



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**Melhores Práticas:
Um Levantamento de Oportunidades para o Setor de
Saúde Suplementar**

Série IESS – 003/2006

São Paulo, 05 de março de 2006

Coordenação:

Ernesto Cordeiro Marujo

Elaboração:

Cláudio Czapsky

José Cechin

Superintendente Executivo

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

ÍNDICE

1. Introdução	3
2. Sumário Executivo	5
3. A questão da saúde colocada No contexto da racionalidade econômica	10
4. Problemas adicionais do mercado de saúde	14
5. Soluções conceituais: melhores práticas setoriais	19
5.1. Racionalização da prática médica	21
5.2. Interface médico-administrativa	25
5.3. Padronização de procedimentos administrativos	37
6. Regulação ou auto-regulação ?	53
7. Recomendações e Conclusões	53

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar estruturou-se a partir da década de 1950, desenvolvendo-se sem qualquer regulamentação específica até criação da ANS.

Ao longo dos mais de 50 anos de sua existência, tem ampliado o leque de oferta de serviços, buscado conquistar clientes nos segmentos empresarial e individual.

A partir do modelo inicial de medicina de grupo, onde o beneficiário recebe *serviços médicos*, criaram-se modelos alternativos, especialmente cooperativas médicas, planos de auto-gestão ou gestão terceirizada. Concorrendo com este modelo, apresentaram-se seguradoras, que oferecem o ressarcimento de gastos.

Do lado da demanda, nos melhores anos, chegou-se a uma população beneficiária do sistema estimada em cerca de 45 milhões de pessoas – hoje atingindo aproximadamente 35 milhões de pessoas, cuja preferência é disputada por empresas oferecendo uma variada gama de planos e modelos de negócios.

A ANS, em seu papel de agente regulador, teve como primeira incumbência a uniformização das coberturas, objetivando garantir ao usuário o atendimento de todas suas necessidades de saúde em qualquer tipo de plano. Objetivo complementar era a uniformização da gestão, impondo às OPS's a elaboração de cálculos atuariais e a constituição de reservas compatíveis com o risco segurado.

Este processo de uniformização de produtos minimizou a possibilidade de diferenciação entre empresas e planos, induzindo a competição baseada no preço e eficiência, mas também dando origem a práticas comerciais e operacionais nocivas aos interesses de longo prazo da saúde dos beneficiários.

As OPS's, portanto, disputam seu espaço em um mercado que se reduziu ao longo do tempo e cujos custos aumentaram – e continuarão aumentando - significativamente, tanto pela maior expectativa de vida das pessoas, como também pela maior e mais intensa utilização de recursos sofisticados de assistência à saúde em todo o mundo (tendo como principais componentes o desenvolvimento tecnológico¹, os processos e práticas utilizados pelos prestadores de serviços de saúde e o preço dos insumos).

Conforme sinaliza a retração do mercado de saúde suplementar no Brasil, corroborando situação similar até mesmo no mercado norte-americano (onde algumas grandes empresas cortaram seus planos de saúde em vista dos custos crescentes), a contenção de custos é quase que um pré-requisito para a sobrevivência, havendo três principais linhas de atuação nesta direção:

¹ Na saúde, diferentemente de outros setores, novos recursos diagnósticos e terapêuticos tendem a se agregar aos já existentes, ao invés de substituí-los. É o caso, por exemplo, de raio-X, ultrassonografia, tomografia e ressonância.

1. **a concentração**, onde fusões e aquisições reduzem o número de empresas, as remanescentes aumentando a massa de segurados, incorporando economias de escala à operação e, simultaneamente, pelo maior poder de mercado, impondo limitações na qualidade do nível de atendimento;
2. **a racionalização da prática médica**, buscando evitar custos desnecessários e fomentar a eficiência e eficácia dos procedimentos; e
3. **a padronização de procedimentos administrativos**, evitando retrabalhos, custos desnecessários e fraudes de qualquer dos agentes do sistema.

Muitas empresas vêm procurando agregar eficiência e racionalidade à sua operação, estabelecendo padrões e processos internos, aliados a controles de operação e gestão. Tais esforços individuais, entretanto, não esgotam potencial de resultado para o setor como um todo, pois a falta de alinhamento das iniciativas e padrões *entre empresas*, resulta na multiplicação do trabalho imposto a cada agente do sistema, levando muitas vezes à burocratização e demora nas prestações técnicas e administrativas. Exemplo disso são as guias e demais documentos administrativos exigidos pelas diferentes OPS's, que impõem ao prestador uma miríade de procedimentos específicos para cada convênio, impossibilitando a automação dos correspondentes processos, além de implicar em erros e incorreções decorrentes muitas vezes do desconhecimento de funcionários administrativos sobre as particularidades das exigências de cada caso.

Parece haver um significativo potencial de ganho de eficiência e de redução de custos pela adoção conjunta de um elenco de práticas setoriais, técnico-assistenciais e administrativas, que poderia potencializar os resultados de esforços individuais nesta direção, em benefício de todos os agentes do sistema.

É este o tema central do presente trabalho, analisando ações que envolvem todos os agentes do sistema, particularmente hospitais, médicos e demais prestadores, cuja atividade é a origem tanto da resolutividade como da maior parte dos custos pagos pelas OPS.

Os correspondentes processos de implantação podem ser estimulados tanto pela regulação (através dos agentes normatizadores) como, preferencialmente, por mecanismos de auto-regulação adotados pelas OPS.

Os principais obstáculos a serem vencidos neste tipo de iniciativa, relacionam-se à falta de dados comparáveis, às restrições de empresas ao compartilhamento de informações sobre sua carteira ou operação, e às dificuldades em gerar consenso entre profissionais médicos e administradores sobre a adoção de normas e procedimentos que possam interferir na liberdade de escolha do médico sobre procedimentos e produtos que julga adequados ao tratamento do paciente.

O relatório está organizado na seguinte seqüência:

- base conceitual: apresentação e discussão sumária de conceitos, modelos e experiências nacionais e internacionais;
- propostas: discussão de diversos sistemas e modelos eventualmente aplicáveis ao setor – algumas delas no âmbito de decisão dos médicos, outras competindo a áreas administrativas, e algumas demandando a colaboração entre médicos e administradores;
- recomendações e conclusões.

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

Sob o ponto de vista estritamente econômico, a cobertura dos riscos de saúde é um problema de seguros com enorme complexidade devido a:

- ✓ assimetria de informação: a clientela tem pouca ou nenhuma informação sobre a quantidade e/ou qualidade de serviços que lhes são necessários, enquanto os prestadores de serviços tem ampla gama de informações, e o poder de induzir a clientela a demandar serviços, mesmo quando desnecessários, muitas vezes indo de encontro aos desejos desta clientela, que se sente mais bem atendida se um maior leque de serviços lhe é dispensado;
- ✓ limitado número de vendedores, existindo barreiras de entrada pela necessidade de formação e estrutura, e maiores estímulos econômicos do que técnicos, levando à sobre-oferta de alguns serviços e à carência de outros;
- ✓ filtragem de clientela: ocorre quando a decisão de se filiar ao seguro de saúde é deixada ao livre arbítrio da clientela - os indivíduos de alta probabilidade de risco sendo exatamente aqueles que mais tendem a procurar o seguro. Como consequência, os prêmios médios se elevam provocando um êxodo dos grupos mais hígidos da população estabelecendo-se, desta forma, um círculo vicioso, onde custos cada vez maiores afastam gradativamente os grupos de menos risco, terminando por inviabilizar totalmente o seguro;
- ✓ externalidades: fatores externos ao mercado de saúde influenciam o nível de saúde e necessidades de atenção da população;
- ✓ “*moral hazard*”: representa a situação na qual, estando coberto por um seguro, um dos agentes econômicos se torna negligente no que se refere às necessárias precauções, seja o prestador eximindo-se da responsabilidade pela atenção, seja o segurado tendo um modo de vida irresponsável em relação à própria saúde;
- ✓ “*free-riding*”: caracteriza-se por alguém que consegue se apropriar de benefícios de um esquema coletivo sem pagar as respectivas contribuições. Normalmente os grupos que obtêm os privilégios sem os respectivos custos são justamente aqueles que menos precisam: os detentores de informação privilegiada, poder de convencimento e força política.

Outros problemas que afetam o mercado de saúde brasileiro são:

- ✓ a lógica do sistema de atenção baseado na *oferta*, não necessariamente atendendo os requisitos da demanda;
- ✓ a formação médica que não enfatiza a questão da custo-efetividade;
- ✓ conflitos entre a liberdade de escolha dos médicos e as necessidades de padronização de processos e procedimentos;
- ✓ cardápios extremamente variados de oferta de serviços, afetando a resolutividade e as possibilidades de economias de escala;

- ✓ as dificuldades em racionalizar a incorporação tecnológica, de sorte a capturar seus benefícios sem agregar custos desnecessários ao sistema;
- ✓ os problemas relacionados com a estrutura do sistema, envolvendo o terceiro pagador, que se posiciona entre o prestador e o usuário dos serviços, criando uma relação que estimula o gasto.

Diante deste quadro geral, existem algumas soluções conceituais que, isoladas ou combinadas, poderiam ajudar a promover a racionalização e incremento da eficiência e eficácia de empresas e do sistema, destacando-se:

- ✓ a criação de um prontuário único, com dados cadastrais e a história clínica do segurado (inclusive exames realizados e respectivos resultados, procedimentos e prestadores, etc.). Este prontuário, se acessível aos prestadores por meio digital (com os indispensáveis sistemas de segurança para resguardo de informações sigilosas), permitiria agilizar os serviços e reduzir custos (especialmente pela eliminação da repetição desnecessária de procedimentos), enquanto aos seguradores facilitaria a correta avaliação do risco e o melhor gerenciamento de cada caso²;
- ✓ os esquemas de capitação, onde um gestor médico recebe um valor pré-fixado correspondente a cada pessoa assistida (por exemplo em pediatria, gineco-obstetrícia, cardiologia ou outra especialidade), encarregando-se de prover todas as necessidades de saúde do segurado, socializando o risco segurado e criando incentivos para a racionalidade no uso dos recursos. Os principais riscos deste modelo relacionam-se com a possibilidade de sonegar serviços - demandando um bom sistema normatizador e controlador - e com a falta de concorrência, cujo papel primordial é estimular o médico a prestar serviços que fidelizem sua clientela;
- ✓ *case managers*, em geral clínicos gerais que "gerenciam" os casos mais complexos, orientando o paciente e planejando a solução mais eficiente para cada caso, buscando especialmente racionalizar a utilização de procedimentos de alto custo;
- ✓ *gate keepers*, que criam certas barreiras ao uso desnecessário dos recursos ofertados pelo sistema, resguardando a racionalidade;
- ✓ pacotes básicos de serviços, negociados a preços fechados com os prestadores, para conter os níveis de custo do seguro – preferencialmente associados a melhores práticas médicas para os procedimentos mais frequentes, de modo a assegurar um padrão adequado de qualidade nos serviços oferecidos ao paciente;
- ✓ participação dos usuários, compartilhando decisões de níveis de restrição e/ou assumindo custos suplementares pelo uso de determinados serviços;
- ✓ programas de incentivo à redução de riscos, promovendo hábitos de vida saudáveis entre os segurados, e a otimização do ambiente laboral para pessoas jurídicas (a

² Sinaliza a importância desta iniciativa o recente projeto de elaborar um sistema como estes apresentado pela Casa Branca, como missão da equipe presidencial, que para tanto nomeou uma equipe especial.

adoção dos programas recomendados deveria ter, como contrapartida, a redução do prêmio de seguro);

- ✓ poupança saúde, que se constitui na formação de um colchão de recursos que permita minimizar o impacto da "curva J", evitando a necessidade de aumento de contribuições com o envelhecimento do segurado;
- ✓ *home care*, racionalizando o uso de instalações hospitalares complexas e reduzindo os custos globais do sistema;
- ✓ cômputo das externalidades (*global burden of disease*), avaliando os custos globais da não-saúde, agregando aos custos de prevenção e recuperação da saúde, as perdas econômicas causadas pela redução da capacidade de gerar riqueza durante os períodos de afastamento e pela incapacitação parcial ou total do paciente;

No âmbito administrativo, as empresas individualmente, e o setor como um todo, poderiam se beneficiar pelo compartilhamento de padrões e procedimentos, tais como:

- ✓ a criação de indicadores de custo e qualidade, que sirvam como parâmetros setoriais e *benchmarks*;
- ✓ a adoção de um código de ética setorial, promovendo padrões de conduta que resguardem o sistema de práticas abusivas ou lesivas a quaisquer de seus atores;
- ✓ a revisão dos padrões atuariais, em função das mudanças na morbi-mortalidade e hábitos de vida, com vistas à redução do *gap*, especialmente a longo prazo, entre os parâmetros estimados à época do desenho dos planos e a realidade enfrentada anos mais tarde (que em muitos casos compromete de forma irreversível a sustentabilidade de algumas carteiras ou empresas);
- ✓ a análise de formas alternativas e inovadoras de contratação e remuneração de prestadores, que incentivem a qualidade e resolutividade dos serviços, a custo-efetividade e a racionalidade na utilização dos recursos;
- ✓ a padronização de documentos e processos administrativos, com vistas à automação e interligação de sistemas informatizados de seguradores, prestadores e eventualmente segurados;
- ✓ a revisão da qualificação, modelo de trabalho e de remuneração dos corretores, de sorte a incorporar incentivos coerentes com a estratégia das OPS's, reduzindo a volatilidade de suas carteiras e reduzindo o impacto dos custos de corretagem sobre os resultados, e também oferecendo aos segurados serviços efetivos dos corretores;
- ✓ a estruturação de um programa setorial de combate a fraudes, que responsabilize e exponha fraudadores; e
- ✓ a análise de oportunidades de economias de escala através de serviços compartilhados (compras, auditoria médica, formação profissional especializada e outros).

Os benefícios de cada uma destas iniciativas podem ser potencializados quando compostas – como por exemplo a implantação simultânea de *case managers*, *gate-keepers* e prontuário único - e particularmente quando a estrutura de operação do setor

passa do conceito de oferta para uma lógica baseada na demanda, com ênfase na racionalização e custo-efetividade do lado dos ofertantes de serviços, e modo de vida responsável por parte dos segurados.

Existem ainda dois programas de implementação desejável a médio prazo:

- ✓ programa de qualidade e acreditação de prestadores, em moldes similares aos praticados nos EUA, com ampla divulgação dos resultados de avaliações regulares da qualidade dos serviços por entidades independentes, auxiliando a escolha dos pacientes (que dão preferência a prestadores com um histórico positivo de resultados, além do selo de qualidade) e reduzindo os controles (e respectivos custos) que exercem os contratantes (OPS's) sobre os procedimentos realizados pelos prestadores de "qualidade assegurada"; e
- ✓ avaliação sistemática de novas tecnologias (equipamentos diagnósticos e terapêuticos, fármacos, materiais, etc.), definindo critérios de utilização e incorporação aos protocolos de melhores práticas, procurando minimizar os conhecidos efeitos da incorporação tecnológica sobre os custos da saúde, especialmente em modelos regidos pela lógica da oferta.

Riscos e Dificuldades

Os principais riscos de insucesso associam-se à falta de definições claras, de planejamento competente, de efetiva colaboração e engajamento das empresas do setor, de recursos técnicos e financeiros suficientes e, principalmente, aos conflitos de prioridades entre os líderes deste movimento.

Estas barreiras podem ser minimizadas através pelo engajamento pessoal dos dirigentes maiores das empresas patrocinadoras do programa, que poderia, além de imprimir o ritmo necessário em suas próprias organizações, estimular a formação de parcerias de longo prazo com seus fornecedores / prestadores preferenciais, que poderiam ser incentivados a investirem em racionalização e qualidade a partir de uma certa garantia de volume de serviços.

Existindo a visão clara de onde se pretende chegar, e o comprometimento dos líderes do setor, parecem existir os pré-requisitos indispensáveis para transformar em ação esta visão, tendo um agente independente e neutro (IESS) como catalisador do processo.

Implantação: Regulação ou Auto-Regulação ?

As oportunidades de ganhos de eficiência e qualidade por mecanismos que só podem ser alcançados através de um esforço setorial coordenado, determinando menores custos e maior competitividade das empresas, deveriam ser estímulos suficientes para promover o engajamento no processo de auto-regulação.

Algumas normas externas, emitidas por agentes reguladores, poderão facilitar a operacionalização de certos processos, documentos e tecnologias, estabelecendo padrões gerais, preferencialmente como resultado de em um modelo de relacionamento próativo com as autoridades, porém capitaneado pelo setor.

As propostas apresentadas podem ser classificadas em 4 grupos:

1. Passíveis de **implantação isolada** e independente pelas empresas (porém teriam melhor resultado se fossem práticas setoriais):
 - ✓ formas inovadoras de pagamento a prestadores
 - ✓ central de inteligência de mercado
 - ✓ parâmetros atuariais
 - ✓ programa de qualidade e acreditação de prestadores
 - ✓ avaliação de tecnologias / incorporação tecnológica
 - ✓ *home care*
 - ✓ melhores práticas e protocolos de procedimentos médicos;
 2. Eventualmente **sujeitas a regulamentação** / validação pela ANS ou outras entidades:
 - ✓ credenciamento e capacitação de corretores / revisão do modelo de comercialização
 - ✓ participação do usuário
 - ✓ gestão de riscos
 - ✓ capitação
 - ✓ programas de capacitação de profissionais para o setor (Min.Educação ?)
 - ✓ pacotes básicos
 - ✓ sistemas de incentivo à redução de risco
 - ✓ *gate-keepers* (promovendo o uso de serviços hierarquizados, subsidiado por sistema de referenciamento e contra-referenciamento);
 - ✓ *case managers*
 3. Só funcionariam de modo satisfatório se adotadas pela maioria / totalidade das empresas (**auto-regulação**):
 - ✓ padronização e automação de procedimentos administrativos
 - ✓ programa de combate sistemático a fraudes
-

- ✓ central de compras e serviços compartilhados
- ✓ código de ética setorial
- ✓ prontuário único

4. Exequíveis por terceiros:

- ✓ *global burden of disease*
- ✓ índice de custo setorial
- ✓ poupança-saúde

Como suporte à implantação, em qualquer das categorias, será necessário rever duas importantes áreas de apoio:

- ✓ sistemas, integrando informações entre fornecedores, clientes internos e externos; e
- ✓ relações entre operadoras, hospitais e médicos, em especial no que tange aos mecanismos de remuneração.

3. A QUESTÃO DA SAÚDE COLOCADA NO CONTEXTO DA RACIONALIDADE ECONÔMICA

É voz corrente que “a saúde não tem preço”. Sem dúvida, trata-se de um valor maior, cuja expressão monetária esbarra em problemas morais e éticos.

Em contrapartida, a atenção à saúde - entendida como o conjunto integrado de ações de natureza preventiva e curativa com o objetivo de preservar e restaurar o bem estar físico e mental - tem preço, custo, ofertantes e demandantes. As ações de saúde desenrolam-se, portanto, em um mercado (ou conjunto de mercados), cujo conhecimento das características e peculiaridades é fundamental ao desenho das políticas. Em outras palavras, o planejamento dos serviços de saúde, tanto no que se refere à racionalização demanda quanto à da oferta, deve garantir que os incentivos econômicos levem à direção desejada dentro de parâmetros aceitáveis de custo. Sem isto, os resultados tendem a se restringir a meras intenções, visto que, na prática do cotidiano, os imperativos econômicos acabam por predominar.

Isto não significa, entretanto, que o(s) mercado(s) de saúde possam operar livres de qualquer regulação – voluntária ou imposta - e controle. Pelo contrário, mercados altamente imperfeitos - dos quais o campo de saúde talvez seja um dos melhores exemplos - requerem o desenho de mecanismos inteligentes, bem como forte aparato de normatização e controle.

O estabelecimento de modelos de atenção à saúde que, simultaneamente garantam a igualdade de acesso com ampla cobertura, e, de outro lado, a eficácia, eficiência e equidade indispensáveis à sustentabilidade, tem-se constituído em formidável desafio.

Assim, para que se possa entender o comportamento dos agentes envolvidos no processo (clientela atendida, prestadores de serviços, órgãos reguladores e órgãos seguradores) é necessário mergulhar fundo nas características do(s) mercado (s) de saúde.

De uma forma extremamente sintética e sob o ponto de vista estritamente econômico, a cobertura dos riscos de saúde se constitui em um problema de seguros, com enorme complexidade devido à assimetria de informação, limitado número de vendedores, filtragem de clientela, e externalidades, além de problemas conhecidos como “*moral hazard*” e de “*free-riding*”³.

Em primeiro lugar, cabe questionar por que um problema de seguros.

Conceitualmente, os agravos à saúde de um indivíduo são de natureza totalmente imprevisível e com resultados potencialmente catastróficos sob o ponto de vista econômico. Nestas situações, é fácil demonstrar que um “*pool*” de riscos, através de um esquema de seguro mútuo, é social e economicamente desejável.

³ Conhecidos como distorções do mercado e adiante descritas.

Mesmo em se tratando de uma situação de seguros, a saúde tem suas particularidades. Com efeito, a situação mais comum é aquela em que os consumidores de saúde - a clientela - tem pouca ou nenhuma informação sobre a quantidade e/ou qualidade de serviços que lhes são necessários.

Em posição totalmente assimétrica no que se refere à posse da informação, os prestadores de serviços (os vendedores⁴) tem ampla gama de informações. Aliás, em certos casos, o poder dos vendedores é ainda maior: são capazes de induzir a clientela a demandar serviços, mesmo quando desnecessários⁵, muitas vezes indo de encontro aos desejos desta clientela, que se sente mais bem atendida se um maior leque de serviços lhe é dispensado (em detrimento do equilíbrio econômico do terceiro pagador – as OPS's, no caso).

Por outro lado, a “mercadoria” serviços de saúde - tanto preventivos como curativos - é extremamente complexa, e é “entregue” ao usuário de forma aleatória⁶ ao longo do tempo.

Em termos de informação ao usuário, os mercados de saúde têm, portanto, baixo grau de transparência, devido não só à própria complexidade técnica da matéria mas também, muitas vezes, devido ao comportamento dos agentes prestadores de serviços e/ou seguradores. A estas características deve-se adicionar o fato que nosso mercado está estruturado sobre três agentes - segurador, prestador e usuário - e que o pagamento de contribuições e a prestação de serviços ocorrem em momentos distintos no tempo; dificultando ainda mais a correta percepção dos “preços” por parte do usuário; muito embora em certas ocasiões coincidam os interesses de usuários e prestadores, por razões distintas, e em detrimento do pagador.

O número limitado de prestadores de serviço decorre, em grande parte, da natureza dos serviços de atenção à saúde. A entrada neste mercado tem uma série de barreiras⁷, que variam desde a necessidade de estruturar equipes qualificadas até a disponibilidade de estruturas físicas e equipamentos especialmente hospitalares e de diagnóstico.

A oferta de serviços tende a ocorrer mais estimulada por razões de cunho econômico do que técnico, resultando em sobre-oferta de alguns serviços de alto grau de sofisticação (e custo), tais como tomografia e ressonância magnética, e carência de serviços básicos. Do ponto de vista qualitativo, também existe ampla variação entre os diferentes provedores,

⁴ Observe-se que, neste particular, é totalmente irrelevante o fato de serviços de saúde serem objeto efetivamente de uma transação comercial. Por exemplo, os serviços prestados com a equipe de funcionários próprios são transacionados em um mercado nada “transparente”, onde nem a clientela nem os prestadores percebem corretamente o preço. Isto não significa, entretanto, que deixem de ser transacionados neste mercado altamente imperfeito.

⁵ Neste caso, ocorre o que enuncia a chamada Lei de Say : a oferta gera sua própria demanda.

⁶ Dentro de uma perspectiva ex-ante.

⁷ Barreiras tem aqui a conotação de restrições mais ou menos severas em termos de requisitos mínimos de capital físico, financeiro, humano e tecnológico.

motivada tanto pela falta de pessoal qualificado como pela limitada regulamentação dos requisitos técnicos de funcionamento dos serviços.

Contribui para o desequilíbrio do sistema o comportamento do paciente, usuário dos serviços, que prefere buscar hospitais dos mais sofisticados para qualquer tipo de atendimento, sobrecarregando suas onerosas estruturas (cujo uso deveria ser restrito aos casos para cujo atendimento é imprescindível o acesso aos recursos sofisticados ali existentes), em detrimento dos serviços ambulatoriais e de hospitais secundários, preparados para o atendimento dos casos mais simples (e que representam a grande massa dos atendimentos) gerando custos desnecessários e reforçando o desequilíbrio entre oferta e demanda.

À semelhança de algumas atividades industriais, também no setor saúde há ganhos possíveis relacionados à escala, em especial nos serviços que utilizam equipamentos de alto custo, tais como centrais de processamento automático de exames laboratoriais, equipamento de ressonância magnética e outros, oferecendo assim um potencial de redução de custos totais para o sistema através de mecanismos delimitação da oferta (como os encontrados em vários países europeus, em geral restringindo o número de máquinas por milhares de habitantes) que assegurem a máxima utilização da capacidade instalada, sem que para isso seja necessário recorrer aos recursos de geração de demanda pelos prestadores.

O fenômeno de filtragem configura-se quando um determinado segurador torna-se capaz de selecionar riscos, podendo assim ficar apenas com os bons riscos⁸ e evitar os maus riscos. Assim, um mercado não regulado tenderia a excluir⁹ os velhos, os de saúde frágil e todos aqueles que representassem um risco de elevadas indenizações vis-à-vis os prêmios (contribuições) pagas.

A filtragem pode ocorrer quando a decisão de se filiar ao seguro de saúde é deixada ao livre arbítrio da clientela. Neste caso, os indivíduos de alta probabilidade de necessitarem os serviços seriam exatamente aqueles que procurariam o seguro. Como conseqüência, os prêmios médios se elevariam, provocando um êxodo ainda maior dos grupos mais hígidos da população, estabelecendo-se, desta forma, um círculo vicioso, onde custos cada vez maiores afastam gradativamente os grupos de menos risco, terminando por inviabilizar totalmente o seguro.

Já as externalidades, ou seja, algum fator que extrapola o próprio mercado de saúde, são a regra e não a exceção na maioria dos casos. Apenas para citar um exemplo, é fato reconhecido que a higidez das populações é fator decisivo na produtividade da mão de

⁸ Conhecido na literatura específica como “cream skimming”.

⁹ Quer via exclusão direta quer via a imposição de elevadas contribuições, que, por sua vez, podem acabar expulsando os grupos de maior risco.

obra¹⁰. Desta forma, quando um empresário contrata um trabalhador saudável e produtivo, está se apropriando de investimentos feitos em capital humano (no caso, gastos com saúde) por outros agentes (por exemplo, pelo poder público). Assim, os preços e custos privados de produção são diferentes dos preços e custos sociais.

O problema de “*moral hazard*”, cuja tradução literal seria “risco moral”, representa a situação na qual, estando coberto por um seguro, um dos agentes econômicos poderia tornar-se negligente no que se refere às necessárias precauções.

Talvez o exemplo mais evidente deste tipo de situação esteja nas decisões sobre poupança. Se um indivíduo souber que, mesmo sendo imprudente, a sociedade vai ampará-lo de qualquer forma, pode haver um forte incentivo a se expor ao risco, maximizando o seu consumo atual e minimizando sua poupança. Em saúde, a situação de *moral hazard* tende a ocorrer predominantemente no que se refere ao comportamento do prestador de serviços - segurador. Sabendo que a conta será paga de qualquer maneira pelo ente segurador, um prestador pode se ver incentivado a ofertar mais serviços do que necessário, muitas vezes por simples precaução e excesso de escrúpulos¹¹, outras tantas visando à maximização de seu ganho.

Outro exemplo clássico é aquele em que a simples existência de um seguro de acidentes do trabalho, pago coletivamente, pode desincentivar práticas prevencionistas por parte de um empresário em particular.

Uma terceira situação onde fica claro o *moral hazard* é aquela em que, estando coberto por um seguro de saúde¹², o usuário relaxa seus hábitos de vida. Deste comportamento, onde o indivíduo deixa de assumir os cuidados básicos com a própria saúde confiando na cobertura securitária, podem decorrer problemas extremamente graves como, por exemplo, o tabagismo, alcoolismo, a vida excessivamente sedentária, etc., além da minimização de ações de prevenção à saúde.

Existe ainda a situação do *moral hazard* relacionado aos prestadores, quando utilizam determinados serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico ou registram diagnósticos de pacientes em função de sua remuneração, e não estritamente na perspectiva técnica.

No contexto da saúde, o “*free-rider*”¹³ caracteriza-se por alguém que consegue se apropriar de benefícios de um esquema coletivo sem, entretanto, pagar as respectivas contribuições. Em todo sistema em que não há estrita necessidade de equivalência entre

¹⁰ Tipicamente, um caso de “externalidade positiva” para o empresário. Se este empresário operar uma indústria altamente poluente (sem ter qualquer ônus por isto) estaria provocando uma “externalidade negativa” sobre as demais atividades econômicas.

¹¹ A prescrição excessiva de exames pode ser, muitas vezes, explicada por uma situação de “*moral hazard*”.

¹² O termo “seguro saúde” é aqui empregado em sentido amplo, significando apenas que um terceiro agente (diverso do usuário) se responsabiliza pelos custos de atenção à saúde.

¹³ Cujas tradução literal seria “aquele que pega uma carona gratuita”.

o aporte de contribuições e o recebimento de benefícios¹⁴, existe a possibilidade de “*free-riding*”. Dito de uma outra forma, quando os direitos de propriedade são subjetivos e/ou vagamente definidos, sempre existe a possibilidade de que alguém procure obter benefícios sem pagar os respectivos ônus.

Observe-se que a possibilidade de ser um “*free-rider*” está ligada a um conjunto de pré condições. Em primeiro lugar, o indivíduo (ou grupo) usualmente tem um grau de informação sobre o processo superior ao restante dos participantes do jogo. Em segundo, o “*free-rider*” é capaz de fazer crer aos demais que a concessão de seu privilégio em nada reduz os benefícios a serem recebidos pelos demais participantes. Finalmente, é necessária força política - voz e voto - para influenciar as regras do jogo em benefício próprio.

A conjunção destes fatores, no campo da saúde, faz com que a existência de “*free-riders*” leve à condições de enorme iniquidade. Com efeito, normalmente os grupos que obtém os privilégios sem os respectivos custos são justamente aqueles que menos precisam: informação privilegiada, poder de convencimento e força política raramente (ou nunca) estão associados a estados de necessidade. Pelo contrário, estão sempre associados à posição de poder. Isto faz com que, muitas vezes, os escassos recursos disponíveis para a saúde acabem sendo canalizados para o atendimento de grupos de pressão poderosos, que nada ou pouco contribuem para o esquema coletivo.

¹⁴ Mesmo quando a equivalência não é em termos de valores esperados determinísticos, mas sim em termos de expectativa matemática de valor presente de contribuições e de benefícios.

4. PROBLEMAS ADICIONAIS DO MERCADO DE SAÚDE

A formação médica e a falta de consciência de custos

Do lado da oferta dos serviços, um dos fatores que agravam o problema da racionalidade econômica é a formação médica. Tradicionalmente o médico vê a “arte de curar” como algo que não deve estar submetido a restrições orçamentárias - já que a vida não tem preço -, especialmente quando um agente segurador paga a conta. De modo geral, não existe uma consciência ou conhecimento dos custos envolvidos com os serviços prestados ou solicitados - até mesmo pela falta deste tipo de controle em grande número de prestadores (dentro o seletivo grupo de estabelecimentos que dispõem de algum tipo de controle de custos, a maioria se limita à identificação dos custos de setores ou centros de custos, poucos sendo os que chegam ao nível de custo efetivo de cada procedimento).

Por outro lado, algumas escolas médicas privilegiam um comportamento altamente defensivo por parte do profissional¹⁵. Esta postura se agrava diante do crescimento do movimento de defesa de direitos do consumidor e do cidadão, que no campo da saúde tem trazido à tona a responsabilização do prestador em situações onde se discute o erro médico. A importância deste risco em outros mercados, em especial o norte-americano, tem estimulando os profissionais médicos a compartilharem o ônus da responsabilidade pela avaliação de pacientes com equipamentos diagnósticos sofisticados.

Existe também o incentivo adverso criado pelos mecanismos de remuneração da classe médica praticados pela maioria dos convênios, cuja faixa de valor para consultas e procedimentos básicos é extremamente baixa, estimulando o médico a minimizar o tempo dispendido na avaliação do paciente, transferindo parte do exame clínico a serviços de apoio diagnóstico (aos quais muitas vezes o médico é associado, quer participando do empreendimento, quer recebendo comissões pelo encaminhamento de pacientes).

Também quando da necessidade de internação, os prestadores tendem a usar ampla bateria de recursos tecnológicos disponíveis, com a justificativa técnica de incremento da resolutividade, e econômica de viabilizar o retorno dos investimentos feitos na infraestrutura.

As pressões da demanda, por sua vez, contribuem para o uso de recursos tecnológicos sofisticados, identificados pelo usuário leigo como indicadores da qualidade da atenção recebida.

Como consequência, muitas vezes se abusa do uso de recursos, sem qualquer consideração sobre a eficiência ou mesmo eficácia dos mesmos – e muito menos seu custo, na maioria das vezes desconhecido pelo médico e pelo paciente.

¹⁵ O problema é exacerbado quando se tornam comuns as ações de má prática contra os profissionais de saúde.

Um indicador do grau de uso desnecessário de serviços de apoio diagnóstico pode ser obtido pela avaliação da incidência de exames negativos por solicitante. Quando este indicador registra valores consistentemente elevados para os resultados dos exames solicitados por um mesmo profissional, tem-se elementos objetivos para discutir a justificativa técnica dos exames pedidos.

Outro ângulo da questão é a definição da melhor prática ("*best practice*"), que é um conceito individual de cada profissional, estabelecido ao longo de sua formação e experiência, e ainda vinculada às condições técnicas do serviço e às limitações econômicas impostas pelo pagador.

O elevado poder discricionário do médico na escolha dos recursos diagnósticos e terapêuticos prescritos a cada paciente é uma das principais causas da grande divergência de custos de tratamento de cada tipo de disfunção de saúde. Um estudo realizado pelos mórmons de Salt Lake City, demonstrou que as condutas médicas e o tipo de produtos utilizados estão relacionados à escola na qual o profissional se formou: em muitas instituições de ponta é comum dispor dos equipamentos de última geração, e também desenvolver estudos clínicos dos medicamentos mais modernos – habituando o aluno a utilizar regularmente este tipo de recurso.

A análise comparativa dos custos de tratamento por diagnóstico é uma valiosa ferramenta de suporte para a padronização de medicamentos, materiais e procedimentos, que por sua vez fundamentam o modelo de remuneração por diagnóstico.

Por outro lado, existe uma gama de condutas terapêuticas cabíveis em uma mesma situação clínica, e a liberdade de escolha do médico lhe confere a responsabilidade pelos resultados: se imposto um padrão de conduta inflexível, exime-se o médico desta responsabilidade.

Cardápio extremamente variado versus cardápio especializado de oferta de serviços.

Ainda do lado da oferta, as organizações de prestação de serviços de saúde, talvez até estimuladas pela concorrência - e sempre sob a ótica da resolutividade (entendida muitas vezes como capacitação que permite o acesso a qualquer recurso diagnóstico ou terapêutico, preferencialmente em um mesmo estabelecimento) - optam pela extrema diversidade de "produtos ofertados", particularmente no campo hospitalar. Em franco contraste com as linhas de produção industriais, a maioria dos hospitais oferece dezenas (às vezes centenas) de serviços diferentes, na maioria das vezes sem qualquer padronização, envolvendo investimentos consideráveis (em instalação, operação e manutenção), e demandando técnicos especializados. Trata-se, portanto, de um processo de produção pré-fordista - na realidade, um artesanato - onde são justapostos produtos e processos diversificados, e nem mesmo as economias de especialização são realizadas.

Alguns estudos recentes têm demonstrado que a simples especialização das facilidades em um número reduzido de procedimentos¹⁶, pode produzir substantivas reduções de custo e melhoria da qualidade, através de especialização da mão de obra, padronização, e economias de escala¹⁷.

O conceito que nos parece mais adequado à necessidade de compatibilizar conceitos médicos e econômicos, é a operação de estabelecimentos e sistemas com uma estrutura hierarquizada, na qual cada caso seja atendido em um estabelecimento de estrutura e complexidade condizente com as exigências técnicas do caso, e a conduta clínica obedecendo a protocolos consensados pela classe médica e administrativa, com foco à custo-efetividade.

Neste modelo, o usuário dos serviços teria como portas de acesso a estabelecimentos de maior complexidade apenas o referenciamento (idealmente pelo case-manager) ou a urgência / emergência. No caso do referenciamento, é importante que se institua também as rotinas formais de contra-referenciamento, “devolvendo” o caso a quem o encaminhou, com o relatório do que foi feito.

A passagem de uma situação de sobre-oferta para uma oferta adequada à demanda, exigirá um processo de seleção – e a eliminação dos ofertantes menos competitivos – do ponto de vista técnico ou econômico – demandando portanto claros critérios de avaliação de qualidade¹⁸, custo e custo-efetividade; além da ruptura de alguns acordos particulares entre prestadores.

A incorporação tecnológica

De uma forma geral, a acelerada incorporação de novas tecnologias tem sido apontada como uma das principais causas da verdadeira explosão dos gastos na área de saúde, principalmente nas nações desenvolvidas. O argumento central é que, os novos métodos, processos, materiais, medicamentos, próteses e equipamentos teriam elevado os custos de produção dos serviços médico-hospitalares. Como exemplos clássicos, cita-se o abuso na utilização de técnicas computadorizadas de imagem (tomografia, ressonância magnética, etc.), exames laboratoriais sofisticados e outros procedimentos de alta complexidade/ alto custo. Parte das causas desta explosão dos custos se relacionam ao fato de em muitos casos as novas tecnologias não substituírem as anteriores, apenas aumentando o leque de opções do médico. Novamente os serviços de imagens diagnósticas exemplificam esta situação, quando pacientes são solicitados a

¹⁶ Ver, por exemplo, “O que o setor de saúde tem a aprender com as cadeias de fast-food”,

¹⁷ É o caso dos laboratórios de análises clínicas, cujo custo fixo tem como principais componentes os equipamentos e kits, auferindo significativas economias de escala pela centralização da unidade diagnóstica, processando o maior número possível de exames, a partir de materiais coletados em ampla rede de postos de atendimento.

¹⁸ A existência de um programa de acreditação e certificação, baseado em rigorosos critérios de qualidade e custo, em muito auxilia este processo de seleção de ofertantes.

complementar os tradicionais raios-X com ultrassonografias, tomografias e/ou ressonâncias, justapondo tecnologias e multiplicando os custos da atenção.

Na realidade, há que se analisar a questão tecnológica dentro de um contexto mais geral do mercado de atenção à saúde. Se é verdade que o fato de haver a oferta de tecnologias sofisticadas pode gerar sua própria demanda, isto só ocorre se (e somente se) as demais condições de mercado o permitirem.

Com efeito, a exemplo dos demais ramos de atividade produtiva, inovações tecnológicas podem trazer, e freqüentemente trazem, substanciais reduções de custo, não raro acompanhados de melhoria de qualidade. Assim, quando encarados na perspectiva de um modelo de atenção integrado à clientela¹⁹, e desde que os incentivos de mercado sejam corretos, a utilização de um procedimento de alta tecnologia / complexidade / custo pode ser absolutamente racional²⁰, promovendo maior eficiência e eficácia no trato do caso, reduzindo o tempo do diagnóstico e tratamento e gerando menos ansiedade e desconforto ao paciente.

Os elementos de racionalização do uso devem estar incorporados em cada um dos pontos do tripé que sustenta o modelo de saúde: segurador / operador, prestador e usuário, de modo a capturar os benefícios do desenvolvimento tecnológico minimizando os efeitos indesejáveis vinculados ao seu uso inadequado. Nesta ótica, compete a quem assume a cobertura do risco (e o pagamento da correspondente conta) o desenvolvimento de políticas que estimulem a custo-efetividade, eficiência e eficácia no acesso e uso destes recursos, coibindo a geração de demanda artificial ou uso abusivo. A contrapartida deste tipo de postura é a viabilidade econômica da incorporação de novas tecnologias, dado o valor dos investimentos envolvidos e a velocidade da obsolescência tecnológica em um mercado orientado pela oferta.

Em resumo, a incorporação de tecnologia não parece ser, em si, um fator de elevação de custos. Ao contrário, quando enquadrada em um contexto racional, novas tecnologias podem ser valiosas para o ganho de eficiência e de qualidade, sendo imperativo o desenvolvimento dos mecanismos necessários à avaliação e resguardo da custo-efetividade destes recursos na ótica do sistema considerado.

O verdadeiro desafio está na adoção de critérios de racionalização do uso de novas tecnologias, confrontando a liberdade de escolha do médico com as necessidades de contenção de custos.

O problema do terceiro pagador e o “ciclo da ganância”.

¹⁹ Onde cada procedimento não é avaliado isoladamente, mas em conjunto com todo o conjunto de procedimentos aplicados à um determinado paciente (“case management”).

²⁰ Por exemplo, uma tomografia ou mesmo ressonância magnética feita em um paciente politraumatizado pode evitar a realização de outros procedimentos desnecessários ou mesmo nocivos (e.g. cirurgias exploratórias), reduzindo o custo global do caso.

O chamado “problema do terceiro pagador” é clássico na área de seguros em geral, mas é extremamente crítico no que se refere à saúde. Como o próprio nome revela, trata-se da situação em que, entre o “comprador” (usuário de serviços) e o “vendedor” (prestador de serviços) existe uma terceira figura - o agente segurador (operadora ou auto-gestão) - que paga a conta²¹.

Dentro deste contexto, todos os incentivos econômicos são para o aumento do gasto, com exacerbação da possibilidade das situações de “*moral hazard*” e “*free-riding*”. Se supusermos que os vendedores funcionam em regime de “*mark-up*”²², quanto mais serviços prestarem, necessários ou não, maior o lucro auferido. Por outro lado, o usuário tem pouca ou nenhuma capacidade de julgar se os serviços que lhe são prestados são adequados, muitas vezes confundindo sofisticação e qualidade. Além do mais, não é ele quem paga diretamente a conta²³, não tendo, portanto, maiores incentivos para se envolver neste tipo de questionamento. Assim, normalmente, prefere mais e melhores serviços, escolhendo seu segurador em função do nível de cobertura e acesso a serviços de alto custo.

Nesta situação, ao agente segurador, só cabe pagar a conta, no máximo auditando²⁴ o processo. É claro que uma auditoria pré e/ou no ato médico, bem como outros controles administrativos, podem moderar esta tendência. O fato é que, se os incentivos econômicos perversos forem mantidos, o excesso de controles acaba por introduzir, por si próprio, uma enorme ineficiência no processo²⁵. Em outras palavras, um excesso de controles acaba derrotando seus próprios propósitos.

Por outro lado, dependendo do grau destes incentivos perversos, os prestadores acabam desenvolvendo mecanismos de convivência ou fraude do sistema de controle, anulando os esforços de racionalização.

No que se refere aos serviços prestados com equipe própria, dado que os vencimentos dos profissionais são fixos e independentes do atendimento, os incentivos econômicos podem promover a restrição da oferta. Ocorre, entretanto, que os profissionais da casa podem ver seu empregador como terceiro pagador no caso de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, como exames laboratoriais, de imagem, etc. , o que poderia levar a uma utilização ineficiente dos mesmos. Conclui-se, portanto, que mesmo dispondo de serviços próprios, não se consegue contornar totalmente o problema do terceiro pagador.

²¹ Existe ainda a situação dos planos empresariais, onde existe um quarto agente do processo, sem mudar fundamentalmente a lógica do sistema: os gastos ainda são gerados pelo médico frente ao paciente, pelo mesmo modelo de incentivos dos planos de pessoas físicas. O que se agrega ao processo é uma etapa posterior de análise de gastos e negociação mais objetiva – cada vez mas baseada em planilhas de custos – quanto, *ex-post*, eventualmente podem ser agregadas quer medidas de restrição, quer renegociações do contrato (em geral onerando o plano com os custos nos quais efetivamente incorre).

²² Custo + margem de lucro.

²³ A conta é “socializada” entre todos os participantes do seguro.

²⁴ Normalmente auditoria “pós”.

²⁵ Via excesso de burocracia.

Outro problema controverso é a dupla cobertura dos beneficiários de planos de saúde, uma vez que a Constituição assegura a qualquer brasileiro o direito à atenção médica gratuita pelo SUS, a quem muitas vezes são encaminhados pelas OPS's os casos complexos e/ou requerendo tratamentos de alto custo. As tentativas de ressarcimento do setor público pelo segurador privado esbarram em problemas que vão desde a identificação do segurado pelo prestador público até a discussão de tabelas, diferentes para a compra e venda de serviços pelo SUS.

5. SOLUÇÕES CONCEITUAIS: MELHORES PRÁTICAS SETORIAIS

Existem diversos modelos aplicados em diferentes mercados ou segmentos de mercado, cujos resultados podem ser incorporados à estrutura e organização do setor, racionalizando as relações e processos com clientes e/ou fornecedores, incrementando eficiência, eficácia e qualidade, e assim contribuindo para a sustentabilidade e competitividade.

A maioria das propostas transcende a esfera de atuação de qualquer empresa individualmente: só é viável ou só captura os potenciais benefícios em sua totalidade se adotadas por um grande número de empresas, sem o que servirão apenas como elementos de burocratização, eventualmente criando até efeitos contrários aos desejados.

A razão de ser da maioria destes modelos propostos é a busca do equilíbrio entre oferta e demanda, minimizando as distorções causadas principalmente por interesses econômicos individuais, tentando substituir os custos e ineficiências de sistemas de restrição e controle por incentivos.

No tocante ao equilíbrio econômico-financeiro do setor, qualquer que seja o modelo, e por mais eficientes que sejam os mecanismos de controle, permanece sempre a figura do prestador como principal agente gerador de custos: sua formação e abordagem clínica, associada ou não a interesses econômicos particulares, são os elementos condicionadores do resultado técnico e financeiro do sistema.

Diante deste fato, é essencial o engajamento do corpo médico com os objetivos desejados, competindo aos gestores do sistema disponibilizar os mecanismos necessários para prover o corpo clínico da visão administrativa de seu papel e dos recursos que permitam ao médico avaliar o impacto de diferentes linhas de conduta sobre os resultados.

As propostas apresentadas podem ser classificadas em 4 grupos:

1. Passíveis de **implantação isolada** e independente pelas empresas (porém teriam melhor resultado se fossem práticas setoriais):
 - ✓ formas inovadoras de pagamento a prestadores
 - ✓ central de inteligência de mercado
 - ✓ parâmetros atuariais
 - ✓ programa de qualidade e acreditação de prestadores
 - ✓ avaliação de tecnologias / incorporação tecnológica
 - ✓ *home care*
 - ✓ melhores práticas e protocolos de procedimentos médicos

- ✓ racionalização dos serviços de direcionamento da demanda
2. Eventualmente **sujeitas a regulamentação** / validação pela ANS ou outras entidades:
- ✓ credenciamento e capacitação de corretores / revisão do modelo de comercialização
 - ✓ participação do usuário
 - ✓ gestão de riscos
 - ✓ capitação
 - ✓ programas de capacitação de profissionais para o setor (Min.Educação ?)
 - ✓ pacotes básicos
 - ✓ sistemas de incentivo à redução de risco
 - ✓ *gate-keepers* (promovendo o uso de serviços hierarquizados, subsidiado por sistema de referenciamento e contra-referenciamento);
 - ✓ *case managers*
3. Só funcionariam de modo satisfatório se adotadas pela maioria / totalidade das empresas (**auto-regulação**):
- ✓ padronização e automação de procedimentos administrativos
 - ✓ programa de combate sistemático a fraudes
 - ✓ central de compras e serviços compartilhados
 - ✓ código de ética setorial
 - ✓ prontuário único
4. **Exequíveis por terceiros:**
- ✓ *global burden of disease*
 - ✓ índice de custo setorial
 - ✓ poupança-saúde

Como suporte à implantação, em qualquer das categorias, será necessário rever duas importantes áreas de apoio:

- ✓ sistemas, integrando informações entre fornecedores, clientes internos e externos; e
 - ✓ relações entre operadoras, hospitais e médicos, em especial no que tange aos mecanismos de remuneração.
-

5.1. PASSÍVEIS DE IMPLANTAÇÃO ISOLADA E INDEPENDENTE PELAS EMPRESAS (PORÉM TERIAM MELHOR RESULTADO SE FOSSEM PRÁTICAS SETORIAIS):

5.1.1. Formas Inovadoras de Pagamento a Prestadores

O sistema vigente de pagamento a prestadores por serviços prestados (*fee for service*), em uma situação de assimetria de informação em relação ao paciente, beneficiário destes serviços, e com interesses alinhados com os donos de equipamentos (laboratórios, hospitais, etc) tende a estimular a sobre-oferta, onerando desnecessariamente o terceiro pagador.

Por outro lado, um sistema baseado exclusivamente na capitação, onde o ganho do prestador é fixo, cria incentivos para a sonegação de serviços.

Em linhas gerais, percebe-se que os sistemas de pagamento prospectivo, nos quais as tarifas pelos serviços são pré-fixadas, caso dos pacotes a preço fechado e da capitação, tendem a estimular a eficiência, enquanto os modelos nos quais o valor da conta é estabelecido após a prestação dos serviços (mesmo que o valor de cada item esteja pré-fixado) – como no caso do *fee for service* – tendem a estimular os gastos.

O desafio que se coloca é criar formas inovadoras de pagamento a prestadores que estimulem a qualidade, resolutividade e custo-efetividade, coibindo os efeitos danosos da sobre-utilização de recursos de alto custo e o estímulo à ganância do sistema de *fee for service*, sem cair no extremo da sonegação dos recursos diagnósticos e terapêuticos efetivamente necessários ao paciente.

A solução viável para coibir os gastos atuais e racionalizar o uso dos recursos está no estabelecimento de um sistema misto, onde os itens “A” e eventualmente alguns dos “B” dos atuais dispêndios, sejam itens de grande volume e baixo valor unitário ou procedimentos de alto custo, tendam a ser remunerados por um modelo prospectivo composto com indicadores de qualidade e idealmente subsidiados por manuais de melhores práticas, deixando os demais, cujo peso no gasto total tem menor impacto, no atual sistema pós-pago.

Qualquer que seja o modelo do pagamento, seria interessante estruturar um sistema de planejamento do tratamento (*case manager*), onde quem define os procedimentos aos quais será submetido o paciente não tem um interesse direto na maximização da conta, e sim na qualidade e resolutividade do atendimento.

O processo de revisão do sistema de remuneração de prestadores, portanto, passa por uma etapa inicial de análise, identificando quais procedimentos seriam passíveis de serem pagos por um sistema prospectivo.

O passo seguinte é submeter estes procedimentos às análises sugeridas nos projetos de melhores práticas, pacotes e protocolos, das quais poderiam resultar as análises e simulações de custos atuais e previstos mediante a implantação do novo modelo.

Conforme discutido anteriormente, a propositura unilateral, por iniciativa de administradores, de modificações desta natureza podem criar um sério impasse frente aos prestadores. O caminho recomendável passa pela participação de representantes da classe médica, respeitados pelos seus pares, no exercício de análise das melhores práticas e respectivos custos, de sorte que a recomendação administrativa seja endossada pela corporação médica.

Teoricamente, o sistema proposto poderia admitir variações em relação aos extremos – pré ou pós pago “puro” – incorporando prêmios à resolutividade, custo-efetividade e satisfação do usuário. Apesar de conceitualmente atrativo, um modelo desta natureza demandaria mecanismos sofisticados de acompanhamento de cada caso, difíceis de implantar e provavelmente com custos maiores de que os benefícios.

Independentemente de sistemas adicionais de premiação ou punição caso a caso, a composição de um modelo misto, onde alguns procedimentos ou especialidades são remunerados por um mecanismo que estimula a gastança, enquanto outros tendem à sonegação, demanda um sistema de auditoria técnica atuante e com foco específico para cada tipo de situação, de sorte a preservar os interesses do paciente e fomentar os resultados desejados pelas operadoras.

Principais Benefícios Esperados

O sucesso em uma iniciativa desta natureza será caracterizado pela redução de gasto total com os prestadores, sem prejuízo na qualidade da assistência ou na satisfação com ela.

Indicadores adicionais desejáveis são a manutenção de um relacionamento satisfatório com a classe médica, a redução dos gastos com os sistemas de cobrança de prestadores (especialmente revisões de contas hospitalares), redução de fraudes de prestadores e a obtenção de indicadores de saúde apropriados.

É desejável ainda que o sistema seja compartilhado pelo maior número possível de operadoras (evidentemente com variações de tarifas).

5.1.2. Central de Inteligência de Mercado

Apesar da grande massa de registros sobre pessoas, procedimentos e gastos que existem em cada empresa, as operadoras, os planejadores e mesmo as autoridades defrontam-se com grandes dificuldades para conseguir dados setoriais consolidados, na formatação desejada em cada caso, para analisar situações e fazer simulações que permitam subsidiar decisões operacionais e estratégicas.

A estruturação de uma central de “Inteligência de Mercado”, com uma abrangente base de dados consolidando as informações esparsas existentes no setor, incluindo informações sobre a população segurada e o uso que esta faz do sistema, tendências locais e internacionais, análise de evolução de morbi-mortalidade e de procedimentos, custos, resultados de serviços, etc. sem dúvida criaria um importante ativo para o setor.

A base de dados poderia ser estruturada a partir de informações dos patrocinadores e gradativamente incorporar outros que se disponham a participar, complementada por estudos ad-hoc, parcerias com entidades internacionais, universidades, etc.

Premissa importante seria o aprimoramento do sistema de cadastro e prontuário, e a implantação de um modelo de contabilidade de custos padronizado, que permita a identificação de todos os serviços prestados ao usuário, bem como a causa, os resultados, o custo e o prestador. Isto possibilitaria a criação de um sistema de informações gerenciais que permitiria analisar, entre outros:

- ✓ o perfil epidemiológico da população beneficiária por faixa etária, sexo e nível sócio-econômico;
- ✓ hábitos de uso dos serviços;
- ✓ práticas e custos por patologia, faixa etária e médico;
- ✓ custos de serviços próprios comparados aos terceirizados;
- ✓ curvas ABC de diferentes categorias (usuários, médicos, patologias, recursos tecnológicos, etc.)
- ✓ o impacto da morbidade sobre a capacidade laboral e econômica da população segurada;
- ✓ o custo e efetividade de ações alternativas (de cunho preventivo e curativo) relacionadas aos principais diagnósticos e a suas causas;

A base deste sistema é, portanto, um banco de dados abrangente, integrando as informações de diferentes áreas.

A configuração deste sistema de informações requer um desenho bastante especializado, de modo a assegurar a interoperabilidade com os sistemas da rede de prestadores, as condições indispensáveis de resguardo do sigilo de dados individuais de pacientes ou empresas e a flexibilidade para que cada interessado possa estruturar os informes de seu interesse no formato que necessite.

É também desejável que o sistema disponha de recursos de inteligência artificial, atualizando e corrigindo médias e padrões a partir da incorporação e análise automática dos dados diariamente registrados.

O uso deste sistema deve ser voltado essencialmente à tomada de decisão, suprindo os diferentes níveis hierárquicos com os dados que lhes permitam ter uma melhor visão de situação, e lhes oferecendo os dados e recursos necessários à simulação de impacto de diferentes alternativas de ação entre as quais devem decidir.

O desenvolvimento deste projeto deve contemplar diversos aspectos críticos, em especial:

- ✓ a identificação dos *outputs* do sistema, conforme as necessidades das diferentes áreas;
- ✓ a identificação das bases de dados necessárias para gerar estes *outputs*;
- ✓ a pesquisa das fontes de alimentação do sistema com os dados desejados (em especial quando relativos a serviços externos / de terceiros);
- ✓ a definição das características técnicas do sistema de alimentação e processamento (*hardware*, *software*, protocolos de comunicação e interligação, volume de informações, sistemas de arquivo, mecanismos de resguardo ao sigilo médico e à segurança, procedimentos de verificação / consistência, etc.);
- ✓ a capacitação dos usuários para capturar os benefícios potenciais do sistema;
- ✓ a agilidade e flexibilidade no uso do recurso, permitindo que o usuário busque no banco de dados as informações que necessita *on line*, ao invés de relatórios impressos padronizados;
- ✓ compatibilidade do sistema ideal com as possibilidades e recursos das empresas

É essencial que o sistema de informações gerenciais não se restrinja a avaliar o desempenho de OPS's individuais ou de serviços a elas vinculados, mas também promova a busca sistemática de paradigmas setoriais (*benchmarks*) nacionais e internacionais que permitam avaliar o desempenho em termos relativos.

Principais Benefícios Esperados

O grande valor agregado ao setor e às empresas individualmente é a agilidade e a qualidade nas decisões, fundamentadas em fatos e simulações, além do aprimoramento nos mecanismos de gestão e controle (que poderiam contar com sinalizadores automáticos de situações de desvio em relação a paradigmas estabelecidos).

Um importante ganho adicional está na revisão e alinhamento das bases de dados de cada empresa, questionando a inteligência de negócios que pode ser deles extraída, contando ainda com a possibilidade de confrontar os resultados internos com médias ou melhores casos do setor.

5.1.3. Parâmetros Atuariais

As regras gerais instituídas pela lei 9656, entre outras medidas, tornaram obrigatória a avaliação dos riscos assumidos por atuários especializados na saúde – especialidade

bastante recente em nosso país, e carente de informações históricas fidedignas para estabelecer os parâmetros de cálculo.

Apesar destas limitações, importantes progressos vêm sendo feitos, movidos pelos esforços individuais de empresas, cada qual procurando refinar suas estimativas e melhorar a precisão de seus cálculos.

A saúde, entretanto, é um setor no qual as variáveis são muitas, e sua previsibilidade a longo prazo bastante complexa, não só pela própria interação entre elas, mas também pela interferência de fatores externos, como clima, epidemias, genética, tecnologia, custos e escalas de produção, localização de mercados produtores, taxas de câmbio, etc.

O desafio de ajustar os paradigmas dos cálculos atuariais neste cenário é bastante complexo, e seguramente a organização de grupos técnicos, compostos pelos especialistas das diferentes empresas – eventualmente subsidiados por analistas locais e internacionais – potencializará a qualidade dos resultados.

A implementação deste projeto demandará a estruturação de uma agenda de temas relevantes, e a formação de grupos de especialistas em cada tema, para debaterem cenários e parâmetros, definindo os ajustes nas tábuas de cálculo para as diferentes necessidades.

Dada a rápida evolução das variáveis relevantes, estes grupos de trabalho deverão ter um caráter permanente, reunindo-se a intervalos regulares para rever as premissas e resultados, e analisando as implicações que poderão ter as mudanças de paradigmas sobre as carteiras das empresas e o impacto sobre as responsabilidades assumidas.

Principais Benefícios Esperados

O principal benefício é a maior precisão dos cálculos, cujo impacto se sente principalmente a longo prazo – nos piores casos quando o valor a ser gasto pelas operadoras excede em muito os montantes arrecadados para este fim.

O valor percebido varia bastante por modalidade de produto e contrato: o atual modelo de contratos coletivos, com validade anual e revisões trimestrais causa relativamente pouca exposição das operadoras.

Contratos de longo prazo (ou prazo indeterminado) como os de pessoas físicas ou ainda novos produtos (como a poupança saúde) podem sofrer significativos impactos quando as previsões feitas anos ou décadas antes dos eventos se mostram insuficientes.

Dada a relativa volatilidade dos modelos de produtos e contratos, a atuária é um importante instrumento de análise e simulação, permitindo tomar decisões operacionais e estratégicas referentes a grupos de segurados ou produtos, antecipando problemas e incorporando medidas preventivas competentes.

5.1.4. Programa de Qualidade e Acreditação de Prestadores

Os processos de qualidade e de formação de parcerias com fornecedores e prestadores demandam crescente integração, e investimentos de parte a parte para alinhar procedimentos e serviços, compartilhando uma mesma filosofia de resultados a longo prazo.

Em um primeiro momento, as relações entre as OPS's e seus prestadores e fornecedores estruturam-se a partir de um simples credenciamento, aceitando o profissional como prestador de serviços.

Este tipo de credenciamento, ao longo do tempo, poderá ser substituído por um processo formal de qualificação, mediante o qual se façam visitas por equipes técnicas preparadas, avaliando as condições de operação e gestão do prestador, cujos critérios iniciais são do tipo passa / não passa, garantindo o atendimento a um padrão mínimo de qualidade.

O conceito de credenciamento corresponde a uma segunda etapa neste processo, aumentando gradativamente os níveis de exigência para a qualificação dos estabelecimentos credenciados, em categorias ou graus diferenciados, de acordo com a possibilidade local de incorporar qualidade a diversidade adicional.

Existem muitas entidades nacionais e internacionais dedicadas ao estudo e recomendação de critérios de acreditação e qualificação de serviços de saúde - desde o Ministério da Saúde até diversas entidades norte-americanas (HEDIS, CAHP, *Joint Commission* e outras), ou internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde - com diferentes abordagens teóricas e práticas do tema, propondo graus ou níveis de qualidade de cada tipo de serviço de saúde, com os respectivos indicadores objetivos, que permitem avaliar e enquadrar um prestador em uma categoria específica.

As principais críticas que existem aos diferentes modelos desenvolvidos referem-se à sua aplicabilidade em nossa meio, quer pela complexidade do processo proposto, pela dificuldade em obter registros fidedignos da atividade de muitos prestadores²⁶ ou ainda por os critérios serem incompatíveis com nossa situação (de modo que poucos estabelecimentos chegam ao padrão mínimo recomendado).

A implantação de um processo de acreditação é um programa de longo prazo, ao mesmo tempo complexo e flexível, uma vez que os critérios de avaliação devem acompanhar a evolução da tecnologia e do conhecimento, que em algumas especialidades médicas avançam em ritmo bastante acelerado.

²⁶ Basta lembrar dos esforços feitos há muitos anos pelo INPS para qualificar hospitais em categorias, de acordo com suas instalações, equipamentos e equipe, quando eram comuns os empréstimos de equipamentos de um hospital a outro às vésperas da vinda dos inspetores encarregados do programa ou as conhecidas meias-verdades de muitos registros médicos, quando os profissionais têm maior comprometimento com as tarifas pagas pelos diferentes procedimentos que com a precisão do diagnóstico registrado no prontuário.

Por outro lado, é justo que existam estímulos aos prestadores e fornecedores que decidam investir em suas estruturas para melhorar seu nível de qualificação, sendo desejável que haja modalidades diferenciadas de ganho para diferentes graus de qualidade (lembrando que nem sempre maior qualidade significa maior custo, uma vez que existem os ganhos de produtividade, eficiência, etc.). Uma das maneiras de financiar a tarifação diferenciada é pela redução de custos de controles realizados em serviços com o selo de qualidade, trabalhando-se com o princípio da qualidade assegurada – e com a transparência de repassar ao prestador as economias que êle propiciar.

A estrutura básica necessária para implantar o processo de acreditação, baseia-se em:

- especificação de padrões de estrutura e qualidade de serviços, indicando níveis de qualidade coerentes com as recomendações técnicas ideais e com a realidade local;
- especificação de métodos de avaliação de cada tipo de serviço, indicando os indicadores a serem pesquisados e a respectiva pontuação;
- sugestões de modalidades de remuneração que estimulem a qualidade em cada tipo de prestação;
- mecanismos eficientes de seleção, avaliação e negociação, que espelhem os paradigmas do programa de acreditação e permitam formar uma rede de parceiros sólida;
- forte apoio de marketing para divulgação do programa, que conjugado com o poder de compra e com a base de usuários, valorize o selo de qualidade, estimulando prestadores qualificados a se filiarem ao sistema, e usuários a darem preferência a prestadores mais qualificados (agregando a pressão da demanda ao estímulo de adesão).

Principais Benefícios Esperados

Os frutos de qualquer programa de qualidade são colhidos no médio e longo prazo, especialmente através da minimização do sistema de controle, e dos correspondentes custos, além da maior resolutividade, eliminação de retrabalhos, fraudes, desperdícios e outras ineficiências.

A longo prazo, na medida em que se consiga uma massa significativa (e suficiente para cobrir todos os serviços) de prestadores operando nos padrões desejados, aqueles que não atingirem o patamar mínimo especificado acabam sendo barrados do sistema, por este não dispor mais dos mecanismos operacionais de verificação e controle.

5.1.5. Avaliação de Tecnologias / Incorporação Tecnológica

Diferentemente de países nos quais há planejamento centralizado e restrições à oferta de serviços, o Brasil é conhecido pelo elevado número de equipamentos de última geração instalados por prestadores, e que acabam levando à geração de demanda, contribuindo para o incremento exponencial dos custos de prestação de serviços de saúde.

Característica importante da incorporação tecnológica em nosso meio é a avidez por sua utilização por parte do meio médico, de sorte que as tecnologias avançadas rapidamente são incluídas na lista dos exames rotineiros, agregando-se aos anteriormente utilizados, perdendo seu caráter de recurso especial e multiplicando os custos.

Assim, diferentemente de outros setores da economia, novas tecnologias nem sempre agregam custo-efetividade ao sistema: aumentam os custos e a efetividade, mas nem sempre em uma proporção vantajosa para o bolso de quem paga a conta; além de ser extremamente complexa a equação, particularmente do lado dos benefícios, os quais raramente são atribuíveis a um fator isolado, além de, em muitos quesitos, terem natureza qualitativa, dificilmente mensurável.

Por outro lado, a obsolescência tecnológica na área médica tende a ocorrer em horizontes de tempo muito inferiores à obsolescência física dos equipamentos, novas versões com funcionalidades aprimoradas substituindo as anteriores quando teriam ainda longos períodos de vida útil pela frente.

Importante é lembrar que as novas tecnologias na área da saúde não são restritas a equipamentos diagnósticos ou terapêuticos: englobam toda a gama de insumos utilizados no diagnóstico e tratamento, incluindo fármacos, próteses e órteses, materiais sintéticos para as mais variadas finalidades, equipamento informático, de comunicações (como por exemplo os utilizados na telemedicina), instrumental cirúrgico (especialmente no campo da microcirurgia) e muitos outros.

Mais uma vez a perspectiva econômica do setor deixa claros os perversos incentivos que se conjugam no campo da inovação tecnológica, minando o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras: prestadores são estimulados pelos fabricantes – e pelos próprios valores da classe médica – a se diferenciarem e atualizarem, trabalhando sempre que possível com os insumos de última geração, no que são apoiados pelas crenças de pacientes, que se vêem mais bem assistidos se submetidos “ao que há de mais moderno”, até com certa satisfação da “retribuição” que lhes permite a fatura mensal do convênio médico.

Este cenário sugere que os esforços no sentido de racionalizar a incorporação tecnológica, assegurando que os modernos recursos diagnósticos e terapêuticos estejam disponíveis para médicos e pacientes, mas que seu uso seja limitado às situações onde efetivamente trazem valor agregado, devam se dividir em diferentes etapas:

- ✓ **Conceituação de inovação** nos campos diagnóstico e terapêutico, definindo que tipos de produtos serão analisados (medicamentos, materiais, próteses e órteses, instrumental, equipamento diagnóstico, equipamento terapêutico, etc.)
- ✓ Seleção de **exemplos relevantes** em cada campo definido, para o desenvolvimento de estudos de caso, que contemplem (sempre que possível no mercado nacional e internacional), entre outros:

- análise do processo de incorporação da tecnologia, em especial seu impacto técnico e financeiro frente às tecnologias e processos até então utilizadas com a mesma finalidade;
 - ritmo de obsolescência / substituição tecnológica;
 - geração de demanda a partir da oferta;
 - impacto nos custos de operação dos prestadores ofertantes dos serviços, nos custos de diagnóstico e tratamento e no custo de assistência de um grupo populacional;
 - discussão de aspectos qualitativos, particularmente os relacionados à prática médica, aos processos administrativos de OPS's;
 - se cabível, avaliação ou discussão de aspectos legais e normativos relacionados ao tema, particularmente no que tange às normas da ANS e Ministério da Saúde.
- ✓ Desenvolvimento de um **processo analítico** que facilite a avaliação das reais oportunidades de incorporação de novas tecnologias, e que subsidie a proposição de critérios de restrição a bem da custo-efetividade da atenção médica e sustentabilidade do sistema.

Complementando a avaliação de novas tecnologias, e com vistas à contenção dos gastos globais, poder-se-ia criar os fundamentos para a gestão dos procedimentos envolvidos, compreendendo tanto os procedimentos de alto custo, abrangendo tanto os itens considerados caros, de elevado *custo unitário*, (tais como ressonâncias magnéticas, tomografias, angioplastias, etc.); como também aqueles procedimentos de menor valor unitário, mas cujo conjunto faz parte dos itens "A" de custo da atenção à saúde.

As principais atribuições desta gestão estão vinculadas à avaliação da custo-efetividade na utilização dos recursos, ou seja, determinando em que situações é apropriado o seu emprego, incluindo definições sobre:

- ✓ a oportunidade de sua inclusão no cardápio de oferta de serviços;
- ✓ as condições técnicas em que se justifica seu uso (custo-efetividade na atenção ao paciente);
- ✓ seu provável impacto sobre o custo do sistema (custo-efetividade global);
- ✓ os mecanismos de controle necessários para a contenção da demanda artificial;
- ✓ a modalidade de incorporação, levando em conta que uma eventual aquisição: (a) demanda a disponibilidade de recursos humanos e técnicos próprios; (b) está sujeita à obsolescência tecnológica em prazo bastante inferior à vida útil do equipamento; (c) necessita um nível de demanda e de preços que propicie o retorno sobre o capital empregado.

O principal desafio nesta área relaciona-se com o cumprimento das políticas de restrição que venham a ser definidas, rompendo a cultura e incentivos em favor do uso de recursos sofisticados hoje existentes.

A colaboração nestes estudos de centros de excelência em cada área, que sejam aceitos como referenciais pela classe médica, poderiam facilitar a aceitação das conclusões pelos profissionais médicos. Por outro lado, é necessário ter grande cautela na escolha dos parceiros para este projeto, pois participantes que sejam parciais em sua visão do problema – privilegiando aspectos médicos ou financeiros – podem levar a impasses ou a distorções nas conclusões.

Para a implementação deste tipo de política nas OPS's, seria oportuno desenhar sistemas conjugando algumas das propostas anteriores, particularmente *case managers*, *gate keepers* e eventualmente a capitação e/ou co-pagamento; além de sistemas de incentivo que premiem a custo-efetividade.

Principais Benefícios Esperados

O principal benefício esperado é a contribuição ao equilíbrio econômico financeiro, refletindo-se tanto nos balanços das operadoras como nas mensalidades dos segurados, sem prejuízo da qualidade técnica dos serviços prestados, ou seja, a política não deve ser de restrição pura, mas sim de racionalização, até mesmo promovendo o uso dos recursos tecnológicos de última geração sempre que isto traga reais benefícios, financeiramente sustentáveis.

Além disto, o debate estruturado desta importante questão, fundamentado em avaliações objetivas, propicia a revisão das melhores práticas à luz de sua viabilidade econômica, contribuindo para a visão empresarial da classe médica e para a visão técnica dos administradores.

A avaliação de novas tecnologias poderia ser realizada por entidades especializadas, prestando serviços ao setor ou a empresas individuais.

5.1.6. Home-care

É fato sobejamente conhecido em economia da saúde, ser pouco custo-efetiva a utilização de estruturas complexas para a atenção a problemas simples - fato comum em nosso meio, onde o paciente procura os estabelecimentos de maior complexidade para qualquer tipo de serviço que necessite.

A partir da análise deste tipo de situação, evidencia-se o potencial de ganhos ao sistema que oferece a possibilidade de um paciente ser atendido dentro de uma estrutura de serviços de complexidade *necessária e suficiente* para o seu caso, de modo a reservar estabelecimentos terciários à demanda de casos complexos, e aliviar a estrutura (principalmente hospitalar) da necessidade de atenção a pacientes cuja condição não seja aguda ou crítica.

A alternativa de *home-care*, como opção à dispendiosa hospitalização, tem sido objeto de inúmeras experiências em diversos países, tanto na América do Norte quanto na Europa, aplicada a vários serviços, desde a atenção à velhice até ao tratamento de patologias ligadas à AIDS, ou mesmo em períodos pos-operatórios que exigem cuidados especializados, mas não necessariamente internação. Além do potencial de redução direta de custos, abre-se a possibilidade da obtenção de outros ganhos em termos de qualidade do atendimento: menor exposição à infecção hospitalar, maior humanização do atendimento, menores impactos psicológicos sobre a clientela, etc.

O crescimento da demanda por este tipo de serviço gerou considerável massa crítica, atraindo ofertantes especializados, independentes ou inseridos em estruturas próprias de OPS's, contando com profissionais e equipamentos adequados, além do indispensável planejamento logístico para tornar mais eficiente a utilização destas equipes e seus recursos.

Ocorre, entretanto, que também o *home-care* necessita de um constante monitoramento por parte do agente segurador-pagador, sob pena de total perda de controle e até ônus adicionais à alternativa convencional de hospitalização²⁷.

Principais Benefícios Esperados

Programas de *home care* bem sucedidos trazem benefícios para os principais agentes do sistema:

- as operadoras reduzem do custo assistencial quando tratam do paciente em sua casa ao invés de mantê-lo hospitalizado;
- pacientes e seus familiares têm mais conforto e sentem-se mais bem atendidos quando o serviço vem a eles (ao invés de exigir que eles se desloquem para postos de atendimento);
- hospitais têm menores tempos médios de permanência, podendo concentrar sua atividade em intervenções mais complexas, que usam (e remuneram) mais intensamente seu parque tecnológico, transferindo os cuidados posteriores à atenção domiciliar;
- aos prestadores abre-se um novo e promissor campo de trabalho, no crescente domínio da atenção domiciliar.

5.1.7. Melhores Práticas e Protocolos de Procedimentos Médicos

²⁷ É o que vem se observando em alguns países europeus e também na América do Norte, especialmente em relação à atenção aos idosos através do *home care*, quando um serviço que deveria ser temporário passa a ser permanente, na medida em que os idosos com problemas crônicos demandam a assistência domiciliar, e sua condição piora a cada tentativa de supressão desta assistência.

De modo geral, a maioria dos gastos do sistema de saúde são gerados quando o médico que trata de um paciente prescreve ou realiza os serviços que julga necessários à manutenção ou recuperação da saúde.

Talvez o maior desafio dos gestores de qualquer sistema de saúde é impor limites à liberdade de escolha dos procedimentos considerados necessários pelo profissional que trata do paciente, especialmente se a restrição tiver como critério principal o custo (do qual muitas vezes o médico não tem conhecimento, especialmente nos esquemas de terceiro pagador).

Do ponto de vista do equilíbrio econômico do sistema, a inserção da consideração da custo-efetividade dos procedimentos indicados pelo médico pode ser fonte de significativa racionalização e redução de custos: resta a barreira da classe médica em relação à "intromissão" de elementos administrativos em seu consagrado livre-arbítrio.

Uma forma que trouxe consideráveis resultados em alguns serviços, como por exemplo a organização médica dos mórmons americanos (sediada em Salt Lake City, e assistindo, à época, a uma população da ordem de 700.000 pessoas, com 27 hospitais próprios), é o fomento à discussão de casos em um formato mais amplo que o tradicional em nosso meio: a par das considerações clínicas envolvendo diagnóstico - tratamento - evolução - resultado.

Foram criados grupos de profissionais de mesma especialidade que, subsidiados por estatísticas e custos de tratamento de pacientes de um período de 2 anos, analisaram a abordagem terapêutica e os custos envolvidos, buscando gerar *entre os integrantes da corporação médica* um consenso das práticas mais custo-efetivas a serem adotadas, *criando-se assim protocolos de procedimentos e de materiais recomendados*.

O Hospital Samaritano, de São Paulo, vem realizando estudos similares, analisando sistematicamente os custos dos procedimentos realizados pelo seu corpo clínico, e buscando estabelecer pacotes de serviços baseados em melhores práticas consensadas pelos profissionais da especialidade em questão.

As melhores práticas resultantes deste tipo de processo não podem ser utilizadas como normas rígidas, mas sim como padrões recomendados, tendo o médico a possibilidade de modificar o padrão terapêutico sempre que julgar necessário, porém justificando por escrito sua decisão, e sendo estes casos posteriormente submetidos a uma comissão científica, com o intuito de avaliar a necessidade de alterar o protocolo estabelecido (o que se faz também formalmente, em momentos pré-estabelecidos).

O grande trunfo desta abordagem é que as análises e decisões são geradas pelo próprio corpo clínico, fruto do consenso da equipe médica - e não como imposição da área administrativa (cujo cumprimento à risca daria ao médico a possibilidade de se eximir de quaisquer responsabilidades em caso de insucesso).

A realização deste tipo de trabalho, no entanto, requer alguns insumos importantes, especialmente:

- ✓ a análise de custos por procedimento, cuja profundidade vai um pouco além dos dados espelhados em uma fatura, uma vez que as várias atividades e cuidados ministrados ao paciente devem ser registradas pelo que de fato custam, e não englobadas em tarifas gerais (tais como diárias, taxas de serviços, etc.);
- ✓ a formação de uma comissão científica atuante, com expressão e liderança dentre as principais especialidades atendidas;
- ✓ a disponibilidade de arquivos médicos bem estruturados e com documentação de apoio abrangente, incluindo registros detalhados da história clínica, processos, produtos e resultados por patologia e profissional / prestador;
- ✓ o engajamento de um grupo de especialistas atuantes e respeitados, cujas conclusões sejam aceitas sem restrições *a priori* de seus pares.

Um trabalho desta natureza, para surtir os efeitos desejados, requer, além da aceitação pelo corpo clínico (fomentada pela liderança médica, cujo engajamento para com o programa é crucial), um eficiente suporte administrativo, para registro, divulgação, monitoramento e *feed-back* aos executores - sendo desejável, do ponto de vista político, que esta área administrativa se posicione como apoio à classe médica, mais do que como controladora e cobradora.

O conteúdo das análises e discussões destes grupos consiste, em essência, no confronto de procedimentos, materiais, custos e resultados de casos similares e comparáveis, onde se evidencia a gama de abordagens dadas por diferentes profissionais para a mesma patologia, com os necessários subsídios ao questionamento do custo e da efetividade.

Do ponto de vista prático, deverão ser selecionadas as especialidades e procedimentos de maior ocorrência e/ou peso nos custos totais, de sorte a obter resultados práticos expressivos da utilização dos referidos protocolos.

As melhores práticas deverão ainda contemplar especificidades regionais, principalmente em relação à disponibilidade de recursos tecnológicos e materiais, bem como as variações de conduta conforme a gravidade do caso.

O conjunto das melhores práticas praticadas em um estabelecimento ou organização pode subsidiar a criação de uma lista referencial de medicamentos e materiais, que por sua vez permitirão a padronização do sortimento de farmácias e centros de materiais, reduzindo o número de itens em estoque e os correspondentes custos.

Principais Benefícios Esperados

Os resultados desta iniciativa são múltiplos, impactando os custos, os resultados, a qualidade e a efetividade.

A definição de um rol de procedimentos custo-efetivos para as principais ocorrências / patologias, criados e recomendados pela própria classe médica, cria uma série de oportunidades, tais como:

- ✓ a negociações de serviços por preços fechados, estabelecidos com base nos custos esperados dos pacotes definidos;
- ✓ a decorrente redução nos custos de faturamento, verificação e controle;
- ✓ a possibilidade de negociações de compra diferenciadas para os produtos referenciados nos protocolos (cujo consumo deverá aumentar) ²⁸
- ✓ a escala poderá estimular investimentos de prestadores, dando maior resolutividade a seus serviços, particularmente naqueles objeto da standartização.

5.1.8. Racionalização dos Serviços de Direcionamento da Demanda

Em muitas operadoras já existe hoje a prática de direcionamento da demanda à rede de prestadores credenciados, ou a um sub-grupo destes, que se mostra mais resolutivo e/ou menos oneroso em seu atendimento ao segurado.

Este tipo de procedimento é mais comum nos sistemas onde há cobertura através da prestação de serviços – medicinas de grupo, auto-gestões e cooperativas – e se materializa através dos serviços de autorização de procedimentos, sejam telefônicos ou de atendimento pessoal.

De modo geral, a seleção dos prestadores preferenciais é feita pela OPS, com base em análises de volume de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico utilizados pelos profissionais e no custo total dos procedimentos empregados no tratamento. É portanto uma lógica fundamentada nos valores essenciais do pagador, e a falta de uma função apropriada de gerenciamento de casos / pacientes não coíbe muitos dos custos desnecessários gerados pelo paciente (como por exemplo o ingresso no sistema através de repetidas consultas a especialistas de diferentes áreas e a repetição de muitos exames por estes, seja pelo desconhecimento de sua realização recente ou pela preferência por determinado profissional ou serviço).

Este modelo tem 3 elementos principais, cada qual potencialmente sujeito a importantes melhoras estruturais e funcionais, com benefícios para todos:

²⁸ Alguns itens padronizados nos protocolos, especialmente os de alto custo, tais como próteses, órteses e assemelhados poderiam vir a ser negociados e comprados diretamente por operadoras, e fornecidas aos médicos quando os necessitassem. Seria também digna de avaliação a oportunidade da criação de centrais de compras ou *pools* de serviços agrupando vários prestadores ou operadoras (por exemplo para criação de almoxarifados, lavanderias, serviços de remoção ou outros serviços centralizados, ou ainda comprando conjuntamente os principais itens de consumo regular – buscando melhores condições através do volume de demandacomposto)

1. o (relativamente livre) acesso à rede;
2. o atendimento dos serviços de autorização de procedimentos;
3. o agendamento dos serviços médicos.

O primeiro quesito é discutido no tópico dedicado aos *case managers*, onde se propõe, em essência, que haja apenas duas portas de entrada para o sistema assistencial: o clínico que gerencia o caso (ou desempenha a função de médico da família) e o sistema de urgência / emergência.

Já o segundo item é fonte comum de problemas (e oportunidades) de diferentes espécies, dependendo da abrangência das informações disponíveis a quem atende o usuário e da qualificação técnica deste profissional.

O que se encontra na maioria das vezes é um serviço que tem um caráter essencialmente administrativo, que se depara com duas situações principais:

- ✓ o usuário pede autorização para um procedimento a ser executado por um profissional já selecionado: neste caso é praxe verificar apenas se há alguma restrição de acesso ao serviço solicitado, seja em vista do padrão de seu plano, cumprimento de carência, atraso de pagamento, etc.
- ✓ o segurado procura indicação de um especialista: neste caso, o atendente assume o papel de direcionador, devendo de um lado fazer uma triagem para encaminhar o paciente à especialidade mais correta, e de outro auxiliar na escolha do profissional, mediante certos critérios (o mais abrangente sendo a lista de credenciados).

No caso da simples autorização, observam-se em alguns casos, problemas posteriores entre o prestador e a operadora, quando procedimentos autorizados são glosados no momento do pagamento, por serem considerados inadequados do ponto de vista médico.

Esta é uma situação de grande desgaste entre as partes, quando o prestador já incorreu em custos, tendo a aparente garantia de uma autorização prévia, e vê seu direito barrado pela mesma entidade que emitiu a autorização, deixando clara a insuficiência do processo analítico no momento da concessão da autorização, seja por insuficiência de informações, superficialidade na análise ou falta de qualificação suficiente do profissional encarregado deste procedimento.

Uma vez que já existe no sistema este procedimento, com um crivo instituído e aceito, torna-se evidente a oportunidade de emprestar a este processo maior abrangência e profundidade, utilizando o mesmo rigor metodológico ao qual obedece o processo de auditoria que fundamentará a glosa (ou autorização do pagamento).

Nos procedimentos de alto custo é mais comum a análise detalhada, com o envolvimento de especialistas e auditores. A somatória de casos de média e baixa complexidade, de maior volume e menor valor unitário, entretanto, pode ter um impacto importante nos custos da operadora e também na quantidade de casos de pendências entre prestadores e operadoras.

A proposta que se faz, portanto, é a ampliação do escopo e profundidade do processo de autorização de procedimentos, municiando o analista de um histórico abrangente do caso, que justifique o que se pretende fazer (o ideal seria o prontuário eletrônico centralizado e permanentemente atualizado), e também a adequada qualificação deste analista, para que tenha a indispensável competência médica para autorizar ou recusar (e justificar) a recusa em fazê-lo.

O mesmo se aplica à situação na qual o usuário solicita orientação na escolha do prestador, quando o sistema de retaguarda deveria oferecer as informações necessárias para fundamentar apropriadamente a escolha.

Alguns países, especialmente Inglaterra e EUA, já criaram mecanismos que alinham os interesses do usuário e da operadora, quando estabeleceram um conjunto de indicadores de qualidade e resolutividade pelos quais os prestadores são regularmente avaliados, sendo publicados os resultados desta avaliação de sorte a facilitar a escolha do paciente, que evidentemente preferirá, por exemplo, o hospital com os menores índices de infecção hospitalar, menores médias de permanência, melhores avaliações de pacientes e familiares, etc.

A estruturação de um sistema com estas características é discutido no tópico da qualidade e acreditação de prestadores, mas o que é importante ressaltar é a transferência do ônus da escolha do atendente ou mesmo do médico que atende o paciente a um sistema transparente, no qual o usuário tem critérios objetivos que fundamentam sua escolha, e que concorrem com os interesses da operadora.

Uma terceira área de oportunidades é o **agendamento de serviços médicos**. A situação mais comum é o próprio paciente fazer este agendamento, muitas vezes sujeito a demoras consideráveis, uma vez que a marcação dos atendimentos de modo geral de modo geral independe do estágio ou gravidade da condição do paciente, limitando-se apenas à discussão da disponibilidade de horário de conveniência mútua.

No primeiro contato do médico com o paciente costuma resultar a solicitação de uma lista de exames, a partir do qual:

- ✓ o paciente buscará um ou mais prestadores para realizar os exames (cada qual com seu agendamento e horário);
- ✓ voltará a cada um deles nas datas em que os resultados estiverem prontos,
- ✓ agendará nova consulta com o médico;
- ✓ passará pela consulta de retorno (com ou sem solicitação de procedimentos complementares).

Este é claramente um processo que incorpora uma série de ineficiências e demoras, que muitas vezes podem acarretar uma piora na condição do paciente, que se apresentará ao médico em um estado agravado do mal que se pretende eliminar.

Diversas medidas poderiam agregar eficiência a este processo:

- ✓ no caso de encaminhamento por um médico, o agendamento poderia ser feito por este, mediante apresentação breve do caso ao colega²⁹ (agregando a variável urgência à agenda), e idealmente já solicitando antecipadamente os exames imprescindíveis à avaliação do colega, de sorte a tornar seu trabalho mais resolutivo, eventualmente permitindo a solução ao caso sem a necessidade do retorno;
- ✓ por outro lado, a grande variedade de profissionais que atuam em áreas muito específicas da medicina – verdadeiras sub-especialidades dentro de campos maiores – muitas vezes podem trazer dúvidas ao paciente sobre qual o especialista mais indicado, a participação de um “orientador qualificado” (o próprio médico que encaminha o caso ou um profissional da operadora), podendo facilitar esta decisão e assegurar a complementaridade das intervenções (sempre pressupondo que os profissionais envolvidos estejam à busca da melhor qualidade de atenção, sem quaisquer outras motivações que determinem as escolhas³⁰);
- ✓ a integração entre prestadores dos serviços complementares e o médico solicitante, encaminhando automaticamente os resultados dos exames pedidos, poderá resultar em importantes economias de tempo ao paciente, evitando a peregrinação da coleta de laudos (além do que, o próprio médico solicitante, se agendar por ocasião da primeira consulta os exames, já poderá marcar o retorno, mediante previsão da entrega dos serviços solicitados);
- ✓ “*open access*”: este é um conceito testado nos EUA e que parece afrontar muitos dos princípios de gestão empregados e apurados há anos no meio médico, quando se pregam os benefícios para o médico e para o paciente de trabalhar com hora marcada (muito embora seja também comum o paciente enfrentar longos períodos nas salas de espera de muitos profissionais, apesar da hora marcada). Trata-se da porta do prestador aberta, atendendo a quem se apresenta dentro do horário de atendimento, sem a necessidade de marcar hora. O modelo implantado em alguns centros médicos exige do médico que já na consulta realize todos os processos médicos e administrativos, onde se inclui o completo e correto registro da ficha clínica (que em muitos casos do modelo atual é feito de modo quase telegráfico – apropriado como ajuda momentânea à memória, mas insuficiente no médio prazo – quando não é deixado para um auxiliar administrativo em momento posterior, com evidentes perdas de qualidade do conteúdo). Os resultados relatados sobre este modelo são bastante interessantes, mostrando maior resolutividade dos casos, redução no tempo de espera total do paciente (entre a data de agendamento e o efetivo atendimento) e também no tempo total do médico.

²⁹ O referenciamento e contra-referenciamento formal, idealmente em documentação de formato padronizado, poderá contribuir significativamente tanto para a qualidade da atenção como para o bom uso do tempo do médico, uma vez que a história clínica verificada pelo primeiro profissional oferecerá aos demais um importante ponto de partida, exigindo apenas a eventual confirmação ou aprofundamento de algum detalhe.

³⁰ É também fato conhecido que os profissionais da medicina (e de quaisquer outras áreas) costumam formar redes de colegas convidados a participar de alguns processos que demandem a intervenção de equipes multidisciplinares – onde parte essencial ao bom funcionamento das equipes é a confiança na qualificação e modo de trabalho do grupo.

A análise das atividades e tempos empenhados pelos diferentes atores em cada processo, à semelhança do que se faz há muitos anos no meio industrial, também tem trazido contribuições importantes para a racionalização e ganho de produtividade no meio médico, resultando tanto em decréscimos dos custos como em um melhor aproveitamento da capacidade instalada, em benefício de quem presta o serviço (especialmente hospitais) e de quem paga por eles³¹.

5.2. EVENTUALMENTE SUJEITAS A REGULAMENTAÇÃO / VALIDAÇÃO PELA ANS OU OUTRAS ENTIDADES

5.2.1. Credenciamento e Capacitação de Corretores / revisão do modelo de comercialização

Diferentemente de outros setores nos quais as vendas de produtos são feitas por corretores (como o de seguros convencionais, por exemplo), o mercado de saúde suplementar não impõe quaisquer restrições de acesso a seus representantes comerciais, que sequer necessitam de formação específica.

Como se não bastasse o acesso livre e irrestrito, a atividade da corretagem se limita à venda do plano de saúde, não havendo exclusividade ou prestação de qualquer serviço no caso de ocorrência do sinistro: na verdade, o corretor é mero agente comercial, remunerado a cada venda fechada, criando um modelo de incentivos perversos, no qual se premia a rotatividade da carteira de clientes – não só pagando caras comissões por isto, mas ainda perdendo o histórico dos beneficiários (que reiniciam sua vida de segurados mediante o preenchimento da ficha de avaliação) e todos os investimentos feitos em prevenção e educação.

Analisando os balanços das principais empresas do setor, observa-se o ônus descomunal das comissões de vendas – muitas vezes similares ou superiores às de empresas industriais, cujo foco é a venda regular e contínua da produção de suas fábricas – no caso da saúde, em muitos casos, até superando as margens de resultado sobre a receita.

³¹ Um hospital na região de Adelaide, na Austrália, há cerca de 2 anos vem empregando os conceitos “lean” de gestão, criados pela Toyota, relatando diversos exemplos nos quais a análise de processos de modo holístico mostra claramente as ineficiências muitas vezes decorrentes de honestos esforços de otimizar a gestão de um hospital. Em um destes casos, uma das funções importantes do hospital era manter elevadas taxas de ocupação. Para isto, havia 2 enfermeiras encarregadas de alocar nos menores prazos possíveis as vagas abertas pela alta dada aos pacientes internados. O trabalho destas enfermeiras assemelhava-se ao de operadores de bolsa, em contato permanente com diferentes tomadores de serviço, “negociando” os leitos recém-disponibilizados. Como se tratava de um hospital de grande porte, este sistema acabava acarretando a dispersão dos pacientes de um mesmo médico por diferentes alas e setores, resultando na multiplicação do tempo gasto pelos médicos para passar visitas, muitas vezes gastando mais tempo no corredores entre um leito e outro de que no próprio atendimento aos pacientes, minando a capacidade de atendimento dos profissionais pelo significativo gasto de tempo determinado pelos deslocamentos.

É portanto uma situação insustentável na perspectiva da gestão empresarial: o modelo é caro e ineficiente, incentiva o comportamento contrário aos interesses de quem paga, utiliza profissionais sem qualificação específica, que não prestam serviços a quem compra nem a quem vende.

Fica a questão de como se mantem, há tanto tempo, este modelo: a resposta é simples – ele subsiste pela falta de união e colaboração entre as operadoras, e pela ausência de uma regulação efetiva das autoridades. Operadoras individuais optam por não fugir deste modelo perverso por receio de perderem clientes, capturados e desviados por corretores que operam com o estímulo da comissão sobre vendas, servindo melhor a quem pagar mais.

As ações necessárias para mudar radicalmente este quadro são simples, e encontram paradigmas em outros mercados, como o securitário, regido pela SUSEP:

- ✓ criar de filtros efetivos para credenciamento / registro de corretores, exigindo qualificação adequada e especificando os serviços que devem ser prestados; e
- ✓ definir um sistema de remuneração com incentivos apropriados aos objetivos das OPS's (prêmio por permanência e resultado financeiro dos seguros vendidos pelo corretor, prestação de serviços aos segurados, etc.)

O sucesso desta medida, entretanto, depende da adesão em massa das OPS's, sugerindo que o caminho mais promissor é o da regulação por agente externo.

Principais Benefícios Esperados

Os benefícios são relevantes e imediatos: redução do peso de comissões de venda nos balanços (e resultados) das empresas, operação de um corpo de corretores qualificados que trabalham para as OPS's (e não contra elas) e criação de incentivos para a gestão do risco individual, diante da possibilidade de colher os resultados deste investimento (ao invés de entregá-lo à concorrência).

5.2.2. Participação dos Usuários

O uso dos recursos diagnósticos e terapêuticos do sistema por parte dos beneficiários de planos de saúde é a principal fonte geradora de custos.

Alguns destes custos são inerentes à cobertura proposta, mas outros são desnecessários, em especial quando da multiplicação do mesmo ato sem benefício marginal. Os exemplos mais comuns se apresentam em casos nos quais o usuário consulta diversos médicos para solucionar um mesmo problema - quer por desejo pessoal de (re)confirmação do diagnóstico ou tratamento, quer por desconhecimento ou falta de um mecanismo eficiente de triagem ou gerenciamento (uma dor nas costas, por exemplo, podendo ser tratada por um clínico, ortopedista ou neurologista, muitas vezes o paciente

se dirigindo às três especialidades - e às vezes ainda a mais de um profissional em cada área - antes de se fixar em algum deles; e cada um solicitando exames específicos, muitas vezes não aceitando aqueles feitos anteriormente ou sequer sabendo de sua existência).

Uma forma de contenção e racionalização buscada por diversos modelos é a conscientização e envolvimento do usuário com a gestão dos recursos do sistema, procurando coibir seu uso indiscriminado e irracional, cujas consequências se refletem na elevação das contribuições a médio prazo.

Este envolvimento pode dar-se em diversos níveis, demandando diferentes tipos de atuação:

a) Política

O envolvimento do usuário na definição das políticas normativas do uso do sistema é um recurso que permite racionalizar o uso *ex ante*, trazendo os benefícios e dificuldades da co-gestão, em especial se tratando de uma grande massa de usuários - situação que limita a participação à validação de propostas pelo grande contingente populacional assistido e/ou o envolvimento de um grupo restrito, porém representativo da classe, na tomada de decisão, planejamento e controle. É um recurso bastante apropriado para os planos coletivos, e sua ação deve se respaldar no conceito de gerenciamento de risco.

b) Econômica

A participação econômica é um mecanismo direcionado à racionalização *no momento do uso*, coibindo o uso excessivo dos recursos do sistema por meio de penas monetárias, cujos instrumentos mais comuns são o co-pagamento (aplicável especialmente nos procedimentos de menor custo) e a franquia (mais usual em procedimentos de maior custo).

c) (In)Formação do Usuário

Muitas vezes a causa do uso excessivo do sistema se encontra na já citada assimetria de informação, o usuário leigo defrontando-se com a necessidade de autorizar intervenções em seu próprio organismo, eventualmente com riscos de seqüelas ou mesmo de vida, recomendadas por profissionais de uma ciência pouco exata, conforme se demonstra pela divergência de opiniões tão freqüentemente encontrada entre diferentes médicos em relação a um mesmo caso, em especial se complexo.

As duas grandes linhas de informação das quais carece o usuário na orientação de seu comportamento estão relacionadas com aspectos técnicos e com os valores envolvidos no tratamento, estes relegados a uma dimensão irrelevante quando do mecanismo do terceiro pagador com responsabilidade integral pelo pagamento da conta.

Um terceiro recurso que subsidia a racionalização do uso relaciona-se com a mudança de postura do usuário, investindo a curto prazo em sua *informação*, e a médio termo em sua *formação*, desenvolvendo os instrumentos que assegurem a transparência do sistema.

Um instrumento que exemplifica esta linha de ação é a introdução de avaliações de risco individual como determinante do prêmio a ser pago, trazendo incentivos para comportamentos saudáveis e participação regular em programas de prevenção.

Principais Benefícios Esperados

O principal benefício deste tipo de programa está no entendimento pelo usuário – seja ele ou seu empregador o contribuinte – que o uso do sistema implica em custos, que acabam sendo repassados à fatura, e que excessos podem elevá-la a patamares que inviabilizem a contribuição.

O que se busca, portanto, é o comportamento consciente e responsável, o beneficiário assumindo parte da responsabilidade pela manutenção de sua saúde e pelos custos gerados, assim contribuindo para a sustentabilidade do sistema a que está filiado.

Dados os problemas da assimetria de informação e também dos incentivos perversos que se encontram muitas vezes no esquema de remuneração dos prestadores, fica evidente que o sucesso de uma iniciativa desta natureza não depende apenas do segurado, mas sim de uma ação coordenada e harmônica envolvendo todos os intervenientes no modelo.

5.2.3. Capitação

O sistema de saúde supletiva brasileiro baseia-se no conceito geral de capitação, quando as OPS's recebem uma contribuição pré-fixada (de pessoa física ou jurídica), comprometendo-se a assumir todos os riscos de saúde dos beneficiários / contribuintes.

O mesmo conceito de pré-pagamento poderia ser expandido em um sistema de "sub-capitação", no qual as OPS's repassam a prestadores ou grupos de prestadores uma parcela do valor que recebem por segurado, e o prestador assume uma parte do risco global, conforme sua especialidade (pediatria, cardiologia, gineco-obstetícia, etc.).

Este é um modelo de socialização o risco da OPS, que embute incentivos para a racionalidade e economia nas principais especialidades, na medida em que os especialistas tenham sua remuneração condicionada mais à saúde de que à doença.

A base conceitual da capitação está ligada à socialização do risco individual da saúde, envolvendo:

- ✓ pelo lado do usuário a "compra" da garantia de atenção à saúde por um preço pré-fixado, e

- ✓ a criação de um gestor da massa de recursos destinados ao resguardo das necessidades de saúde da população segurada, cuja motivação está no ganho possibilitado (i) pela redução do risco de saúde entre os patamares estimados para fixação dos preços de venda e as reais necessidades do grupo; e (ii) pela utilização dos recursos de atenção mais custo-efetivos a que possa ter acesso.

Os maiores riscos deste modelo estão associados à possibilidade de sonegação de serviços ao beneficiário, seja por exclusões, seja por redução de qualidade (com vistas ao custo mínimo), e à falta de concorrência (quando o gestor, em uma situação de monopólio ou reserva de mercado, sobrepõe os seus interesses de ganho aos interesses da população segurada, repassando ineficiência e incapacidade aos custos).

Desvios menores relacionam-se com as situações de *moral hazard*, *free-riding*, conflitos de prioridades quando o gestor acumula o papel de prestador e eventuais fraudes motivadas principalmente por políticas de remuneração distorcidas e controles inadequados.

O exemplo mais conhecido de modelo de capitação em larga escala é apresentado pelo sistema britânico de saúde (público), no qual cada cidadão se filia a um clínico ("GP - General Practitioner"), com a opção de mudar se não for prestado um serviço satisfatório, passando o GP a receber uma tarifa pré-fixada *per capita*, e assumindo a responsabilidade pela promoção e recuperação da saúde da população que lhe é assignada.

Conceitualmente o incentivo ao GP está em manter elevado o nível de saúde de sua população, de modo a minimizar o dispêndio com a não-saúde (em geral mais cara do que a prevenção), maximizando seu ganho.

A base do sistema britânico está no fomento à concorrência, tanto entre GP's como entre profissionais e estabelecimentos especializados, que competem pela atenção dos GP's, procurando lhes vender seus serviços.

Esta concorrência acabou estimulando a transparência, na medida em que médicos e hospitais passaram a fazer uso da informação objetiva como elemento de marketing, divulgando estatísticas de que atestam sua resolutividade e qualidade, muitas vezes certificada e publicada por entidades independentes.

A aplicação do modelo de capitação pode ser imaginada tanto para toda a massa segurada de uma OPS como para alguns segmentos selecionados.

No primeiro caso, o núcleo administrativo de uma OPS assumiria as funções de planejamento e controle do sistema de saúde e a responsabilidade pela gestão dos recursos de longo prazo, estabelecendo os níveis de qualidade de processos e

resultados, e acreditando profissionais para assumirem a incumbência operacional pela atenção à saúde da população beneficiária, mediante remuneração por capitação³².

Essencial para o sucesso deste modelo seria a manutenção da concorrência entre prestadores, que devem procurar atrair e manter sua clientela através da qualidade da atenção oferecida.

Esta concorrência deveria ser complementada por critérios objetivos e transparentes de avaliação, mensurando o grau de atendimento das expectativas do modelo, agregando critérios de saúde e financeiros.

Apesar de atraente o modelo, sua operacionalização é bastante complexa, particularmente por dar cobertura a todo tipo de riscos de saúde, assim exigindo a segmentação do risco (e do prêmio) até mesmo a situações de baixa incidência, onde a tarifação justa, além de difícil de ser estabelecida, pode ser pouco atraente para o prestador.

Do ponto de vista prático, portanto, o modelo é mais aplicável a grupos da massa segurada que tenham expressão, quer pelo volume de pessoas – como é o caso de gineco-obstetrícia ou pediatria – quer pelo custo total – caso da cardiologia ou oncologia.

Principais Benefícios Esperados

O grande atrativo do conceito de capitação aplicado a toda a cadeia dos prestadores de serviços de saúde é a ruptura do círculo vicioso do terceiro pagador, os diferentes elos da cadeia envolvidos no esquema de capitação passando a perseguir os benefícios da custo-efetividade em seu âmbito de atuação.

Por outro lado, quando a ANS quando estabeleceu a obrigatoriedade de cobertura integral a todos os planos de saúde, trouxe significativo impacto à sustentabilidade de muitas empresas – especialmente as de menor porte – cuja vulnerabilidade ao risco catastrófico (representado pela ocorrência de alguns casos de tratamentos de alto custo) é enorme.

Este risco poderia ser amenizado pela capitação, transferindo a profissionais das áreas críticas parte do ônus (e da receita) assumido. Estes profissionais, pela massa de beneficiários composta pelos segurados de diferentes operadoras, poderia ter um volume de expressão suficiente para diluir o risco e ainda permitir a escala indispensável para amortizar os investimentos em equipamento especializado.

³² O papel da Operadora, neste modelo, seria similar, por exemplo, a grandes empresas construtoras ou montadoras de automóveis, cuja atuação é docada no desenho do produto final e na coordenação do processo produtivo, selecionando e integrando variados fornecedores, preferencialmente detentores de certificados de qualidade assegurada, de modo a produzir os resultados almejados ao menor custo e dentro das especificações inicialmente feitas.

Uma alternativa ao sistema de capitação, com o mesmo objetivo de contenção de custos – e com semelhantes riscos de sonegação e qualidade – é a negociação de pacotes básicos a preços pré-estabelecidos, conforme discutido a seguir.

5.2.4. Programas de Capacitação Profissional para o setor

Apesar do porte e expressão do setor de saúde suplementar, são poucas / insuficientes as iniciativas de formação de especialistas nos diferentes campos profissionais demandados pelas OPS's.

Também na formação de profissionais médicos é insuficiente a capacitação em matérias relacionadas à gestão, particularmente princípios gerais de administração, fundamentos jurídicos, custos e gestão de riscos – temas essenciais ao modelo de operação do mercado de saúde no Brasil, onde significativo contingente de prestadores operam como pessoas jurídicas e poderão vir a se inserir em modalidades de remuneração vinculadas à custo-efetividade ou mesmo compartilhar riscos e resultados.

Da mesma forma, não há profissionais médicos ou técnicos sendo preparados em quantidade e qualidade suficientes para o competente exercício de funções de *gate-keepers*, auditoria médica e outras especialidades emergentes.

No meio hospitalar, principal segmento prestador de serviços da saúde suplementar, existe grande carência de profissionais das áreas de interface entre a medicina e a administração, particularmente nas atividades de secretaria clínica (apoio administrativo aos médicos no completo preenchimento de todos os documentos), custos e qualidade.

De modo geral, as entidades de formação profissional definem seus programas com base nas carências atuais/passadas de competências, e sem interação / validação dos conteúdos pelos futuros empregadores de seus alunos. Frente à dinâmica do mercado e às limitações supra, quando terminam o curso – alguns anos depois – os alunos já não estão atualizados.

Diante deste cenário seria bastante oportuna uma iniciativa estruturada de fomento à formação de quadros qualificados para as necessidades atuais e futuras do setor, incluindo:

- ✓ a criação de um conselho de educação, composto por representantes das diferentes empresas empregadoras (OPS's, hospitais, etc.), para definirem os futuros profissionais que teriam empregabilidade em um cenário de alguns anos e os respectivos perfis de qualificação necessária;
- ✓ análise o *gap* de conhecimento entre os profissionais atuais e os demandados pelo mercado;
- ✓ definição dos conteúdos de programas de formação para cada profissional;

- ✓ desenvolvimento dos programas de capacitação (por meio de especialistas contratados e/ou em parceria com instituições existentes dedicadas à formação profissional)
- ✓ oferta cursos próprios e/ou interagir com escolas / universidades / Ministério da Educação para que os conteúdos definidos sejam integrados aos *curricula* regulares ou oferecidos em programas de extensão

Principais Benefícios Esperados

Os primeiros benefícios não serão capturados em um horizonte inferior a no mínimo 5 anos, quando estiverem sendo incorporados pelo mercado os primeiros profissionais, preparados para as reais necessidades das empresas e, principalmente, saindo das escolas com os conhecimentos atualizados, melhorando a qualidade das operações e da gestão do setor.

Do ponto de vista dos egressos destes novos cursos, existe a expectativa de maior empregabilidade.

5.2.5. Pacotes básicos e protocolos

A idéia básica, tanto para os protocolos³³ quanto para os pacotes básicos, é a do ganho de eficiência através da padronização. Embora em outras áreas de atividade econômica esta padronização já tenha sido há muito atingida, ela parece ainda distante na área da saúde.

As principais dificuldades (principalmente no estabelecimento de protocolos) estão relacionadas a vários fatores, tais como, a grande variabilidade dos quadros patológicos, a ausência de consenso em relação à melhor prática, a grande oferta de produtos com funcionalidades similares, a variabilidade da resposta de diferentes pacientes ao mesmo produto, etc.

Suspeita-se, entretanto, que a própria natureza da formação do pessoal de saúde desempenhe papel preponderante na resistência ou mesmo antagonismo muitas vezes encontrado, entendendo qualquer tentativa de padronização como uma interferência indevida em sua prática profissional.

³³ Os primeiros esforços de padronização na área médica foram feitos pelos hospitais, buscando definir um conjunto mais restrito de medicamentos e materiais que deviam manter em estoque, dada a dificuldade de conseguir com a rapidez requerida os variados produtos prescritos pelo corpo clínico – especialmente quando se tratava de estabelecimentos com corpo clínico aberto (na época, ainda não havia serviços de entrega tão ágeis quanto os atuais). Para a definição destas listas referenciais de produtos, foi preciso discutir os procedimentos dos diferentes profissionais de cada especialidade, iniciando-se assim a análise de protocolos. A definição de “pacotes básicos” é iniciativa mais recente, buscando alternativas de remuneração a preços pré-fixados, tendo como base os protocolos.

Assim, o primeiro passo no êxito da definição de pacotes e de protocolos é o envolvimento direto dos profissionais (inclusive das associações de classe e/ou centros de referência reconhecidos como de excelência em sua especialidade) desde a própria definição das áreas que serão objeto de normatização, passando pela definição de padrões aceitáveis e respectivos preços, até um mecanismo de permanente reavaliação.

Em segundo lugar, há que se trilhar um caminho progressivo, onde os procedimentos de alta frequência e baixa complexidade sejam os primeiros a serem objeto do estabelecimento de pacotes e protocolos.

É também fundamental que tanto a normatização quanto a eventual fixação de valores seja objeto de razoável discussão, contemplando, entre outros: (i) diferenças de custos, por região e também por graus de gravidade do caso; (ii) estabelecimento de indicadores qualitativos, respaldados em melhores práticas nas condutas em questão; (iii) sistemas de auditoria e controle que evitem a sonegação de serviços, recursos diagnósticos ou terapêuticos.

Principais Benefícios Esperados

O principal benefício de negociações de pacotes de serviços a preços definidos para ocorrências repetitivas e de grande volume – por exemplo partos normais ou cesarianas – é a previsibilidade dos gastos para o gestor dos recursos, e da receita para o prestador, associando-se ambos no interesse de manter os gastos dentro dos limites negociados.

5.2.6. Sistemas de Incentivo à Redução de Riscos

O negócio do setor de medicina supletiva é, em última instância, securitário: recebe-se uma contribuição pré-fixada, cuja contrapartida – em dinheiro ou serviços - é a responsabilidade pela manutenção e recuperação da saúde do beneficiário.

Em tese, contribuição é calculada por parâmetros atuariais, em função do risco que representa cada segurado, conforme sua idade, sexo, antecedentes familiares, histórico, hábitos e estilo de vida, etc.

No caso de planos coletivos, o risco é diluído por uma base maior de beneficiários, e costuma ter algumas vantagens adicionais pela faixa etária dos segurados (em sua maioria na idade laboral e com dependentes mais jovens), e com possibilidades de controles regulares e acompanhamento permanente através de atividades preventivas estabelecidas em conjunto com o empregador / contratante.

O custo e resultado deste tipo de negócio, depende da incidência e gravidade dos sinistros ocorridos, dos respectivos custos de intervenção (prevenção e tratamento) e também da precisão das estimativas feitas.

Conforme debatido anteriormente, não é incomum dentre os beneficiários de seguro-saúde o comportamento pouco responsável – caracterizado como *moral hazard* – intencional ou não.

Do ponto de vista empresarial da operadoras e profissional dos médicos, é recomendável o desenvolvimento de práticas de redução do risco, contribuindo para os resultados das empresas e também para a qualidade de vida das pessoas.

Parte das atividades podem ser obrigatórias, mas a maioria depende do desejo de adoção do beneficiário – podendo ser estimulado por incentivos variados.

No Brasil já está amplamente institucionalizada a tarifação de seguros de veículos com base no perfil de risco de cada cliente – por seu sexo, idade e antecedentes de sinistro. Em outros países, conceito similar é amplamente utilizado para estabelecer os prêmios de seguros, oferecendo descontos para aqueles que representam menor risco, por exemplo não levando vida sedentária, não fumando, submetendo-se a controles de saúde regulares (especialmente se de grupos de risco), etc.

É este conceito que advogamos para o setor: a elaboração de programas de redução de risco, compostos com mecanismos de incentivo à adesão.

Para a pessoa física – seja beneficiária de planos individuais ou coletivos – as atividades são as acima indicadas: controles regulares com desenho específico conforme o perfil de risco (idade, sexo, antecedentes familiares ou próprios de hipertensão, diabete, cardiopatias, etc.), alimentação e hábitos saudáveis, combate sistemático a características indesejáveis (obesidade, fumo, stress, sedentarismo, etc.).

A adesão a este tipo de programa deverá ensejar retribuições compatíveis com o benefício, mas das mais perceptíveis sendo a redução das contribuições, mas podendo ser criadas outras, de cunho mais qualitativo, como por exemplo programas de monitoramento de progresso e *benchmarking*, pontuação que valorize o desempenho / progresso, formação de grupos de interesse comum, acesso privilegiado a serviços de apoio aos programas (academias, aconselhamento nutricional e similares).

No contexto dos planos empresariais, além das mesmas atividades propostas aos segurados individuais, podem ser desenvolvidas propostas relacionadas com o ambiente laboral, medicina ocupacional, ergonomia e demais indutores de saúde, as OPS's – diretamente ou através de serviços contratados – promovendo programas regulares de avaliação do ambiente e processos de trabalho, auxiliando as empresas-clientes a otimizarem as condições laborais. Os estímulos poderão ser diretos – negociações de tarifas baseadas em adesão aos programas e/ou implementação das recomendações – ou indiretos, demonstrando o valor pela redução de acidentes e do absenteísmo.

Principais Benefícios Esperados

Além do benefício qualitativo para os segurados, que gozarão de melhor qualidade de vida e maior grau de higidez, existirão benefícios materiais para todos os atores do sistema, contribuindo para a sustentabilidade e equilíbrio econômico-financeiro do setor:

- ✓ poderão existir reduções de custos para os segurados, em planos individuais ou coletivos;
- ✓ serão menores os custos para as operadoras, priorizando atividades preventivas sobre curativas;
- ✓ abrir-se-ão novos espaços de atuação profissional para os prestadores.

5.2.6. Gate-keepers

Literalmente poder-se-ia traduzir “*gate-keeper*” por “guardião do portão”, ou seja, aquele que controla o acesso aos serviços de saúde. A idéia aqui é que se deve ter um primeiro “filtro” no sistema, que, além de ter algum grau de resolutividade, seja capaz de direcionar e racionalizar a demanda de serviços. Além destas potencialidades óbvias, o estabelecimento de um canal de entrada controlada no sistema possibilita uma série de procedimentos de ordenação dos fluxos de informação médica e administrativa; o “*gate-keeper*” é, por natureza, o *locus* privilegiado na rede de informações, equidistante em relação às pontas do sistema.

Dentro de um esquema de capitação, o exemplo do *General Practitioner* na Inglaterra tem exatamente esta função. Existem, entretanto, inúmeros outros exemplos da utilização de *gate-keepers* em sistemas públicos e privados de saúde sem a utilização concomitante de capitação. O médico de família em Cuba, deveria, pelo menos teoricamente, desempenhar este papel; no âmbito privado, muitos programas norte-americanos se valem deste instrumento de racionalização de serviços e controle de custos.

O sistema de autorização prévia de internações e de alguns procedimentos adotado por muitas OPS's é um modelo de *gate keeping*. Sua existência, entretanto, é vista (principalmente pelo usuário) como um entrave burocrático, visão esta reforçada pelo fato de a função ser exercida à distância, na maioria das vezes o processo sendo realizado por telefone.

O valor do *gate keeper* poderia ser potencializado se conjugado com o *case management* – onde, idealmente, o profissional que exerce a função é o médico de escolha da família, preferencialmente clínico, conhecendo os antecedentes pessoais e familiares do paciente e de sua enfermidade; e assim gozando da confiança dos envolvidos para planejar o melhor esquema terapêutico.

À falta da figura deste médico de família como guardião das vias de acesso ao sistema de saúde, o prontuário único é outro recurso de grande valor, na medida em que contenha todos os registros necessários para que o *gate-keeper* possa conhecer o caso com a

necessária profundidade, permanecendo a recomendação de aliar à função de guardião aquela de planejador da conduta diagnóstica e terapêutica mais custo-efetiva e resolutive.

Principais Benefícios Esperados

Um dos principais resultados desejáveis da atuação do *gate-keeper* é o uso mais racional da capacidade instalada, ou seja, que as vias de acesso aos serviços sejam restritas a duas portas de entrada: o encaminhamento pelo clínico ou o serviço de urgência / emergência.

Com esta abordagem, ter-se-á uma distribuição da demanda mais coerente com a complexidade do estabelecimento prestador, solucionando pelo menos 80% dos casos em consultórios e ambulatorios, e reservando os serviços hospitalares exclusivamente aos casos que demandam a retaguarda técnica e tecnológica deste tipo de estabelecimento.

É importante que haja também o contra-referenciamento por ocasião da “devolução” do paciente a quem o encaminhou, registrando os procedimentos efetuados e resultados alcançados, retornos e controles necessários, etc.³⁴

5.2.7. Case Managers

Os *case-managers* são normalmente utilizados dentro do contexto da atenção à terceira idade e no gerenciamento de enfermidades crônicas que demandam tratamentos de alto custo, que com frequência envolvem simultaneamente diversos serviços, tais como: exames complexos, sessões regulares de terapia especializada, apoio psicológico, cuidados domiciliares, transporte especial, terapia ocupacional, serviços de reintegração social, etc.

Em outros países, especialmente na Europa, a assistência a pessoas com limitações importantes, pela idade ou por enfermidade, contempla um cardápio de serviços ainda mais amplo, incluindo, além das necessidades relacionadas ao tratamento, também os cuidados domésticos essenciais, tais como preparo da alimentação, passeios, lavagem de roupa, etc.

A intervenção de diversos médicos de diferentes especialidades, sem um mecanismo de planejamento e coordenação adequado, tende a multiplicar as solicitações de recursos diagnósticos e terapêuticos, gerando significativos e desnecessários custos para o sistema e muitas vezes pouca efetividade para o paciente.

³⁴ Neste tipo de situação, ficam claros os benefícios de sistemas de gestão, informação e atenção médica interligados. Assim, por exemplo, teríamos o *case-manager* orientando o tratamento que será dispensado ao paciente, discutindo-o com o *gate-keeper* a partir da história clínica registrada no prontuário único, encaminhando o paciente ao especialista e/ou estabelecimento especializado apenas para o que não possa ser realizado em local com infra-estrutura menos complexa, e retornando o paciente à origem tão logo possível.

Principais Benefícios Esperados

A função do *case manager* é auto-explicativa quando se consideram os benefícios: trata de incrementar a racionalidade no uso dos recursos do sistema, planejando e coordenando ações diagnósticas e terapêuticas com vistas à resolutividade, custo-efetividade e qualidade.

Apesar de claros os objetivos da função, sua intervenção dependerá do modelo de trabalho e inserção na estrutura médica e administrativa, bem como o sistema de remuneração e incentivos. Um dos conceitos mais atraentes é a conjugação das funções de *case manager* e *gate keeper*, preferencialmente dispendo de prontuários centralizados e completos, que dêem ao profissional os instrumentos mais amplos para o exercício de sua atividade.

O sistema de capitação, descrito a seguir, poderia ser um complemento interessante, onde o modelo de remuneração e incentivo do gestor da saúde de um grupo de segurados, traz incentivos apropriados à busca da economia e custo-efetividade.

5.3. SÓ FUNCIONARIAM DE MODO SATISFATÓRIO SE ADOTADAS PELA MAIORIA / TOTALIDADE DAS EMPRESAS (AUTO-REGULAÇÃO)

5.3.1. Padronização e Automação de Procedimentos Administrativos

Apesar do elevado grau de informatização tanto de prestadores (principalmente hospitais e laboratórios de análises) como de operadoras, nas relações entre elas, e também com outras empresas, fornecedores ou clientes, ainda existe um importante potencial de ganhos de eficiência, através da padronização de documentos e da automação de processos.

Exemplo característico deste tipo de situação é encontrado nas rotinas de autorização de internações e procedimentos, quando interagem os médicos que solicitam o procedimento, o hospital ou laboratório e a operadora, em um processo que envolve inúmeros telefonemas, com atendentes e secretárias tentando decifrar a letra do médico, dificuldades de entendimento de termos técnicos, demoras, retrabalhos e ineficiências nos mais variados formatos.

Outro caso que evidencia as dificuldades e custos gerados pela falta de um padrão comum de documentos e procedimentos é o sistema de cobrança de consultas da rede de médicos independentes: cada operadora exige um formulário próprio e um processo diferente, assoberbando secretárias e pessoal pouco afeito a este tipo de burocracia com uma enorme massa de formulários específicos, tomando tempo, gerando erros e dificuldades.

O cenário de um procedimento único, com formulários padronizados – ou preferencialmente a eliminação de papéis e a introdução de um sistema inteiramente informatizado, à semelhança dos cartões de crédito, utilizando as identidades digitais do prestador e do usuário, e já registrando o procedimento feito e seus resultados no prontuário único sugere o volume de economias que podem ser feitas e o incremento potencial na eficiência administrativa do setor.

São processos administrativos de grande volume em todo o sistema, repetitivos e burocráticos, com todas as características necessárias para a automação.

O mesmo tipo de situação se encontra em quase todas as áreas, que cumprem rotinas de controle, de demandas e consumos, de faturamento, de compras e abastecimento, de faturamento e pagamento, etc.

Os muitos exemplos de processos de automação comercial e administrativa que já existem em outros setores de atividade econômica, particularmente em indústrias de grande porte, no segmento de turismo e no varejo supermercadista, onde a gestão de *supply chain* já vem sendo praticada há muito tempo, e cujas experiências (e muitos instrumentos) podem servir como paradigmas para a revisão de procedimentos entre os agentes do setor da saúde.

Elemento crítico para o sucesso deste tipo de iniciativa é que haja padrões setoriais de documentos, procedimentos e inclusive sistemas e *software*, assegurando a interoperabilidade dos interessados e conectividade de sistemas.

O comércio eletrônico entre empresas, também conhecido como B2B (*business-to-business*) é um exemplo da integração de empresas e áreas, grande avanço em relação anterior no qual o relacionamento entre as empresas era aos pares, na maioria das vezes sem interligação entre eles, quando comprador tratava com vendedor, contas a pagar com contas a receber, recebimento com entrega, etc. – muitas vezes um assumindo compromissos pelos demais (especialmente vendas em relação à logística, prometendo de tudo para poder fechar o negócio), sem saber da possibilidade de cumprir o prometido, gerando inúmeros problemas posteriores.

O “novo modelo” tem características totalmente diversas: alinham-se as estratégias entre empresas considerando que seus objetivos são os mesmos (uma indústria produz para vender e satisfazer as expectativas de quem compra e usa o produto, da mesma forma que o comércio que revende este produto procura cativar e satisfazer seu cliente – nada mais lógico, portanto, que ambos trabalhem em conjunto para definir a melhor maneira de trabalhar a linha de produtos da indústria naquele ponto de venda,) e racionalizam-se os processos com o intuito de apresentar os mais elevados níveis de serviço com os menores custos, a bem da competitividade de ambos.

É cada vez mais comum a interligação de todas as áreas de empresas – um fato registrado em uma, automaticamente acionando os sistemas correspondentes das demais. Assim, por exemplo, quando da confirmação de um pedido, automaticamente se

prepara o agendamento da entrega (disponibilizando espaço, etc.), se acionam os sistemas de previsão de pagamentos, de marketing, vendas, etc – a cada vez mais trabalhando com a gestão dos produtos ao longo da cadeia.

Outro exemplo interessante é o das montadoras de automóveis, cuja produção ocorre, em muitas linhas, sem dispor de estoques: os fornecedores entregam seus componentes diretamente na linha de montagem, compartilhando os planos de vendas e de produção diária, em um processo contínuo de abastecimento que evita todos os procedimentos (e custos) de recebimento, conferência, armazenagem, separação, transporte interno, etc.

A integração e interdependência de empresas cria evidentes riscos – a falha de um podendo penalizar todos os demais – mas seus benefícios são tão evidentes e seus incentivos tão objetivos que aumenta enormemente o nível de responsabilidade dos envolvidos, reduzindo falhas e gerenciando os problemas de forma conjunta, antes que ocorram.

Erros, retrabalhos, devoluções, produtos não aceitos, estoques desnecessários em qualquer ponto da cadeia, significam ineficiências, cujos custos não são mais suportados por negócios cuja lucratividade é cada vez mais enxuta (grandes empresas industriais e comerciais transnacionais operam hoje com taxas de resultado da ordem de 2% ou 3% sobre o faturamento).

Este esforço envolve o mapeamento de processos ao longo da cadeia, e o questionamento do modo como as coisas são feitas, eliminando duplicidades, procedimentos manuais, e demais atividades que agregam custos sem criar valor e procurando substituir procedimentos manuais repetitivos por processos automáticos.

A operacionalização destas atividades demanda registros e controles eficientes (como reduzir custos sem conhecê-los ?), e tem como premissa a informatização.

O processo recomendado³⁵ para trabalhar estas questões é formando grupos de trabalho de profissionais de áreas afins ou complementares de diferentes empresas, idealmente representando toda a cadeia produtiva, contando com a coordenação / facilitação de algum especialista externo, analisando problemas recorrentes e oportunidades não capturadas, propondo melhoras e testando estas propostas em estudos piloto sempre que conveniente.

Uma vez aprovado o novo processo ou procedimento, este deverá ser descrito e minimamente adotado por aqueles envolvidos no projeto – que deveriam também

³⁵ Uma alternativa seria a contratação de empresas especializadas [ara desenhar e manualizar os novos processos, porém esta solução muitas vezes enfrenta importantes barreiras, destacando-se: (i) normalmente as soluções tendem a ser desenhadas para quem contrata a consultoria, revendo os procedimentos de determinada empresa, e não do setor – reversamente poder-se-ia questionar quem estaria preparado a arcar com o ônus dos honorários de um trabalho desta natureza, para em seguida disponibilizar o produto a concorrentes; (ii) a necessidade de discussão de diferentes modelos de operação, de sorte que a solução proposta atenda às características das empresas do setor em questão; (iii) a motivação para implantação.

capitanear o processo de disseminação destas melhores práticas entre seus parceiros de negócios.

Dependendo da área considerada, pode ser importante considerar os recursos tecnológicos disponíveis em outras cadeias, avaliando os melhores instrumentos para implementar os conceitos preconizados face às condições de operação dos estabelecimentos envolvidos.

Principais Benefícios Esperados

Este tipo de iniciativa tem um enorme potencial de redução de custos e de incremento de eficiência, cujos benefícios são recorrentes.

Na cadeia supermercadista brasileira a utilização deste tipo de procedimento permitiu a redução dos custos operacionais de toda a cadeia em cerca de 10% - número similar ao alcançado nos EUA e em diversos países da Europa.

Benefícios qualitativos adicionais incluem a redução de confrontos e a construção de parcerias duradouras, compartilhando informações e alinhando sistemas.

5.3.2. Programa de Combate Sistemático a Fraudes

O setor de saúde suplementar, conforme debatido nos capítulos iniciais deste relatório, sofre de fraudes sistemáticas por parte de diferentes atores: prestadores, usuários e corretores, cada qual em seu universo de atuação, busca vantagens pessoais e principalmente financeiras, em prejuízo das operadoras.

As operadoras, por sua vez, têm mecanismos próprios de combate a fraudes, com diferentes graus de eficácia e efetividade.

Faltam recursos e mecanismos setoriais que coíbam efetivamente as fraudes, expondo fraudadores e fechando-lhes as portas ao setor, aumentando os riscos decorrentes da prática de atos ilícitos.

Conceitualmente, o programa de combate sistemático a fraudes deve se desenvolver em duas frentes:

- ✓ aprimoramento dos mecanismos de detecção de fraudes; e
- ✓ implementação de sistemas efetivos de punição, expondo os fraudadores e lhes barrando o acesso a outras vítimas potenciais.

No campo da identificação das fraudes, as mais complexas – e possivelmente numerosas – se encontram no campo dos prestadores, com uma gama de ações que vai desde a

falsificação de informações até uma série de procedimentos que se situam em uma área “cinzenta” de meias-verdades, como por exemplo o registro de diagnósticos plausíveis que melhor remuneram o caso em questão, o uso desnecessário de recursos de alto custo sobre os quais o médico tem alguma participação, a alta taxa de intervenções com materiais caros em cuja comercialização existe alguma margem para o médico, etc. Casos como estes, podem ou não ser ilícitos – todas estas atitudes podem ser tecnicamente plausíveis, mas não justificáveis do ponto de vista financeiro, deixando aberto um importante campo de discussão, cuja melhor resposta seria o elenco de melhores práticas.

Qualquer que seja o campo – prestadores, usuários, corretores ou mesmo gestores internos das empresas – a ferramenta para identificação das fraudes é a auditoria, idealmente aliando sistemas automatizados com intervenções manuais (à semelhança dos procedimentos da Receita Federal).

Neste campo também, já existem muitos processos e procedimentos implantados em todas as empresas, mas poderiam ser auferidos ganhos pelo intercâmbio de experiências e tecnologias, procurando posicionar os auditores sempre um passo à frente dos fraudadores.

A organização de eventos periódicos reunindo os profissionais da área, trazendo *expertise* nacional e internacional do setor saúde e de outros, poderia agilizar o aprimoramento técnico desta área, e mesmo propor medidas setoriais que coibissem fraudadores em sua atividade.

O complemento desta atividade está nas potenciais consequências para os fraudadores: de um lado existem os caminhos regulares da justiça – que em muitos casos são evitados, quer pelo montante envolvido, quer pela morosidade nos processos ou mesmo pelas dificuldades em comprovar a fraude, especialmente quando se trata de prestadores, que contam com o manto do melhor julgamento no momento da decisão tomada e também de certo corporativismo da classe profissional, que dificilmente expõe algum de seus membros – e de outro os recursos próprios que o sistema poderia criar, tais como listas negras (de corretores, prestadores ou usuários) e serviços de verificação de antecedentes, semelhantes à Serasa ou SPC.

Principais Benefícios Esperados

Os benefícios são quantitativos – reduzindo as perdas decorrentes das fraudes praticadas – e qualitativos, através da moralização do setor e exposição dos fraudadores.

5.3.3. Central de Compras e Serviços Compartilhados

Apesar da concorrência de operadoras e prestadores pela preferência dos usuários definir um ambiente de concorrência acirrada, existem muitos serviços de retaguarda, comuns a todos, que se beneficiam grandemente de uma maior escala - e que poderiam ser compartilhados em benefício de todos, permitindo a redução de custos para o usuário.

Uma destas áreas é a de compras, onde itens de uso comum poderiam ser negociados em grandes volumes, gozando de condições privilegiadas. Neste capítulo poderiam ser incluídos desde itens desde papelaria até ambulâncias, passando por medicamentos, materiais de consumo, equipamento médico, elevadores, móveis, computadores, uniformes ou ainda toda a gama de serviços – segurança, auditoria, manutenção predial e de equipamentos ou instalações, transporte de pacientes, serviços bancários, etc.

Apesar da relativa simplicidade do conceito, existem diversos problemas operacionais e fiscais relacionados a uma iniciativa desta natureza, particularmente no que tange à logística - compras centralizadas e entregas a cada um ? centro de distribuição da central de compras ? quem organiza a logística reversa ? como são estabelecidas as prioridades na distribuição, especialmente com entregas parciais / incompletas ?

Uma alternativa a ser considerada é a terceirização desta área, formando uma central de compras (no segmento varejista já é bastante comum esta alternativa, muitas vezes caracterizada como cooperativa ou mesmo operando essencialmente por via eletrônica, como portal de compras).

Principais Benefícios Esperados

A centralização se justifica pela expectativa de redução de custos, tanto por preços menores (graças ao volume consolidado de várias empresas e, se possível, à padronização) como pelo enxugamento das estruturas de compras de cada empresa.

5.3.4. Código de Ética Setorial

A própria origem do setor, operando pelas leis de mercado e por iniciativas independentes das empresas, sem qualquer regulamentação específica por muitos anos, e mais recentemente contando com operadoras oriundas do meio médico competindo com outras ligadas a grupos financeiros, contribuiu para a falta da construção de uma cultura setorial compartilhada, com normas gerais e valores básicos estabelecidos.

Resultam práticas correntes das mais variadas naturezas, por vezes conflitantes e contraditórias, imprimindo à operacionalização e comercialização dos serviços, a imagem de falta de consenso interno, até mesmo dificultando a representação do setor perante autoridades e o público externo, muitas das propostas e iniciativas apresentadas sendo vistas como representativas de interesses individuais ou de segmentos específicos.

Na medida em que se vislumbram as oportunidades propiciadas por iniciativas setoriais compartilhadas, desenvolvidas em processos colaborativos, visando inclusive à consolidação da imagem e representatividade do setor, torna-se necessária a discussão dos princípios gerais e permanentes da atividade, orientando estratégias e políticas das empresas, resguardando a livre concorrência, a qualidade de produtos e processos, e principalmente a postura das empresas e seus funcionários nas complexas relações com sua diversificada rede de prestadores e clientes.

A construção deste código de ética poderá ser um valioso exercício, compartilhado por dirigentes das principais empresas que atuam no setor e por representantes de diferentes categorias de prestadores, ensejando a discussão de alguns dos temas críticos que denigrem certas atividades, especialmente a concorrência perniciosa e a fraude em seus mais variados formatos.

Principais Benefícios Esperados

É evidente que a mera construção de um documento não resolverá as questões supra delineadas, mas dentre os benefícios esperados, destacam-se o processo da discussão organizada dos temas e a expectativa de que ao menos os líderes do mercado sejam os divulgadores das medidas consensadas, com esta atitude promovendo, gradativamente, a sedimentação dos princípios e valores expressos no código.

5.3.5. Prontuário Único

Em qualquer sistema de saúde, é fundamental a história clínica do paciente. Quanto mais completa, melhores condições de avaliação e acompanhamento terão os profissionais envolvidos com a atenção preventiva ou curativa ao paciente.

No modelo “tradicional” do médico de família, este conhece o paciente, suas condições de vida e sua história clínica, tendo estas informações em seus arquivos ou em sua memória.

Na medida em que este clínico é substituído por um grande grupo de profissionais especializados, consultados por livre iniciativa do paciente ou seus familiares, perde-se o vínculo pessoal do médico com o paciente (e também seu entorno familiar e história clínica real – restando apenas o que eventualmente é relatado na consulta). Os especialistas do atual modelo de atenção, de modo geral, dedicam cada vez menos tempo ao conhecimento dos antecedentes e avaliação pessoal da condição do paciente, preferindo delegar aos recursos técnicos de diagnóstico a incumbência de identificar e circunscrever os males que se apresentam naquele momento; e muitas vezes sem saber de exames ou cuidados que outros profissionais vêm realizando simultaneamente.

Do ponto de vista técnico, a falta de informações históricas sobre o segurado ou paciente é um forte limitador da correta avaliação da sua condição e das respectivas causas³⁶, e do ponto de vista econômico esta lacuna é catastrófica, particularmente quando se multiplicam procedimentos solicitados por profissionais aos quais o segurado tem livre acesso, uns desconhecendo ou não aceitando os procedimentos solicitados por outros.

³⁶ Especialmente em uma área pouco exata como é a medicina, quando a normalidade de alguns foge aos parâmetros médios tidos como aceitáveis, situação na qual um profissional que desconhece a história do paciente poderá gastar enorme tempo e recursos até concluir que a normalidade de uns difere da de outros.

Cada médico e cada convênio tende a construir o prontuário de cada paciente e segurado, mas o uso das informações coletadas é bastante restrito, e se aniquila quando o paciente busca outro profissional ou muda de convênio – sua história passando ao arquivo morto, e se reiniciando como folha em branco. A isto se acresce a falta de padrões estabelecidos para o sistema de informações, cada profissional utilizando aquilo que é relevante para seu campo de atuação, e em relação ao período de tempo que lhe parece adequado (que tende a ser cada vez mais curto, restringindo-se ao evento que condiciona a última visita do paciente).

Desnecessário aprofundar a discussão sobre o valor da informação tanto para questões médicas como também administrativas, quando se pretende avaliar o risco que representa cada segurado – ou potencial segurado – de uma carteira, ou avaliar se determinado procedimento é justificado; onde pesam desde os antecedentes familiares até a idade, modo de vida, tipo de atividade, ambiente de trabalho, histórico clínico, exames e procedimentos já realizados e respectivos resultados, etc.

O grande desafio é técnico, para desenhar e implementar o sistema de informações desejado, associado a um sistema de identificação do usuário e, principalmente, permanentemente atualizado, assegurando ainda os indispensáveis níveis de sigilo para muitas das informações.

Existem vários aspectos fundamentais do desenho do sistema que devem ser definidos, exigindo a participação de técnicos em diferentes áreas e, principalmente, o consenso sobre o modelo, além de especificações de hard e software, e programas de capacitação, tanto para equipes de operadoras como também para prestadores, os quais, além do acesso ao sistema como base de seu trabalho, eventualmente deverão assumir a responsabilidade pela atualização do prontuário.

O estabelecimento de um padrão único poderá também afetar a estrutura de TI de muitas empresas, na medida em que se demande a alteração do desenho de bases de dados já existentes, quando da migração do modelo existente para o novo, com vistas à preservação das informações acumuladas.

Algumas das definições essenciais para o modelo são:

- ✓ tecnologia: há 2 grandes sistemas a considerar – (i) *smart cards*, ou seja, cartões com chips de memória, nos quais poderiam ser gravadas as informações desejadas, com a vantagem da portabilidade (o usuário deveria trazer seu cartão a cada procedimento, o prestador por ele tendo acesso ao histórico e já podendo atualizar as informações correspondentes ao ato realizado); ou (ii) base de dados centralizada, acessível provavelmente via internet (cujos benefícios frente ao *smart card* incluem a capacidade de armazenamento de informações – o chip é extremamente restrito – e a disponibilidade permanente do sistema (o cartão corre risco de perda, danos por variadas razões ou mesmo o usuário não estar de posse do mesmo em situações de emergência, nas quais pode ser de grande utilidade o cadastro e o histórico);

- ✓ infra-estrutura: soft e hardware necessários para a conexão da rede de usuários do sistema;
- ✓ padronização dos campos de informação, com vistas à automação, minimamente contendo 3 grupos: dados cadastrais permanentes (documentação de identificação, filiação, histórico familiar, tipo sanguíneo, etc.), dados cadastrais temporários (escolaridade, estado civil, ocupação, local de trabalho, convênio, endereço, etc) e registros médicos (doenças, intervenções, exames, etc. idealmente com indicação dos resultados e prestadores envolvidos);
- ✓ codificação das principais ocorrências (CID), buscando minimizar as conhecidas dificuldades de conseguir que os médicos utilizem códigos específicos ao invés dos muito abrangentes;
- ✓ sistema de identificação do usuário e prestador;
- ✓ sistema de acesso aos prestadores³⁷, incluindo restrições de acesso e sistemas de segurança;
- ✓ forma de atualização³⁸ (pelo prestador ou por uma retaguarda administrativa);
- ✓ recursos de inteligência artificial que poderiam agregar valor ao sistema³⁹
- ✓ interação com o sistema público / SUS

Principais Benefícios Esperados

A implantação de um sistema de prontuário único trará significativos ganhos em eficiência no sistema de prestação de serviços, quer do ponto de vista qualitativo, quer do econômico, agregando resolutividade, velocidade e evitando repetições desnecessárias de procedimentos, contribuindo para a racionalização no uso dos recursos.

³⁷ Considerando o grande número de registros e a elevada probabilidade de alterações de filiação a convênios, região de moradia, etc., o ideal seria que alguma entidade neutra e especializada hospede a base de dados, o acesso podendo ser feito por prestadores, seguradores ou mesmo empregadores através da internet, mediante um sistema de senhas e restrições de níveis de acesso.

³⁸ Em vista da dispersão geográfica da rede de prestadores, um dos principais desafios do sistema é dar acesso aos dados históricos a cada um deles, conforme as necessidades de cada caso, e também registrar com precisão as ocorrências relevantes. Para isto será necessário superar o conhecido bloqueio cultural de muitos médicos em preencher documentos administrativos, bem como estabelecer filtros de qualidade destas informações. Poderá ainda existir a dificuldade de acesso à internet de prestadores estabelecidos em algumas regiões, porém não se pode deixar de implementar projeto de tamanha relevância por restrições temporárias: como em qualquer processo inovador, a adesão será gradativa, estimulada pelos benefícios potenciais para os envolvidos.

³⁹ Por exemplo: (i) atualizando a ficha de descendentes de um paciente quando é diagnosticada uma enfermidade geneticamente transmissível, cadastrando os potencialmente afetados em grupos de risco específico e propondo exames, com vistas à detecção precoce e/ou tratamento preventivo; (ii) enviando automaticamente mensagens quando a pessoa atinge determinada idade e deve passar por uma avaliação de determinadas funções; (iii) se integrado o sistema à solicitação de exames, poderá alertar para o fato de exames iguais terem sido realizados recentemente, pedindo a confirmação para a repetição – e assim responsabilizando o solicitante.

Do ponto de vista administrativo, poderá ter importante papel na redução de fraudes e também facilitar a portabilidade e a tarifação baseada em melhores estimativas do risco individual.

5.4. EXEQUÍVEIS POR TERCEIROS

5.4.1. *Global Burden of Disease*

Dentro do linguajar econômico, “externalidades” (positivas ou negativas) são todos os fatores que influenciam o mercado de um determinado produto ou serviço ou são por ele influenciadas. Assim, o custo destas externalidades geralmente não está incorporado ao processo de formação de preços deste mercado em particular.

Ocorre, entretanto, que para uma avaliação social, os custos relevantes devem incluir, na medida do possível, a quantificação das externalidades⁴⁰. Assim, por exemplo, se uma determinada atividade provoca pesada poluição, o custo desta poluição - e de seus efeitos - deveria estar incluída em uma avaliação social, mas dificilmente estará inclusa no cômputo do preço pelo empresário⁴¹.

No caso da saúde, ocorrem, usualmente, um conjunto significativo de externalidades, tanto positivas quanto negativas. Assim, por exemplo, boas condições fito-sanitárias do ambiente de trabalho, se refletindo em uma maior higidez das populações, seria tipicamente uma externalidade positiva no mercado de saúde.

Já o conjunto de externalidades da área de saúde sobre o restante dos mercados é extremamente importante, pois, através de seu cômputo, pode-se chegar à “Carga Global da Doença” (“*Global Burden of Disease*”). Assim, em uma avaliação social dos custos de uma patologia qualquer é importante que não só sejam considerados os custos de tratamento mas também todos aqueles relacionados à perda da força de trabalho⁴² durante o período de inatividade inerente à doença e às limitações futuras por ela causadas.

Dentro deste contexto, um problema particularmente complexo, tanto sob o ponto de vista técnico como ético, é aquele relativo à valoração de custo dos óbitos precoces⁴³. A maioria dos métodos leva, mesmo que indiretamente, a indesejáveis comparações

⁴⁰ Ou seja, a avaliação social considera não só os custos privados da produção mas também os custos sociais, inclusive externalidades. Neste caso, estar-se-ia utilizando a metodologia de “preços-sombra” (“*Shadow prices*”).

⁴¹ A menos que o poder público aplique o princípio conhecido como “poluidor-pagador”.

⁴² Perda ou redução da capacidade de trabalho.

⁴³ Várias soluções tem sido utilizadas, nenhuma delas plenamente satisfatória: valor presente dos anos de trabalho perdidos (comparativamente à expectativa de vida ativa na data do óbito), valor de apólices de seguros, etc.

interpessoais de valor da vida humana⁴⁴. Apesar disto, a falta do cômputo deste tipo de externalidade, leva a graves distorções nas análises.

O desafio que se repete em todos os países, independentemente de seu nível de renda e orçamento para a saúde, é como otimizar o uso dos recursos, dada a dificuldade de comparar ações e estabelecer prioridades. Assim, debatem-se questões como por exemplo - é melhor investir em tratamentos para a AIDS ou combater a desnutrição infantil ? Violência urbana ou saneamento ? Câncer ou hipertensão ?

Buscando estabelecer um denominador comum que permitisse comparar investimentos em saúde, e priorizar a alocação de recursos, sob os auspícios do Banco Mundial foi criada uma metodologia, baseada no conceito do “*Global Burden of Disease*”, cujo objetivo é converter as consequências da morbi-mortalidade em anos de vida saudável perdidos, e o impacto de ações de saúde em anos de vida saudável recuperados, que podem ser convertidos na capacidade laboral da população, mensurável em termos de riqueza produzida.

O processo de cálculo se inicia através da análise das principais causas de morbidade e mortalidade da população considerada, com a distribuição de ocorrência por faixa etária.

A cada uma delas se associa o percentual de perda de capacidade ao longo da vida – pela ocorrência e suas sequelas – confrontando o resultado com a capacidade estimada de produção de riqueza de uma pessoa hígida, de acordo com a expectativa de vida. Esta análise, compondo o número de pessoas afetadas por faixa de idade e o grau de perda de capacidade econômica do grupo, sugere o impacto da doença (ou causa de mortalidade) sobre o PIB.

A seguir colocam-se em ordem decrescente de impacto as causas, evidenciando-se o peso relativo de cada condição, avaliado por uma mesma escala.

O próximo passo é estabelecer as medidas mais adequadas de intervenção frente a cada situação. Para isto, tomam-se as ações mais comuns, de cunho preventivo e curativo, estimando-se o custo que teriam para a quantidade de casos daquele grupo populacional, e o resultado esperado (percentual de redução da incidência, redução da gravidade, menor tempo de afastamento, etc.), convertendo-o para anos de vida saudável recuperados.

Este exercício se traduz nas intervenções mais custo-efetivas – que recuperam mais capacidade econômica (ou tempo de vida saudável) por unidade monetária investida; criando um parâmetro objetivo para nortear o estabelecimento de prioridades e procedimentos preferenciais.

⁴⁴ Por exemplo, a utilização do valor dos anos de sobrevida ativa pode levar à conclusão que a vida de trabalhadores de alto salário é maior que a daqueles de baixa remuneração.

No estado americano do Oregon foi realizado um interessante "case", no qual se desenvolveu o conceito de pacote básico fundamentado por estudos técnicos desta natureza, avaliando as coberturas obrigatórias do sistema público em função da disponibilidade de recursos, e envolvendo a população na tomada de decisão dos limites de corte necessários para compatibilizar o orçamento de saúde (espelhando o nível de contribuição) com as possibilidades de cobertura.

Principais Benefícios Esperados

Estudos setoriais baseados neste conceito, à semelhança do que foi feito no Oregon, poderão subsidiar a definição de melhores práticas, bem como o entendimento do peso relativo de diferentes causas de morbi-mortalidade, permitindo não só ações específicas para grupos populacionais que reduzam a incidência e prevalência de doenças relevantes – reduzindo os custos gerais do sistema – mas, principalmente, criando uma plataforma para o envolvimento do Poder Público em programas que integram diferentes áreas que impactam a saúde, tais como saneamento, educação, segurança, etc., coordenando esforços e recursos para minimizar as situações de não-saúde da população.

5.3.1. Índice de Custo Setorial⁴⁵

Em qualquer negócio, é essencial o conhecimento dos custos. Não apenas dos custos globais, mas de cada produto, unidade produtiva, relacionamento com cada cliente ou fornecedor. Este conhecimento subsidia a gestão, e a precificação, na busca do resultado econômico-financeiro e da competitividade.

Em setores sujeitos a controles de preços, a apuração criteriosa dos custos consolidados do setor é ferramenta indispensável para que os preços reflitam os custos reais, preservando as margens operativas das empresas envolvidas. A falta de índices setoriais qualificados em geral leva à utilização de índices de inflação gerais – como o aumento de preços do varejo – que muitas vezes pouco ou nada têm a ver com a cesta de custos do setor em questão.

Por outro lado, a falta de indicadores setoriais dificulta às empresas exercícios de *benchmarking*, de sorte que só podem avaliar a evolução de seu próprio desempenho histórico, sem qualquer paradigma externo que indique a adequação de seus números em termos do setor.

É este o caso da saúde suplementar, cujos custos têm um comportamento específico, impulsionado por elementos como a incorporação tecnológica, o uso de fármacos, o aumento da idade média da carteira (idosos requerendo cuidados mais frequentes) e de seu perfil de morbi-mortalidade e outros.

⁴⁵ Este tema foi tratado de modo mais completo em um trabalho específico produzido pela Rosenberg & Associados.

A criação de um índice setorial geral passa por uma série de etapas relativamente complexas, exigindo a participação de economistas e especialistas em cada uma das principais atividades do setor, demandando, minimamente:

- ✓ definição da composição (cesta de produtos e serviços e seus pesos relativos) e metodologia de cálculo do índice;
- ✓ validação, mediante testes do índice com dados históricos, avaliando eventuais variações por região, e outras;
- ✓ definição da coleta de dados: fontes, responsáveis, periodicidade;
- ✓ identificação / seleção de entidade neutra e qualificada que possa armazenar e processar os dados de campo e publicar os resultados;

O fato de cerca de 60% dos custos serem relativos aos custos hospitalares sugere as dificuldades que serão encontradas para obter os dados representativos do setor – e por outro lado sinaliza também importantes benefícios que poderão ser alcançados quando houver números confiáveis sobre os custos dos principais procedimentos e diagnósticos, contribuindo tanto para a gestão dos próprios hospitais, como também para monitorar o custo de atividades ou setores específicos, de grande representatividade nos custos globais e/ou de grande volume de eventos (como partos, tratamentos oncológicos, cardiológicos, tratamento da AIDS, etc.), podendo inclusive subsidiar a negociação ou reajustes de preços de pacotes básicos.

São conhecidas as dificuldades de obter e de consolidar dados na área da saúde, não só pela baixa qualidade dos registros e pela falta de metodologias padronizadas de apuração de custos (muitos dos prestadores tendo apenas a contabilidade fiscal), mas principalmente pelas restrições de divulgar quaisquer informações internas das empresas. Um dos mecanismos que poderá ser considerado, ao menos inicialmente, é basear a coleta principalmente em volumes físicos, atribuindo-lhes valores médios, sempre que possível utilizando dados públicos (já disponibilizados para alguma fonte oficial), tais como:

- ✓ salário por função, a partir da folha de pagamento
- ✓ valores pagos pelos principais insumos, conforme notas fiscais
- ✓ número de pacientes atendidos conforme livros de controle de cada setor e/ou estatísticas enviadas para as autoridades competentes
- ✓ estatísticas internas sobre parâmetros operacionais como kg roupa lavada / paciente-dia, taxa de ocupação e funcionários por setor (conforme escala de serviço), etc.

Principais Benefícios Esperados

A disponibilidade de um indicador setorial próprio permitirá tanto a redução das distorções causadas pela utilização de índices econômicos gerais (tais como IPCA ou outros) nos

reajustes de preços, como também propiciará às empresas um foco mais apurado na gestão de seus custos e nas negociações com sua rede de fornecedores de produtos e serviços.

Haverá também ganhos de imagem do setor perante as autoridades, quando as solicitações (especialmente tarifárias) forem fundamentadas por elementos técnicos sólidos.

5.3.3. Poupança-Saúde

A curva de custos de saúde em função da idade tem a forma de um “J” inclinado: durante a infância os custos são elevados, passam por um mínimo na fase adulta da vida e crescem exponencialmente na velhice. Embora não existam dados confiáveis para o caso brasileiro, tomando-se por base a experiência internacional, os custos de atenção à saúde para a faixa etária de 65 e + são de 3 a 4 vezes aqueles da faixa 15-65. Outros estudos, também no exterior, indicam que uma substancial parcela dos gastos de saúde ocorre no último ano de vida. Assim, se for necessário cobrar igualmente de jovens e velhos, os primeiros subsidiarão o segundo grupo, pagando mais do que devem.

O efeito deste tipo de regulação do mercado pode acarretar uma das piores formas de filtragem, quando não há uma compulsoriedade do sistema. Como sobem os prêmios, os mais saudáveis refazem as suas contas e decidem cair fora. Assim, cada vez mais restam como filiados ao seguro os indivíduos de alto risco - doentes e idosos, no caso em pauta - e o processo segue até a extinção do próprio seguro.

Por outro lado, se dos idosos se cobram tarifas justas, correspondentes ao seu real custo de utilização do sistema, estas muitas vezes estão além de sua capacidade econômica, em uma fase de vida na qual é reduzida sua capacidade financeira, inviabilizando a permanência da cobertura, expondo-os na fase em que mais precisam dos serviços médicos.

Uma das formas de contornar este tipo de problema, particularmente nos planos de pessoas físicas, são os esquemas de poupança-saúde. Em resumo, cobra-se do usuário uma contribuição acima do seu custo atuarial esperado em saúde durante a etapa jovem de seu ciclo de vida, contribuição esta que, capitalizada, deve ser suficiente para garantir a não elevação de prêmios durante a velhice do segurado.

A poupança saúde é, portanto, uma alternativa que possibilita ao usuário de serviços de saúde tanto o custeio de suas necessidades a partir de recursos próprios, como a complementação de cobertura de planos de saúde aos quais eventualmente tenha acesso.

A primeira hipótese - custeio integral - é limitada pelo elevado risco individual, que em um único evento, cuja ocorrência é imprevisível, pode exaurir completamente os fundos acumulados, e muito possivelmente demandar disponibilidades adicionais importantes.

Do ponto de vista prático, portanto, a aplicabilidade do conceito de poupança-saúde limita-se à complementação, quer dando acesso a serviços ou níveis de conforto restritos pelo convênio do usuário, quer permitindo-lhe manter este convênio ou padrão de cobertura quando de sua aposentadoria (época em que tende a se reduzir sua capacidade de contribuição, enquanto aumenta a probabilidade de demanda de serviços, onerando os níveis de contribuição).

Para que este esquema seja viável, é preciso tratar de forma independente a parcela cobrada como mensalidade do plano de saúde e aquela de poupança, a última obedecendo aos preceitos dos planos previdenciários. Por outro lado, coloca-se o desafio da fidelização do usuário à empresa provedora dos serviços de saúde, que no Brasil encontra fortes incentivos contrários, tanto pelo modelo de trabalho e remuneração dos corretores (premiados a cada mudança de plano do usuário) como também pela política de muitas OPS's, que periodicamente estimulam um esquema de filtragem, procurando concentrar sua carteira nos grupos etários de menor risco.

A gestão da carteira previdenciária poderia ser terceirizada para instituições especializadas, mediante regras específicas que deverão ser estabelecidas pelas empresas e pelas autoridades competentes.

Principais Benefícios Esperados

Para os segurados, o grande benefício se encontra na garantia de continuidade da cobertura pelo sistema supletivo, mesmo quando do ingresso em faixas de maior custo de contribuição e quando se reduzem os ganhos.

Para as operadoras, ao mesmo tempo que existem estímulos à estabilização da carteira - mantendo a longo prazo um grupo de risco conhecido (e portanto mais facilmente gerenciável), parte de cujos aportes é antecipado - cria-se também uma atividade complementar, similar à gestão previdenciária, na qual as parcelas antecipadas das contribuições futuras devem ser geridas de modo independente do negócio seguro-saúde (eventualmente até por instituição financeira especializada), demandando ainda grande segurança nos cálculos atuariais, para que se possam honrar os compromissos assistenciais com esta clientela.

O vínculo a longo prazo propicia ainda a captura pela operadora dos benefícios advindos de programas preventivos e educativos (que no atual modelo muitas vezes são perdidos, quando da migração do segurado para outra operadora), tornando mais atraentes os esforços de formação e conscientização dos usuários.

6. REGULAÇÃO OU AUTO-REGULAÇÃO ?

Mudanças em empresas e processos acontecem por duas razões: imposições externas ou benefícios percebidos.

Qual o melhor ?

O mundo ideal é aquele no qual as oportunidades estimulam as mudanças, e as normas vêm como facilitadoras destas, ou seja, os benefícios qualitativos e quantitativos decorrentes dos ganhos de eficiência e eficácia que os projetos supra-empresariais permitem capturar deverão ser a mola mestra de sua implantação, através de movimentos voluntários de um processo de auto-regulação.

Para que este movimento se desenvolva em um mercado com a extensão e variedade daquele da saúde supletiva no Brasil, englobando operadores, seus prestadores e clientes, alguns dos aspectos operacionais, processuais e institucionais precisarão ser normatizados por algum agente cuja área de abrangência englobe os atores em questão, ou seja, a regulação será um dos elementos facilitadores da adoção das práticas desejáveis.

O importante neste processo é que haja uma estrutura lógica que o oriente, passando da visão para o planejamento, deste para o desenvolvimento, onde necessário aplicando experimentos que validem as propostas feitas, e os resultados sendo documentados e divulgados como sugestões de melhores práticas, contando com a adesão de todos aqueles que vislumbrarem valor em sua implantação – tendo a regulação preferencialmente estimulada, em um modelo de relacionamento próativo capitaneado pelo setor, e não como imposição extemporânea e indesejável.

7. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

A maioria das empresas do setor de saúde suplementar buscam melhorar suas operações permanentemente, controlando custos, gerenciando contas e carteiras, estabelecendo vínculos duradouros com prestadores – e procurando maximizar seus resultados quantitativos e qualitativos.

A par destes esforços individuais, entretanto, existe um amplo leque de oportunidades de incrementos na eficiência do setor por meio medidas compartilhadas pelas empresas, transcendendo o campo de atuação individual, contribuindo para a sustentabilidade das empresas, para a qualidade de produtos, processos e resultados e ainda para a satisfação dos usuários.

O desenvolvimento dos projetos propostos, entretanto, demandará estreita colaboração entre representantes das principais empresas do setor, além de representantes de prestadores e, em muitos casos, quando o projeto depende de uma forte retaguarda de informática, também de especialistas nesta área.

À primeira vista, pode parecer pouco realista a premissa da estreita colaboração entre empresas concorrentes, em prol do bem comum. De fato, o modelo de livre concorrência que regeu este segmento da economia por tanto tempo, baseia-se em estratégias individuais de empresas buscando seu quinhão de negócios em um mercado relativamente fechado, cada um utilizando de estruturas de operação, divulgação e fidelização próprias, em um jogo de adversários.

Reuní-los com sucesso à volta de uma mesa de discussão, com a tarefa de mudar o modo de conduzir seus negócios, dando cada qual a sua livre contribuição para, como dizem os economistas, fazer crescer o bolo para todos, demanda, antes de mais nada visão dos líderes e seu empenho pessoal para que as coisas aconteçam.

Analisando o leque de propostas observa-se que, de um lado, demandam considerável investimento de recursos, especialmente técnicos, para produzirem resultados, e de outro, pouco significado têm como ações isoladas de empresas, porém muito contribuem para os resultados de cada uma se desenvolvidas e adotadas por todas.

A lista é abrangente e ambiciosa: além dos desafios de construir uma dinâmica de trabalho colaborativo entre concorrentes, respaldados por especialistas em diversas áreas, é preciso um cronograma, uma lista de prioridades e uma coordenação competente, sem o que a visão dificilmente poderá se transformar em ação.

As respostas a estes pré-requisitos estão ao alcance dos patronos deste programa, que têm a visão abrangente dos problemas e desafios do setor e das oportunidades potenciais propiciadas pela implementação das propostas feitas; e também o poder de por em marcha o correspondente programa de trabalho, convidando ou contratando os técnicos necessários para cumprir os objetivos traçados.

O início, a quebra da inércia e dos paradigmas instituídos, é sempre o passo mais árduo. Percebida a viabilidade e alcançados os primeiros sucessos, a consolidação e o engajamento se seguem com maior facilidade.

Assim, propomos uma agenda inicial mais restrita, desenvolvendo a curto prazo apenas quatro projetos, cuja contribuição, entretanto, poderá ser de enorme expressão, sinalizando o valor do estabelecimento de iniciativas setoriais compartilhadas e trazendo expressivos ganhos a todos.

Um dos importantes desafios desta primeira etapa é atrair também os representantes da classe médica para o programa, mostrando-lhes que a medicina e administração se complementam, e que os esforços no sentido da racionalização têm como objetivo maior a custo-efetividade, e não a coerção da prática médica por critérios financeiros.

Assim, o projeto do Prontuário Único, nos parece uma boa porta de entrada, por ser documento administrativo e recurso de trabalho do médico, sem ameaçar o campo do livre-arbítrio do tratamento do paciente ou a responsabilidade pela sua cura. Mas representa um primeiro e importante esforço de “pensar com cabeça de administrador”, de

induzir a classe dos prestadores a se engajar com o lado processual de sua atividade, criando os primeiros vínculos para um programa compartilhado de análise e propostas, onde áreas técnicas e administrativas terão de interagir, trazendo soluções viáveis e satisfatórias, para as questões que deverão ser debatidas no médio e longo prazos.

A seleção dos projetos que deverão ser tratados no curto, médio e longo prazos, foi feita mediante consideração de seu impacto, de seu prazo de maturação e do horizonte de tempo no qual seus resultados poderão ser colhidos, iniciando-se pelos de cunho mais quantitativo, e relegando a momentos posteriores os mais qualitativos, cujos benefícios às vezes são até mais expressivos, porém mais difíceis de serem mensurados.

Com estes conceitos em mente, desenvolvemos a seguinte proposta:

A - CURTO PRAZO

- Código de Ética
- Padronização Adm.
- Índice Setorial de Custos
- Prontuário Único

B – MÉDIO PRAZO

- Melhores Práticas Médicas e Protocolos
- Pacotes
- Case Mgrs, Gate Keepers, Home Care
- Central de Inteligência
- Credenciamento e capacitação de corretores / revisão do modelo de comercialização
- Programa de combate sistemático a fraudes
- Parâmetros atuariais
- Gestão de Risco: Programas PF e PJ
- Incorporação Tecnológica
- Jurídico

C – LONGO PRAZO

- Programa de Qualidade
- Burden of Disease
- Participação do usuário
- Poupança-saúde
- Formas inovadoras de pagamento a prestadores / capitação
- Central de compras e serviços compartilhados
- Formação Profissional

Em suma, o conjunto das propostas apresentadas tem como objetivo a mudança do foco da gestão para um modelo baseado *na demanda*, apoiado em uma estrutura de gestão competente, dispondo das indispensáveis definições de formas e processos de trabalho e ferramentas de avaliando de qualidade e resultado.

A expectativa é também de aprimorar o foco estratégico dos líderes, contemplando os cenários de desenvolvimento dos principais vetores de expansão ou restrição do setor a longo prazo, entendendo as necessidades atuais e futuras de cada um dos agentes do sistema, de modo a implantar medidas que venham a alterar o perfil das soluções futuras em função dos programas de incentivo à preservação de saúde, uso consciente de recursos e posturas responsáveis de beneficiários e prestadores.

Complementam o programa os esforços de criação de estruturas técnicas de apoio e de operação qualificadas, especialmente no que tange aos recursos humanos e nas formas de relacionamento e remuneração dos prestadores.

Resta a questão do caminho de adoção das propostas feitas (e das melhores práticas delas decorrentes): regulação ou auto-regulação.

O bom senso e a experiência de outros setores sugerem que não há uma via única: o caminho provável é a regulação e normatização de alguns elementos, e a liberdade de implantar as propostas em conformidade com as características próprias da empresa e de seu mercado, mediante o incentivo dos ganhos em eficiência e competitividade – ou pela ameaça das perdas decorrentes da não-conformidade.

Assim, por exemplo, se pensarmos no projeto da poupança-saúde, as questões securitárias e de gestão dos investimentos dos recursos dos depositantes, deverão ser normatizadas pelas autoridades competentes do poder público, cabendo às OPS's determinar se e como querem fazer uso desta ferramenta.

Sendo as propostas desenvolvidas pelos representantes das empresas do setor, entretanto, contarão com o conhecimento prévio dos participantes, poderão passar por etapas de pilotos e testes que confirmem sua operacionalidade, factibilidade e valor, e só então poderão ser apresentadas aos agentes reguladores oficiais nos aspectos onde a normatização seja benéfica ou necessária – situação contrária à normatização unilateral e impositiva pelo poder público, sem que sejam, em muitos casos, percebidos quaisquer benefícios para a iniciativa privada regida pelas normas em questão.

Abre-se, portanto, uma nova frente de colaboração, não só entre as empresas que lideram o setor (representando operadoras e prestadores), mas também uma interface técnica com as autoridades, trazendo para um patamar mais qualificado as questões nevrálgicas da saúde suplementar, que poderão ser analisadas à luz de estudos e critérios objetivos e compartilhados.

Por fim, esta ampla agenda de trabalho e a mudança de paradigmas não caminha por si só, por melhores que sejam as intenções e desejos dos patrocinadores do programa. É necessário dispor de uma plataforma que coordene este esforço, trazendo desde a infraestrutura administrativa para organizar agendas e relatórios, até suporte técnico especializado e visibilidade para divulgação dos resultados.

Sendo muitos destes assuntos de interesse de universidades, entidades setoriais de outros países ou mesmo de bancos multilaterais (especialmente BID e Banco Mundial) – desde que se saia da esfera de empresas individuais e se trate da busca de soluções setoriais, de melhorar a saúde, de usar os recursos a ela destinados com mais objetividade – é possível obter colaboração técnica ou mesmo financeira para alguns destes projetos, alavancando seu desenvolvimento e agregando credibilidade aos resultados e propostas feitos.