médias e as medicinas de grupo as menores, aproximando-se de zero em 2014. No primeiro trimestre de 2015, a margem média de todas as modalidades estava entre 1,1% nas medicinas de grupo e 3,9% nas filantropias e seguradoras (Figura 20).

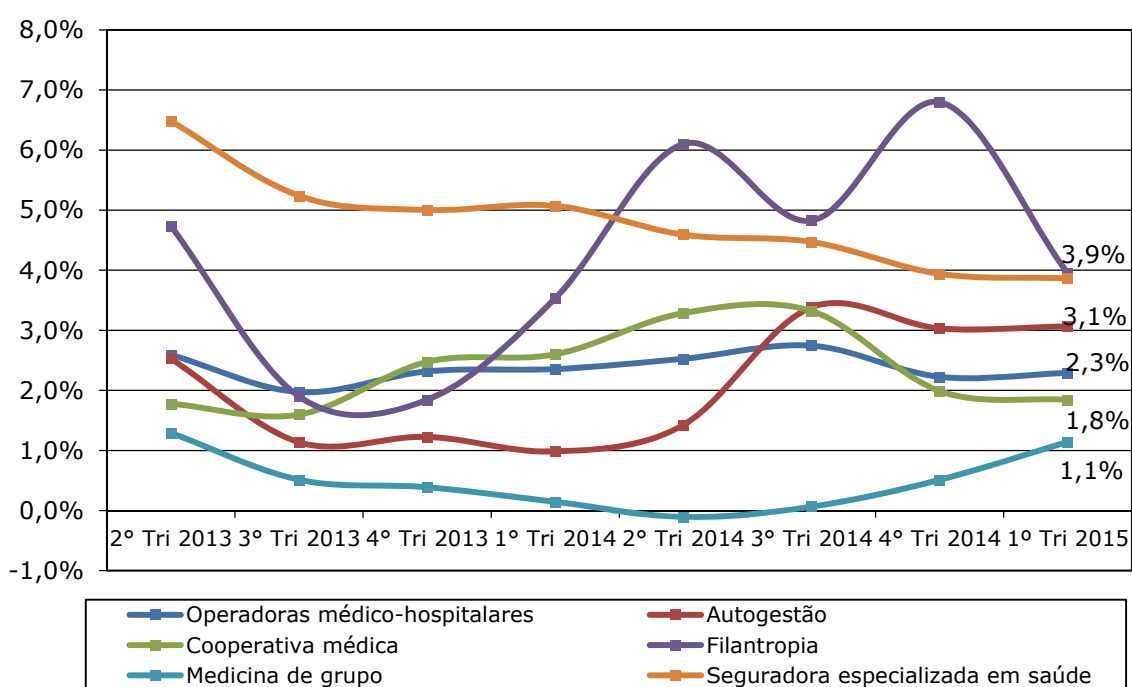


Figura 20: Margem de lucro líquida das operadoras de planos de saúde por modalidade

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2015.

Por fim, as operadoras também podem ser divididas em três grupos de acordo com o seu porte: pequeno (até 20.000 beneficiários), médio (de 20.000 até 100.000 beneficiários) e grande (acima de 100.000 beneficiários). No Brasil, em 2013, 70% das operadoras eram de grande porte, evidenciando a tendência de concentração

do mercado que pode ser impulsionada, entre outras, por economias de escala (Figura 21).

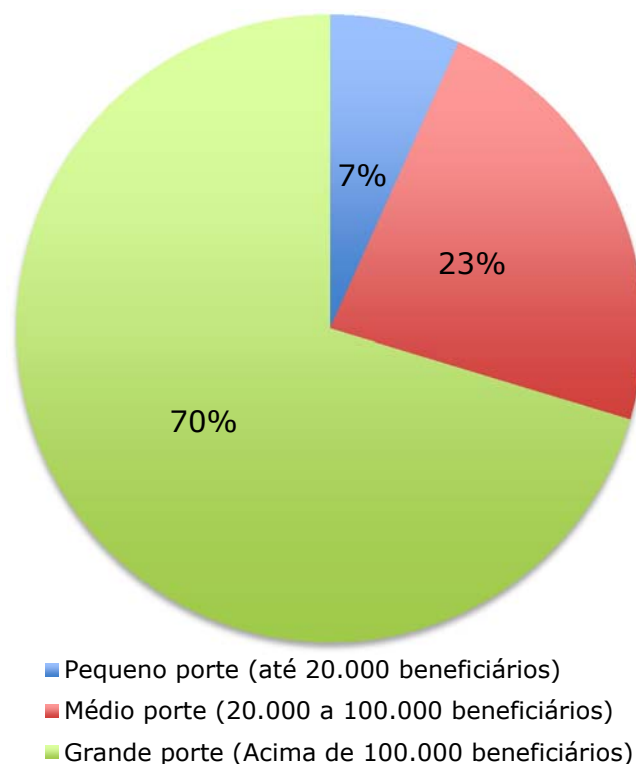


Figura 21: Operadoras de planos de saúde por porte

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2014

Corroborando essa tendência de concentração do mercado, dados da ANS para o ano de 2013 revelaram que apenas as operadoras de grande porte tiveram receitas maiores que despesas no ano. No caso das operadoras de pequeno porte, o resultado médio foi de um déficit superior a 10%. As receitas e despesas das operadoras por tamanho estão na Figura 22.

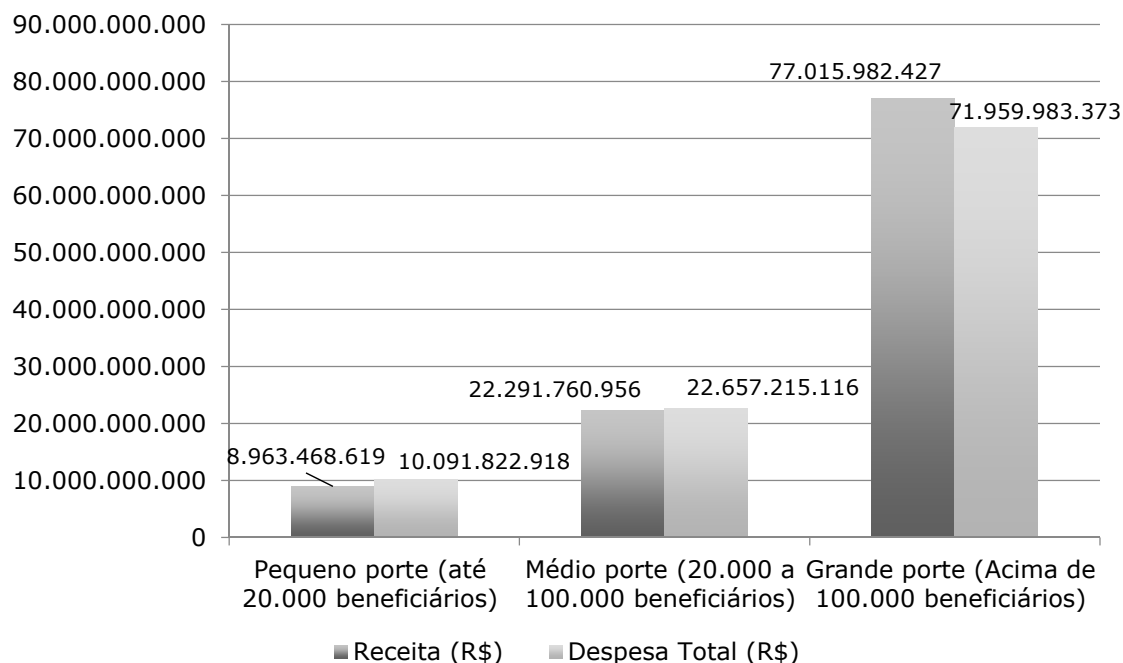


Figura 22: Receitas e despesas das operadoras de planos de saúde por porte

Fonte: ANS. Caderno de Saúde Suplementar, Junho de 2014.

4.3 Ambiente Regulatório

A presente pesquisa identificou alguns agentes que influenciam diretamente o Sistema de Saúde Suplementar como um todo, além do Ministério da Saúde, que atua na Saúde Suplementar indiretamente, principalmente por meio da Agência Nacional de Saúde - ANS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

O agente citado com maior frequência neste relatório foi a ANS. A agência foi criada a partir da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS é "a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil" (ANS, 2015). Com sede no centro da cidade do Rio de Janeiro, a ANS atende os consumidores do setor através da internet, telefone e núcleos físicos presentes em algumas capitais do país.

A Anvisa, sediada em Brasília/DF, foi criada por meio da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 e é uma autarquia que atua em todos os setores da economia relacionados à saúde dos brasileiros. A exemplo da ANS, a Anvisa é “uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira” (Anvisa, 2015). A agência atua tanto na regulação sanitária como na regulação econômica dos setores envolvidos, além disso coordena o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). A Anvisa faz parte do SUS e está vinculada ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde tem atuação fundamental para o SUS, entretanto, muitas decisões tomadas neste âmbito afetam a Saúde Suplementar, tais como aprovação ou registro de equipamentos, inclusão de novas tecnologias, entre outras.

Outro agente muitas vezes citado foi o Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, autarquia federal, vinculada ao Ministério da Justiça, com atribuições de defesa da concorrência, descritas na Lei nº 12.529/2011 (CADE, 2015). O CADE atua em todos os setores da economia, mas no mercado de saúde suplementar, em particular, atua na análise de atos de concentração entre os agentes do mercado e condutas praticadas pelas empresas e associações de classe. O CADE atua em três focos: preventivo (analisar previamente ações que possam prejudicar a livre concorrência, assim como fusões e aquisições); repressivo (investigar e julgar ações que estão prejudicando a livre concorrência, assim como cartéis); e educacional ou, como normalmente denominado, advocacia da concorrência (disseminar a cultura da concorrência na sociedade como um todo, incluindo as diversas esferas do estado, como legislativo e o judiciário).

Os conselhos e associações foram muito citados ao longo das entrevistas, pois suas decisões influenciam, direta ou indiretamente, a cadeia de saúde suplementar como um todo. Usualmente, os conselhos e as associações são organizações que objetivam defender um determinado grupo de profissionais ou da sociedade. Além dos Conselhos de medicina (regionais e federal), foram citados as seguintes associações, a AMB (Associação Médica Brasileira), a Abramge (Associação Brasileira de Medicina em Grupo), a Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), a Abraidí (Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes), Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos de Saúde) e a Abradilan (Associação Brasileira de Distribuição e Logística de Produtos Farmacêuticos).

Por fim, há o sistema judiciário, cujas decisões impactam todos os agentes que atuam no mercado de saúde suplementar. Há centenas de milhares de ações judiciais que tem efeitos variados sobre a cadeia produtiva, sobretudo na alocação de gastos, utilização de procedimentos e no estabelecimento de regras que disciplinam a interação entre as partes. A atuação do judiciário, portanto, interfere no desenho final da política pública de saúde, bem como na forma de contratação entre os agentes da cadeia de saúde suplementar.

Em síntese, o ambiente regulatório descrito acima, formado por este conjunto de órgãos públicos e de interesse coletivo, influencia diretamente o setor de saúde suplementar por definir as “regras do jogo”, ou seja, as estruturas de incentivo e controle para atuação dos agentes econômicos em cada elo da cadeia.

4.4 Prestadores de Serviços

A atividade fim do sistema de saúde suplementar — isto é, o atendimento de saúde do beneficiário — ocorre no elo dos prestadores de serviços. Estes são responsáveis pelas atividades de consultas, exames, diagnósticos e tratamentos. Em 2014, conforme dados da ANS, as operadoras registraram mais de R\$ 107 bilhões em despesas assistenciais, o que corresponde a 75% das despesas totais. Em relação à composição das despesas, indicada na Figura 23, 41% dos gastos são destinados a internações, 21% com exames e 18% com consultas. Assim, no sistema de Saúde Suplementar, a prestação de serviços ocorre por meio de hospitais, médicos, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, descritos a seguir.

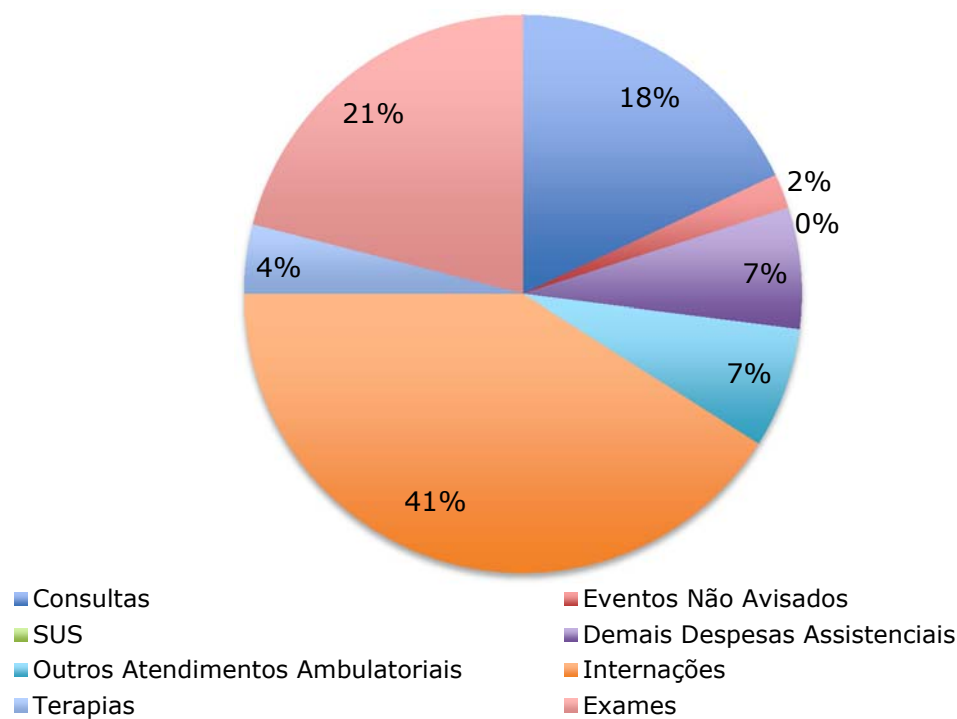


Figura 23: Composição das Despesas Totais das Operadoras, 2014.

Fonte: ANS

4.4.1. Hospitais

Trata-se de segmento heterogêneo, com diferentes formatos de unidades hospitalares: Hospitais públicos e privados; Hospitais gerais, estruturados para ofertar conjunto completo de serviços médicos; Hospitais especializados, focado em uma ou poucas especialidades médicas (e.g. maternidade, hospital de cardiologia); e Hospitais-dia e clínicas, formato simplificado, para procedimentos mais simples. Este elo da cadeia não é diretamente regulado pela ANS, havendo negociação livre com as OPS e os pacientes.

A demanda pela prestação do serviço é geralmente guiada pelo médico e condicionada à cobertura do plano de saúde. Por vezes os hospitais incluem

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, especialmente para consumo “cativo”. Os exames de imagem e gráficos são realizados no próprio hospital, mas tendem a funcionar como posto de coleta para exames laboratoriais, com análise terceirizada para outros laboratórios.

Em agosto de 2015, o Brasil apresentava um total de 6.690 hospitais¹⁴. A Figura 24 mostra a distribuição geográfica desses hospitais no Brasil. A distribuição de hospitais pelo território brasileiro segue a distribuição da população, exceto para o Sudeste que apresenta 41% da população e 35% dos hospitais e o Centro-Oeste que abriga 7,5% da população e 12% dos hospitais.

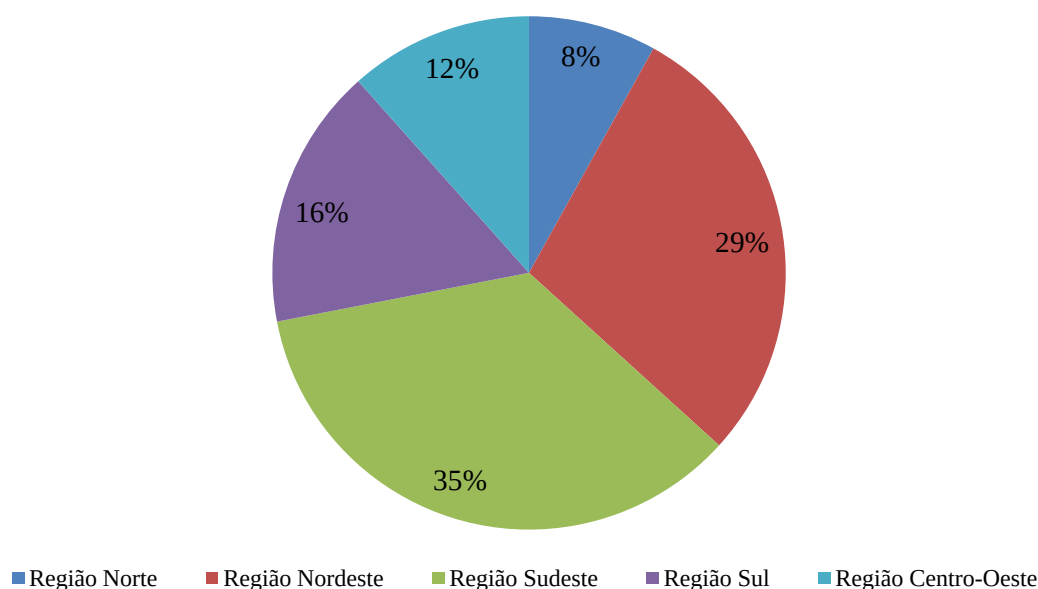


Figura 24: Distribuição Geográfica dos Hospitais, 2015.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

¹⁴ Consideradas as categorias: Hospital Especializado, Hospital Geral e Hospital Dia. Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Como mostra a Figura 25, ao longo do tempo, a quantidade de leitos por mil habitantes apresenta tendência de queda, para índices abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (2,5 leitos por mil habitantes). Observa-se também que a participação da esfera privada ao longo do tempo diminuiu. A diminuição da proporção de leitos por mil habitantes decorre tanto do crescimento populacional, quanto da queda do número de leitos em termos absolutos, como se nota na Figura 26. .

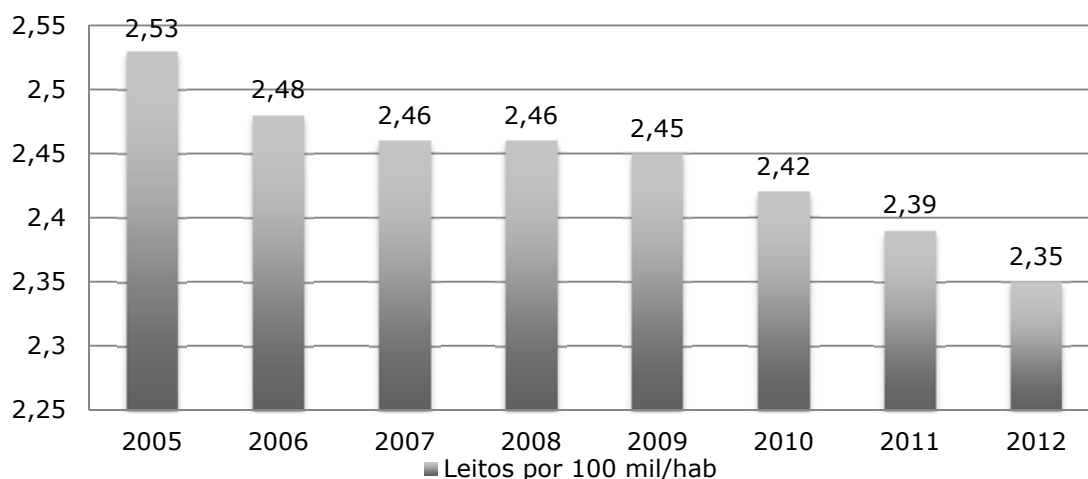


Figura 25: Total de Leitos por Mil Habitantes, 2005 a 2012

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

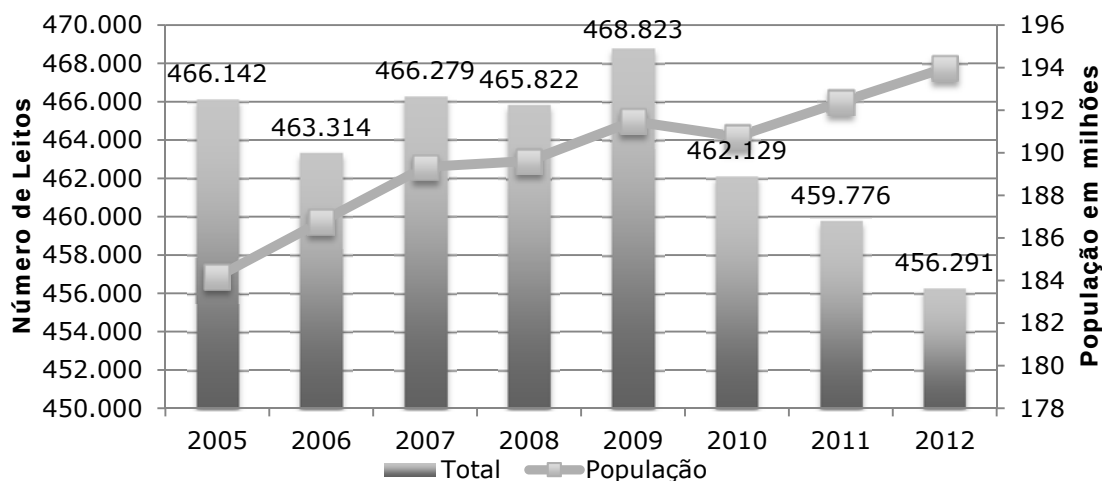


Figura 26: Evolução do Número de Leitos e Crescimento da População, 2005 a 2012

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas¹⁵

A redução da proporção de leitos por mil habitantes pode apresentar efeitos ambíguos. Por um lado, os dados de diminuição de leitos podem indicar a realização de ganhos de eficiência, por meio de maiores taxas de ocupação. Assim, a diminuição do número de leitos pode estar relacionado com melhoria de gestão dos hospitais, pela busca de redução de capacidade ociosa de leitos e, assim, aumento da lucratividade. A subutilização das instalações físicas implica elevados custos para as empresas:

“Underutilization of hospitals, in particular, hurts the financial stability of the institutions. Hospitals need to have a steady bed occupancy rate greater than about 80% to remain solvent over the long run.” (Jekel, JF; Elmore, JG; Katz, DL. 2007)

¹⁵ Sobre os leitos, para 2005, foi considerada a situação de dezembro/2005; para os demais anos, foi considerada a média de janeiro a dezembro. Não há dados para 2004 em função da implantação do sistema CNES e mudanças nas classificações de leitos. Sobre a população.

Por outro lado, a diminuição da disponibilidade de leitos tem potencial efeito sobre a perda de qualidade pela falta de atendimento, o que afeta o bem-estar. Ressalta-se que pelos dados disponíveis, não é possível avaliar os efeitos positivos e/ou negativos da tendência apresentada pelo índice. Ademais, há de se avaliar o comportamento dos dados em cada sistema, SUS e Saúde Suplementar. A Figura 27 evidencia a situação dos leitos por mil habitantes no SUS e fora do SUS.

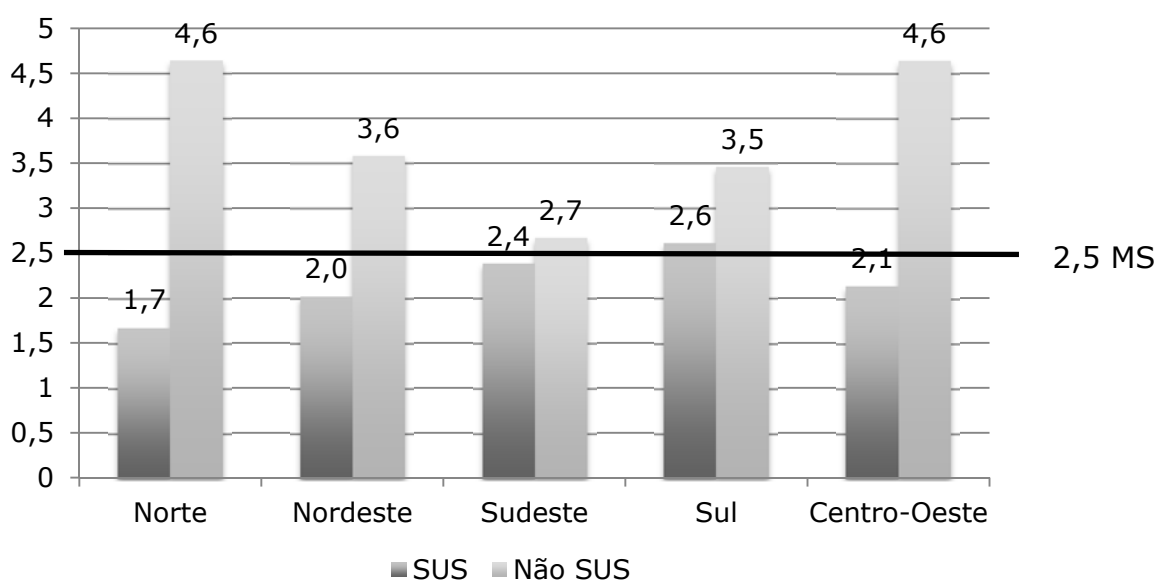


Figura 27: Leitos por Mil Habitantes, 2015

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas¹⁶.

Ao analisar os leitos no SUS e fora do SUS percebe-se o sistema de Saúde Suplementar atende às especificações do Ministério da Saúde (MS) em todas as regiões do Brasil. Em relação ao SUS, apenas a região Sul atende a recomendação de 2,5 leitos por mil habitantes, ficando abaixo dos padrões recomendados nas demais regiões. Assim, não é possível afirmar que a redução de leitos significa necessariamente redução da qualidade do atendimento na Saúde Suplementar,

¹⁶ Considerados leitos para internação e leitos complementares.

tendo em vista que os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde são atendidos. Todavia, considerando a heterogeneidade regional do sistema de saúde, é possível encontrar diferentes realidades pelo País, isto é, diferentes resultados advindos da diminuição dos leitos.

4.4.2. Laboratórios e Medicina Diagnóstica

As atividades que envolvem diversas especialidades médicas para realização de exames e diagnósticos clínicos são realizadas nos laboratórios e nos estabelecimentos de medicina diagnóstica (caracterizando os Serviços de Apoio Diagnóstico e Teapêutico – SADT).

Coforme Santos (2008), este elo da cadeia pode ser agrupado em quatro grandes agrupamentos:

- (i) Análises laboratoriais (que abrangem análises clínicas e de anatomia patológica e citopatológica): hematológicos, químicos, endocrinológicos, imunológicos, microbiológicos, citológicos, entre outros;
- (ii) Apoio a outros laboratórios: determinado laboratório envia material colhido em seu posto de coleta para análise em estabelecimento concorrente;
- (iii) Diagnóstico por imagem: imagens de órgãos humanos - tomografia, colposcopia, Doppler, densitometria óssea, mamografia, raio X e ultrassonografia;
- (iv) Diagnóstico por métodos gráficos: baseado na mensuração de impulsos elétricos no corpo humano - ecocardiograma, eletrocardiograma, eletroencefalograma, monitoramento de pressão arterial (MAPA), holter, entre outros.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Teapêutico – SADT não são diretamente regulados pela ANS: negociação é livre com demais elos da cadeia. O setor é caracterizado por oferta heterogênea em termos de formato de laboratórios:

- (i) Empresas de maior porte, em condições de ampla oferta de exames (“one-stop-shop”): exames laboratoriais e conjunto de exames de imagem e gráfico
- (ii) Laboratórios de menor porte, especializados em conjunto mais restrito de exames: por vezes, ofertando apenas um dos grupos de exames ou focado em uma especialidade médica (ex: exames ginecológicos).

A escala de operação é um fator importante no mercado. As empresas de maior porte tendem a concentrar análises dos exames laboratoriais no Núcleo Técnico Operacional, estando em condições de processar exames de outros laboratórios e hospitais, viabilizando existência de prestadores de menor porte. Assim, como nos hospitais, a demanda dos SADT é condicionada pela indicação médica e cobertura do plano de saúde.

A Figura 28 mostra a distribuição geográfica dos estabelecimentos deste elo da cadeia, que segue um padrão semelhante à distribuição dos hospitais. Nota-se um balanceamento entre população residente em uma região geográfica e o número de estabelecimentos de serviço de diagnose e terapia. Este setor é diretamente influenciado pela disponibilidade de materiais médicos e equipamentos, especialmente equipamentos de imagem e de uso em laboratórios.

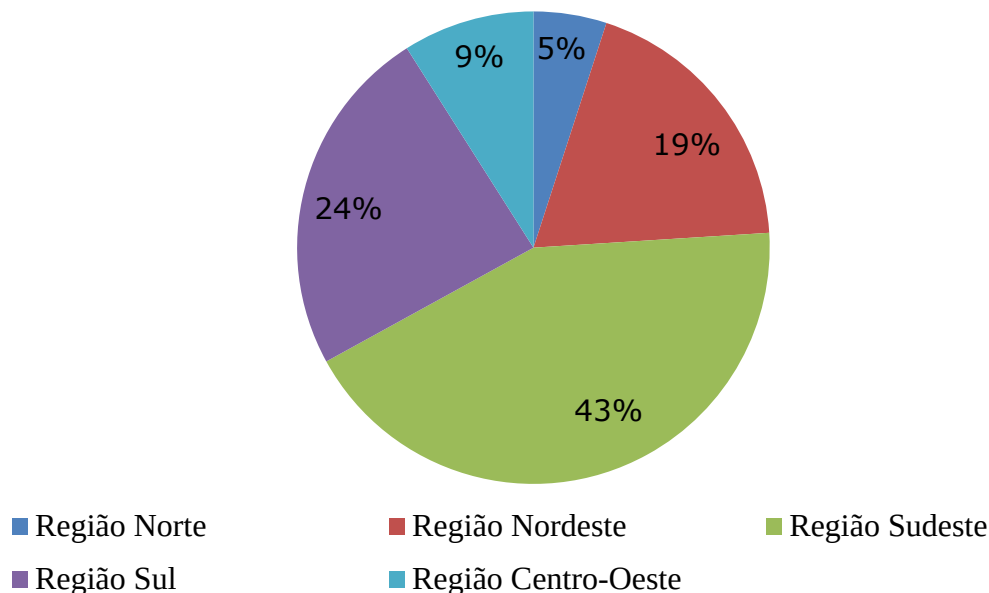


Figura 28: Distribuição Geográfica dos Laboratório e Estabelecimentos de Medicina Diagnóstica

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.4.3. Médicos

O médico tem papel central no sistema de saúde como um todo, e na saúde suplementar, em particular. Embora não se pretenda aqui realizar uma análise detalhada das características deste elo, é importante sua caracterização em razão do papel determinante nas transações da cadeia, objeto da seção 5.

O médico é o responsável por atender o paciente e utilizar o conhecimento para diagnosticar e tratar doenças, bem como é ele que aciona os demais elementos da cadeia. Ao pedir exames, internações, cirurgias ou medicamentos, o médico movimenta todos os demais elos, a fim de atender às necessidades dos pacientes.

Este elo da cadeia é bastante pulverizado e heterogêneo. Há diversas especialidades médicas e diferenciação dos serviços, dentre outros, pela elevada importância da reputação do profissional. O médico detém o poder na condução

do tratamento do paciente (“ato médico”), havendo elevada deferência em toda a cadeia ao conhecimento do médico e restrições a interferências em seu trabalho, mesmo que da parte de outros médicos decisões.

Se, por um lado, o médico tem o poder de acionar os demais elos da cadeia, por outro, a maioria deles depende das OPS para a prestação de serviços. Somente 20% dos médicos não trabalham para OPS (Falcão 2006), o que pode decorrer da dificuldade em se sinalizar reputação e qualidade, bem como da maior sensibilidade a preços na aquisição de serviços fora do plano de saúde.

A Figura 29 mostra que, em agosto de 2015, a quantidade de médicos por mil habitantes no sistema de Saúde Suplementar atendia às recomendações da OMS, em todas as regiões do país. No sistema público, por seu turno, a recomendação da OMS era seguida apenas no Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

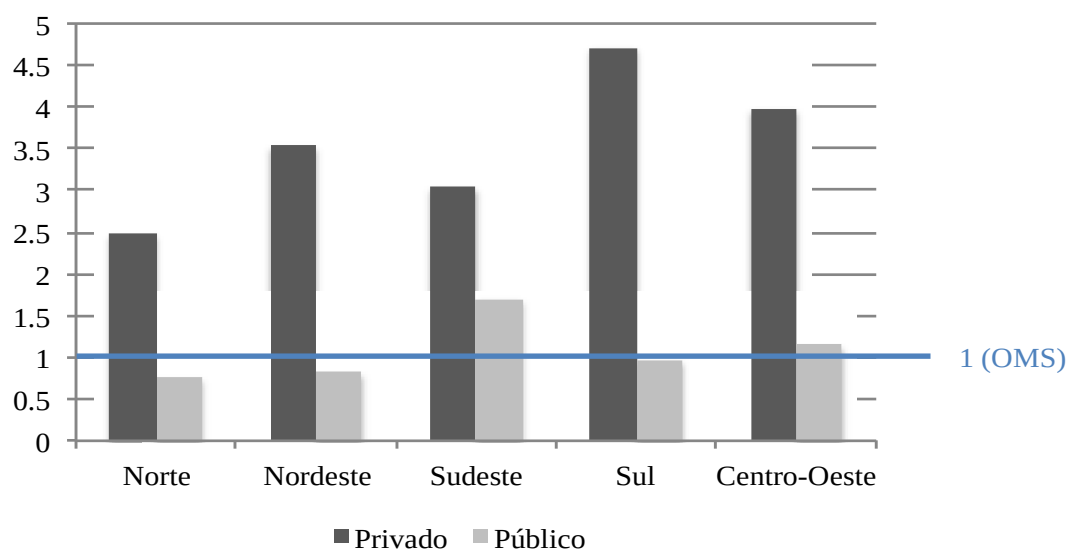


Figura 29: Médicos por Mil Habitante, 2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES¹⁷ e IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas.

¹⁷ Para o cálculo do índice de médicos no sistema privado, foram utilizadas as categorias: filantropo, privado, sindicato e não informado.

4.4.4 Fornecedores de Medicamentos

O mercado de Medicamentos é marcado por grandes empresas multinacionais e elevados investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Trata-se de mercado elevada complexidade e as informações trazidas nessa seção objetivam apenas identificar dados gerais sobre a relevância desse elo que, juntamente com os fornecedores de insumos e equipamentos hospitalares, são classificados como fornecedores de MatMed.

No Brasil, este mercado apresenta crescimento consistente nos últimos cinco anos, atingindo o faturamento de R\$ 70 bilhões em 2015, como mostra a Figura 30. A Figura 31 apresenta o *ranking* dos 10 maiores competidores no mercado brasileiro, a partir do faturamento.

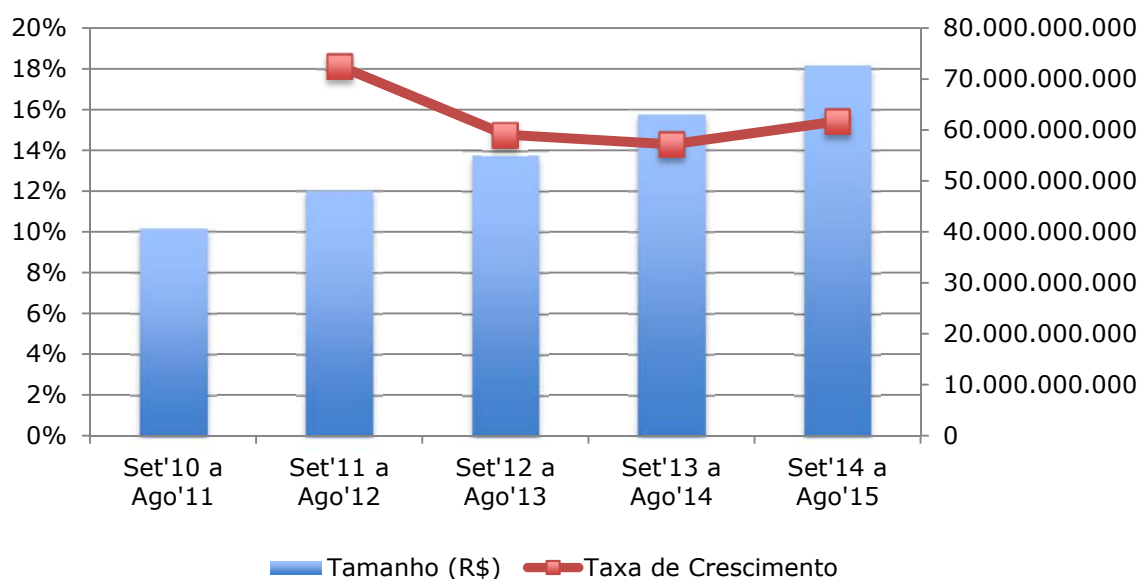


Figura 30: Crescimento e Tamanho do Mercado, 2010 a 2015.

Fonte: Auditoria de Mercado Pharmaceutical Market Brazil (PMB), IMS Health do Brasil, 2015

Colocação	Empresa
1	Ems Pharma
2	Neo Química
3	Ache
4	Eurofarma
5	Medley
6	Sanofi
7	Sandoz do Brasil
8	Legrand
9	Novartis
10	Teuto Brasileiro

Figura 31: Ranking dos Maiores Competidores no Mercado Brasileiro

Fonte: Auditoria de Mercado Pharmaceutical Market Brazil (PMB), IMS Health do Brasil, 2015

4.4.5 Fornecedores e Distribuidores de Equipamentos e Materiais Médicos

O funcionamento do sistema de Saúde Suplementar depende, por fim, de uma variada gama de insumos, equipamentos e serviços, que muitas vezes devem seguir procedimentos específicos. Em geral, estes produtos e serviços podem ser classificados em quatro categorias: (1) dispositivos médicos, “artigos, instrumentos, aparatos ou maquinários utilizados na prevenção, diagnóstico ou tratamento de sintoma ou doença” (ABIIS, 2015, p. 20); (2) equipamentos médicos, utilizado com o objetivo de diagnosticar ou tratar um problema de saúde; (3) diagnóstico *in vitro*, qualquer reagente ou instrumento usado *in vitro* para examinar amostras provenientes do corpo humano; e (4) e-Saúde, que consiste no emprego da tecnologia da informação e comunicação para prestação de serviço de saúde, também conhecido como telemedicina ou telessaúde (ABIIS, 2015). A Figura 32 mostra a participação dos tipos de materiais e equipamentos nos gastos totais, para o ano de 2013.

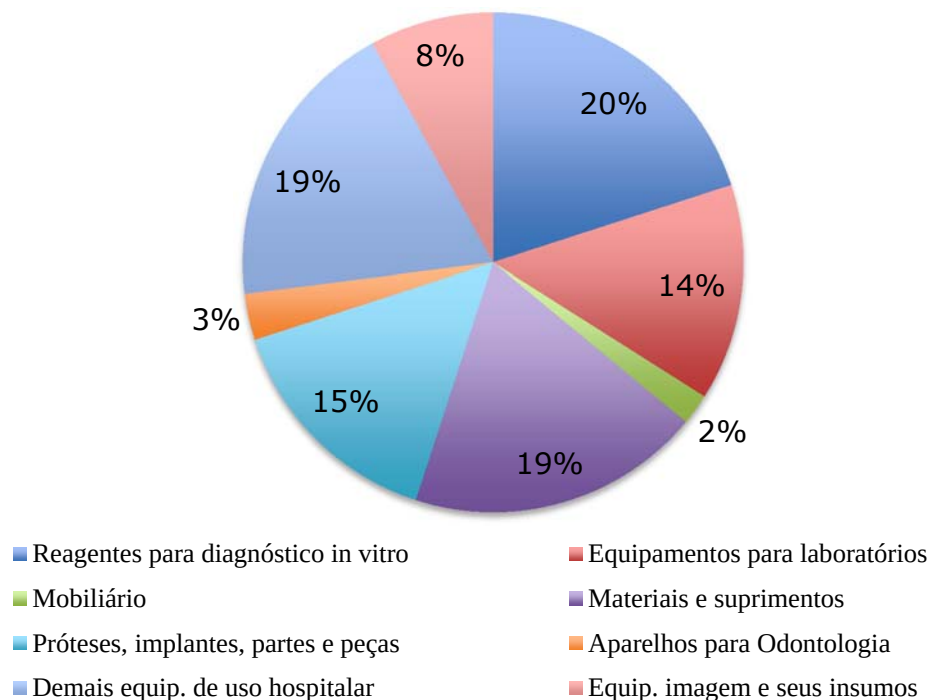


Figura 32: Gasto com Materiais e Equipamentos, 2013.

Fonte: Saúde 4.0, ABIIS, 2015.

No Brasil, há uma participação maior na distribuição dos dispositivos médicos, dado que os maiores produtores são empresas estrangeiras. Outro fator que influencia a participação expressiva dos distribuidores é a própria geografia do Brasil. Como país continental, os distribuidores desempenham o papel central de oferecer capilaridades para os produtos, garantindo a qualidade e cumprimento de normas sanitárias. Além disso, os distribuidores, sob orientação dos fabricantes, podem oferecer serviços de consultoria chegando, até mesmo, assessorar equipes médicas dentro de centros cirúrgicos.

Segundo o relatório Saúde 4.0, o Brasil possui 14.482 empresas no setor de dispositivos médicos, das quais 28% são fabricantes e outros 72% são responsáveis pela comercialização. Em relação ao tamanho, o relatório Saúde 4.0 indica que, em 2013, o mercado correspondia a R\$ 12,1 bilhões, o que correspondia a 2,35% dos gastos totais em saúde. Comparado a países

desenvolvidos, esta participação é pequena, dado que Japão e Alemanha chegam a alcançar valores superiores a 6%, como mostra a Figura 33.

País	Participação
Alemanha	6,49%
Japão	6,13%
França	4,60%
EUA	4,31%
Canadá	2,51%
Brasil	2,35%

Figura 33: Participação dos Dispositivos Médicos nos Gastos Totais com Saúde

Fonte: Saúde 4.0, ABIIS, 2015.

Embora a participação do tamanho do mercado de materiais e equipamentos médicos no gasto total seja baixa, a disponibilidade de equipamentos no Brasil apresenta-se acima do recomendado pelas agências de saúde. A Figura 34 e a Figura 35 apresentam a existência de equipamentos de ultrassom e ressonância magnética por 100 mil habitantes, respectivamente. Observa-se que tanto o sistema privado quanto o sistema público têm excesso de equipamentos, quando comparado à recomendação do Ministério da Saúde, exceto para os equipamentos de ressonância magnética no Centro-Oeste.

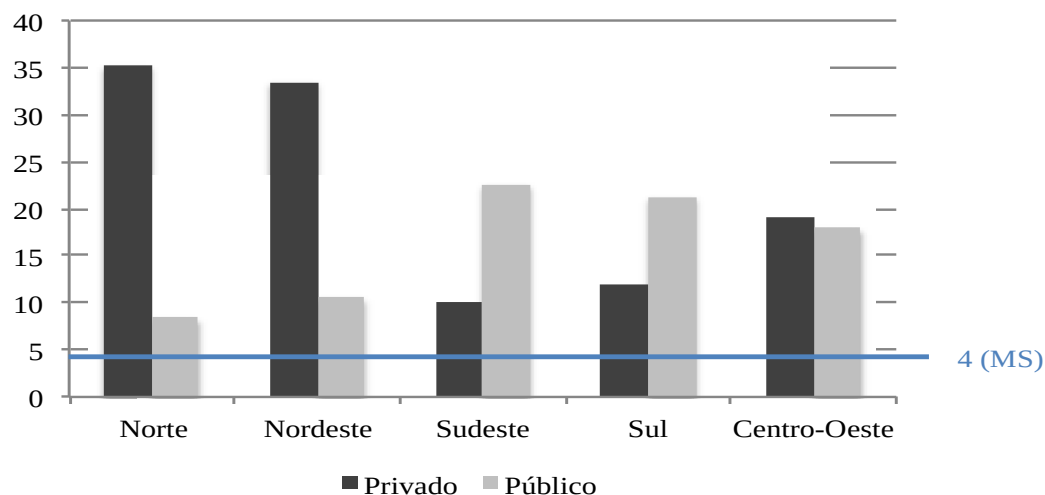


Figura 34: Ultrassom por 100 Mil Habitantes, 2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES¹⁸ e IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas.

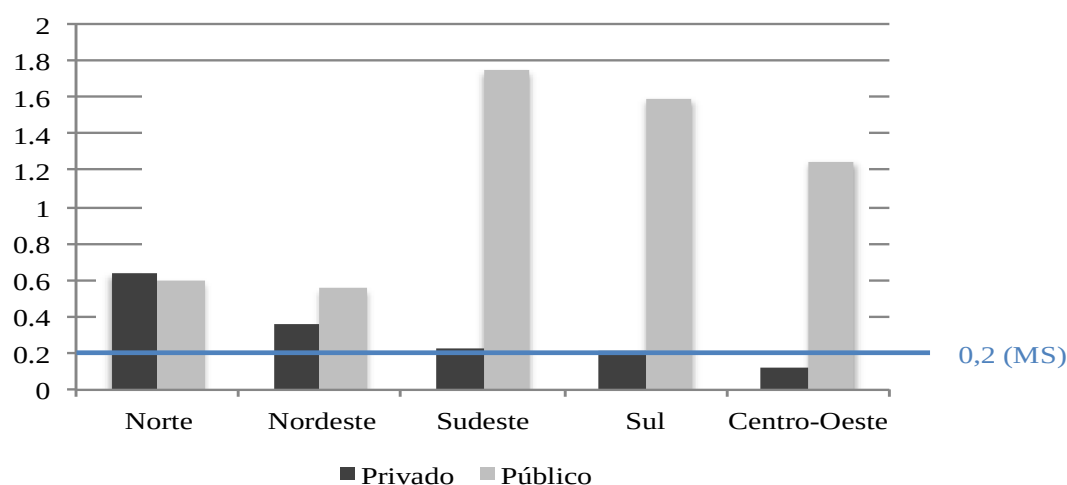


Figura 35: Ressonância Magnética por 100 Mil Habitantes, 2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES e IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas.

¹⁸ Cálculo realizado pelo somatório de Ultrassom Convencional, Ultrassom Doppler Colorido e Ultrassom Ecógrafo. Período: Agosto, 2015.

5. RELAÇÕES CONTRATUAIS E FALHAS DE MERCADO

Concluída a apresentação dos elos que compõem a cadeia de saúde suplementar passa-se a analisar o sistema de contratações existente entre esses agentes e as principais falhas de mercado identificadas ao longo das entrevistas. Como se verá, existe um conjunto complexo de transações, elevados custos de transação, contratos incompletos e assimetria de informação entre os agentes econômicos, implicando problemas de incentivos e comportamentos oportunistas.

Os mecanismos de mercado não funcionam de maneira eficiente e a regulação setorial tem se mostrado insuficiente para corrigir as falhas de mercado existentes. Há, por outro lado, a percepção de que a regulação por controle de preços e restrita às operadoras de planos de saúde, pode gerar efeitos adversos ao mercado.

A elevada inflação médica é um problema grave e há consenso de que o modelo não é economicamente sustentável no médio e longo prazo. O aumento de preços decorre de uma elevação significativa dos custos ao longo da cadeia. Parte desse aumento é justificada pelo ganho de qualidade dos serviços prestados e elevação da renda¹⁹. Contudo, parte significativa desse aumento decorre de falhas no mercado. Em particular, a estrutura de incentivos induz a desperdícios, excessos de procedimentos e incorporação de tecnologia que não atende a critérios de custo-eficácia. Há, ademais, condutas que podem comprometer a qualidade do tratamento, aumentando o risco para a saúde e piorando a qualidade. Por exemplo, há evidências de adoção de procedimentos mais invasivos de maneira desnecessária, motivados por ganhos financeiros dos agentes responsáveis por tomar as decisões.

A consequência é um serviço de saúde sistematicamente mais caro e algumas vezes de menor qualidade. Há, em algumas situações, até mesmo o potencial de risco para a saúde do paciente e menor eficácia do tratamento. O problema é estrutural, complexo, mas parece ter se agravado nos últimos anos. Há convergência entre os agentes de que o modelo comercial precisa ser reestruturado com novas modalidades de remuneração e o desenvolvimento de

¹⁹ Estudo CPE-Insper “Evolução Custos na Saúde Suplementar”, maio 2015.

contratos que incentivem a eficiência e o aumento da qualidade nos serviços prestados ao consumidor final.

Nas próximas seções serão apresentadas as relações existentes ao longo da cadeia de saúde suplementar e as principais falhas de mercado. A identificação dessas falhas, bem como propostas de soluções, será feita com base nas entrevistas realizadas durante a pesquisa, apoiadas pela literatura econômica.

5.1 Relações entre Beneficiários e a Saúde Suplementar

A relação entre beneficiários, consumidores finais dos serviços de saúde suplementar, e prestadores de serviço atuantes na cadeia ocorre em dois momentos distintos: (i) a contratação do plano, em que os agentes envolvidos são os beneficiários e os planos de saúde; e (ii) utilização do plano que envolve a relação entre o beneficiário (nesse momento paciente) e os médicos, hospitais, laboratórios etc. (estabelecimentos de serviços de saúde). A representação da relação entre beneficiários e prestadores de serviços está na Figura 36.

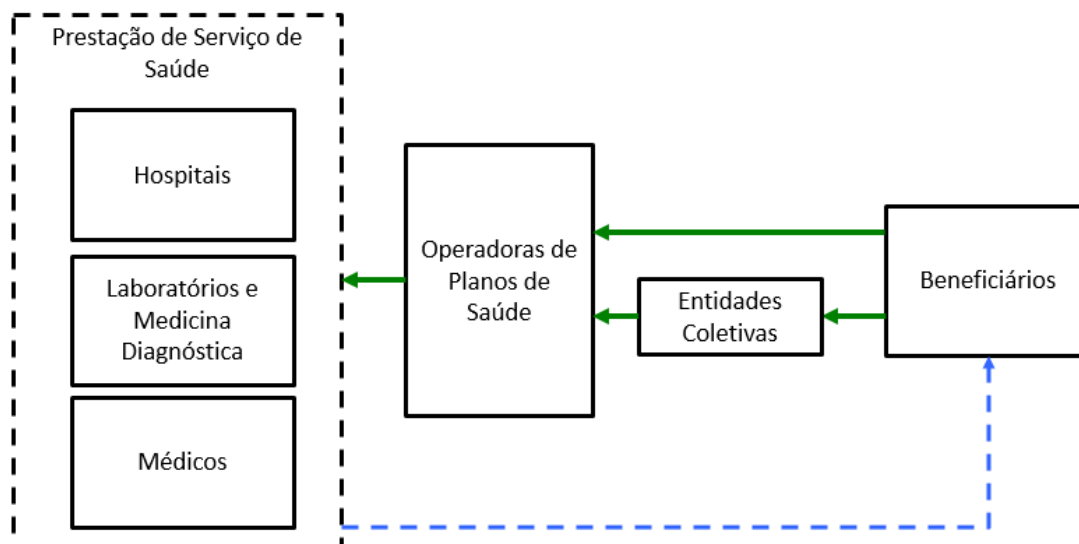


Figura 36: A Cadeia de Saúde - Relações entre Beneficiários e os Prestadores de Serviço

Fonte: elaborado pelos autores.

5.1.1 Relações entre Beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

No primeiro momento o consumidor, individualmente²⁰ ou por meio de uma entidade coletiva²¹, escolhe o plano de saúde, entre as ofertantes do mercado. Os critérios de decisão envolvem a qualidade da OPS, mas principalmente o preço do plano e a qualidade da rede credenciada.

A agência reguladora dos planos de saúde (ANS) define critérios em relação ao rol de procedimentos mínimos, qualidade dos serviços realizados pelas OPS²², classes

²⁰ Planos de Saúde Individuais

²¹ Planos de Saúde Empresariais (contratados por empresas - CNPJ) e Planos de Saúde por Adesão (classe profissional, dentre outros)

²² A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela ANS. Os indicadores são agregados em quatro dimensões: (i) 40% para a dimensão Atenção à Saúde; (ii) 20% para a dimensão Econômico-financeira; (iii) 20% para a dimensão Estrutura e Operação; (iv) e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário.

de planos, regras de reajustes²³, transparência de preços²⁴, regras sobre carência²⁵, adaptação do plano e portabilidade entre operadoras de planos de saúde. Em relação às regras de portabilidade, vale destacar, a ANS²⁶ regulamenta as situações nas quais o beneficiário ficará dispensado de cumprir novos períodos de carência já cumpridos no plano de origem.

A regulação setorial é restrita aos planos de saúde e não há informações públicas sobre a qualidade da rede credenciada (médicos e estabelecimentos de saúde). A escolha do plano, nesse sentido, é realizada em um ambiente com pouca transparência, dificultando a escolha do consumidor.

A assimetria de informação representa uma importante falha de mercado e há iniciativa da ANS para mitigar esse problema²⁷, mas o esforço se mostra insuficiente. A rede credenciada, de qualquer operadora, envolve um conjunto amplo e distinto de diferentes prestadores de serviços de saúde que não são regulados pela agência.

Diante deste cenário, no momento da contratação, há a figura do corretor de seguros, agente que atua com uma carteira diversificada de operadoras/produtos. O corretor tem como papel fornecer informação ao consumidor, permitindo uma decisão com a melhor relação custo x benefício, conforme o perfil de risco, renda, qualidade exigida, dentre outros. Dessa forma, a atuação do corretor acaba por

²³ No caso de planos individuais.

²⁴ Informações disponíveis no sítio da ANS: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor>; visitado em outubro 2015.

²⁵ A carência é o tempo que o beneficiário precisa aguardar, após a contratação do plano, para utilizar determinado serviço e/ou procedimento. A ANS regulamenta os prazos máximos e os procedimentos sujeitos a regras de carência e cobertura parcial temporária.

²⁶ Segundo informações no sítio da ANS, há as seguintes modalidades de portabilidade: (i) Portabilidade de carências: troca de plano de saúde, por alguma insatisfação ou inadequação do plano de saúde atual, sem cumprir carência no plano novo; (ii) portabilidade especial: adotada em casos em que a OPS teve o registro cancelado pela ANS ou esteja em processo de falência, casos em que o dependente perdeu seu vínculo com o plano, seja por falecimento do titular, ou em decorrência de perda da condição para continuar no plano como e em casos de demissão (planos coletivos); e (iii) portabilidade extraordinária: decretada em casos excepcionais em que houve intervenção judicial. Há, ainda, regras para migração de planos anteriores a Lei 9.656 a planos novos e regras de adaptação em que são alteradas algumas características do plano inicialmente contratado. Ver: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/troca-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia>; visitado em março 2016

²⁷ Resolução Normativa ANS nº 364/2014.

ampliar a concorrência entre os *players* do mercado, facilitando o acesso e entendimento do consumidor aos diferentes planos e operadoras.

Concluída a aquisição do plano, e vencidas as regras contratuais de carência²⁸ e cobertura parcial temporária, o consumidor torna-se o “beneficiário” e a relação com a OPS passa a ser financeira, com o pagamento das prestações mensais do plano de saúde contratado. A partir desse momento, segundo o modelo de contrato dominante no mercado, o beneficiário tem acesso irrestrito a todos os prestadores disponíveis na rede credenciada a seu plano.

O beneficiário, vencida as regras de carência ou cobertura parcial temporária, na maioria dos casos, busca maximizar a utilidade do produto adquirido, fazendo uso da rede credenciada sempre que lhe aprouver, independentemente dos custos unitários dos serviços. Essa decisão gera efeitos de segunda ordem relacionados a desperdícios e aumento de custos que, no momento do reajuste contratual, afetam o preço do plano para todos os beneficiários, como se verá a seguir.

5.1.1.1 Acesso irrestrito no mercado de consumo: desperdícios e aumento de custos

O modelo contratual vigente faz com que a utilização do plano de saúde siga a lógica de um mercado de consumo, que induz a uma sobreutilização dos serviços. Na ótica do beneficiário, dado o modelo de contratação de planos de saúde, o racional é fazer uso do recurso, considerando que o custo marginal na utilização de um procedimento adicional tende a ser zero.

O beneficiário, portanto, não tem incentivo a se preocupar com a relação custo/benefício do tratamento médico que demanda. Ao contrário: o incentivo é de utilizar o plano de maneira excessiva, mesmo que envolva desperdícios de recursos. Esse comportamento, racional do ponto de vista individual, acaba gerando custos aos beneficiários como um todo. Dado o conceito de mutualidade em que se baseiam os mercados de seguros, o aumento de utilização de serviços

²⁸ Os procedimentos e prazos máximos de carência são regulamentados pela ANS.

resulta em aumento geral de custos e, por esse motivo, dos preços dos planos de saúde, em prejuízo do coletivo de beneficiários.

Foram citados diversos exemplos de utilização excessiva dos planos, por parte dos beneficiários. Dentre eles, o elevado percentual de ausências nas consultas médicas e percentual de exames realizados que não são retirados pelos beneficiários. Segundo a ANS, 30% dos exames efetuados não são sequer retirados. Considerando que o gasto com exames corresponde a aproximadamente R\$ 16 bilhões, uma redução desse desperdício de 30% para 5% corresponderia a uma economia de quatro bilhões de reais por ano.

Outro desperdício mencionado é o fato de não haver banco de dados que consolide o histórico do paciente. O sistema de saúde, como um todo, gera muita informação, dado que exames são informações sobre o paciente. Entretanto, esta informação adquirida é, na maioria das vezes, desperdiçada. Não há estoque, tampouco compartilhamento das informações sobre o paciente. Segundo citado, a solução para esse desperdício seria um sistema unificado de registro dos exames realizados para que os médicos encontrassem o histórico do paciente e que possibilitasse a redução de prescrição de novos exames.

As regras de utilização do plano também foram apresentadas como fonte relevante de desperdícios e ineficiências. No modelo contratual vigente é sempre o beneficiário quem escolhe a especialidade médica que acredita ser a mais adequada para resolver seu sintoma. Em outros termos, diante de um determinado sintoma/doença, o beneficiário (que não possui as informações necessárias para escolher a especialidade médica mais correta) é quem decide a que médico ir. Essa decisão é feita sem orientação prévia especializada, por exemplo, de um clínico geral ou geriatra.

A busca pela especialidade correta pode se revelar uma verdadeira peregrinação entre diferentes médicos, sendo que, em cada consulta, uma série de exames são solicitados. Segundo dados da entrevista, já há OPS operando com modelos de contratos distintos, mas a experiência é restrita e existe muita resistência por parte dos beneficiários e certo risco jurídico. Nesses contratos, o beneficiário primeiro é orientado por um clínico e, após esse exame prévio, é tratado ou orientado a procurar a especialidade médica apropriada. Tal procedimento teria resultado em

uma redução de 30% da taxa de sinistralidade, o que possibilitou a redução de preços do plano.

No modelo contratual com previsão de coparticipação ou franquias os incentivos à utilização excessiva do plano se reduzem, pois, o preço aumenta com o maior nível de utilização. O beneficiário que adquire um plano de saúde com coparticipação de 20%, arca com esse percentual do valor total, por exemplo, de uma consulta médica. Os mecanismos de coparticipação e franquias, contudo, geram questionamentos entre os beneficiários. Há a percepção de duplo pagamento à operadora de plano de saúde. No entanto, as entrevistas revelaram que esses mecanismos, caso bem estruturados e devidamente compreendidos pelos beneficiários, podem vir a ser importantes aliados no controle do desperdício, do aumento dos custos e, consequente, do elevado reajuste de preços.

5.1.1.2 O controle do reajuste de preços dos contratos OPS-beneficiários

A ANS realiza controle de preços²⁹ nos planos de saúde. A literatura econômica e mesmo a experiência brasileira com controles de preços não permitem qualquer dúvida quanto aos efeitos perversos dessa política ao mercado como um todo e, ao final, aos agentes que se pretendiam proteger. O controle de preços resulta em escassez de oferta e redução da qualidade dos serviços prestados e não seria diferente no atual cenário do mercado de saúde suplementar vivido no país.

Da perspectiva das OPS, essa política de controle de preços praticados, sem controle de custos incorridos, tem acarretado a redução da oferta da modalidade de planos individuais, pois resultariam em prejuízos financeiros para as empresas.

²⁹ Planos individuais e familiares - a partir de 2000, a agência define por meio de resoluções normativas os índices máximos de reajustes anual. Metodologia válida desde 2001 e considera a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. É considerado também impacto econômico-financeiro decorrente de eventos exógenos e das atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A operadora depende da aprovação prévia da ANS para aplicar o reajuste, que só pode ocorrer após a data de aniversário do contrato.

Planos coletivos com menos de 30 vidas: regra válida a partir de maio de 2013, agrupamento dos contratos e reajuste único. Definição da metodologia de reajuste não é regulada, mas deve constar nos contratos. (Resolução Normativa - RN Nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Haveria, ainda, segundo relatado, impacto sobre viabilidade financeira de operadoras de menor porte (50% das operadoras fecharam na última década) ou que atuavam de maneira significativa na modalidade de planos individuais.

De outro lado, do ponto de vista do beneficiário, como exposto na seção 4.2 Operadoras de Planos de Saúde, Figura 15: **Relação entre planos individuais ou familiares e coletivos no Brasil**, há preponderância dos planos de saúde coletivos em relação aos familiares ou individuais. Em 2014, somente 20% dos beneficiários (10 milhões) eram cobertos pelos planos familiares ou individuais, acarretando problema de acesso a esses produtos, pois as operadoras não tem menor interesse em vender esse produto, situação agravada para os idosos, com maior nível de sinistralidade, mas cujo valor do plano não pode exceder 6 (seis) vezes o valor do plano da categoria mais jovem³⁰.

A despeito desse controle de preços imposto pela ANS o reajuste é considerado pelos beneficiários como excessivo. Isto porque, apesar do controle sobre operadoras de planos de saúde, o aumento tem sido sistematicamente superior à inflação oficial, o que decorre da inflação médica, conforme identificado no estudo CPE-Insper (abr/2015) a respeito dos custos da saúde suplementar.

No caso dos planos coletivos com mais de 30 vidas a regra de reajuste dos planos de saúde é realizada com base na utilização passada. Assim, a decisão individual do beneficiário, hoje, do uso do plano de saúde não afeta o preço atual, mas afetará, sim, o reajuste e, portanto, o preço futuro do plano. Não há, ademais, vantagens aos beneficiários com menor nível de utilização, posto que o custo da carteira é igualmente diluído para todos os participantes. Assim, o reajuste dos preços é particularmente sensível para os beneficiários e operadoras de planos de saúde.

A existência de dois mecanismos de reajustes, um controlado pela ANS e outro pelas regras de mercado, é considerada pelo representante dos beneficiários como desrespeito ao código defesa do consumidor e já existem casos em que o Judiciário determinou a aplicação do reajuste da ANS para contratos coletivos. Por outro lado, conforme mencionado pelas operadoras, o controle de preços dos planos

³⁰ Em razão da regra do Estatuto do Idoso a ANS editou a Resolução Normativa nº 63, publicada em dezembro de 2003, determinando, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).

individuais afeta a negociação dos planos coletivos e resulta em uma situação que esses preços seriam, em certa medida, parcialmente controlados também pela agência.

Por fim, vale mencionar que o descontentamento dos beneficiários com os reajustes de preços tem sido tão significativo que há demandas no judiciário para controlar esse aumento. Não há, entretanto, informações claras sobre o volume de processos dessa natureza, tampouco os efeitos concretos sobre a cadeia de saúde suplementar.

A judicialização da saúde e seus efeitos sobre a cadeia de saúde suplementar constitui tema complexo, de extrema relevância, e que ainda merece maior aprofundamento de pesquisa. Nesse momento, cumpre destacar apenas algumas impressões colhidas nas entrevistas como a avaliação de que a Judicialização tem elevado impacto de custos para o setor (público e privado) e caráter regressivo, tendo em vista que o acesso ao judiciário é restrito aos agentes com mais renda.

Segundo a avaliação de parte dos agentes da cadeia a percepção comum de que a “saúde não tem preço”, interfere na forma de decisão dos juízes, que tendem a conceder liminares sem considerações de custo e benefício ou de consistência com a política pública. Dessa forma, é comum dar ganho de causa ao beneficiário para tratamento que: (i) não consta no contrato ou fora da rede contratada; (ii) não é determinado no rol de procedimentos da ANS³¹; e (iii) não foi sequer registrado pela Anvisa.

Por outro lado, segundo os beneficiários, a própria existência do rol de procedimentos da ANS seria questionável, pois o não estaria previsto na Lei 9.656 e objetivo na aquisição de um plano seria o acesso integral à saúde, não a parte dela.

Conforme se depreende das entrevistas, a posição do juiz é determinada pelo sofrimento da pessoa e o risco a vida, com menor peso para as regras do contrato entre as partes. Além disso, o juiz não é médico e é incapaz de realizar uma avaliação sobre sua real necessidade ou caráter de urgência, com isso tende a conceder o tratamento solicitado. Segundo entrevistados, o resultado de tais

³¹ O Rol de Procedimentos consiste na cobertura obrigatória mínima para os beneficiários de planos de saúde e é revisto pela ANS a cada 2 anos.

decisões é o aumento de custos e da judicialização no mercado de saúde como um todo, da saúde suplementar e do SUS.

A solução para esse problema, em uma análise preliminar, seria a existência de câmaras técnicas para auxiliar o juiz. Tendo em vista que, em razão da complexidade do tema, o juiz poder ser levado a expedir liminar baseado em informação equivocada ou em uma falsa alegação de risco a vida. Segundo algumas entrevistas, cerca de 90% dos pedidos de liminares seriam baseadas em questões em que não há efetivo risco de vida. Não há, entretanto, estudos completos sobre o tema, sendo esta uma das mais importantes lacunas na pesquisa sobre a cadeia de saúde suplementar.

Por outro lado, a proposta de solução por meio de câmaras técnicas de apoio ao judiciário não é unânime na cadeia, há os que advogam pela importância da total independência e liberdade do Judiciário, seja para decidir sobre regras de reajustes, seja quanto a impedir quaisquer restrições a procedimentos, como aqueles não previstos no rol de procedimentos da ANS, ou não aprovados pela Conitec (SUS)³² ou mesmo pela Anvisa.

5.1.2 Relações entre Beneficiários e Prestadores de Serviços de Saúde (Médicos e Estabelecimentos de Saúde)

No segundo momento - utilização do plano - a relação passa a ser entre o beneficiário, denominado agora como "paciente" e os prestadores de serviços à saúde, em particular, médicos, hospitais, laboratórios. Nesse momento a relação médico-paciente tem papel central. A escolha inicial, como visto, é livremente feita pelo paciente com base em critérios, como especialização, disponibilidade para consulta e percepção de qualidade, tendo em vista a ausência de informações públicas confiáveis.

O paciente é livre para escolher dentre todas as especialidades disponíveis e não há orientação inicial para esse processo. Todos os médicos, hospitais ou laboratórios, sob a perspectiva do paciente, possuem exatamente o mesmo preço

³² Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

– que tende a zero, já que após a contratação do plano, na maior parte dos contratos, a mensalidade é fixa, independentemente do nível de utilização. A escolha, portanto, não possui restrição de preço, as maiores limitações estariam relacionadas à disponibilidade de horário para consultas, exames e disponibilidade de leito para a internação.

A relação entre o paciente e os estabelecimentos de saúde é sempre intermediada pela decisão do médico. Mesmo em uma situação em que a escolha do paciente seja procurar o pronto socorro de determinado hospital, ao invés da clínica de um médico; ao final, as decisões sobre o tratamento são sempre tomadas pelo médico.

5.1.2.1 Relação Médico-Paciente: confiança, assimetria de informação e incentivos financeiros inadequados

No momento em que o paciente escolhe o médico, é ele quem irá determinar todos os procedimentos que deverão ser realizados, sendo esta relação marcada por forte assimetria de informação nessa relação. Quanto maior a complexidade do tratamento envolvido, maior tenderá ser a assimetria de informação entre os agentes, como nos casos de procedimentos cirúrgicos de maior complexidade. Importante notar que a relação médico-paciente, em regra, não é sujeita a contratos formais, mas sim a uma relação de confiança construída ao longo do tempo ou pela reputação conhecida no mercado de um determinado médico. Não há, ademais, conforme se depreende de parte das entrevistas realizadas, regras claras de procedimentos que o médico deve seguir e *enforcement* das regras existentes no código de ética.

A decisão do médico para o tratamento de seu paciente tende a ser sempre guiada, na melhor das hipóteses, exclusivamente pela qualidade, sem qualquer consideração a respeito dos custos envolvidos. Além disso, algumas decisões podem afetar seu esforço no trabalho, como o tempo de consulta, o que pode levar alguns médicos a fazer escolhas em prejuízo à saúde do paciente. Este efeito de distorção da decisão do médico é ainda mais grave quando a sua decisão resultar em ganho financeiro conforme o uso de determinado material ou equipamento. Por sua importância na cadeia produtiva, este tema é retomado na seção 5.3.1

Relações entre Médicos e Fornecedores: incentivos perversos da remuneração paga aos médicos que trata das relações entre médicos e fornecedores.

O médico é guiado pelo objetivo de atender ao paciente com a máxima qualidade, contudo o incentivo financeiro pode distorcer seus incentivos. O médico credenciado ao plano que realiza uma consulta de melhor qualidade não irá receber um valor maior por seu trabalho. Pelo contrário, o maior tempo gasto com cada paciente traduz-se, ao final, em um número menor de pacientes que podem ser atendidos em cada dia e, portanto, em um menor ganho. Ao mesmo tempo, as decisões que o médico toma em relação a exames e procedimentos complementares não se traduz em ônus financeiro para ele, mas sim para a operadora de plano de saúde. Há muitas situações em que esse custo implica vantagens financeiras para o médico que as requisita, como a realização desses procedimentos complementares ao longo da consulta. Assim, ainda que o médico se preocupe com a qualidade do seu atendimento se refletirá na saúde do paciente e na sua reputação profissional, o formato de remuneração acaba criando incentivos para que, por vezes, o resultado seja piora na assistência à saúde e custos mais elevados ao sistema.

Segundo relato, um terceiro fenômeno ajuda a explicar, em parte, o comportamento dos médicos em relação aos pedidos excessivos de exames e procedimentos: a proteção contra eventual processo de erro médico. O médico, diante de um quadro clínico aparentemente simples, caso não conheça o histórico do paciente, pode ser levado a pedir um conjunto amplo de exames, não apenas para descartar qualquer risco ao paciente, mas para se proteger contra eventual processo.

O receio do médico é que, caso seu diagnóstico não se confirme e o paciente apresente algum tipo de complicação, poderá vir a ser processado. Segundo relatado, essa preocupação é maior, quanto menor é vínculo médico-paciente, como na situação de uma consulta em pronto socorro. Nesta situação, o médico, via de regra, não conhece o histórico do paciente e se sente obrigado a pedir todos os exames disponíveis, pois uma dor no abdominal, por exemplo, poderia ser algo muito simples ou algo muito grave. Ele não possui certeza e mesmo que seu diagnóstico o leve a concluir que se trata de algo simples, na dúvida, requer todos os exames, pois o risco de sofrer um processo por erro médico seria elevado. A

situação é conhecida no mercado como a indústria do erro médico, havendo casos de médicos que contratam seguro para exercer a profissão.

Assim, a existência desse ganho financeiro adicional e a ausência de ônus pelas decisões que toma, resulta em uma falha de alinhamento de incentivos na cadeia. Embora não haja estudos quantitativos sobre o problema, houve um conjunto significativo de entrevistados que relataram o problema da demanda induzida no mercado de saúde. O aumento da demanda, nesse caso, ocorre não por uma necessidade real do paciente, mas tão somente por indicação do médico, imbuído de interesse: custo menor com consulta mais simples/rápida e potencial de ganho financeiro.

A maior parte dos entrevistados relatou problemas decorrentes desse modelo contratual. Há convergência de que o modelo atual de remuneração não premia o médico que realiza uma consulta com maior qualidade e possui maior preocupação quanto aos custos decorrentes do pedido de excessos de exames. O modelo contratual e de remuneração existente no mercado resulta em menor comprometimento com o custo total do tratamento do paciente. Em certa medida, o médico, preocupado com custos e mesmo com os efeitos colaterais de exames desnecessários, acaba sendo prejudicado nesse modelo de remuneração único que paga valor adicional apenas quando há novo procedimento.

5.1.2.2. Relação Médico-Paciente: impacto do desgaste da relação conflituosa entre OPS e Médicos

O desgaste da relação médico e operadora de saúde ao longo dos últimos anos, em que o tema central foi sempre o valor dos honorários médicos, contribui para a grave situação em que se encontra o modelo contratual e será melhor analisado no próximo item. Por enquanto, cumpre analisar os efeitos desse problema na relação paciente e médico conveniado ao plano de saúde.

A relação médico-paciente é baseada em confiança e alto grau de deferência. Há, entretanto, críticas aos serviços prestados pelos médicos nas consultas realizadas por meio de convênios, em especial, pelo tempo exíguo da consulta e mesmo pela

difficuldade em se conseguir agendar uma consulta por convênio. Os médicos, por sua vez, justificam os excessos de pacientes agendados e a priorização das consultas particulares, por conta dos honorários médicos recebidos e o grande percentual de cancelamentos e ausências dos pacientes de planos de saúde. Segundo relato das entrevistas, haveria especialidades que os médicos, de maneira independente, estariam evitando ou restringido o atendimento a consultas de planos de saúde.

A dificuldade de acesso à consulta médica resultou em regulamentação da ANS que obriga a operadora a prazos máximos definidos entre sete dias úteis, para consultas básicas, e 21 dias úteis, para procedimentos de alta complexidade³³. O descumprimento desses prazos resulta em pontos e, a depender da pontuação recebida pela operadora em cada ciclo, há penalizações, como a proibição de comercialização de planos, multas e prejuízo da imagem da operadora no mercado.

Segundo as operadoras, os critérios de penalização, somado a todas as demais exigências existentes, seriam excessivamente elevados e caracterizariam uma situação de grave assimetria regulatória, em que apenas as operadoras incorrem no ônus da regulação. Este tema é retomado no próximo item. A título de conclusão, nesse momento, fica claro, mais uma vez, que o maior afetado é o beneficiário final, com a restrição ao acesso às consultas e que a regulação, embora bem-intencionada, não resolve a falha de mercado, mas apenas penaliza parte dos agentes envolvidos na transação.

Assim, os problemas contratuais e de incentivos existentes levam a uma situação paradoxal de desperdícios de recursos e escassez de oferta, onde o mecanismo disponível, da perspectiva do paciente (usuário final) é a abertura de uma reclamação ou processo contra sua operadora de planos de saúde.

³³ Informações disponíveis no sítio da ANS: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento>; visitado em outubro 2015.

5.2 Relações entre Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e os Prestadores de Serviço de Saúde

A relação entre OPS e os prestadores de serviço de saúde envolve um grande conjunto de agentes e contratos e ocorre em duas grandes categorias: (i) OPS e Médicos; e (ii) OPS e estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios, etc).

A relação entre OPS e médicos é fundamental para a cadeia. Contudo, historicamente, é marcada por um conjunto de acusações mútuas e descontentamento entre as partes. O conflito nessa relação ficou evidente ao longo da pesquisa. A maior parte dos entrevistados possuía uma avaliação distinta sobre os principais problemas existentes no mercado, a depender do papel que desempenhava na cadeia.

A principal convergência entre os entrevistados é a própria existência de graves problemas no mercado e que os mesmos vêm se agravando nos últimos anos. Em todo o resto, há posições muito distintas, até mesmo conflitantes.

5.2.1 Ausência de incentivos para qualidade e eficiência no modelo contratual médico-OPS e agravamento da relação pela remuneração extra recebida dos fornecedores

A relação entre os agentes é caracterizada por contratos que, em regra, constituem apenas credenciamento à rede de serviços da OPS. O médico, conveniado a um determinado plano de saúde, possui como interesse atender aos pacientes da carteira daquele determinado plano. A OPS, por seu lado, tem como interesse ampliar sua rede credenciada de médicos para ser capaz de atrair o máximo possível de beneficiários, tendo em vista que a maior opção de médicos é percebida pelo beneficiário como um valor si.

A OPS funciona como uma plataforma multilateral que conecta beneficiários e prestadores de serviço. O valor de seus produtos aumenta à medida que consegue ampliar a rede credenciada (por atrair mais beneficiários) e o total de vidas (por

atrair mais prestadores de serviços). O total de vidas detido por determinada operadora é importante para a negociação com os prestadores de serviços, em particular, hospitais e laboratórios, pois quanto maior a base, maior o potencial de demanda envolvido e, portanto, melhores são as negociações de preços³⁴.

Há diferentes perfis de operadoras no mercado e os contratos, conforme se depreende das entrevistas, possuem algumas especificidades. Em regra, o valor recebido pela consulta é fixo e determinado em uma tabela de preços, ao qual o médico adere no momento em que se torna um conveniado. Aparentemente, a maior diferença refere-se aos valores pagos para as consultas de uma mesma especialidade médica. Segundo relato, o valor bruto de um mesmo tipo de consulta/especialidade, em 2015, variava em até 130% (de R\$ 35,00 a R\$ 80,00).

O valor dos honorários médicos é historicamente o ponto de grande atrito entre OPS e Médicos. A assimetria existente entre o profissional liberal *versus* a operadora levou a um movimento de coordenação dos médicos para negociar os honorários com as operadoras. Especificamente, em diversas localidades, os médicos têm se organizado em cooperativas para, conjuntamente, negociar a remuneração de seus serviços junto às OPS.

Os efeitos dessa dinâmica de negociações de preços têm sido muito analisados pelo órgão de defesa da concorrência (CADE). Ao longo dos anos, o entendimento da autoridade antitruste é que a coordenação entre médicos, que podem ser considerados concorrentes, pode ser entendido como formação de cartel que, ao ampliar a remuneração dos seus serviços, deve implicar maiores custos ao longo da cadeia, impactando negativamente o consumidor. Ainda que mais recentemente exista algum reconhecimento da legitimidade de os médicos buscarem maior equilíbrio de poder na negociação junto às OPS, criando poder compensatório³⁵, esta conduta coordenada segue sendo investigada e, por vezes, condenada pelo CADE: dos 20 casos analisados, 4 foram arquivados, 8 condenados

³⁴ Formalmente, este poderia ser caracterizado como um “mercado de dois lados” e, para auferir maiores ganhos, a empresa deve procurar atrair o maior número de clientes nos dois lados do mercado. Conforme definem ROCHET e TIROLE (2006): “Two-sided (or, more generally, multi-sided) markets are roughly defined as markets in which one or several platforms enable interactions between end-users, and try to get the two (or multiple) sides ‘on board’ by appropriately charging each side.” (p.645).

³⁵ Galbraith (1952) apresenta o conceito de poder compensatório como a possibilidade de ganhos com a criação de poder de mercado que equilibra uma assimetria de poder de negociação entre os agentes de dois elos da cadeia produtiva.

e 8 envolveram acordo entre autoridade e representadas (DEE-CADE - Departamento de Estudos Econômicos do CADE, 2015).

Neste contexto de alinhamento de conduta dos médicos, verificam-se também o estabelecimento de tabelas de preços dos procedimentos. A compreensão do CADE é que os médicos podem adotar tabelas sugestivas de honorários elaboradas por entidades representativas, para negociar com os demais agentes do mercado (operadoras de planos de saúde, hospitais, etc.). Contudo há restrições significativas, sendo que em mais de 90% dos processos analisados houve condenação da conduta. A Figura 37 mostra as decisões do CADE.

Decisão	Quantidade	Participação
Condenação	73	90,12%
Arquivamento	8	9,88%
Total	81	100,00%

Figura 37: Decisões CADE em processos administrativos referentes a adoção de tabelas médicas (jun/1996-maio/2015)

Fonte: Departamento de Estudos Econômicos

Segundo esse estudo, elaborado pelo DEE-CADE, 2015, a condenação ocorreu, especialmente nos movimentos que buscavam impor as tabelas como referência nas relações contratuais. As estratégias adotadas coletivamente pela classe médica (sob coordenação de suas entidades representativas) e consideradas abusivas, da perspectiva do CADE foram, por exemplo: (i) coerção (ou divulgação sobre possibilidade de punição) dos médicos não aderentes à tabela ou ao seu movimento de negociação conjunta; (ii) recusas de negociação desproporcionais, como paralisações por tempo indeterminado para forçar a negociação de tabelas de preço ou ameaça de descredenciamento em massa.

Embora o tema “honorários médicos” tenha sido mencionado como um problema, no início de algumas entrevistas, a análise mais aprofundada, relativizava essa importância e o tema autonomia do ato médico x medicina baseada em evidências foi recorrentemente citado.

O médico possui autonomia irrestrita para decidir sobre o tratamento do paciente e na maior parte dos casos utiliza esse poder da maneira adequada. Há, contudo, convergência nas entrevistas, de que essa autonomia irrestrita não seria adequada e deveria haver a adoção de protocolos médicos e medicina baseada em evidências científicas. Ou seja, as entrevistas convergiram na importância de que a medicina seja exercida com base em evidências e resultados mensurados, não apenas na opinião pessoal do profissional.

Foi destacado, por exemplo, que, embora a medicina não seja uma ciência exata, é essencial a adoção de medicina baseada em evidências, conhecidos como diretrizes ou protocolos médicos. Os diferentes elos da cadeia advogam para necessidade de que seja incentivada a tomada de decisão médica aderindo às diretrizes. Há, contudo, controvérsia sobre quem deveria elaborar tais diretrizes, tampouco se deveria haver monitoramento da ação dos médicos.

A autonomia, em um ambiente de forte assimetria de informação e altas margens de lucro no setor de Dispositivos Médicos Implantáveis, leva a uma indicação excessiva desses procedimentos, com riscos ao paciente e altos custos ao mercado como um todo³⁶. Trata-se de casos criminosos, veiculados recentemente pela imprensa no episódio conhecido como a máfia das próteses e que culminou na criação de uma CPI no Senado e a criação de GTI.³⁷

A remuneração “extra”, “bola”, “propina”, como mencionado por todos os entrevistados, não é algo recente no Brasil e há relatos de desvios em outros países. Hoje, essa remuneração “extra” recebida pelos médicos é em torno de 20 a 40% do faturamento dos Distribuidores de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI). Esse problema será melhor analisado na análise das relações existentes na

³⁶ Contexto com Cirurgias de Coluna que levou à criação do Programa de Segunda Opinião pelo Hospital Albert Einstein: (i) aumento significativo nos últimos 10 anos com utilização de implantes de alto custo; (ii) forte crescimento das despesas do Sistema de Saúde com cirurgias de coluna, com impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), nas pessoas jurídicas que oferecem benefício saúde, nos titulares de planos individuais e nos pacientes particulares; (iii) percepção de indicações desnecessárias; e (iv) percepção do aumento do número de complicações cirúrgicas (Fonte: Apresentação “Hospital Israelita Albert Einstein Segunda Opinião em Cirurgia de Coluna”; 2015; destaques inseridos pelos autores)

³⁷ Matéria do Fantástico (TV Globo), veiculada em 4/01/2015, denunciou um esquema criminoso envolvendo médicos e empresas fornecedoras de próteses. Segundo a reportagem, os médicos recebiam comissões para usar os materiais de determinados fornecedores, recomendando, aos pacientes, cirurgias muitas vezes desnecessárias, e recorrendo, por meio de escritórios de advocacia também envolvidos, as liminares para forçar os planos de saúde e o SUS a autorizarem a utilização dos materiais de determinados fornecedores, com preços superfaturados.

cadeia de saúde suplementar entre médicos e fornecedores de materiais e medicamentos (*MatMed*).

Outro aspecto discutido ao longo das entrevistas, específico ao modelo de remuneração, é o fato de que o médico só recebe caso a consulta seja efetivamente realizada. O beneficiário, por outro lado, não incorre em nenhum custo caso falte ou cancele a consulta, comportamento que aparentemente é muito comum. Embora não haja estatísticas oficiais, nas entrevistas foi citado que algo como 1/3 das consultas não se realizam.

O médico, conforme modelo de contratação padrão, recebe por procedimentos e consultas. Do ponto de vista financeiro, portanto, ele é incentivado a atender ao máximo possível de pacientes e procedimentos. Esse modelo de remuneração, somado a valores de honorários que são muito criticados pelos médicos, agravariam o problema. Haveria uma situação de sobrecarga de trabalho, pois o médico tem que atender muitos pacientes para obter uma remuneração adequada; e consultas de tempo muito curto com baixa qualidade, na qual não há o tempo necessário para o médico realizar um diagnóstico completo.

Outro problema decorrente do modelo contratual adotado é o fato de que o médico recebe o mesmo valor independentemente de sua qualificação, tampouco em relação ao grau de complexidade do paciente. A analogia com o mercado de ensino é simples. Há reclamações em relação aos salários dos professores, mas os mais qualificados (doutorado, especializações) recebem salários maiores. Os professores de pós-graduação, da mesma forma, recebem salários mais elevados, pois a complexidade da aula é bastante superior à ministrada na graduação.

No caso dos médicos, contudo, o modelo dominante é uniformização de valores. Situação que acaba levando os médicos mais qualificados e com maior experiência a atender exclusivamente pacientes particulares. Mesmo o profissional que decide atender a planos de saúde e, concomitantemente, realiza consultas particulares, o atendimento, neste último caso, tende a dedicar mais tempo e, portanto, ser de qualidade superior. Por outro lado, os médicos não incorrem em nenhum custo relacionado às suas decisões sobre o tratamento. Todo o custo recai sobre as OPS, no modelo atual.

O médico não arca nem com o custo de um procedimento em que ele errou. Pelo contrário, ele pode até ganhar. Por exemplo, o médico que cometer um erro ao

realizar uma determinada cirurgia e ter de refazê-la, será remunerado duas vezes, afinal, no modelo atual ele ganha para cada procedimento realizado, independentemente do desfecho clínico.

Em síntese, o valor do honorário médico não constitui causa dos problemas observados na cadeia da saúde, mas sim uma consequência dos desperdícios observados, que não apenas oneram os beneficiários, como subremuneram os médicos que tomam as decisões adequadas do ponto de vista de custo e benefício. O problema passa pelos incentivos existentes, a adoção de tabelas uniformes de preços desestimula o bom profissional e aquele melhor qualificado.

A solução para o modelo de contratação entre OPS e Médicos exige a negociação efetiva entre as partes com o compartilhamento de receitas e riscos e, sobretudo, pelo alinhamento de incentivos que premiem simultaneamente a redução de custos e aumento da qualidade do serviço médico.

5.2.2 Contrato OPS e Estabelecimentos de Saúde (Hospitais, Laboratórios, etc): incentivo ao desperdício e perdas para a cadeia de saúde suplementar

Os contratos celebrados por OPS e estabelecimentos de saúde são caracterizados por expectativa de demanda e geralmente são pagos na modalidade conta aberta (*fee for service*). Em outras palavras, a OPS não contrata atendimentos, mas ao credenciar um determinado hospital à sua rede, negocia o potencial de demanda com base no total de vidas que possui em sua carteira de beneficiários.

Há riscos inerentes nesse modelo de contrato, da perspectiva da OPS, o valor final a ser pago é incerto, pois o preço final do atendimento de cada paciente dependerá de quais procedimentos foram realizados ao longo do atendimento/internação. Da perspectiva dos hospitais, por sua vez, o contrato com a OPS não garante demanda, apenas sinaliza um potencial de pacientes.

A concorrência entre os hospitais em um sistema de contratação por conta aberta resultara em um problema adicional. Os hospitais, com o objetivo de se diferenciar, da perspectiva do consumidor, teriam o incentivo a aumentar os gastos com

equipamentos mais avançados (e caros). Dessa maneira, quando uma tecnologia é instalada em um hospital ela incentiva com que seu concorrente também a incorpore. Ainda que esta concorrência via introdução de novas tecnologias possa trazer benefícios para o paciente, não se deve ignorar outro efeito perverso: quando há excesso de oferta de tecnologia, pode haver uso desnecessário, sendo que os estabelecimentos tendem a incentivar o uso da nova tecnologia com vistas a remunerar o investimento.

No modelo de remuneração vigente, quanto maior e mais caro forem os procedimentos realizados, maior será o ganho do hospital. Não há pagamento por qualidade dos serviços prestados, tampouco desfecho clínico do paciente. O mecanismo de pagamento incentiva o desperdício e a utilização de procedimentos de maior custo, pois o hospital recebe uma porcentagem. Quanto mais caro o procedimento, maior o ganho. Essa situação leva a decisões dispendiosas ou, no limite, com maior risco ao paciente, como a indicação de cirurgias desnecessárias. Na estrutura de despesa do hospital os medicamentos e materiais representam 30% dos custos, mas representam cerca de 45% da receita.

Há perfis e estruturas distintas de hospitais. Ao longo das entrevistas, não foram relatados problemas específicos em relação ao poder de mercado dos hospitais, mas sim a fatores relacionados ao modelo de gestão existente hoje no mercado. Os hospitais podem se diferenciar pela escala, grau de especialização, perfil do corpo clínico (fechado ou aberto), dentre outros. Há heterogeneidade também em relação aos resultados econômicos oriundos, principalmente, da dependência em relação aos pagamentos do SUS, pois os valores recebidos são muito baixos, e o perfil do hospital, em termos de escala e produtividade. Entretanto, como o modelo de remuneração predominante é a conta aberta (*fee for service*), os resultados tendem a ser muito parecidos quanto à utilização excessiva de recursos e à priorização por procedimentos de custo mais elevado.

O maior problema derivado do modelo de pagamento é o estabelecimento de incentivos adversos para a busca da melhoria de qualidade e redução de custos. A remuneração dos hospitais não premia a eficiência e melhoria da gestão. Caso um determinado hospital melhore sua política de compras e adote regras de transparência em relação aos seus custos efetivos com materiais e medicamentos, será penalizado no modelo atual, pois irá receber valores menores que seus

concorrentes que seguirem atuando motivados a operar com custos elevados e de forma ineficiente.

Conforme pesquisa citada (CPE-Insper, abr/2015), o item despesas e internação teve um crescimento real de 52%, entre 2007 e 2014. A parte significativa desse aumento é explicada pela adoção de procedimentos por vezes desnecessários, excessos de tratamentos (sem diferença relevante no desfecho clínico) e uso indevido ou sem critério técnico de materiais e medicamentos de alto custo.

Na presente pesquisa, por meio das entrevistas, corroboramos os resultados anteriores de que há pouca atenção aos custos e benefícios dos procedimentos e podemos entender que o modelo de remuneração vigente tem papel decisivo em toda essa distorção de incentivos.

5.2.2.1 Remuneração por conta aberta, a prática do faturamento em custos e insumos hospitalares e as tabelas de referências de preços máximos

O modelo de remuneração dominante no mercado (mais de 90%) é modalidade de conta aberta “*fee for service*”, em que a OPS paga ao hospital por todos os serviços prestados ao paciente. A negociação dos contratos historicamente sempre foi conflituosa no momento do reajuste. Segundo relatado nas entrevistas, os prestadores de serviço começaram a buscar fontes externas que não dependiam de negociação com as operadoras – materiais, insumos, medicamentos e equipamentos. Isto porque os planos pagavam o valor publicado nas tabelas de referência desses produtos (CMED³⁸, SIMPRO³⁹, BRASINDICE⁴⁰) e havia liberdade de preços e reajustes.

Assim, o hospital cobra do plano usando a tabela SIMPRO mais uma margem (margem percentual em cima do valor da tabela) pelos serviços internos, tais como: estoque, esterilização, separação. Contudo, o valor de tabela não é o valor

³⁸ Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) - Preços máximos de medicamentos por princípio ativo.

³⁹ Tabela SIMPRO – Referencial de preços de materiais hospitalares e medicamentos, direcionado para compras, análise e auditoria de contas médico-hospitalares. As informações são enviadas pelos fornecedores de produtos.

⁴⁰ Guia Farmacêutico”- BRASÍNDICE

efetivamente pago pelo hospital ao fornecedor e cada hospital faz a sua negociação, pois o preço de lista é apenas referência de mercado.

A adoção do modelo de conta aberta e adoção de tabelas de preços de referência máximos, como valores para a realização de cobranças são utilizadas no mercado, levou a um quadro em que parte significativa do faturamento dos hospitais decorre dos custos gerados pela própria instituição – assim, quanto maior o custo, maior o faturamento.

As tabelas de preços divulgadas são referências de preços máximos ao mercado. Entretanto, são comumente utilizadas pelos hospitais como preço de cobrança da conta hospitalar. O custo do serviço, contudo, não é de conhecimento das OPS, exceto as que são verticalmente integradas. Segundo as entrevistas, os hospitais pressionariam os fornecedores/distribuidores para reduzirem os preços, mas depois cobram dos planos os preços de tabela.

Especificamente no caso de tabelas de preços envolvendo medicamentos, já houve análise por parte do CADE, mas os processos foram arquivados pelo fato de serem apenas referências de preços máximos e a divulgação ser uma obrigação regulatória (CMED):

Na Consulta 83/2002 (Consultante Abifarma), no Processo Administrativo 08012.012395/99-15 (CPI vs ABCFarma e Brasíndice)⁴⁸ e no Processo Administrativo 08012.004869/2008-61 (CMED VS Laboratórios B.Braun S/A, Halex Istar Indústria Farmacêutica Ltda. e Baxter Hospitalar Ltda.), o Cade concluiu que a publicação dos preços máximos da CMED não pode configurar uma conduta anticompetitiva, já que (i) a tabela da CMED é feita por um órgão público e regulador do setor, que estipula um preço máximo de medicamentos e (ii) há a obrigação regulatória de divulgação dos preços máximos autorizados pela CMED, nos pontos de venda [farmácias], para que os consumidores saibam quais são os seus direitos.

Contudo, conforme informação obtida ao longo das entrevistas, pode-se verificar que essas tabelas são utilizadas como mecanismo de cobranças dos hospitais em relação às OPS. Na prática, as tabelas são usadas como preços mínimos, pois é bastante comum que os hospitais pratiquem uma margem percentual fixa em cima do valor de referência da tabela, sob a justificativa de despesas de armazenagem,

esterilização e outros serviços. Assim, no processo de negociação entre OPS e Hospitais, ainda que exista negociação na dimensão preço, não se verificam reflexos na redução dos custos. Ocorre que os itens de maior custo estão fora de negociação, pois se referem a preços de tabela divulgados pela indústria de MatMed.

A ANS reconhece o problema derivado do modelo de pagamento por conta aberta e, em 2013, criou uma gerencia para discutir a relação entre prestadores e planos de saúde e lançou um projeto piloto sobre remuneração hospitalar⁴¹. Contudo, a adoção de novos modelos não foi à frente, em parte em decorrência dos limitados poderes regulatórios da ANS sobre o modelo de remuneração vigente.

5.2.2.2 Mecanismos de controle de custos das despesas hospitalares: custos administrativos, ineficiência econômica, aumento do desgaste da relação e soluções apenas paliativas

O modelo de pagamento por conta aberta obriga um detalhamento exaustivo de todos os procedimentos realizados, resultando em elaborações de contas hospitalares com elevada complexidade. A cobrança de cada item de custos utilizado no tratamento do paciente obriga o hospital a estruturar contas hospitalares longas e complexas. Esse trabalho obriga o hospital a possuir uma equipe administrativa dedicada a este tema e, segundo relato, cerca de 10% dos funcionários dos hospitais estariam alocados à contabilidade, monitoramento e controle das contas hospitalares.

A verificação das contas hospitalares passou a ser um trabalho complexo também para as OPS e resulta em atrasos significativos nos pagamentos aos hospitais. Os atrasos nos pagamentos são um elemento de grande desgaste na relação entre OPS e todos os fornecedores da cadeia de saúde suplementar.

A verificação das contas tornou-se o mecanismo para o controle de custos das OPS. Tanto assim que é comum a presença de auditores das OPS dentro dos

⁴¹ ANS lança projeto piloto sobre remuneração hospitalar; <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2061-ans-lanca-projeto-piloto-sobre-remuneracao-hospitalar>>; visitado em outubro/2015

hospitais para uma verificação mais detalhada dos serviços efetivamente realizados ao longo do tratamento do paciente, porque os documentos do paciente não podem sair do hospital ("documento hospitalar"). O custo de monitoramento é, portanto, muito elevado. As OPS possuem hoje, além de toda a estrutura para verificação das contas recebidas, equipes de auditores nos principais hospitais utilizados pelos seus beneficiários.

As OPS relatam muitos abusos por parte dos hospitais e realizam cortes e cancelamentos, comumente conhecidos como "glosas". Os hospitais, por outro lado, alegam que a glosa, em média, é de 20 a 30% da conta hospitalar e que haveria comportamento oportunista por parte das OPS e que parte dessas glosas não se justificaria e seria apenas uma forma de postergar ainda mais o pagamento dos serviços realizados. Segundo relatos, esse comportamento oportunista poderia ser verificado em condutas de glosas com percentual linear, praticados por parte das operadoras.

Tais condutas retratam a desconfiança entre os agentes, que gera custos que não se traduzem em melhoria para o tratamento do paciente. Segundo relatado nas entrevistas, estima-se que o custo da estrutura da conta hospitalar, da perspectiva do hospital, seja de 6 a 8% e haveria hospitais com mais de 100 pessoas trabalhando na "montagem da conta". A complexidade da conta, todo o período de análise e mesmo a glosa de determinados procedimentos pode ser usada, por ambos, como oportunidade para condutas oportunistas.

Algumas soluções encontradas por parte dos *players* do mercado mitigam o efeito do problema contratual entre OPS e hospitais, mas não são soluções replicáveis a todos os atores, nem tampouco resolvem o problema em sua essência. Conforme será detalhado a seguir, as soluções de verticalização ou via contratual, em que a OPS passa a adquirir diretamente os itens (MatMed) mais significativos, em termos de custos, são factíveis apenas às OPS e aos hospitais de maior porte; e, embora atenuem as distorções derivadas do modelo de contratação, muitas vezes reproduzem internamente os problemas existentes no mercado.

Sobre a primeira possível solução, a verticalização entre OPS e hospitais permite maior controle de custos, pois, ao internalizar o conflito entre os dois elos da cadeia, dispõe de mecanismos hierárquicos que reduzem os custos de controle. Contudo, no mercado de saúde, a assimetria de informação e a presença de um

agente independente que toma todas as decisões que impactam em custos – o médico – limita a eficácia da estratégia de redução de custos por verticalização de mercado. O relato dos entrevistados, nesse sentido, ao contrário das expectativas iniciais, indica que a verticalização no mercado de saúde suplementar não é capaz de controlar plenamente os custos com despesas assistenciais, pois permanece a assimetria informacional entre a OPS e o médico, como relatou um grupo verticalizado, constatação consistente com um dos mais importantes trabalhos acadêmicos em integração vertical (Grossman e Hart, 1986).

A análise de dados referentes a OPS integradas verticalmente indica resultados ambíguos desta estratégia. Relatório elaborado pelo Itaú BBA para o setor de saúde suplementar indica que não há diferencial claro no nível de sinistralidade de OPS integradas verticalmente (Itaú BBA, 2016, p. 25). Em contrapartida, em um trabalho que investiga a relação entre o grau de integração vertical e as diversas dimensões de custos de todas cooperativas do sistema Unimed, Leandro (2011) conclui que “a verticalização geraria ganhos de eficiência principalmente ao reduzir as despesas com serviços médico-hospitalares”. Esse resultado é consistente com o relato de importantes casos de sucesso de OPS integradas verticalmente, sendo este sucesso associado ao modo como essas operadoras lidam com controles de fraude e decisões relativas a despesas assistenciais⁴².

A divergência entre essas diversas evidências provavelmente decorre da heterogeneidade de OPS, sendo várias delas cooperativas médicas e, como tais, sujeitas a uma maior limitação de restringir o comportamento de seus cooperados. Nesse sentido, o trabalho de Lendro (2011), que se restringe a esse universo, é informativo ao concluir que um maior grau de verticalização está associado a menores custos, dentro de um grupo mais homogêneo de OPS. Isso não significa que a verticalização deva ser uma prescrição de política. Sua presença apenas reforça a conclusão de que há importantes falhas de mercado, o que justifica políticas para mitigar tais distorções diretamente e para todos os participantes do sistema, e não apenas para aqueles que têm condições de contornar o problema por meio da verticalização.

No que se refere à solução por via contratual, a política de compra direta pela OPS ou a negociação direta OPS com as empresas de MatMed, considerando a margem

⁴² A esse respeito, ver Valor Econômico, de 1º de abril de 2016, “Notre Dame Intermédica triplica lucro e amplia receita em 2015”, e Revista Época Negócios, 1 de junho de 2015, “Brasil que cresce”.

praticada nos hospitais em MatMed, resulta em expressiva redução de custos. A Bradesco Seguros possui informações públicas que demonstram as vantagens financeiras da adoção dessa política. Como se observa na Figura 38, a compra direta nos hospitais, dentro do “Projeto OPME”, permitiu uma redução média de custos de quase 50%:

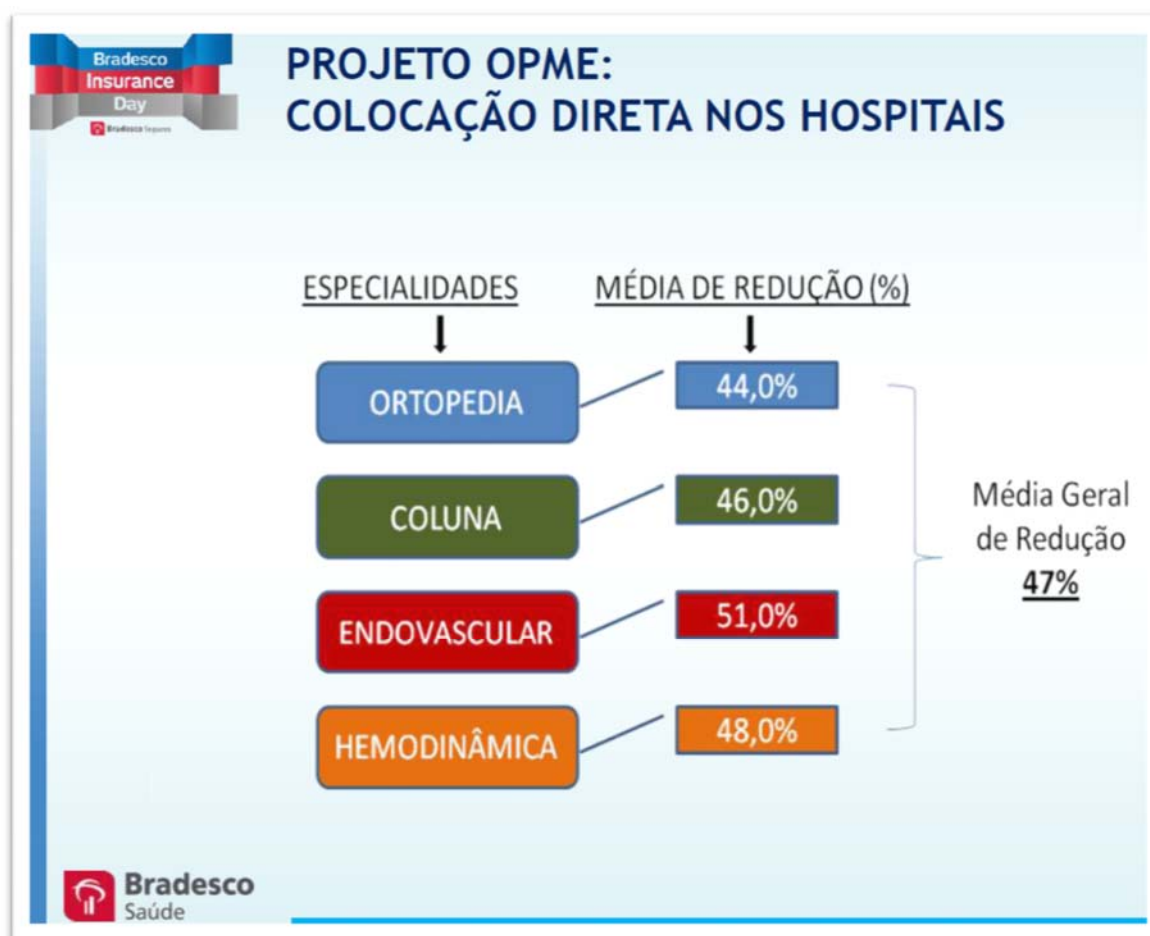


Figura 38: Redução de Custos OPS Bradesco Seguros com a Compra Direta com Fornecedores

Fonte: Apresentação Bradesco Saúde - Marcio Coriolano – Presidente da Bradesco Saúde.

A redução de custos é expressiva, pois o preço final desses produtos embute uma série de margens ao longo da cadeia. No modelo atual, a OPS paga o preço de

referência desses produtos, conforme divulgação de tabelas de preços (CMED, SIMPRO, BRASINDICE), mas o preço efetivamente pago é definido em cada negociação e cada hospital pode pagar, pelo mesmo produto, diferentes preços; exatamente porque não existe transparência nos preços de mercado efetivamente praticados. A análise das margens na cadeia será melhor desenvolvida no próximo item, que avaliará a relação entre prestadores de serviço de saúde e os fornecedores do mercado.

Essa redução de custos decorre de uma distorção existente no mercado, mas não a reduz do ponto de vista da cadeia de saúde suplementar. Essa política está disponível a todas as OPS, mas é economicamente viável apenas aos maiores *players* do mercado, e mesmo para esses agentes, há restrições relacionados aos MatMed em que serão adotados, apenas para os de maiores custos, e nas localidades em que serão implementadas. Trata-se de uma política com custos significativos, pois exige que a OPS realize a negociação diretamente com um grande conjunto de fornecedores. Há, ainda, ineficiências relacionadas à gestão de compra e estoques.

A redução de custos decorrentes das compras diretas, dessa forma, provém das ineficiências e distorções da cadeia. O modelo de remuneração por conta aberta, em que a maior parte da remuneração ocorre em cima dos custos realizados, distorce as decisões e leva os hospitais a preferir itens de maiores custos, impactando o preço total do tratamento, sem que haja ganhos à qualidade do tratamento do paciente.

Nesse sentido, as soluções existentes para lidar com os problemas de excessos de gastos e desperdícios no mercado vêm agravando o desgaste da relação entre OPS e hospitais e se mostram ineficazes para resolver efetivamente o problema. A despeito das estratégias de verificação de contas, auditoria nas contas dentro dos hospitais, verticalização, compra direta, dentre outros; as despesas de internação têm aumentado de maneira significativa nos últimos anos.

Não há sustentabilidade no sistema e a relação atual entre OPS e hospitais é um caso de jogo com soma negativa. As OPS perdem por aumentos de custos e despesas extras para buscar controlar os excessos praticados pelos hospitais. Os hospitais perdem com os desperdícios internos e os atrasos nos pagamentos. Há, por fim, demanda induzida por procedimentos mais complexos, que podem

implicar maior risco ao paciente. Ou seja, há tendência de aumento de custos, sem que isso se traduza em melhoria na qualidade.

A gravidade do problema é consenso entre todos os agentes entrevistados, assim como a inadequação do modelo de pagamento atual. Não há previsibilidade, tampouco compartilhamento de riscos na cadeia de saúde suplementar. No modelo atual de conta aberta, o ônus da decisão não recai sobre quem decide. Há mecanismos alternativos como a remuneração pelo sistema de *Diagnosis Related Groups* (DRG), *captacion*, *pay per performance*, dentre outros. Ao longo das entrevistas o modelo de remuneração mais mencionado foi o DRG, que consiste na compra de serviços e gerenciamento de custos hospitalares por procedimentos gerenciáveis (pacotes). A metodologia de elaboração do DRG envolve uma análise detalhada das informações de internação de pacientes, que, ao final, permite a elaboração de pacotes ou produtos para a compra de serviços hospitalares. A metodologia foi desenvolvida nos Estados Unidos, em 1983, e foi considerada revolucionária a época (Fetter, 1991). Hoje o DRG é adotado na maior parte dos países (Quentin et. al, 2003).

A complexidade do mercado de saúde exige um *mix* de modelos de remuneração. O sistema de remuneração precisa induzir os agentes a tomar decisões baseadas em custo-eficácia. Nenhum sistema de remuneração deve ser usado de maneira exclusiva; mesmo o *fee for service*, tão criticado ao longo das entrevistas, pode ser adequado para casos específicos de maior complexidade e alto risco.

Assim, fica claro que os atuais sistemas de pagamentos não estão criando as estruturas de incentivos mais eficientes para o funcionando no mercado. O problema não é falta de recursos, mas sim a alocação desses na cadeia. As soluções adotadas aumentam a ineficiência econômica e criam novas distorções. As propostas de soluções têm problemas de execução e [novamente] requerem alinhamento de incentivos entre os agentes.

5.3 Relações entre Prestadores de Serviço de Saúde e Fornecedores

A relação entre Prestadores de Serviço de Saúde e Fornecedores é apresentada com a seguinte classificação: (i) restrita a fluxo de informação no que se refere

aos médicos e fornecedores para o conhecimento dos produtos; e (ii) fluxo financeiro e de serviços na relação entre estabelecimentos de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, etc.) e fornecedores. A Figura 39 mostra, esquematicamente, como são as relações entre prestadores de serviço de saúde e fornecedores.

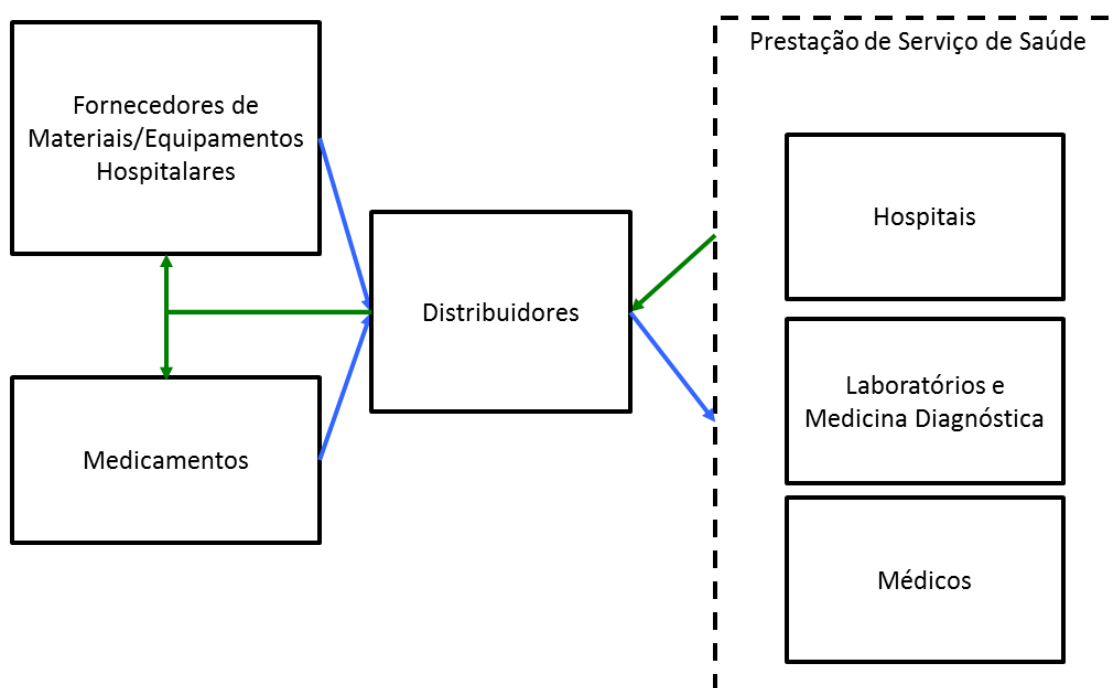


Figura 39: A Cadeia de Saúde - Relações entre Prestadores de Serviço de Saúde e Fornecedores

Fonte: elaborado pelos autores.

5.3.1 Relações entre Médicos e Fornecedores: incentivos perversos da remuneração paga aos médicos

Há contato direto de médicos com os revendedores e fornecedores para conhecimento dos produtos MatMed. Essa relação é importante e contribui para a

atualização técnica do médico. Contudo, em alguns casos, essa relação envolve também uma transação financeira, com previsão de remuneração aos médicos como recompensa ou contrapartida pela escolha de determinado fornecedor/produto. A remuneração é de caráter informal. Há, ainda, casos de remuneração formais, mas igualmente perniciosos, pagos pelos fornecedores aos médicos, como o pagamento de contratos de consultoria.

Nesse sentido, embora o controlar da remuneração dos médicos seja fundamental, os agentes encontrarão outros mecanismos, inclusive, formais. Segundo relatado nas entrevistas, trata-se de um problema mundial, talvez mais grave, no Brasil, pela ausência de regras. Assim, todos os países estão buscando lidar com essa questão e a experiência dos EUA com *Sunshine Act* pode ser um exemplo importante a ser seguido no Brasil. O *Sunshine Act* dos EUA obriga a indústria a destacar todo e qualquer pagamento aos médicos e hospitais, inibindo condutas ilícitas e levando a transparência na relação entre os agentes da cadeia.⁴³

A existência de ganho financeiro altera os incentivos dos médicos e os induz a adotar maior número de procedimentos mais complexos, sem que sejam necessariamente a melhor alternativa de tratamento. Trata-se de um comportamento oportunista, tendo em vista que a escolha do médico para o seu paciente não será pelo produto com melhor qualidade, mas sim pelo produto com melhor margem.

A existência de incentivo financeiro para a adoção de procedimentos mais complexos é um caso grave, mas comum no mercado brasileiro de saúde. Estudo realizado pela Deloitte, na análise do preço final de uma prótese de joelho, abaixo apresentado, mostra que o valor da margem recebida pelo médico (R\$ 3.500,00) é quase 70% maior que o valor inicial do produto, praticado pela indústria (R\$ 2.096,00). A margem paga ao médico, simplesmente por seu poder de decisão sobre qual o produto será utilizado no procedimento cirúrgico, representa cerca 20% do preço final produto (R\$ 18.362,00). A Figura 40 mostra como é composto o preço final de uma prótese de joelho.

⁴³ Projeto de lei de reforma da saúde no EUA que, dentre outras mudanças, exige que empresas da área médica informem anualmente todos os pagamentos diretos e indiretos feitos aos médicos. A informação é publicada e disponível em um banco de dados federal, desde setembro 2014 (<http://cms.gov/openpayments/>)

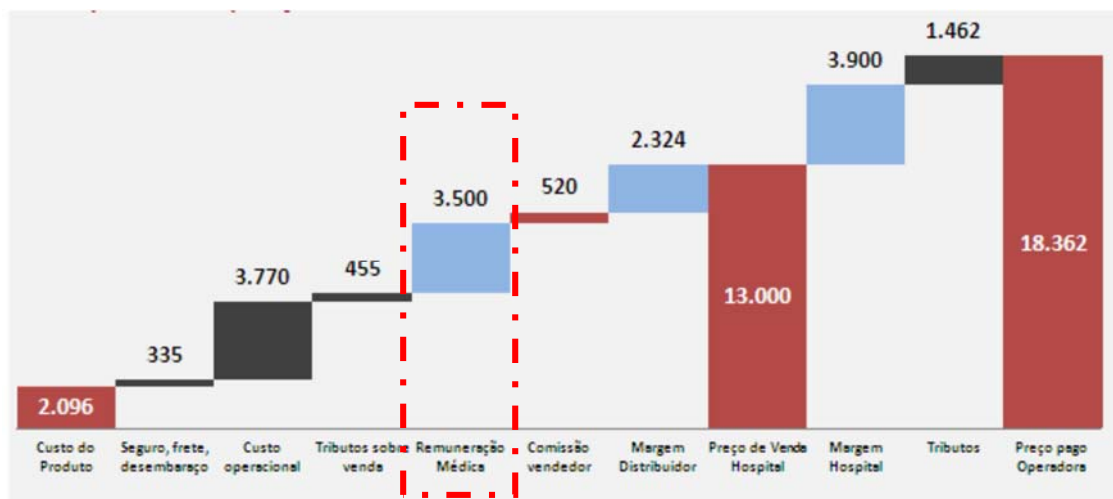


Figura 40: Preço Final Prótese de Joelho e a “Remuneração” Recebida pelo Médico

Fonte: Deloitte com base em pesquisas primárias. Citado em na apresentação da Bradesco Saúde
Marcio Coriolano – Presidente da Bradesco Saúde.

A remuneração do médico não cria incentivo à qualidade, ao contrário, pode favorecer sobreutilização e maiores custos para o sistema como um todo. O médico não presta serviço aos fornecedores de próteses de joelho ou a outro ofertante de MatMed. O médico presta um serviço ao paciente e, em razão disso, é remunerado pela OPS. Não há relação financeira entre fornecedores e médicos, sob pena de haver graves prejuízos ao tratamento do paciente e aumento de custos para toda a cadeia de saúde suplementar.

O valor da remuneração dos médicos pelas OPS não justifica recebimento de valores por parte dos fornecedores, independentemente de quem efetua esse pagamento – indústria ou distribuidores de MatMed. Assim, tal remuneração não deve ocorrer, sob risco de induzir o médico, que é quem possui todo o poder de decisão sobre o tratamento do paciente, à indicação de procedimentos desnecessários e mais caros.

Os resultados, portanto, são negativos e afetam todo o mercado de saúde. Não há dados públicos que estimem o impacto total dessa conduta em todos os insumos

MatMed. A título de exemplo, segundo relatos das entrevistas, a margem do médico fica em torno de 20 a 40% do faturamento total com a distribuição de equipamentos DIM (dispositivos médicos implantáveis). Considerando que o faturamento total do mercado de dispositivos médicos, em 2014, foi de R\$ 19,7 bilhões e que os DIM representaram cerca de R\$ 4 bilhões, estima-se que apenas a remuneração ilegítima recebida pelos médicos nos DIM varie entre R\$ 800 milhões a R\$ 1,5 bilhão ao ano.

5.3.1.1 Remuneração paga aos médicos: o escândalo da “máfia das próteses”

A remuneração paga ao médico leva a um grave quadro de demanda induzida de procedimentos cirúrgicos, excessos de procedimentos, desperdícios, custos elevados e até riscos ao paciente. O problema é amplamente conhecido no mercado e todos os agentes têm pleno conhecimento de sua existência, segundo constatado na pesquisa. Contudo, a comprovação do ilícito é de difícil realização, pela própria característica da medicina que não é uma ciência exata, seja pela forte assimetria de informação e pela baixa adesão dos médicos a diretrizes médicas.

O médico possui total autonomia para decidir qual o melhor tratamento para seu paciente. É o médico que toma todas as decisões, contudo, havendo motivação financeira, há risco ao paciente, pois o tratamento pode não ser o mais adequado, mas sim o que resultar em maior ganho ao médico.

Todo esse quadro foi levado a conhecimento público no episódio da “máfia das próteses”⁴⁴ e levou o governo imediatamente a criar um Grupo Interministerial de Trabalhos (GTI)⁴⁵, formado por membros do Ministério da Saúde, Fazenda e Justiça, entidades vinculadas, além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O relatório, com cerca de 700 páginas, publicado em julho de 2015, realiza um detalhado diagnóstico sobre o setor e propõe medidas para a sua

⁴⁴ Matéria do Fantástico (TV Globo), veiculada em 4/01/2015 que denunciou um esquema criminoso envolvendo médicos e empresas fornecedoras de próteses.

⁴⁵ Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME) instituído pela Portaria Interministerial nº 38, de 8 de janeiro de 2015

reestruturação, com o intuito corrigir as graves distorções existentes no mercado e de condutas irregulares praticadas pelos profissionais da área de saúde, em particular, os médicos⁴⁶.

Ao longo da cadeia logística dos dispositivos médicos implantáveis ocorre a agregação excessiva de margens na comercialização desses produtos fazendo com que o preço final de órteses e próteses seja majorado em muitas vezes em relação ao seu custo original

Determinadas margens agregadas ao longo da cadeia produtiva e de distribuição de dispositivos médicos implantáveis são consideradas irregulares. Esse é o caso da “comissão do médico” – que possui vedação ética para o recebimento de vantagens pela indicação ou uso de órteses, próteses e materiais especiais. (...) No setor suplementar, os profissionais médicos são frequentemente procurados e assediados pelos fabricantes e distribuidores de dispositivos médicos para que os especialistas utilizem exclusivamente seus produtos. Muitas vezes, esses fornecedores possuem funcionários atuando nos centros cirúrgicos dos hospitais, oferecendo aos profissionais os materiais que facilitem o seu trabalho cirúrgico, sem, no entanto, trazer a confirmação de sua eficácia para o paciente. (Fonte: Relatório Final GTI-OPME, p.7 e 8).

As conclusões do relatório não deixam dúvidas quanto à gravidade do problema nessa relação financeira envolvendo os fornecedores (indústria, distribuidores etc.) e médicos. Essa relação tem impactado em significativo aumento de custos na saúde que, no caso dos planos de saúde, explica parte da inflação médica, em que o reajuste de preços tem ocorrido de forma sistematicamente maior que a inflação em geral. Há, ainda, riscos ao paciente com a indicação excessiva de procedimentos de alta complexidade e maior risco, bem como a priorização de equipamentos com maior margem de lucro, não os efetivamente melhores ao paciente.

⁴⁶ A análise da conduta dos hospitais será analisada no item a seguir.

O escândalo das próteses levou a outras mobilizações políticas, com destaque para a CPI na Câmara⁴⁷, também publicado em julho de 2015, que produziu, a partir de audiências públicas com dezenas de agentes da cadeia, um relatório de mais de 220 páginas e proposições de projetos de Lei.

O pagamento ao médico distorce suas decisões e o quadro é agravado pela ausência de punições mais duras e reduzido número de processos de investigação. Conforme relato na CPI⁴⁸, no CFM, entre 2004 a 2014, houve 28 casos de cassação, 26 de suspensão do exercício profissional e 140 casos de aplicação de penas públicas para médicos exercendo a Medicina por interação com farmácia ou utilização de órtese e próteses. Há, portanto, um número restrito de cassações, considerando a percepção generalizada de um problema que afeta todo o mercado.

Os elevados ganhos dessa relação fornecedor-médico resultaram em outros desdobramentos, como mencionado nas entrevistas, embora não haja uma quantificação precisa desse impacto. O principal deles é a “indústria das liminares”, em que o Judiciário é induzido a decidir em favor desses agentes, em prejuízo ao próprio paciente, que pensa proteger, e ao sistema como um todo pelo impacto nos custos dos planos a todos os beneficiários.

Os relatos indicam também que o Poder Judiciário é usado sistematicamente para chancelar e legalizar ilícitos dessa natureza, fazendo uso de pessoas necessitadas, usando uma estrutura de advogados e de médicos e colocando o juiz a dizer, em outras palavras: “certifico e dou fé que está tudo correto” (CPI Câmara, Dr. João Barcelos de Souza Júnior, Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (7ª Audiência Pública - 19/5/2015).

Nesse relatório, corroborando ao longo das entrevistas realizadas com os agentes da cadeia, conclui-se que problemas apontados especificamente para o mercado de órteses e próteses são, em muitos casos, muito parecidos com os enfrentados no mercado de insumos hospitalares em geral. Dentre as propostas, destaca-se:

O primeiro projeto propõe a alteração da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, para alterar a denominação e as competências da Câmara de Regulação do

⁴⁷ Requerimento nº 7, de 2015, de iniciativa do Senhor Deputado GERALDO RESENDE e subscrito por duzentos e vinte e cinco Deputados.

⁴⁸ Sr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, Presidente da Associação Médica Brasileira – AMB (2ª Audiência - 22/4/2015)

Mercado de Medicamentos – CMED. A Câmara passaria, assim, a ser responsável pela regulação de preços também no mercado de DIM. A justificativa dessa medida seria que os ilícitos e distorções existentes decorrem, primariamente e em grande parte, da falta de transparência que ocorre nesse mercado.

O segundo projeto propõe a criação do Sistema de Educação Permanente em Tecnologia e Dispositivos Médicos, por meio da alteração a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a criação do Sistema de Educação Permanente em Novas Tecnologias e Dispositivos Médicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. A proposta, segundo alegam, reduziria os elos que vinculam os profissionais de saúde às empresas e liberariam estes últimos de custear os treinamentos, com redução de custos. Essa redução, somada ao aumento da transparência de preços com a ampliação da atuação da CMED teriam o como impacto final a redução do preço de venda dos dispositivos.

O terceiro projeto consiste na tipificação criminal penal das condutas perpetradas pela “Máfia das Órteses e Próteses”, dentre elas: a vantagem financeira para a escolha de determinado DMI (corrupção privada); fraude médica nos tratamentos desnecessários, reutilização indevida e superfaturamento com os dispositivos médicos implantáveis; patrocínio da fraude terapêutica. A justificativa é a adequada punição de todos os atores envolvidos no esquema, fabricantes, distribuidoras, profissionais da saúde e da área jurídica.

O quarto projeto disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos. A justificativa é a constatação de que o poder judiciário tem sido usado como meio para a perpetração dos atos fraudulentos e criminosos. O objetivo do projeto de lei é subsidiar o juízo com informações, bem como exigir, sempre que possível, a oitiva dos gestores públicos e de operadoras de planos de saúde antes da concessão de tutelas de urgência.

Por fim, em razão da abundância de relatos e evidências de práticas incompatíveis com os princípios da profissão médica, instam os Conselhos de Medicina⁴⁹ a adotar providências para valorizar e ampliar a atuação das referidas Comissões de Ética, de modo que possam representar efetivamente o papel para o qual foram criadas.

⁴⁹ O Conselho de Odontologia também é relacionado.

Por fim, em 30 de novembro do mesmo ano, o CADE, com a ajuda da Polícia Federal, realizou busca e apreensão com o objetivo de investigar o cartel no mercado de próteses e órteses, simultaneamente em oito municípios de quatro estados. As informações sobre o processo, quando da elaboração do presente relatório, ainda são confidenciais, mas segundo informações veiculadas no site do CADE há indícios de combinação de preços entre concorrentes em licitações, visando a divisões de mercado e a fixação de preços.

5.3.2 Relações entre Prestadores de Serviços de Saúde e Fornecedores

A relação entre os estabelecimentos de saúde – hospitais – com os revendedores e fornecedores envolve um conjunto amplo de modalidades de contratos, tais como: terceirização (ex. setor de imagens e diagnósticos), compra direta, compra por meio de distribuidores, fornecimento em comodato etc. Há um grande conjunto de itens adquiridos, com diferentes níveis de complexidade e custos.

No hospital há áreas que são terceirizadas e outras que o hospital oferta diretamente. Em geral, segundo relatado, o hospital terceiriza as áreas mais caras como imagens e ultrassom, evitando incorrer no risco com investimento em equipamento próprio.

No fornecimento de MatMed, os clientes da indústria são os estabelecimentos de saúde. O atendimento a estes clientes é muitas vezes realizado por meio de distribuidores terceirizados, acompanhados de perto pelas indústrias. No caso da comercialização de DMI, por exemplo, é exigido que o distribuidor observe aspectos específicos no transporte, estocagem do produto e treinamento para oferecer serviços acessórios à venda dos equipamentos de assessoramento no manuseio e utilização do produto.

Assim, as indústrias costumam definir um distribuidor para cada região. Segundo as entrevistas, isso decorre de economias de escala e de redução de custos de transação. Em outras palavras, a indústria precisa investir no distribuidor para treinar os agentes e monitorar o correto manuseio. Em contrapartida, a rede de distribuição necessita capilaridade, o que dificultaria toda a equipe de vendas ser verticalmente integrada à indústria.

A multiplicidade de agentes e características do bem transacionado exigem modelos distintos de contratos. Por esse motivo, uma regulação que imponha um modelo único de comercialização, como, por exemplo, a proibição de intermediários, provavelmente resultará em custos indesejáveis à cadeia, por definir uma solução contratual a produtos e situações comerciais muito distintas.

A maior parte dos contratos envolvem ganhos financeiros ao comprador (ou mesmo para quem escolheu o procedimento/produto) – parte do faturamento dos fornecedores é margem dos hospitais. Não existe transparência nos preços efetivamente praticados pelos fornecedores/distribuidores.

As consequências, de primeira ordem, é que a flexibilidade de contratos permite transações com maior eficiência entre prestadores de serviço e fornecedores. Contudo, o pagamento aos compradores (hospitais) distorce as decisões dos agentes envolvidos na compra e escolha. O pagamento de margem ao hospital incentiva o comportamento oportunista em que a escolha não será pelo produto com melhor relação custo/benefício, mas sim pelo produto com melhor margem para o comprador.

Dessa forma, ainda que exista concorrência entre fornecedores, será escolhido aquele que tende a gerar maior margem ao hospital, e não necessariamente o que comercializa o melhor produto. Assim, o sistema de remuneração acaba mascarando o ganho de eficiência da variação tecnológica.

Há unanimidade em todos os elos da cadeia quanto às vantagens do avanço tecnológico para a qualidade dos serviços de saúde. Há divergência, entretanto, quanto aos impactos em termos de custo-efetividade e resolutividade, pois parte desses avanços teria um impacto elevado em custo, mas um ganho pequeno em qualidade. No modelo atual toda melhoria tecnológica é incorporada, independentemente dos custos e das vantagens reais que proporciona ao tratamento do paciente. O resultado final é que o avanço tecnológico na área da saúde – no Brasil e em outros países – pode ter explicado cerca de metade de todo o aumento de gastos nas últimas décadas. Este sistema de adoção de tecnologias sem análise de custo-efetividade produz um efeito perverso adicional na pesquisa e desenvolvimento da indústria de medicamento, materiais e equipamentos médicos. O sucesso comercial de uma inovação depende, sobretudo, de seu impacto sobre a qualidade e não sobre a redução de custos. Isso faz com que as

empresas inovadoras direcionem seus esforços de pesquisa para o aumento da qualidade, eventualmente em prejuízo da inovação redutora de custos. O resultado é que o próprio padrão de inovação tende a reproduzir o viés de aumento de custos de produção.

Alguns países adotaram políticas para lidar com o problema de adoção de novas tecnologias. No Reino Unido, por exemplo, há um teste de eficácia clínica para novas tecnologias e depois uma análise de se o governo poderá custear todos que demandem tal nova tecnologia. É fundamental que uma nova tecnologia produza resultados clínicos positivos e que possa ser custeada pela sociedade. A experiência brasileira com a CONITEC e o Rol de Procedimentos da ANS ainda é embrionária, devendo prosseguir experiências bem sucedidas, como a do Reino Unido.

As consequências de 2ª ordem é que as margens dos Prestadores (Compradores) somado a remuneração *fee for service* potencializa os prejuízos ao mercado – *o hospital não tem incentivo a ser mais eficiente*.

Outro efeito, com consequências ao paciente, é o aumento do número de procedimentos indicados aos mesmos e a escolha pelos procedimentos de maior custo/complexidade medicamentos de alto custo. Nesse ambiente a motivação financeira do hospital passa a determinar suas escolhas, não o tratamento mais adequado. Nesse sentido, além de naturalmente escassos, os recursos são mal alocados e utilizados para finalidades que não são as mais apropriadas.

6. PROPOSTAS

O objetivo das propostas é enfrentar o problema do desalinhamento de incentivos entre os agentes da cadeia de saúde suplementar. As propostas envolvem mudanças nos modelos de contratação, remuneração e adoção de transparência em relação às variáveis de preço e qualidade.

A pauta proposta não é exaustiva e merece ser compreendida como um primeiro esforço em sistematizar uma agenda de recomendações de mudanças para um mercado que vem enfrentando sinais de graves problemas estruturais. Os problemas aqui identificados, como visto ao longo do trabalho, tendem a se agravar nos próximos anos, em particular, pela transição demográfica e epidemiológica por que atravessa o Brasil.

(i) Modelos de Contratação e Remuneração dos Prestadores de Serviço de Saúde

Situação Atual: o sistema de pagamentos é majoritariamente realizado por conta aberta (*fee for service*) e a contratação por potencial de demanda da rede credenciada. Todos reconhecem a inadequação desse modelo único, visto que este é a principal explicação para o descasamento entre a decisão de uso dos serviços médicos e o ônus dessa decisão. Deste afastamento decorrem diversas distorções na cadeia de saúde suplementar, com a sobreutilização de serviços e a demanda por tecnologias que não atendam a critérios de custo-efetividade. O modelo gera, adicionalmente, elevados custos de monitoramento, incorridos por planos de saúde, e de prestação de contas, incorridos pelos prestadores de serviço. Conforme depreendido da análise da cadeia produtiva, a estrutura de monitoramento e de prestação de contas absorve parcela substancial de recursos.

Proposta: adoção de mecanismos alternativos de contratação e de remuneração dos agentes que reduzam distorções na decisão sobre uso de serviços médicos, por meio do alinhamento dos interesses coletivos (custos e benefícios sociais da decisão) aos dos responsáveis pela decisão (hospitais e médicos). Deve haver ampliação do uso de mecanismos de remuneração por pacotes, diárias globais,

DRG (*Diagnosis-Related Groups*) e *capitation*, dentre outros, conforme as características de cada serviço. O DRG, em particular, ao definir uma remuneração fixa por tipo de intervenção, transfere ao hospital e à equipe médica o incentivo para que levem em consideração também os custos financeiros decorrentes de sua decisão sobre procedimentos e utilização de materiais.

Do modo que foi inicialmente introduzido nos EUA, em 1983, o DRG apresentavam dois problemas potenciais. O forte incentivo que este sistema dava para que hospitais reduzissem seus custos, sem um controle apurado sobre o padrão dos serviços, poderia resultar em uma deterioração indesejável da qualidade dos serviços prestados. Além disso, ao especificar um valor fixo para um determinado procedimento, o DRG requer um elevado grau de previsibilidade com relação aos procedimentos necessários e custo de materiais, para que não implique risco muito elevado ao prestador do serviço. Diante de tal risco, os hospitais poderiam exigir um prêmio de risco, o que poderia onerar o sistema como um todo. Em síntese, se não houver essa previsibilidade, pode-se comprometer a oferta do serviço.

Houve, contudo, uma série de avanços no DRG que o tornaram um sistema de pagamento mais eficiente, capaz de contornar os problemas identificados no parágrafo anterior. Em particular, a experiência do DRG em países da Europa, como Alemanha, França, Inglaterra e Holanda, revela modelos bem sucedidos de desenho desse sistema. Nesses países, o DRG já representa entre 60% e 85% dos pagamentos aos hospitais, havendo evidência de efeitos importantes na redução de custos.

Duas características desse modelo bem-sucedido merecem destaque. Primeiro, há mecanismos de incentivo para a manutenção da qualidade, seja pela sua aferição direta, seja pela inclusão de cláusula que prevê o não pagamento em caso de retorno do paciente no prazo de 30 a 42 dias. Essa característica faz com que os hospitais internalizem o custo decorrente de um serviço de qualidade inferior, que possa resultar na necessidade de reinternação. Segundo, o diagnóstico que define o montante a ser pago utiliza um extenso leque de informações, que incluem dados a respeito do serviço, do provedor e do paciente. O histórico e abrangência dos dados permitem uma estimação mais precisa dos custos, de modo a reduzir o risco de descasamento entre o valor pago e os reais requerimentos do tratamento. Com o desenvolvimento de tecnologias de *bigdata*, o potencial de utilização do DRG é

ampliado, pois mais acuradas tende a ser as estimativas de custos e riscos, o que torna o pagamento fixo mais eficaz.

Ainda assim, o DRG não deve ser utilizado para todas as espécies de intervenção. Em situações em que não há histórico de dados ou conhecimento estabelecido que permita uma boa previsibilidade dos custos envolvidos, não é eficaz um modelo que baseado em pagamento fixo. Nesses casos, ainda é necessário trabalhar, mesmo que parcialmente, com o modelo *fee for service*. Este se beneficiaria pela imposição de limites máximos, de tal modo que o risco da imprevisibilidade seria dividido entre prestadores e beneficiários (por intermédio dos planos de saúde).

O que se espera? Aumento da eficiência e da produtividade dos prestadores de serviços de saúde, visto que o modelo deve reduzir distorções na escolha da intensidade de uso do serviço de saúde. Além disso, a mudança de um modelo baseado em monitoramento para um baseado em incentivo permite a redução de custos das OPS com o monitoramento dos hospitais, tais como estruturas de análise de conta hospitalar internas, auditorias nos hospitais e estruturas para realização de compras de insumos (compras diretas), bem como a redução dos custos de prestação de contas, por parte dos prestadores de serviço. Também se espera uma melhora da relação entre os agentes da cadeia, com alinhamento de incentivos para a prestação de serviço de maior qualidade com menor preço.

(ii) Regras de Transparência e Responsabilização dos Agentes

Situação Atual: Prestadores de serviços recebem remuneração pela escolha de determinados procedimentos/materiais, seja de modo direto, seja de modo velado, sem contratação formal. O incentivo financeiro distorce decisões e resulta em desperdícios, aumento de custos e riscos ao paciente. Não há dados precisos sobre o tamanho da distorção, mas há indícios de que é um elemento importante dentro da inflação médica. Além disso, o incentivo financeiro modifica a decisão médica, afastando de seu propósito fundamental: a saúde do paciente. A distorção é grave e ocorre no mercado há pelo menos 30 anos. O problema parece ter se agravado por conta do crescimento da saúde suplementar, que já atende 25% da população, e pela percepção de ausência de riscos aos infratores.

Proposta: Para mitigar esse problema, três medidas são propostas. A primeira é de ordem legal, impedindo que médicos e hospitais recebam pela indicação de materiais e uso de exames. Tais medidas isoladamente podem não ser eficazes, pois não é trivial a identificação de eventual ilícito, mesmo porque parte dessas negociações são veladas e informais. Por isso devem ser complementadas com medidas que modifiquem as formas de relacionamento entre ofertantes de materiais, de um lado, e médicos e hospitais, de outro. Isso pode ser feito de duas maneiras. A primeira é a responsabilização da empresa de materiais sobre práticas comerciais utilizadas por seus distribuidores, tendo ela ou não relações contratuais formais com eles. Essa medida faz com que as empresas internalizem os riscos associados a essas práticas e, por isso, tomem medidas de treinamento e controle sobre distribuidores a fim de mitigar tais riscos. Adicionalmente, sugere-se a adoção de contratos de fixação de preço máximo de revenda (*resale price maintenance*) por parte dos fornecedores de materiais. Essa prática, quando estabelece preço máximo, é tolerada pelas autoridades antitruste (ao contrário da fixação de preço mínimo ou constante) e retira a possibilidade de o distribuidor inflar o preço do material para, com isso, gerar recursos que poderiam ser utilizados para distorcer a decisão de médicos ou da área de compra de hospitais.

O que se espera? Redução de distorções nas escolhas de materiais, seja pela escolha entre fornecedores, seja pela intensidade de uso de materiais. As medidas propostas também aumentam a transparência e responsabilização, servindo para reduzir conflitos e desconfiças existentes entre os agentes na cadeia. As medidas serão tão mais eficazes, quanto mais se resolver os problemas de incentivo para frente na cadeia produtiva. Se hospitais internalizarem os custos de uma compra ineficiente (i.e de produtos mais caros e/ou de menor qualidade), estarão menos propensos a modificar sua decisão conforme a remuneração que poderiam receber de distribuidores de materiais e equipamentos.

(iii) Modelos de Pagamento entre OPS e Beneficiários: coparticipação

Situação Atual: A maioria dos planos de saúde estabelece uma rede credenciada que é acessível pelo beneficiário por meio de um pagamento fixo mensal pelo plano de saúde, independentemente da utilização ou não dos serviços. Esse modelo

assegura o pleno seguro ao beneficiário, que não arca com qualquer despesa relacionada a eventuais azares que possam afetar a sua saúde. Em contrapartida, ao não impor qualquer ônus ao beneficiário nas suas escolhas sobre a intensidade de utilização dos serviços da rede credenciada, o sistema induz a sobreutilização dos serviços.

Além desse efeito mais evidente, a plena cobertura reduz a sensibilidade a preços dos beneficiários e, por consequência, modifica o preço de equilíbrio praticado pelos hospitais, que tendem a elevar a sua margem e preço em relação ao que seria praticado se os beneficiários tivessem de pagar parte dos custos dos serviços. Estudo recente, para o mercado norte-americano, estima que uma elevação da coparticipação (i.e. percentual da despesa paga pelo beneficiário) da média de 2-3% para 25% acarretaria, além da redução da utilização do serviço, uma queda de 16% no preço dos hospitais. Do mesmo modo, se esta coparticipação média de 2-3% fosse reduzida para zero, o preço se elevaria em 3,7% (Gowrisankaran *et al*, 2015).

Esses resultados, calculados para a realidade dos EUA, não podem ser transplantados para a realidade brasileira sem maiores cuidados, visto que a menor renda dos beneficiários no Brasil sugere uma coparticipação em níveis mais baixos do que o montante ótimo estimado para os EUA. Seria desejável a realização de estudos similares para o Brasil, o que não ocorre apenas pela falta de dados disponíveis, e não pela ausência de expertise para a realização dessas estimações, dado que há plena disponibilidade dessa expertise na academia.

Proposta: Incentivo a modalidades contratuais com coparticipação, tanto para a realização de consultas, como, em menor grau, para as despesas de internação. A estimação do montante ótimo de coparticipação requer elaboração de estudos específicos para a realidade brasileira. Para tanto, basta organizar bases de dados apropriadas para que pesquisas na academia e institutos de pesquisas possam informar, com maior precisão, qual seria o desenho ótimo desses contratos.

O que se espera? O aumento da coparticipação, como indica a experiência internacional, teria como efeito direto a redução da sobreutilização de serviços médicos e, portanto, do desperdício de recursos. Seu efeito secundário, também bastante relevante, é dar maior efeito às escolhas dos beneficiários, que passariam a levar em consideração, ainda que marginalmente, os preços dos serviços em

suas escolhas. A consequência de segunda ordem é a mudança na precificação ótima de hospitais, que tenderiam a reduzir a sua margem e seus preços. Há, portanto, duas fontes de aumento de eficiência decorrentes do aumento da coparticipação. Esta deve ser, contudo, limitada, visto que a natureza do sistema de saúde suplementar é justamente o seguro contra os sinistros à saúde, o que requer que a maior parte da cobertura seja preservada pelo sistema.

(iv) Modelos de Contratação de Planos de Saúde e Transparência nos Indicadores de Qualidade

Situação Atual: Beneficiários de planos de saúde ou, no caso de planos coletivos, entidades coletivas contratantes dispõe de poucas informações sobre a qualidade da rede credenciada de cada plano ofertado, em particular de hospitais e médicos. Não há boas informações sobre o histórico de médicos e suas qualificações, os beneficiários não podem basear a sua escolha de plano de saúde nesses indicadores. Do mesmo modo, a ausência de informações sobre a qualidade da rede retira incentivos para que hospitais mais eficientes em custo também invistam em qualidade, o que criaria uma pressão para que os hospitais de maior notoriedade reduzissem seus custos. A consequência imediata é que a qualidade deixa de ser um parâmetro relevante para a concorrência entre hospitais e clínicas, de tal modo que um prestador de maior qualidade não é premiado com uma maior demanda por desconhecimento dos beneficiários. Isso retira um importante incentivo para que prestadores de serviço invistam na melhoria da qualidade e no aumento de eficiência, uma vez que esse esforço não é suficientemente recompensado pelo aumento da demanda por seus serviços.

Uma consequência adicional da falta de informações sobre a qualidade dos prestadores de serviço é que há pouco espaço para que médicos mais qualificados e diligentes tenham uma carreira promissora dentro do sistema de planos de saúde, retirando incentivos para um trabalho de qualidade.

Proposta: Sistematização e divulgação de indicadores de qualidade sobre a rede credenciada. Aperfeiçoamento das regras de portabilidade. As regras atuais buscam proteger o beneficiário de novo período de carência, mas não incentivam a concorrência entre OPS. Flexibilização das regras de descredenciamento da rede

conveniada, sob supervisão da ANS. Trata-se, portanto, de um conjunto de três medidas, voltadas a tornar o mercado de aquisição de planos de saúde mais eficiente.

O que se espera? A primeira medida tem o papel de oferecer aos contratantes maior informação sobre a qualidade do plano de saúde a ser contratado. A segunda medida reduz os custos de mudança (*switching costs*) de contratantes, o que tem por efeito aumentar a pressão competitiva sobre as OPSs. Finalmente, a terceira medida reduz os custos de mudança entre OPSs e prestadores de serviço, de tal modo que a pressão competitiva exercida sobre as primeiras possa ser transmitida para trás na cadeia produtiva, até os prestadores de serviço. Dessa forma, hospitais teriam incentivos para investirem na redução de custos e aumento da qualidade, uma vez que tais esforços se traduziriam em maior demanda e maior disposição a pagar por parte dos beneficiários (ou entidades coletivas). Com essas três medidas, o mercado tenderia a ser mais eficiente, sobretudo por incentivar os prestadores de serviço a buscar maior qualidade e menores custos para o serviço que prestam.

(v) *Detalhamento e maior rigor na observância de protocolos médicos*

Situação Atual: As medidas apresentadas anteriormente tem o condão de tornar o mercado de saúde suplementar mais eficiente, de tal modo que as decisões individuais de seus diversos atores reflitam mais proximamente o que seria uma decisão benéfica ao sistema como um todo. Esta cadeia produtiva, contudo, por suas características peculiares, jamais funcionará com os níveis de eficiência de mercado perfeitamente competitivo. Isso faz com que a cadeia se beneficie de alguma medida que retire parte da discricionariedade de seus participantes, de modo a mitigar as consequências de decisões que não reflitam o bem coletivo.

Uma característica essencial ao sistema de saúde é a deferência ao conhecimento e opinião do médico, no comando das principais decisões do atendimento ao beneficiário, da realização de exames e prescrição de medicamentos, à escolha de procedimentos e materiais médicos. Desta deferência decorre um poder de decidir que, como regra geral, não está alinhado com o ônus (custo) da decisão e seu

benefício (saúde do paciente). Seria desejável construir um sistema que preserve a deferência ao ato médico, mas que, simultaneamente, retire parte da excessiva discricionariedade de um indivíduo em comandar as principais decisões do sistema de saúde.

Proposta: Há dois modos complementares para se atingir os benefícios da redução da discricionariedade do médico individual e, ao mesmo tempo, assegurar a necessária deferência ao conhecimento médico. O primeiro, já objeto de algumas experiências isoladas bem sucedidas, é o programa de Segunda Opinião, em que um diagnóstico que resulte na prescrição de ato de maior intervenção (e.g. cirurgia) deva ser submetido a um segundo especialista, para que se confirme o primeiro diagnóstico. É necessário que este segundo especialista seja independente, tanto do primeiro médico, quanto do plano de saúde, que poderia se beneficiar de uma revisão do primeiro diagnóstico. O segundo é o detalhamento e maior rigor na observância de protocolos médicos, que estabelecem os procedimentos que devem ser seguidos, uma vez observado um determinado conjunto de evidências. Os protocolos médicos devem ser estabelecidos por um coletivo de médicos, por meio de análise baseada em evidência, devendo ser seguidos pelos médicos individualmente. Dessa forma, limita-se o poder individual do médico – e, portanto, as suas consequências sobre o uso dos recursos de saúde – mas preserva-se a deferência ao conhecimento de um coletivo de médicos, sob a forma de um protocolo.

O que se espera? A experiência do programa de Segunda Opinião, do Hospital Albert Einstein, em casos de cirurgia de coluna apresenta resultados impressionantes de redução de intervenções cirúrgicas, as quais, presume-se, eram desnecessárias ou até prejudiciais ao bem estar do paciente. A implicação de maior escala é a redução de custos em assistência à saúde, o principal componente da inflação médica, e a melhoria do atendimento ao beneficiário. O maior detalhamento e observância aos protocolos médicos deve apresentar efeito semelhante, mas aplicável a decisões de menor complexidade, sendo, portanto, complementar ao programa de Segunda Opinião. Uma consequência adicional de ambas as medidas é o aumento da previsibilidade da assistência médica, menores riscos de erro médico, e maior troca de conhecimento e coordenação na classe médica para fins de elaboração e acompanhamento dos protocolos.

(vi) Judicialização da Saúde

Situação Atual: A relação entre o setor de saúde e o judiciário é de tal relevância que se pode dizer que a judicialização tem sido um grande ônus para o setor de saúde; e que o setor de saúde tem sido um grande ônus para o judiciário. Centenas de milhares de casos congestionam o sistema judicial, o que torna o tempo para o seu trânsito em julgado desconcertantemente longo, dado a natural urgência dos casos em saúde. Por conta dessa urgência e relevância, medidas liminares são concedidas em profusão, prevalecendo um sistema em que as medidas judiciais em caráter liminar, sem exame aprofundado de mérito, definem parte relevante da alocação dos recursos do sistema de saúde suplementar.

Embora o direito a recorrer à justiça seja essencial para o funcionamento de um sistema marcado por tantas assimetrias entre seus participantes, o modo de funcionamento do judiciário conflita com a política de saúde. Pela natureza do funcionamento do judiciário, o juiz decide cada caso isoladamente, sendo levado muitas vezes a desautorizar decisões de política pública, como, por exemplo, a delimitação do rol de procedimentos, a rejeição de medicamentos cuja análise de custo/eficácia não seja favorável e mesmo as análises técnicas para o registro do medicamento no Brasil. Tomando-se como dado este *modus operandi* do judiciário, o que falta é um maior nível de deferência do judiciário em relação às decisões de caráter técnico da CONITEC, ANS e da ANVISA, de modo a preservá-las na análise de cada caso individual. A judicialização tende a ser, ademais, regressiva, prejudicando os mais pobres, uma vez que o acesso ao sistema judicial tende a ser mais fácil e eficaz para os que detêm mais recursos.

Proposta: Ação junto ao Conselho Nacional de Justiça para que este elabore orientação aos magistrados, que revele a expertise técnica das decisões dos órgãos técnicos, como a CONITEC e ANS, e a necessidade de coerência da política pública para a saúde. Deve-se também avaliar medida recente de câmara de conciliação, a qual, se bem sucedida, deve ser ampliada.

O que se espera? Embora a judicialização da saúde seja um problema de primeira ordem, o espaço de atuação é relativamente limitado, por conta da independência decisória de cada juiz e dos direitos constitucionais à saúde. Ainda assim, é possível reduzir o impacto das distorções da judicialização por meio do aumento da deferência ao órgão técnico. A experiência do Conselho Administrativo de

Defesa Econômica (CADE) é ilustrativa a esse respeito. Após um período em que importantes ações restritivas do órgão foram revertidas na esfera judicial, houve esforço de advocacia da concorrência (i.e. um conjunto de ações que revelavam a expertise técnica do órgão, o respeito ao devido processo, e as consequências da decisão judicial) que resultou no aumento de decisões judiciais favoráveis ao órgão. Esse aumento de deferência reduziu as distorções da judicialização, mantendo os benefícios de controle que são esperados da revisão judicial. Uma ação como a proposta, reforçada pelo contínuo aprimoramento da transparência e da qualidade técnica das decisões da CONITEC, ANS e ANVISA, teria o condão de reduzir as medidas liminares e, portanto, as distorções causadas pela judicialização da saúde.

CONCLUSÕES

A relevância da cadeia de saúde suplementar ultrapassa o seu já insubstituível papel na oferta de serviço tão essencial à população, como é o caso da saúde. Trata-se de setor de importância econômica indiscutível e crescente, absorvendo cada vez mais uma parcela substancial de beneficiários e de prestadores de serviço. Sua trajetória, contudo, está em cheque. A elevação dos custos, observada e projetada, pressiona as condições de financiamento do sistema e, por isso, revela a necessidade de medidas para o aumento da eficiência desta cadeia produtiva.

Se, de um lado, o sistema está pressionado pelo aumento de custos, por outro, há grande potencial de ganhos de eficiência. Os problemas de alinhamento de interesses entre os participantes, com evidências de desperdícios de recursos, abusos e excessos de procedimentos indica haver espaço para ações que, ao alinhar incentivos, mitiguem ou eliminem essas perdas. A redução dessas ineficiências permitirá o desenvolvimento de um mercado de saúde suplementar com maior diversidade de agentes e produtos, maior concorrência e sustentável no médio e longo prazo.

Os problemas enfrentados pelo mercado exigem a adoção de uma agenda de reformas, com impactos sobre todos os participantes da cadeia de saúde suplementar. As reformas passam necessariamente pela revisão do modelo de contratação e remuneração ao longo da cadeia produtiva, bem como pela transparência de preços e disponibilização de indicadores de qualidade, medidas voltadas a premiar – e, portanto, incentivar – os prestadores de serviço mais eficientes e com maior qualidade. Nessa agenda, há medidas que requerem a participação do legislativo, como a responsabilização de empresas de materiais médicos por práticas comerciais que induzam decisões que prejudiquem a saúde do beneficiário, outras que podem vir a ser objeto da ação da autoridade regulatória, como a disponibilização de indicadores de qualidade de prestadores de serviço, e, finalmente, aquelas que são de responsabilidade dos próprios participantes, como o modelo de remuneração.

O momento é de aprofundamento e discussão de cada uma dessas propostas, como um meio de criar as condições para o contínuo crescimento sustentável da

cadeia produtiva da saúde suplementar, com eficiência no controle de custos e qualidade à saúde de um número crescente de beneficiários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIIS - Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde. **Saúde 4.0**. 2015.

ALMEIDA, S. F. Poder Compensatório e Política de Defesa da Concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. **Tese de Doutorado**, Prof. Orientador: Paulo Furquim de Azevedo. EESP – FGV. São Paulo, 2009.

ANDRADE, M. V. e Maia, A. C. **Demanda por planos de saúde no Brasil**, Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia, ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia, 2006.

ANDRADE, M; Gama, M; Ruiz, R; Maia, A.C; Modenesi, B; Tiburcio, D. Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil. **CEDEPLAR**. Belo Horizonte, 2010.

ANS. **Espaço do Consumidor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor>>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

ANS. **Quem somos**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos> >. Acesso em 09 de novembro de 2015.

ANS. **Prazos de espera para usar o Plano de Saúde e prazos máximos de atendimento**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento>>. Acesso em 20 de outubro de 2015. Anvisa.

ARAÚJO, A. M. A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. **Dissertação de Mestrado**. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

BALBINOTTO Neto, G.; Godoy, M. R.; Silva, E.N. Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica. Artigo apresentado no **XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, subárea Políticas Públicas. 2004.

BARBASH, G. I.; Glied, S. A. New Technology and Health Care Costs — The Case of Robot-Assisted Surgery. **The New England Journal of Medicine**. Perspective. 2010.

BECKER, G. **Human Capital**. Chicago: University of Chicago Press. 3ª Edição. Cap. 4. 1993.

BRADESCO SAÚDE. **Marcio Coriolano – Presidente da Bradesco Saúde**. Disponível em: <<https://www.bradescori.com.br/site/conteudo/download/Download.aspx?file=~%2Fuploads%2F635349924724843750-11h00-saude.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

CAMERON, A.; Colin, et al. **A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia**. The Review of economic studies, 55.1, 1988

CPE/Insper– Working paper **Custos de Assistência à Saúde: como estamos, para onde vamos** - Paulo Furquim de Azevedo; Vanessa Boarati; Carolina Policarpo Garcia; Lucas Ferreira Lima; Maria Clara Morgulis. White Paper CPE, abril 2015.

CPI Câmara. Dr. João Barcelos de Souza Júnior, Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **7ª Audiência Pública** - 19/5/2015.

DEE–CADE -Departamento de Estudos Econômicos do CADE. Cadernos do Cade – **Mercado de Saúde Suplementar: Condutas – 2015**. Disponível em <<http://www.cade.gov.br/upload/Cadernos%20do%20Cade%20%E2%80%93%20Mercado%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar%20Condutas%20%E2%80%93%202015.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

DUCLOS, M. T. Poder de Monopsônio e Condutas Verticais no Mercado de Saúde. **Convênio ANPEC/ IPEA/ SDE**. Rio de Janeiro. 2005.

DUCLOS, M. T., Atos de Concentração, Poder de Monopsônio e Restrições Verticais no Mercado de Saúde Suplementar. **Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência**. Cap.9, Tomo II. Coordenadores Eduardo P. S. Fiusa. Secretaria de Direito Econômico – Ministério da Justiça, IPEA e ANPEC. Rio de Janeiro. 2006.

FALCÃO, C., **Diagnóstico dos Planos**. Conjuntura Econômica – Fundação Getúlio Vargas. Vol.60, no 40. pp. 28-33. 2006.

FONTANA, A.; Frey, J. **Interviewing**. In: Denzin, N.; Lincoln, T. Handbook of qualitative research. London: Sage, 2005.

GALBRAITH, J. K. **American Capitalism: The Concept of Countervailing Power**. Boston. 1952.

GALBRAITH, J. K. Countervailing Power. **The American Economic Review**, v. 44, n. 2. 1954.

GAYNOR, M.; Vogt, W. B. **Antitrust and Competition in Health Care Markets**. Capítulo preparado para o Handbook of Health Economics. Anthony J. Curlyer and Joseph P. Newhouse, Editors, Amsterdam: North-Holland. 1999.

GIVENS, R. S. Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. **Journal of Health Economics**, 15, pp. 685-713. 1996.

GOWRISANKARAN, G., Nevo, A. e Town, R. "Estimating the Price Impact of Hospital Mergers: An Analysis of Inova's Proposed Acquisition of Prince William Hospital," **American Economics Review**, 105(1): 172 -203, 2015.

GOYEN, M., Debatin, J. F. Healthcare costs for new technologies. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**. Volume: 36. December 2008.

GROSSMAN S.J., Hart, O.D. "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration". **The Journal of Political Economy**. Aug 1:691-719, 1986.

GTI-OPME. **Relatório Final**. p.7 e 8. Disponível em: . Acesso em 25 de outubro de 2015.

HSIAO, W. C. Abnormal Economics in the Health Sector. **Health Policy**. 32. 1995.

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Complementar. **Efeitos da Regulação sobre a Saúde Suplementar**. Setembro/2015. Disponível em: <www.iess.gov.br>. Acesso em 18 de outubro de 2015.

ITAÚ BBA Healthcare Prime. April 26, 2016.

Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. **Epidemiology, biostatistics, and preventative medicine**. Philadelphia: WB Saunders, 3ª edição, 2007.

LEANDRO, T. "Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado." UnB – Dissertação de Mestrado, 2011.

MACERA, A. P.; Saintive, M. B. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Documento de Trabalho no 31. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE/MF). Brasília. 2004.

MAS-COLELL, A.; WHINSTON, M. D.; GREEN, J. R. **Microeconomic Theory**. Oxford University Press. 1995.

MAIA, A.C.; ANDRADE, M. V.; OLIVEIRA, A. M. H. C. O Risco Moral no Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro. **XXXII Encontro Nacional de Economia**. 2004.
Montone, J., Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Subsídios ao **Fórum de Saúde Suplementar**. Ministério da Saúde. 2003.

NOLL, R. G. Buyer Power and Economic Policy. **Stanford Institute for Economic Policy Research**. SIEPR Discussion Paper, No 04-08. 2005.

OCKÉ-REIS, C. O. Novos Modelos de Gestão na Saúde Privada. Texto para discussão nº 1167. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**. Rio de Janeiro. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O.; CARDOSO, S. S. Uma Descrição Do Comportamento Dos Preços Dos Planos De Assistência À Saúde – 2001-2005. **Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas**. Texto para Discussão Nº 1232. 2006.

PARAISO, D. G. **A demanda por serviços privados de saúde: uma análise por episódios para o caso Sabesprev**. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, 2005. Disponível em:
<http://www.cedeplar.ufmg.br/economia/dissertacoes/2005/Daniela_Goes.pdf>. Último acesso em: 15 fev. 2013.

PROPPER, C. **An Econometric Analysis of the Demand for Private Health Insurance in England and Wales**. Applied Economics, 21, 1989.

QUENTIN W, SCHELLER-KREINSEN D., BLÜMEL M., GEISSLER A. e BUSSE R. Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0876 Health Aff April 2013 vol. 32 no. 4 713-723

Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000. Disponível em: <
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw> >. Acesso em 05 de novembro de 2015.

ROBERT B. Fetter, (1991) Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance. Interfaces 21(1):6-26. <http://dx.doi.org/10.1287/inte.21.1.6>

ROCHET, J.C.; Tirole, J. Two Sided – Markets: A Progress Report. **RAND Journal Economics**, v.37 (3), pp. 645-667. 2006.

SANTOS, T.. **Determinação de Mercados Relevantes no Setor de Saúde Suplementar**. SEAE/MF Documento de Trabalho no 46. 2008.

STIGLITZ, F. E. **Economics of the Public Sector**. W.W. Norton & Company. 2000.

Strauss, J., D. Thomas. Empirical Modeling of Household and Family Decisions. In: Behrman, Jere e T. N. Srinivasan. **Handbook of Development Economics**. Amsterdam: North-Holland. Cap. 34. 1995.

VAN DE VEM, W. P. M. M.; Ellis, R. P. **Risk adjustment in competitive health plan markets**. In: Culyer, A. J., Newhouse, J.P. (Eds.) Handbook of health economics. Amsterda. v.1A, part.3. North-Holland, 2000.

VIANNA, C. M. M. **O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador**. 2003. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

VISCUSI W. K.; Vernon, J. M.; Harrington, J. E. **Economics of Regulation and Antitrust**. The MIT Press. Third Edition. 2000.

WARREN, C. A. B. Qualitative Interviewing. In: Gubrim, J. Holteim, J. **Handbook of Interview Research**. SAGE, 2002.

APÊNDICE

Roteiro de Entrevista Geral

- 1) Conte um pouco sobre a atuação de sua empresa (associação) no mercado de saúde suplementar, incluindo as principais dificuldades enfrentadas nos últimos anos.
- 2) Como você avalia a qualidade do serviço de saúde suplementar ofertado no Brasil? Na sua opinião, quais seriam os elementos que afetam (de forma positiva e negativa) a qualidade dos serviços de saúde suplementar?
- 3) Especificamente sobre as discussões a respeito dos gastos excessivos com saúde (excesso de procedimentos, superfaturamento, ineficiência, desperdício), quais seriam os principais responsáveis? Você enxerga alternativas para reduzir o problema?
 - a. Como sua empresa (associação) vem atuando para enfrentar esses problemas? Há exemplos de ações concretas?
- 4) Em sua opinião, a qualidade dos serviços de saúde suplementar tem melhorado com os avanços tecnológicos? Você poderia citar exemplos. Como ocorre a decisão de implantação de uma nova tecnologia (custo vs benefícios)? Como é o processo de incorporação de uma nova tecnologia?
- 5) Fale um pouco sobre como é a relação com seus principais fornecedores na cadeia? Quem são? Como ocorre a negociação de preços e avaliação de qualidade dos produtos? Quais são os principais desafios enfrentados no dia a dia?
- 6) Agora fale um pouco sobre quem é seu cliente direto no mercado de saúde suplementar? De que forma você conquista seu cliente? Há relação de fidelidade?
- 7) Como você avalia a atuação dos órgãos públicos (ANS, Judiciário, CADE, Leis existentes) no mercado de saúde suplementar? Houve avanços ou retrocessos nos últimos anos? Você poderia citar exemplos? Você teria alguma sugestão de aprimoramento?

- 8) Em sua opinião, quais são os principais desafios e oportunidades do setor para os próximos anos: (i) para sua empresa (associação); e (ii) mercado de saúde suplementar como um todo?

Propostas de soluções a serem implementadas: