

## **Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano**

**Amanda Reis  
Greice Mansini**

**Luiz Augusto Carneiro**  
*Superintendente Executivo*

### **Sumário Executivo**

- Diversos estudos reportam que os gastos desnecessários representam entre 20% e 30% do dispêndio total com saúde nos Estados Unidos. Com base no PIB americano de 2011, isso significaria um desperdício entre US\$ 543 bilhões e 815 US\$ bilhões.
- Esse fenômeno está relacionado a uma série de distorções observadas no mercado de bens e serviços de saúde, estas são: a) falhas assistenciais, de coordenação e de precificação, uso desnecessário, complexidade administrativa e práticas fraudulentas e abusivas.
- Este trabalho apresenta estimativas encontradas na literatura científica sobre o desperdício gerado no sistema de saúde americano devido a tais distorções.
- Essas estimativas podem ser assim compiladas:

- Eventos adversos evitáveis relacionados às falhas assistenciais: de US\$ 17 a 28 bilhões.
- Falhas na formação de preços de
  - Procedimentos de saúde: US\$ 36 bilhões
  - Medicamentos: de US\$ 9 a 36 bilhões
  - Órteses, próteses e matérias especiais: US\$ 5 bilhões
- Complexidade da estrutura administrativa: de US\$ 168 a 180 bilhões.
- Uso desnecessário e em demasia de tratamentos, consultas, medicamentos, exames, etc.: de US\$ 158 bilhões a US\$ 226 bilhões.
- Uso do pronto-socorro em situações não emergenciais, devido à falha de coordenação do sistema: de US\$ 21,4 a US\$ 24,4 bilhões.
- Fraude e práticas abusivas: US\$ 80 bilhões.
- São apresentadas também medidas consideradas efetivas na redução dos gastos excessivos. Dentre elas, destacam-se:
  - Desenvolvimento e implementação de protocolos assistenciais;
  - Utilização da tecnologia da informação;
  - Simplificação e padronização de processos administrativos;
  - Estímulo à concorrência e à transparência de preços e resultados;
  - Integração dos diversos níveis de assistência, principalmente no que se refere ao compartilhamento de informações assistenciais;
  - Atuação punitiva da justiça contra as práticas abusivas e fraudulentas no sistema de saúde.

## 1. Introdução

Nas últimas três décadas, o crescimento anual do gasto com saúde nos Estados Unidos tem sido, em média, 2% maior que o da economia. Em 2011, esse dispêndio representou 18% do PIB e a projeção é que chegue a 20% em 2016 (Schoen, 2007; Cannon, 2009).

Estudos têm estimado, no entanto, que de 20% a 30% do gasto assistencial de saúde está associado a falhas e práticas indesejáveis, que não se traduzem em melhorias na qualidade e no acesso da população ao sistema de saúde (Skinner et al, 2005; Farell, 2008; Romer et al, 2009). Assim, estima-se que, em 2011, o montante desperdiçado no setor de saúde americano ficou entre US\$ 543 e 815 bilhões (3,6% e 5,4% do PIB, respectivamente).

Cutler e Ly (2010) ressaltam que, em nenhum outro setor econômico, o desperdício de recursos é tão aparente e a economia de recursos tão tangível quanto no setor de saúde. Portanto, é possível garantir a sustentabilidade do setor tornando-o mais eficiente e não apenas promovendo cortes de gastos per se (Greene et al., 2008).

Young et al. (2010) e Berwick e Hackbarth (2012) identificaram como principais determinantes de gastos desnecessários com saúde as falhas assistenciais, de coordenação e de precificação, o uso desnecessário de serviços, a complexidade administrativa e as fraudes.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo discutir cada um desses determinantes, com foco no seu impacto econômico-financeiro para o sistema de saúde americano. Além disso, o trabalho aponta medidas para aumentar a eficiência dos serviços de saúde e o uso racional dos recursos. Serão apresentados também, com base na literatura científica, indícios do desperdício de recursos no sistema de saúde brasileiro e ações dos setores público e privado no sentido de contê-lo.

## 2. Falhas na prestação de serviços

A literatura aponta que falhas e ineficiências na prestação de serviços de saúde geram danos substanciais e, muitas vezes, irreversíveis aos pacientes, comprometem a qualidade e impõem um gasto desnecessário relevante ao sistema de saúde americano (Delaune e Everett, 2008; Young et al., 2010; Berwick e Hackbarth, 2012). São exemplos de falhas na prestação de serviços os erros médicos em procedimentos cirúrgicos, a prescrição e administração incorretas de medicamentos, as falhas nos cuidados de enfermagem e na profilaxia hospitalar, entre outros.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM, 2000), os eventos adversos preveníveis (EAP's) decorrentes das falhas assistenciais, como infecções hospitalares e reações adversas a medicamentos, determinaram um custo direto entre US\$ 17 bilhões e US\$ 28 bilhões ao setor de saúde americano (1,3% a 2,1% no gasto total com saúde) em 1999. Adicionalmente, segundo dados da Amostra Nacional de Hospitalizações (*Nationwide Inpatient Sample — NIS*), no ano 2000, as infecções evitáveis estenderam o tempo médio de permanência hospitalar em 10 dias, elevaram a taxa de mortalidade para 4% e elevaram o gasto médio da internação em US\$ 39 mil (Zhan e Miller, 2003).

Outro estudo mais recente estimou que 27% dos casos de reações a medicamentos e 84% das infecções hospitalares registrados no ano de 2004 eram evitáveis e que esses episódios resultaram em um gasto desnecessário de US\$ 16,6 bilhões (Jha et al., 2009). Toussaint (2009) acrescentou que de 50% a 75% desse valor (de US\$ 8 bilhões a US\$ 12 bilhões) poderia ser eliminado até 2018, por meio da imposição de padrões de qualidade mais rígidos aos prestadores de serviços, o que envolveria a conjugação de esforços de fontes pagadoras e órgãos reguladores.

Nesse sentido, o Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC, 2009), órgão do sistema de saúde

e público americano, elaborou uma classificação dos hospitais com base em seus indicadores de qualidade e de segurança do paciente. Com base nessa classificação estimou-se que, se todos os hospitais tivessem o mesmo desempenho dos 10% mais

bem colocados, o custo médio da internação seria reduzido em 12% e o gasto anual com saúde nos Estados Unidos em 2% - aproximadamente US\$ 50 bilhões (MedCAP, 2009).

A literatura aponta algumas possíveis ações para aumentar a segurança para os pacientes e reduzir a ocorrência de falhas na prestação de serviços de saúde. Entre elas, destacam-se: adoção de diretrizes assistenciais e protocolos clínicos, incorporação da tecnologia da informação e ampliação do acesso à informação, que são descritas a seguir:

- Adoção de diretrizes assistenciais e protocolos clínicos

As ineficiências na prestação de serviços estão associadas, em parte, à falta de diretrizes assistenciais bem estabelecidas, à não adoção dessas diretrizes pelos estabelecimentos de saúde ou à sua não observância pelos profissionais do setor.

Na literatura, pesquisadores argumentam que a ampla adoção das melhores práticas clínicas poderia reduzir o desperdício de recursos no setor (Delaune e Everett, 2008). Nesse sentido, Waters et. al. (2008) avaliaram a relação de custo-benefício de um programa de segurança do paciente realizado em seis hospitais de diferentes portes localizados no estado do Michigan. O programa tinha como objetivo a redução dos casos de infecção hospitalar e estava baseado na implementação de protocolos clínicos e no treinamento da equipe multiprofissional. O custo desse programa foi de US\$ 3.375,00 por infecção evitada, significativamente inferior ao custo incremental da internação associado aos eventos não evitados, de US\$ 12.208,00 a US\$ 56.167,00.

Outro estudo (Savitz, 2009) analisou a implementação de diretrizes para o diagnóstico e tratamento de crianças febris admitidas para internação em hospitais de Utah. O tempo de permanência hospitalar e o número de eventos adversos e de readmissões foram reduzidos significativamente, de forma que se tais diretrizes fossem implementadas em nível nacional, a economia estimada para o sistema de saúde seria de US\$ 2 bilhões por ano.

Ainda, Kosimbei et al. (2011) analisaram 12 estudos controlados e concluíram que a adoção de protocolos clínicos pode, de fato, alterar a conduta médica e tende a reduzir a realização de exames diagnósticos desnecessário ou redundantes e aumentar

a prescrição de medicamentos e tratamentos mais custo-efetivos. Em 11 dos 12 estudos, a adoção de diretrizes esteve associada à redução significativa (de 14% a 57%) do custo médio do procedimento/tratamento avaliado.

- Incorporação da tecnologia da informação

Outra prática preconizada na literatura para o aumento da eficiência do sistema de saúde na prestação de serviços é a incorporação de tecnologia da informação, principalmente de prontuários eletrônicos, que possibilitam aos profissionais de saúde maior segurança na tomada de decisões (Bates et al, 2001; Grossman e Reed, 2006; Jha et al., 2006). No entanto, a ampla adoção desse tipo de tecnologia ainda não é uma realidade, sendo utilizada por apenas 7,6% dos hospitais e 13% das clínicas médicas nos Estados Unidos (Jha et al., 2009). Nuzum et al. (2009) estimou que a utilização de protocolos eletrônicos em 96% dos estabelecimentos de saúde resultaria em uma economia total de recursos de US\$ 18 bilhões por ano, sendo US\$ 7 bilhões para os programas públicos de saúde.

Também analisando o sistema público de saúde, o Relatório do Congressional Budget Office (CBO, 2008) estimou que seriam poupados US\$ 6 bilhões anuais caso o Medicare incentivasse seus prestadores de serviços conveniados a utilizar os prontuários eletrônicos.

- Ampliação do acesso à informação

Discute-se, ainda, sobre o papel do acesso à informação como ferramenta para aumentar a qualidade dos serviços de saúde e, assim, reduzir desperdícios. Ginsburg (2008) ressalta que, quando os usuários detêm informações quanto aos indicadores de resultados, são capazes de escolher os prestadores de serviços de saúde mais eficientes, estimulando que estes concorram também via qualidade. O autor atribui ao governo e a seus órgãos reguladores a responsabilidade de estabelecer os indicadores a serem coletados pelos prestadores de serviços e de garantir que eles sejam disponibilizados à população.

Peterson et. al. (1998) mostraram que a divulgação pública dos indicadores de eficiência de hospitais de Nova Iorque entre 1887 e 1992 reduziu em 14% a taxa de

mortalidade hospitalar pós-cirúrgica. Extrapolando o resultado desse estudo, Lindenauer (2009) sugere que o estímulo a programas de transparência da qualidade hospitalar podem resultar em uma economia anual de US\$ 2,5 bilhões e US\$ 5 bilhões para o sistema de saúde americano.

## **2.1 Falhas na prestação de serviços de saúde no Brasil**

No Brasil, existem poucos trabalhos sobre a ocorrência de falhas assistenciais e são, em sua maioria, muito específicos. Em um estudo mais amplo, Mendes et al. (2005) estimaram, por meio de uma revisão sistemática da literatura, que a incidência de eventos adversos preveníveis (EAP's) em internações hospitalares é de cerca de 5%. Não se conhece, no entanto, o impacto econômico-financeiro desses eventos.

Em reconhecimento à importância do combate às falhas na prestação de serviços, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária lançaram, em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Esse programa tem por objetivo a prevenção, por meio da implementação de protocolos assistenciais, de falhas na identificação de pacientes, quedas, administração incorreta de medicamentos, erros médicos em procedimentos cirúrgicos, infecções e úlceras por pressão (lesão de pele comum entre pacientes acamados).

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo também o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instituído em 1995. Esse programa tem como objetivo incentivar e sistematizar a avaliação voluntária e periódica dos estabelecimentos de saúde por entidades competentes, com vistas à racionalização e ordenação dos recursos institucionais, à padronização de processos e à educação permanente de seus profissionais. Quando atingem níveis pré-definidos em seus indicadores de recurso, processo e resultado estabelecidos pelo órgão acreditador, as instituições avaliadas recebem o selo de acreditação, que atesta a qualidade de seus serviços. A renovação periódica da certificação garante, ainda, o aprimoramento constante do controle de riscos clínicos e não clínicos.

O Organização Nacional de Acreditação (ONA) reporta que os protocolos de proteção do paciente adotados por um hospital privado para obtenção do certificado reduziu o índice de infecção hospitalar na UTI de 7% para 1% em menos de 2 anos. No entanto, ainda são poucos os estabelecimentos acreditados no país: apenas 182 dos 11.133 hospitais brasileiros são certificados pela ONA<sup>1</sup>. Além disso, a acreditação é mais comum nos hospitais particulares, para os quais os selos de qualidade funcionam como um diferencial competitivo.

### **3. Falhas na formação de preços**

Estudos de Anderson (2003) e Fuchs (2009) mostram que, em relação a outros países, nos EUA, o governo, os planos de saúde e as famílias pagam mais por certos serviços de saúde, materiais médicos e medicamentos. Assim, alguns autores incluem os altos preços praticados no mercado bens e serviços de saúde como um dos principais fatores associados ao desperdício de recursos no setor (Delaune e Everett, 2008; Bradford et al., 2011).

A International Federation of Health Plans (IFHP, 2013) comparou os preços de procedimentos financiados por planos de saúde entre diversos países. Os maiores valores foram verificados para os Estados Unidos, como se observa no Quadro 1. O estudo indicou, ainda, que um dia de internação em um hospital americano custa, em média, US\$ 4.287, três vezes mais que na Austrália (US\$ 1.237) e dez vezes mais que na Argentina (US\$ 429). Da mesma forma, Cutler e Ly (2011) mostraram que os honorários médicos nos Estados Unidos são, em média, 78% maiores que no conjunto dos países da OCDE e Farrell (2008) observou que os medicamentos mais prescritos no país são 50% mais caros que em países da União Europeia.

---

<sup>1</sup> A lista de hospitais acreditados pela ONA está disponível em:  
<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>

Quadro 1 - Preço médio de procedimentos de saúde e custo médio de um dia de internação segundo países selecionados, 2012 (em US\$ 2012).

Procedimento	EUA	Argentina	Austrália	Chile	França	Holanda	Reino Unido	Suíça
Tomografia computadorizada	630	103	...	234	183	267	175	437
Ressonância magnética	1.121	118	...	502	363	319	335	928
Parto normal	9.775	1.188	6.846	2.992	3.541	2.699	2.641	4.039
Parto por cesariana	15.041	1.541	10.566	3.378	6.441	5.328	4.435	5.186
Cirurgia de catarata	3.738	564	...	2.829	1.938	1.534	1.139	2.566
Cirurgia de substituição de quadril	40.364	3.365	27.810	13.409	10.927	11.889	11.889	3.574
Cirurgia bariátrica por Bypass	73.420	8.882	43.230	12.401	22.844	14.061	14.117	17.729
Angioplastia	28.182	2.851	8.911	...	7.564	5.295	14.366	5.295
Apendicectomia	13.851	953	5.467	4.221	4.463	4.498	3.408	4.782
<b>Custo de um dia de internação</b>	<b>4.287</b>	<b>429</b>	<b>1.472</b>	<b>964</b>	<b>853</b>	<b>731</b>	<b>...</b>	<b>...</b>

Fonte: IFHP, 2013.

Essas diferenças refletem, em parte, a concentração de mercado e a assimetria de informação, que produzem importantes falhas na formação de preços dos bens e serviços de saúde nos Estados Unidos (Young, 2010; Berwick e Hackbarth, 2012). Em um relatório do American College of Physicians (ACP, 2009), demonstra-se que essas falhas garantem aos agentes do setor de saúde americano margens de lucro muito superiores àquelas observadas na Europa e no Canadá, por exemplo.

No mercado de medicamentos, a patente garante o poder monopolístico de empresas farmacêuticas sobre a produção e comercialização de novas drogas, com o objetivo de que os preços de lançamento remunerem os custos com pesquisa e desenvolvimento, incentivando assim a inovação. Alguns estudos sugerem, no entanto, que não existe transparência de custos, que as margens de lucro praticadas são excessivamente altas e que os preços estipulados não têm relação com a efetividade dos medicamentos (Hoadley, 2007; Jayadev e Stiglitz, 2009, Young et al., 2010).

O Congressional Budget Office (CBO, 2009) mostrou que a redução do preço de medicamentos “de marca” (protegidos por patente) em 5% economizaria US\$ 9

bilhões anuais ao sistema de saúde. Com uma redução de 20%, a economia seria de US\$ 36 bilhões. A mesma publicação mostra que se os medicamentos genéricos, que têm preços mais baixos e a mesma efetividade que os remédios de marca, tivessem sua utilização aumentada em apenas 3%, seriam poupados US\$ 10,5 bilhões ao ano.

Já no mercado de materiais médico-hospitalares, a literatura aponta falhas de precificação mais importantes para as órteses, próteses e materiais especiais (OPME's). De acordo com Lerner et al. (2008), a maior parte dos fornecedores de OPME's mantém cláusulas de confidencialidade em seus contratos com os hospitais, proibindo a divulgação dos preços pagos por esses insumos. Essa prática permite aos fornecedores cobrar de cada comprador um valor diferente pelo mesmo material.

Segundo estimativa dos autores com base em registros administrativos de 123 hospitais, se todos os prestadores de serviços hospitalares nos Estados Unidos pagassem o preço médio de mercado pelas OPME's, a economia total de recursos para o sistema de saúde seria de quase US\$ 5 bilhões ao ano.

Em relação aos serviços de saúde, Capps e Dranove (2004) mostraram que as fusões e aquisições entre grupos hospitalares americanos nas últimas décadas têm levado à concentração de mercado em nível regional, e, conseqüentemente, aumentado os preços de procedimentos de saúde. Os autores estimam que, nos Estados Unidos, essa estrutura concentrada resulte em preços 6% mais altos que aqueles praticados em mercados concorrenciais.

No entanto, mesmo em regiões em que diversos prestadores concorrem entre si, a variação de preços entre eles é muito alta, superior a 100% para alguns procedimentos (Berger, 2013). Ainda, os prestadores cobram diferentes valores por um mesmo serviço, de acordo com a fonte pagadora - famílias, programas públicos e planos de saúde. No Estado do Massachusetts, por exemplo, o valor cobrado por determinado hospital por um mesmo procedimento pode variar de três a seis vezes de acordo com o plano de saúde (Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy, 2011).

Colouni (2013) analisou as variações de preços de 300 procedimentos de saúde realizados em âmbito hospitalar e ambulatorial e demonstrou que se os prestadores cobrassem o valor correspondente ao preço mediano de mercado de todas as fontes pagadoras, a economia de recursos seria US\$ 36 bilhões por ano.

Nesse contexto, Berger (2013) aponta para a importância de promover a transparência de preços no sistema de saúde visando coibir variações de preços tão expressivas. O autor ressalta que o governo federal e 34 estados possuem leis que estabelecem a garantia de acesso à informação no setor de saúde, mas elas são fragmentadas e pouco rígidas, de forma que pouco contribuem para a transparência.

No Brasil, a ANVISA divulga o preço praticado pelas empresas produtoras ou importadoras de medicamentos e o preço máximo permitido pela agência para venda a farmácias, drogarias e entes da administração pública<sup>2</sup>. Com essa divulgação, a agência tem o objetivo de reduzir a assimetria de informação, inibir abusos e subsidiar as decisões de profissionais de saúde e gestores. Da mesma forma, a ANVISA dá publicidade aos preços mínimo, máximo e médio pagos por hospitais privados situados em capitais brasileiras por alguns materiais médicos selecionados, entre eles as OPME's mais utilizadas<sup>3</sup>.

No setor de saúde suplementar, a agenda regulatória 2013/2014 traz projetos que podem contribuir para uma formação de preços mais justa. No eixo temático “incentivo à concorrência” está previsto o desenvolvimento de estudos sobre a estrutura produtiva do setor, com vistas à identificação de mercados concentrados e à definição de ações regulatórias para aumentar a competição entre as operadoras de planos de saúde. Já no eixo “sustentabilidade do setor”, consta o projeto de mapeamento da cadeia produtiva das OPME's, a fim de propor alternativas regulatórias voltadas especificamente à aquisição desses materiais pelas operadoras.

---

2 Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/rUy>

3 Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bMSp>

#### 4. Complexidade administrativa

O gasto administrativo dos setores público e privado de assistência à saúde nos Estados Unidos chegou a US\$ 360 bilhões em 2011 (Wikler et al., 2012). Diversos autores afirmam que esse gasto seria até 50% menor não fossem as ineficiências geradas por uma estrutura administrativa extremamente complexa (Ivey, 2006; Berwick e Hackbarth, 2012; Young et al., 2010).

Para os prestadores de serviços de saúde, essas ineficiências estão relacionadas, em última instância, à interação com as inúmeras fontes pagadoras. Estima-se que clínicas médicas americanas mantenham convênio com até 20 planos de saúde e que, em instituições hospitalares, os planos conveniados cheguem a 100 (Pope, 2004; Young et al., 2010).

Trabalho de Kahn et al. (2005) sugere que os gastos administrativos consomem cerca de 8,5% da receita dos hospitais americanos. Para os consultórios e clínicas médicas, o comprometimento da receita pode ser ainda maior, de 13%, como demonstram Casalino et al. (2009). Segundo estes autores, mais de 70% do gasto administrativo se refere ao tempo de trabalho que médicos, enfermeiros e funcionários administrativos despendem em atividades de interação com as seguradoras e programas públicos de saúde, como pedidos de pagamento e de autorização para procedimentos.

Ainda, sob a premissa de que esse comprometimento da receita para os demais prestadores de serviços de saúde (laboratórios, clínicas de especialidades não médicas, casas de repouso etc) é de 10%, o trabalho de Kahn (2009) estimou que o gasto total de prestadores com atividades administrativas chegue a US\$ 210 bilhões por ano. Comparando esse dispêndio ao registrado no Canadá, conclui-se que, se essas atividades fossem tão padronizadas quanto no país vizinho, onde se adota o sistema de fonte única de pagamento<sup>4</sup>, a economia de recursos para estabelecimentos de saúde nos Estados Unidos chegaria a 50%.

---

<sup>4</sup> O sistema de fonte única de pagamento caracteriza-se pela existência de uma única instituição – o governo – responsável por financiar a maior parte dos serviços de saúde. No Canadá, esse financiamento se dá por meio de

Não apenas os prestadores de serviços, mas também as fontes pagadoras têm gastos administrativos importantes. Relatório do Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, 2007) calculou que esses gastos consomem 12,3% da receita de contraprestações de operadoras de planos privados de saúde nos EUA. De acordo com o documento, se essa parcela fosse reduzida ao nível observado para os programas públicos, de 3,5%, a economia de recursos seria de US\$ 75 bilhões anuais (em US\$ de 2009).

Outro estudo, de Farrell et. al. (2008), mostraram que, ponderando pela renda, o gasto administrativo dos planos privados de saúde nos Estados é, em média, US\$ 63 bilhões maior que nos demais países da OCDE. Os autores atribuem essa diferença à complexidade administrativa observada no país. O Quadro 2 apresenta o gasto administrativo total de prestadores de serviços e fontes pagadoras e o valor que, de acordo com a literatura, poderia ser economizado.

---

um fundo público central, que remunera os estabelecimentos públicos e privados de saúde conveniados pelos serviços prestados. A atuação das operadoras de planos privados de saúde é complementar, ou seja, os planos só estão autorizados a oferecer os procedimentos não cobertos pelo sistema público (Pêgo-Fernandes e Bibas, 2011).

Quadro 2 – Gasto administrativo total e gasto excessivo segundo agentes do sistema de saúde americano (em bilhões US\$ 2009).

Agentes	Gasto Administrativo Total		Gasto excessivo (em bilhões)
	% da receita	Valor (em bilhões)	
<b>Fontes Pagadoras</b>			
Programas públicos	3,5	42	...
Operadoras	12,3	105	63-75
<b>Prestadores</b>			
Hospitais	8,5	67	34
Clínicas médicas	13,0	65	32
Outros	10,0	77	39
<b>Total</b>	...	356	168-180

Fonte: Adaptado de Kahn (2009) e Wikler et al. (2012).

Diversos estudos citam três estratégias principais para simplificar e otimizar o processo administrativo e, conseqüentemente, reduzir os gastos. São elas:

- **Automatização:** Boa parte das atividades administrativas ainda é realizada de forma manual e fragmentada, o que resulta em redundâncias e falhas operacionais. Estima-se que a adoção, em nível nacional, de registros eletrônicos, com seguimento on-line, levaria a uma economia anual de US\$ 22 bilhões a US\$ 33 bilhões, assim distribuídos: 50% para prestadores de serviços, 30% para operadoras de planos de saúde e 20% para a administração pública (Goldstein, 2009; UnitedHealth Group, 2009; Wikler et., 2012).
- **Coordenação:** A integração e padronização de rotinas administrativas entre as fontes pagadoras poderiam reduzir os gastos de forma expressiva. Hefferman et al. (2009) mostraram que, em 2006, 12,6% dos formulários de pedido de pagamento enviados a operadoras de planos privados de saúde foram rejeitados na primeira submissão e tiveram que ser reapresentados. Assim, Blanchfield et al. (2010) calculam que o desperdício de recursos seria reduzido em US\$ 7 bilhões se as seguradoras simplificassem e uniformizassem entre si as guias de autorização de procedimentos e de pagamento exigidos aos prestadores de serviços de saúde, diminuindo a ocorrência de erros de preenchimento, as

negativas de pagamento (glosas) e o trabalho associado à ressubmissão desses formulários.

Ainda, Wikler et al. (2012) estimam que, se essas empresas criassem um sistema único e com regras padronizadas para credenciamento de prestadores, estes teriam seu processo administrativo simplificado, resultando em uma economia adicional de US\$ 1,8 bilhão.

- **Simplificação das exigências regulatórias:** A saúde é o setor econômico com maior regulação estatal nos Estados Unidos. A atividade regulatória se dá de forma descentralizada (federal, estadual e municipal), gerando ineficiências e redundâncias administrativas (Bradford, 2011). Além disso, Conover (2004) ressalta que uma parte importante das exigências impostas pelos órgãos reguladores não tem qualquer impacto positivo sobre a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. De acordo com Smith (2009), a redução, simplificação e padronização da documentação exigida aos prestadores de serviços e planos de saúde pelos diferentes órgãos reguladores poupariam até US\$ 88 bilhões anuais.

Em uma tentativa de tornar a estrutura administrativa menos complexa para os agentes do sistema de saúde, a Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA), de 1996, estabeleceu normas e padrões para a interação eletrônica entre os prestadores de serviços e os planos de saúde. No entanto, por falta de coordenação política, a Lei teve baixa adesão em nível nacional (Wikler, 2012).

Em 2010, em um novo esforço no sentido de reduzir a burocracia e promover a automatização das rotinas administrativas no setor, a Lei de Acesso à Assistência e Proteção ao Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) atribuiu ao Departamento de Saúde e Serviços Sociais (Department of Health and Human Services - HHS) a responsabilidade de operacionalizar as normas dispostas na HIPAA. O HHS (2012) estima que as regras operacionais estabelecidas entre 2011 e 2012 gerarão uma economia de, pelo, menos, US\$ 24 bilhões até 2022.

No Brasil, as despesas administrativas<sup>5</sup> consumiram 12,8% da receita das operadoras de planos privados de saúde em 2012 (ANS, 2013). Para o SUS, embora os gastos administrativos não sejam claramente desagregados dos assistenciais, os dados mais recentes indicam que apenas a folha de pagamento consumiu 12,5% do orçamento total da União para atividades de assistência à saúde em 2010 (MS, 2013). Essas parcelas, tanto do SUS como na saúde suplementar, são similares às estimadas para os Estados Unidos, evidenciando-se que, como naquele país, existe uma oportunidade importante para a economia de recursos no sistema de saúde brasileiro. Apesar disso, as ações voltadas à simplificação e aperfeiçoamento da estrutura administrativa no SUS são incipientes (BRASIL, 2006).

Na saúde suplementar, a complexidade envolvida na interação entre atores do setor, em parte relacionada às exigências impostas pela ANS, motivou a própria agência a elaborar, em 2007, o Padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar, obrigatório para o intercâmbio de informações administrativas e assistenciais entre planos de saúde, prestadores de serviços e a agência. A TISS tem como objetivo simplificar o processo administrativo, de forma a racionalizar e otimizar recursos, mas seu impacto econômico-financeiro ainda não foi avaliado de forma sistemática. Outra iniciativa da agência reguladora no sentido de tornar a estrutura administrativa mais eficiente no setor de saúde suplementar, foi a implementação do Sisrel, um sistema informatizado para o ressarcimento ao SUS, com o intuito de reduzir a burocracia, tornando o processo mais rápido, barato e eficaz. No entanto, MARTINS et al. (2010) estimaram que o valor gasto pela ANS para viabilizar tecnicamente o ressarcimento ao SUS até o ano de 2006 foi equivalente ao valor recolhido (R\$ 97 milhões), o que põe em cheque a eficiência desse processo.

---

<sup>5</sup> Despesa administrativa = despesa total – (despesa assistencial + despesa de comercialização + resultado da empresa).

## 5. Uso desnecessário de recursos de saúde

Há algumas situações para as quais não se espera que determinado procedimento traga qualquer benefício para um paciente específico, caracterizando um uso desnecessário de serviços médicos (Thomson Reuters, 2009). Além do custo direto, o uso desnecessário de recursos médicos e hospitalares gera, também, custos indiretos associados a potenciais complicações do estado de saúde dos pacientes.

Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que há grande desperdício de recursos na utilização de medicamentos, pois mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Ainda de acordo com a OMS, mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos.

Em relação à inobservância de diretrizes clínicas, a situação é mais grave em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com condutas baseadas em evidências que evitam o desperdício de recursos (Wannmacher, 2012).

Nos Estados Unidos, estima-se que 55% das prescrições de antibióticos seriam cientificamente desnecessárias, pois dizem respeito a infecções cuja etiologia não é bacteriana, logo o antibiótico não seria o tratamento indicado. Estima-se que isso gera um gasto de aproximadamente US\$ 1,3 bilhão para o sistema de saúde que poderia ser evitado (Gonzales et al., 2001).

Estima-se que, no total, o uso desnecessário de serviços e insumos resulte em um desperdício de recursos entre US\$ 158 bilhões e US\$ 226 bilhões para o sistema de saúde americano (Berwick e Hackbarth, 2012). Nessa conta, está incluído, por exemplo, o uso excessivo de antibióticos, a realização de cirurgias em pacientes para os quais um período de observação seria mais aconselhável e os cuidados intensivos em pacientes terminais, que preferem cuidados paliativos e domiciliares.

Nos EUA, mais de 90 procedimentos médicos são considerados desnecessários e com potencial de causarem danos ao paciente, de acordo com mais de 350 mil médicos de várias especialidades. Esses procedimentos são divulgados pelo projeto chamado Choosing Wisely<sup>6</sup>, no qual os médicos, por meio das respectivas associações das diversas especialidades, expõem os procedimentos que julgam desnecessários e justificam seu posicionamento por meio de evidências científicas (Lallemand, 2012). No Quadro 3 a seguir estão alguns exemplos de procedimentos que as associações médicas consideram desnecessários.

Há estudos americanos que mostram evidências de uso desnecessário de procedimentos médicos mesmo em internações. Por exemplo, Thomson Reuters, 2009 reportam o uso desnecessário de internações de um dia de duração para observação ou para realização de exames de rotina. Nesse mesmo estudo, também foi observado, para um mesmo paciente internado, a realização de exames laboratoriais, de imagem, entre outros, em quantidade excessiva e desnecessária.

---

<sup>6</sup> O arquivo completo com as indicações das associações médicas está disponível em: <http://www.choosingwisely.org/>

Quadro 3 - Alguns exemplos nos quais procedimentos e exames são considerados desnecessários, divulgados pelas associações médicas americanas.

Procedimento	Justificativa	Associação médica
<b>Indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva antes de 39 semanas de gestação</b>	Parto antes de 39 semanas está associado com aumento do risco de dificuldades de aprendizagem, problemas respiratórios e outros riscos potenciais para o bebê.	The American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>Exame papanicolau anual em mulheres de 30 a 65 anos de idade</b>	Para a maioria das mulheres, o exame Papanicolau anual não oferece vantagens sobre os exames realizados a cada três anos.	The American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>Inserir os tubos de alimentação em pacientes com demência avançada</b>	Alimentação por tubo em tais pacientes foi associado com o desenvolvimento de úlceras, e aumento do estresse do paciente devido ao tubo.	American Geriatrics Society
<b>Tomografia Computadorizada para crianças com trauma craniano leve</b>	A exposição desnecessária de crianças a tomografias os expõem à radiação, aumentando o risco potencial de câncer. A American Academy of Pediatrics recomenda aos médicos monitorizar o doente, a fim de determinar se é necessária uma verificação.	American Academy of Pediatrics
<b>Dar remédio para resfriado e tosse para crianças com idade inferior a quatro anos</b>	Evidências mostram medicamentos não ajudam muito as crianças e pode causar efeitos colaterais graves.	American Academy of Pediatrics

Fonte: Lista Choosing Wisely, 2013.

Alguns estudos, que abordam morbidades específicas, também evidenciam o desperdício de recursos no tratamento aos pacientes. Por exemplo, para dor crônica nas costas, há evidências de que a rápida expansão do número de exames e tratamentos observados nos Estados Unidos não tem grande correlação com a incidência dessa morbidade. Por exemplo, houve aumento de 629% nos gastos do Medicare com injeções de esteroide epidural, entre 1994 a 2001 (Friendly, Chan e Deyo, 2007); de 423% nos gastos com opióides para alívio de dores nas costas entre 1997 e 2004 (Martin et al., 2008) de 307% no número de exames de ressonância magnética lombar entre 1994 e 2005 - apesar das diretrizes do American College of Physicians e do American Pain Society recomendarem o uso com parcimônia desse tipo de exame (Mitchell, 2008) - de 220% nas taxas de cirurgia de fusão espinhal entre 1990 e 2001 (Deyo et al., 2005).

Esse aumento na utilização e nos gastos seriam justificáveis se os tratamentos resultassem na melhoria da saúde dos pacientes, mas nem sempre os resultados são positivos. De acordo com dados do US Medical Expenditure Panel Survey<sup>7</sup> (Martin et al., 2008), entre 1997 e 2005, houve crescimento de 19,3% do número de pessoas que sofriam de dores nas costas e que alegavam limitações funcionais. Além disso, de acordo com dados da Seguridade Social norte-americana, a incapacidade para o trabalho atribuída a lesões músculo-esqueléticas, na maioria das vezes associadas a dor crônica nas costas, passou de 20,6% dos beneficiários em 1996 para 25,4% em 2005 (Deyo et al., 2005).

Deyo et. al (2009) alertam que alguns dos tratamentos e exames mais frequentemente prescritos se tornaram amplamente usados sem que tivessem sido validados cientificamente, gerando incerteza quanto à sua eficácia e segurança, além de aumentar as taxas de complicação. De fato, há estudos que sugerem que o aumento do número de exames e de novos tratamentos para dores de coluna não têm sido acompanhados de melhora nos resultados para os pacientes ou nas taxas de incapacidade (Maghout-Juratli S, 2006; Social Security Administration Office of Policy, 2005).

Alguns estudiosos argumentam que a utilização de alguns tipos de tratamentos ou técnicas que não possuem estudos que avaliem sua efetividade (Wennberg et al, 2007) é influenciada por outros fatores como, por exemplo, a disponibilidade desses recursos. Nesse caso, a oferta abundante de aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos, entre outros, geraria sua própria demanda. Logo, o tamanho da oferta de recursos médicos em relação ao número de pacientes com doenças crônicas que necessitam de tratamento teria influência positiva sobre o uso desnecessário em diferentes regiões dos Estados Unidos.

Quando os dados de gastos do Medicare com doentes crônicos são analisados entre os estados americanos, notam-se grandes diferenças, que não refletem diferenças nos preços locais, mas no volume de internações para tratamento dos doentes crônicos

---

<sup>7</sup> Pesquisa norte-americana sobre gasto e utilização de serviços de saúde, realizada anualmente.

nas diferentes regiões (Wennberg et al., 2007). Pesquisas populacionais mostram que pessoas com doenças crônicas graves e que vivem em comunidades onde o tratamento é mais intensivo, principalmente em ambiente de hospitalização, obtiveram melhora na sobrevivência ou na qualidade de vida em níveis inferiores aos observados em pessoas com o mesmo perfil de saúde nas demais regiões (Fisher et al, 2003). Esses resultados podem demonstrar que um tratamento de maior complexidade pode não ser o mais efetivo.

Além da oferta de recursos médicos, estudos acadêmicos mostram que outros fatores influenciam os profissionais da área da saúde a prescreverem tratamentos em excesso, como por exemplo, incentivos financeiros. Ao se analisar os reembolsos do Medicare para oncologistas, pesquisadores observaram que, uma vez que a decisão de utilizar a quimioterapia como forma de tratamento está tomada, os médicos que recebem reembolsos mais generosos usam o regime terapêutico mais dispendioso, sem necessariamente ser o mais efetivo para o paciente (Jacobson et al., 2006).

Várias medidas já foram tomadas para evitar o estímulo do uso desnecessário dos recursos de saúde por meio dos profissionais de saúde. Por exemplo, um plano de saúde no estado de Nova Iorque com 450 mil beneficiários adotou medidas de eficiência para que seus médicos especialistas evitasse o uso desnecessário de medicamentos em doentes crônicos (Greene, Beckmen e Mahoney 2008). Ao analisarem durante um ano dados dos pacientes com relação ao gasto total de seu tratamento e verificando o médico responsável, notou-se o alto custo não era determinado pelas quantidades prescritas de medicamentos, que não variaram significativamente, mas sim pela seleção da droga. Os médicos com mais alto custo estavam utilizando medicamentos de marca sem opção de genéricos e que não necessariamente estavam nas recomendações nacionais de utilização baseadas em evidência, ao contrário dos médicos que apresentaram menor custo.

O governo americano também busca maior transparência nas decisões médicas nos sistemas Medicare e Medicaid, e para tanto criou uma medida em 2010, chamada

*Physician Payment Sunshine Act*<sup>8</sup>. O objetivo dessa lei é inibir que as decisões dos médicos sejam influenciadas por benefícios oferecidos por fabricantes de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, e por consequência, desestimular a sobreutilização de insumos e serviços de saúde sem qualquer evidência científica de benefício ao paciente.

Por meio dessa medida, os fabricantes de medicamentos e equipamentos médicos e hospitalares que participam de programas federais de saúde dos Estados Unidos ficam obrigados a informar pagamentos em dinheiro e concessão de presentes de valor a médicos e hospitais de ensino. A partir de 2013 os fabricantes devem apresentar os relatórios com essas informações anualmente.

Dada a aplicação recente da Lei, ainda não existem dados sobre os seu impacto. O que já existem são trabalhos que verificam os efeitos de aumento de custo devido às bonificações recebidas por médicos sem uma respectiva melhora de saúde dos pacientes (Steinbrook, 2008; Perret e Rosen, 2011).

Ressalta-se que há casos em que a variação dos padrões de utilização de medicação, de exames e mesmo de internações pode ser necessária conforme a recomendação do médico para o tratamento mais eficiente para o paciente. Entretanto, na maioria dos casos, a adoção de protocolos assistenciais contribui para que os médicos optem por padrões de utilização adequados. Quando adotados pelos médicos, esses protocolos assistenciais contribuem para a melhora ou manutenção da qualidade da saúde ao mesmo tempo em que os custos podem ser adequadamente reduzidos.

Muitos dos médicos americanos concordam que, por vezes, seus pacientes são submetidos a tratamentos desnecessários. Em uma pesquisa realizada em 2009, com 627 médicos de uma amostra de representatividade nacional, os próprios profissionais reportaram a existência de tratamento excessivo. Do total de médicos entrevistados, 42% responderam que os pacientes estavam recebendo tratamentos desnecessários em todo o sistema de saúde. Desses, um quarto acreditavam que praticavam uma medicina

---

<sup>8</sup> O Physician Payment Sunshine Act é parte da lei sancionada em 2010 chamada Patient Protection and Affordable Care Act. 111 Congress HR 3590 2010:111- 148. 2010.

mais agressiva, pedindo exames em quantidade maior do que a necessária (Sirovich et al., 2011).

No Brasil são raros os estudos que abordam diretamente o tema de uso desnecessário e seus impactos para o sistema de saúde. Há alguns estudos que examinam populações específicas. Por exemplo, em estudo de base populacional com moradores de Pelotas (RS) em 2003 (Capilheira e Santos, 2006), observou-se que as proporções de consultas que geraram a solicitação de exames nos postos de saúde públicos foram de 49,5%, nos convênios/planos de saúde de 52,4% e em consultas particulares de 60,9%.

Apesar da escassez de dados de mensuração de uso desnecessário de recursos de saúde no sistema brasileiro, o Ministério da Saúde reporta que o uso incorreto ou desnecessário de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia<sup>9</sup>, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e ao excesso de tipos de medicamentos disponibilizados comercialmente (Relatório Uso Racional de Medicamentos, 2012).

## **6. Fraude e abuso na utilização dos recursos de saúde**

Nos EUA, o FBI (Federal Bureau of Investigation) trabalha em parceria com o Ministério da Saúde americano para implementação de ações de combate às fraudes no sistema de saúde. No entanto, apesar dessas ações, de acordo com as estatísticas do FBI, as fraudes e as práticas abusivas no setor de saúde geram gastos de US\$ 80 bilhões por ano nos Estados Unidos, somando setor público e setor privado<sup>10</sup>. De acordo com Iglehart (2010), a fraude e o abuso são atos ilícitos intencionais ou de má fé que resultam em pagamentos excessivos. A maior parte das práticas fraudulentas e abusivas simplesmente aumenta o custo sem adicionar valor, mas algumas também expõem os pacientes aos riscos associados a procedimentos desnecessários e/ou nocivos.

---

<sup>9</sup> A polifarmácia é definida como uso concomitante e prolongado de cinco ou mais medicamentos pelo mesmo indivíduo, que pode acarretar no risco aumentado a interações medicamentosas e reações adversas (Secoli, 2010).

<sup>10</sup> [http://www.fbi.gov/about-us/investigate/white\\_collar/health-care-fraud](http://www.fbi.gov/about-us/investigate/white_collar/health-care-fraud)

Entre as práticas fraudulentas e abusivas que levam ao desperdício incluem (Iglehart, 2010):

- A prestação intencional de serviços desnecessários ou inadequados;
- Faturamento de serviços que não são prestados, muitas vezes com a participação dos pacientes na fraude ou utilizando nomes de pacientes falecidos;
- Deturpação do custo dos cuidados de saúde pelas seguradoras e planos de saúde;
- Propinas para encaminhamentos para serviços desnecessários;
- Rotulagem falsa de uma droga por uma empresa farmacêutica;
- Abuso do sistema de saúde por pacientes para receber serviços que possam ser prejudiciais à sua saúde.

As perdas geradas pelas fraudes e práticas abusivas são muito grandes e prejudicam o sistema de saúde como um todo. Estima-se que, em 2007, a fraude no sistema de saúde americano gerou um gasto equivalente a 10% da despesa total (pública e privada) com assistência à saúde, o que correspondeu a US\$ 220 bilhões. Como estimado por Iglehart (2009), esse valor seria o suficiente para estender a cobertura dos seguros de saúde a todos os americanos não segurados naquele ano. Já o Institute of Medicine estimou que o gasto excessivo anual devido a fraude no sistema de saúde seria de US\$ 75 bilhões (Young et al., 2010), valor próximo ao estimado pelo FBI.

Para os beneficiários de planos de saúde, as perdas são grandes, pois as fraudes, ao aumentarem a carga de gastos do sistema, contribuem para a elevação do valor da mensalidade do seguro saúde ao mesmo tempo que prejudica a qualidade da assistência. Esse impacto negativo ocorre de diferentes formas conforme algumas regiões dos Estados Unidos, tanto no sistema público quanto no privado. Um estudo de 2010 realizou um levantamento do gasto per capita com serviços hospitalares (ajustado pelo preços praticados em cada região) entre beneficiários do Medicare em 306 diferentes áreas de serviços hospitalares. Os autores observaram que muitas das diferenças regionais de custo não se devem ao preço e à frequência de utilização regional, mas sim

à fraude. Estudos mostram que esse crime corresponde a uma fração considerável dos elevados preços de procedimentos e insumos de saúde na região de Miami (até três vezes maior que em outras regiões), principalmente de tratamentos ambulatoriais, equipamentos médicos e serviços de home care (Gottlieb et al. 2010).

Outros estudos apontam para ocorrências de fraudes e práticas abusivas na indústria farmacêutica americana. De 1997 a 2001, os gastos do Medicaid com medicamentos cresceram duas vezes mais que a despesa total desse programa (Chimonas e Rothman, 2005). Por isso, o relacionamento das empresas produtoras de medicamentos com os médicos passou a ser objeto de intensa regulação pelo governo americano, principalmente a partir de 2003, com a promulgação do Compliance Program Guidance for Pharmaceutical Manufacturers. De acordo com Coleman et al. (2006), objetivou-se inibir tanto práticas ilegais, como o pagamento de propinas da indústria farmacêutica aos médicos, quanto práticas de doação de presentes e gratificações a médicos para influenciar sua escolha medicado medicamento prescrito, o que pode levar a prejuízos para seguradoras, governo e paciente.

Para combater a fraude em todo o sistema de saúde existe ampla divulgação e conscientização sobre esse assunto nos Estados Unidos, além da atuação punitiva da justiça. De acordo com Morris (2009), a Lei de Dotações Orçamentárias do governo federal de 2009 destinou, de uma única vez, US\$ 198 milhões para integrar os programas antifraude na saúde do Departamento de Saúde do governo americano (Department of Health and Human Services) e do Departamento de Justiça (Department of Justice).

Uma das principais formas de divulgação e conscientização contra as práticas abusivas é feita pela National Health Care Anti-Fraud Association, uma parceria público-privada cujos membros são seguradoras de saúde privadas e públicas, reguladores e os responsáveis do setor público pela aplicação da lei contra fraude no setor de saúde. Essa organização estima que cerca de US\$ 60 bilhões (cerca de 3 por cento das despesas de saúde total anual) são perdidos por fraude a cada ano, mas esse número é considerado conservador. Em 2008 os "pagamentos indevidos" de todo o

governo custaram ao Tesouro dos EUA US\$72 bilhões, ou cerca de 4% das despesas totais para os programas relacionados (Xiao, Barber e Campbell, 2009).

Como em qualquer país, fraudes e abusos também ocorrem no setor de saúde brasileiro. No entanto, não há fontes de dados suficientes para que se possa quantificar o impacto financeiro e mesmo assistencial dessas práticas perversas. De acordo com um estudo da Confederação Nacional das Seguradoras (CNSeg) as fraudes mais comuns em seguros saúde são<sup>11</sup>:

- Omissão de informações na declaração de saúde
- Empréstimo de carteira de segurado
- Alteração de procedimentos médicos
- Declaração de consultas que não ocorreram
- Superfaturamento de remédios e materiais

No sistema público a Controladoria Geral da União (CGU) possui como instrumento a ‘Tomada de Conta Especial’ por meio do qual busca o ressarcimento de fraudes e abusos nas contas públicas. Entre 2002 e 2012, o levantamento da CGU<sup>12</sup> detectou irregularidades que desviaram da saúde pública aproximadamente R\$ 3,1 bilhões, o que equivale a 34,1% do total de irregularidades em todas as áreas do governo (R\$ 9,1 bilhões).

No setor privado, um estudo da Funenseg reporta que no mercado de seguro saúde, de 10% a 15% dos reembolsos pedidos são indevidos e de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos (Marques, 2006).

---

<sup>11</sup> CNSeg – Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização.

<sup>12</sup> Auditoria das Tomadas de Contas Especial:  
<http://www.cgu.gov.br/ControleInterno/AvaliacaoGestaoAdministradores/TomadasContasEspecial/index.asp>

As fraudes e os abusos no sistema de saúde no Brasil, tal qual nos Estados Unidos, tornam mais cara e menos eficiente a assistência à saúde, sendo portanto crucial mitigar essas ações.

## **7. Falhas na coordenação do cuidado**

Muitos tipos de ineficiência nos sistemas de saúde ocorrem quando os prestadores de serviços de saúde não coordenam os serviços prestados, o que pode resultar em aumento de custos desnecessários e resultados potencialmente prejudiciais aos pacientes. Falhas na coordenação dos serviços ocorrem, por exemplo, quando os registros dos pacientes não são compartilhados pelos prestadores de serviços, o que pode acarretar, dentre outros problemas, a repetição desnecessária de exames, ou mesmo a realização de um tratamento inadequado, visto que a equipe médica não teve acesso ao histórico de tratamento prévio do paciente. Quando isso ocorre, mais recursos para a saúde podem apenas resultar em maiores custos para os setores público e privado, sem benefícios para a saúde dos pacientes.

Os Estados Unidos são o país que mais gastam com saúde no mundo: em 2011 o gasto per capita foi de US\$ 8.608 (PPP) (OMS). Mas nem por isso é o país que apresenta os melhores indicadores de saúde. Por exemplo, a expectativa de vida ao nascer da Nova Zelândia, que tem um gasto per capita quase três vezes inferior, é 2 anos maior do que a americana (81 frente a 79) (Tabela 1).

Os integrantes do sistema de saúde (médicos, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros) devem ser capazes de fornecer cuidado à saúde de forma mais eficiente, considerando os custos totais do sistema, e não apenas os custos privados de cada integrante do sistema. Por exemplo, os médicos devem saber quais testes e procedimentos já foram realizados pelos seus pacientes em outros estabelecimentos de saúde para que não haja repetição desnecessária e que nada acrescentará ao paciente (Enthoven e Tollen, 2005). De acordo com um relatório da consultoria Reuters &

Tompson (2009), considerando todos os tipos de falhas na coordenação do sistema de saúde americano, estima-se que o desperdício anual com recursos de saúde esteja entre US\$ 25 bilhões a US\$ 50 bilhões.

Tabela 1: Gasto com saúde per capita e expectativa de vida ao nascer, 2011.

País	Gasto com saúde per capita (US\$ PPP)	Expectativa de vida ao nascer (anos)
<b>Estados Unidos</b>	8.608	79
<b>Suíça</b>	5.564	83
<b>Canadá</b>	4.520	82
<b>Suécia</b>	3.870	82
<b>Reino Unido</b>	3.322	80
<b>Itália</b>	3.130	82
<b>Espanha</b>	3.041	82
<b>Nova Zelândia</b>	3.033	81

Fonte: Global Health Observatory Data Repository/WHO.

Em outros países, além dos Estados Unidos, também têm ocorrido esforços para evitar falhas de coordenação na saúde. Tanto no sistema público como no sistema privado, há a preocupação de que uma coordenação fraca resulte em consequências indesejadas, que gerem custos para todo o sistema e resultados ruins para os pacientes. Reino Unido, Holanda e Nova Zelândia, por exemplo, adotaram um processo no qual as pessoas devem se registrar em clínicas de cuidados primários, onde recebem encaminhamentos para as demais coberturas assistenciais do sistema público de saúde desses países (Schoen et al., 2007). De acordo com Macinko et al. (2003), a adoção dessa forma de organização dos cuidados primários objetiva um atendimento mais integrado, centrado no paciente e a melhoria da eficiência do sistema de saúde.

Nos Estados Unidos, as falhas na coordenação da saúde ocorrem principalmente quando os cuidados primários não estão acessíveis e os pacientes que não possuem condições emergenciais são forçados a procurar por cuidados nos prontos-socorros dos hospitais. Estima-se que 42% de todas as visitas ao atendimento de emergência dos hospitais são para tratar condições não emergenciais (Massachusetts

Division of Health Care Finance and Policy, 2004). Esses atendimentos de emergência são mais caros do que os realizadas em consultórios médicos, resultam em um maior número de exames, inclusive de alta complexidade, e, em 5,5% dos casos, resultam em internações que poderiam ter sido evitadas (Gill, 1999). O uso desnecessário do pronto-socorro para situações não emergenciais gera um custo de no mínimo US\$ 24,4 bilhões ao ano, de acordo com estimativa da Pricewaterhouse Coopers (2008). Já o Institute of Medicine (2010) estima que esse gasto anual é de US\$ 21,4 bilhões.

Os pacientes, os principais prejudicados pela falha de coordenação do sistema de saúde, percebem essa ineficiência do sistema em vários níveis. Em 2007 foi realizado um levantamento com adultos em sete países (Austrália, Canadá, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, e os Estados Unidos) para avaliar a percepção dos usuários do sistema de saúde em relação ao acesso ao sistema de saúde, os cuidados de saúde primários e a coordenação dos cuidados (Schoen et al, 2007). Nos Estados Unidos, um quarto dos entrevistados relatou pelo menos um dos seguintes problemas de coordenação: a) registros médicos ineficientes; b) resultados de exames diagnósticos que não ficam prontos em tempo hábil; e c) exames duplicados. O resultado americano foi significativamente superior ao dos outros países analisados. Na Austrália e na Alemanha as taxas também foram relativamente altas, com as taxas alemãs sendo impactadas pela maior percepção dos pacientes de exames duplicados.

Ainda de acordo com Schoen et al. (2007), houve alta taxa de relato pelos entrevistados norte-americanos de erros em exames laboratoriais, como atrasos na notificação de exames anormais e resultados incorretos, o que os autores relacionaram com a estrutura de atenção à saúde mais fragmentada do sistema de saúde americano. Esses tipos de erros, concluem os autores, podem ser mitigados com a melhora da coordenação e abordagens mais integradas de atendimento.

De acordo com outro estudo, muitos dos gastos em tratamento intensivo hospitalar poderiam ser evitados por meio de uma melhor coordenação de todos os agentes do setor de saúde. Nas regiões americanas onde se observa uma melhor integração entre o atendimento primário e o atendimento em regime de internação, o

tempo médio de internação hospitalar entre pacientes crônicos foi de 13,9 dias e quem estava internado recebeu, em média, 20,4 visitas de médicos em 2006, enquanto que nas regiões de menor nível de coordenação do sistema de saúde, a média foi de 28,5 dias e 64,7 visitas (Wennberg et al, 2009). Isso indica que o grande emprego de recursos sem a devida coordenação e comunicação dos envolvidos no cuidado de saúde gera a ineficiências sem gerar nenhum benefício para a saúde do paciente.

Há casos de hospitais americanos que conseguiram uma melhor coordenação da assistência médica em seus prontos-socorros. De acordo com Kelley (2009), um grande sistema hospitalar dos Estados Unidos implantou um programa focado nos pacientes sem assistência médica primária na sua comunidade e baseado em visitas frequentes e não urgentes ao pronto-socorro que esses pacientes realizavam. O programa buscou identificar esses pacientes, educar os médicos que atuam nos prontos-socorros sobre os níveis apropriados de prescrições de medicamentos e realizar uma campanha de comunicação com a comunidade alvo. Como resultado, o sistema hospitalar observou que o uso indevido do pronto-socorro caiu 72% e a prescrição excessiva de medicamentos caiu 10%.

No âmbito das seguradoras de planos de saúde, o rápido crescimento dos gastos em saúde tem levado essas empresas a adotar programas específicos de coordenação do cuidado. Em geral, esses programas buscam primeiramente identificar as principais necessidades de seus beneficiários, principalmente os doentes crônicos, e abordam um planejamento de cuidado customizado, acompanhamento e assistência por telefone.

Uma pesquisa foi realizada com planos de saúde, empresas contratantes de planos de saúde com mais de 500 mil empregados e corretores de seguros. De acordo com a pesquisa, os entrevistados afirmam que, mesmo que muitos não possam medir o retorno do investimento, esses programas têm potencial para restringir os gastos, sem transferir os custos para os beneficiários de planos de saúde e sem impor requisitos administrativos onerosos para os prestadores de serviços de saúde (Mays et al., 2007).

Mesmo as empresas contratantes de planos de saúde já implantam programas para reduzir gastos desnecessários por meio de melhor integração com os demais

integrantes do sistema de saúde. Por exemplo, com um programa de serviço telefônico de enfermagem 24 horas gratuitos aos funcionários, uma empresa de transportes economizou em gastos com saúde US\$ 1,62 por membro por ano. Nesse programa os empregados poderiam obter informações sobre as suas condições e opções de tratamento, reduzindo assim o número de consultas em consultórios e visitas a prontos-socorros que sejam desnecessárias (Kelley, 2009).

No Brasil há programas para tentar melhor coordenar a atenção à saúde, inclusive no sistema público, embora de acordo com Chazan e Perez (2008), haja pouca quantificação dos resultados desses programas e muitas dificuldades relatadas. Por exemplo, a assistência pública primária tende a acompanhar os portadores de diabetes e hipertensão para evitar futuras internações e tratamentos agudos. Uma avaliação realizada no Rio de Janeiro do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) sinalizou diversos problemas como dificuldades no cadastramento e na digitação (65,4% dos programas avaliados) e também dificuldades relacionadas à falta de estrutura do Programa de Hipertensão e Diabetes assim como descontinuidade dos investimentos federais.

Em suma, a experiência americana mostra a falha na coordenação do sistema é uma relevante fonte de ineficiência do sistema. A melhor coordenação pode evitar inclusive a utilização desnecessária de recursos e práticas abusivas.

## 8. Considerações Finais

Os gastos desnecessários configuram um desafio importante para o sistema de saúde dos Estados Unidos, visto que podem representar até 30% do gasto total com saúde daquele país. Diferentemente de outros setores da economia, em que a concorrência e os incentivos econômicos agem no sentido de reduzir o nível de desperdícios, os agentes do mercado de bens e serviços de saúde não são devidamente estimulados a buscar por maior eficiência em sua atuação (Bentley et al., 2008).

De acordo com a literatura científica aqui abordada, as principais fontes de gastos excessivos no setor de saúde americano são as falhas assistenciais, de coordenação e de precificação, o uso desnecessário de serviços, a complexidade administrativa e as práticas abusivas e fraudulentas. Dentre as medidas consideradas efetivas na correção de tais distorções, apresentadas ao longo deste trabalho, destacam-se:

- Desenvolvimento e implementação de protocolos assistenciais;
- Utilização da tecnologia da informação;
- Simplificação e padronização de processos administrativos;
- Estímulo à concorrência e à transparência de preços e resultados;
- Integração dos diversos níveis de assistência, principalmente no que se refere ao compartilhamento de informações assistenciais;
- Atuação punitiva da justiça contra as práticas abusivas e fraudulentas no sistema de saúde.

Ressalta-se que os estudos citados neste trabalho avaliam a aplicação dessas medidas em situações específicas, de forma que a extrapolação de seu impacto econômico para todo o sistema de saúde deve ser visto com muita cautela, dados os inúmeros fatores que influenciam o gasto com saúde.

No Brasil, não existem estimativas agregadas sobre gasto desnecessário no setor de saúde, tanto público quanto privado. No entanto, alguns estudos identificam práticas

danosas comuns às observadas nos Estados Unidos, de forma que a experiência americana pode subsidiar a formulação de estratégias voltadas à redução do desperdício e à expansão da qualidade e do acesso da população ao sistema de saúde.

## 9. Referências bibliográficas

AMP. American College of Physicians. **Controlling health care costs while promoting the best possible health outcomes**. Philadelphia: American College of Physicians; 2009.

ANAHP. **Observatório ANAHP**. 2012. Disponível em: <[http://www.anahp.com.br/files/observatorio\\_anahp\\_2012\\_miolo\\_210x297\\_web.pdf](http://www.anahp.com.br/files/observatorio_anahp_2012_miolo_210x297_web.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2013.

ANDERSON, D. et al. It's the price, stupid: why the United States is so different from other countries. **Health Affairs**, v. 22, n. 3, 2003.

BATES, D. W. et al. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 8, 2001.

BERGER, M. **Healthcare price transparency: a state and federal approach**. Costs of Care, 2013. Disponível em: <<http://www.costsofcare.org/wp-content/uploads/2013/03/Berger-Price-Transparency-White-Paper.pdf>> Acesso em: 16 mai. 2013.

BERWICK, D. M.; HACKBARTH, M. P. Eliminating waste in health care. **Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 14, 2012.

BLANCHFIELD, B. B.; HEFFERMAN, J. L.; OSGOOD, B.; SHEEHAN, R. R.; MEYER, G.S. Saving billions of dollar – and physicians' time – by streamlining billing practices. **Health Affairs**, v. 29, n. 6, 2010.

BRADFORD, J. W.; KNOTT, D. G.; LEVINE, E. H.; ZEMMEL, R. W. **Accounting for the cost of U.S health care: pre-reform trends and the impact of the recession**. Washington (DC): McKinsey Center for the U.S Health System Reform, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

CAPILHEIRA, M. F., SANTOS, I.S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2006.

CANNON, M. F. Yes, Mr. President. A free market can fix health care. **Policy Analysis**, v. 350, 2009.

CAPPS, C.; DRANOVE, D. Hospital consolidation and negotiated prices. **Health Affairs**, v. 23, n. 2, 2004.

CASALINO, L. P.; NICHOLSON, S.; GANS, D. N. What does It cost physician practices to interact with health insurance plans? **Health Affairs**, v. 28, n. 4; 2009.

CBO. Congressional Budget Office. **Budget options**. Washington, DC: Congress of the United States, 2009.

CBO. Congressional Budget Office. **Evidence on the costs and benefits of health information technology**. Washington, DC: Congress of the United States, 2008.

CHIMONAS, S. & ROTHMAN, D. J. New federal guidelines for physician-pharmaceutical industry relations: the politics of policy formation. **Health Affairs**, 24, n.4, 2005.

ABIM FOUNDATION. American Board of Internal Medicine. **Choosing wisely**. 2012. Disponível em: <[http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/03/033012\\_Choosing-Wisely-National-PressRlsZINAL.pdf](http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/03/033012_Choosing-Wisely-National-PressRlsZINAL.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2013.

CHOU, R. et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of Internal Medicine**, v. 147, 2007.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **National health expenditure projections 2007-2017**. CMS, 2009. Disponível em: <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/Downloads/>> Acesso em: 16 mai. 2013.

COLEMAN, D. Guidelines for Interactions between Clinical Faculty and the Pharmaceutical Industry: One Medical School's Approach. **Academic Medicine**, v. 81, n. 2, 2006.

COLUNI, B. **Save \$36 billion in U.S. healthcare spending though price transparency**. Thomson Reuters, 2012. Disponível em: <[http://www.icsi.org/white\\_papers/white\\_paper\\_\\_save\\_\\_36\\_billion\\_in\\_u\\_s\\_\\_healthcare\\_spending\\_through\\_price\\_transparency.html](http://www.icsi.org/white_papers/white_paper__save__36_billion_in_u_s__healthcare_spending_through_price_transparency.html)>. Acesso em: 16 mai. 2013.

CONOVER, C. J. Health care regulation: a \$ 169 billion hidden tax. **Policy Analysis**, v. 527, 2004.

CUTLER, D. M.; LY, D. P. The (paper) work of medicine: understanding international medical costs. **Journal of Economic Perspectives**, v. 25, n. 2, p. 3-25, 2011.

DELAUNE, J.; EVERETT, W. **Waste and inefficiency in the U.S. healthcare system**. Cambridge, MA: New England Healthcare Institute, 2008.

DEYO, R. A. United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. **Spine**, v. 20, 2005.

DEYO, R. A. et al. Overtreating chronic back pain: Time to Back Off? **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, 2009.

ENTHOVEN, A. C.; TOLLEN, L.A. Competition in health care: It takes systems to pursue quality and efficiency. **Health Affairs**, Web Exclusive, 2005.

FARRELL, D.; JENSEN, E.; KOCHER, B.; LOVEGROVE N.; MELHEM, F.; MENDONCA, L. **Accounting for the cost of U.S. healthcare**: a new look at why americans spend more. Washington, DC: McKinsey Global Institute, 2008.

FISHER, E.S., et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. **Annals of Internal Medicine**, v. 138, n. 4, 2003.

FUCHS, V. R. Cost shifting does not reduce the cost of health care. **Journal of the American Medical Association**, v. 302, n. 9, 2009.

GILL, J.M. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. **American Journal of Managed Care**, v. 5, 1999.

GINSBURG, P. B. 2007. Shopping for price in medical care. **Health Affairs**, v. 26, n. 2, 2007.

GOLDSTEIN, M. United Health sees \$33.2 billion in U.S. health savings. Reuters, 2009. Disponível em: <<http://www.reuters.com/article/rbssFinancialServicesAndRealEstateNews/idUSN3044468420090630>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

GONZALES, R. et al. Excessive antibiotic use for acute respiratory infections in the United States. **Clinical Infectious Diseases**, v. 33, n. 6, 2001.

GOTTLIEB, D.J. et al. Prices don't drive regional Medicare spending variations. **Health Affairs**, v. 29, n, 2010.

GREENE, R. A., BECKMAN, H. B. & MAHONEY, T. Beyond the Efficiency Index: finding a better way to reduce overuse and increase efficiency in physician care. **Health Affairs**, 27, n. 4, 2008.

GROSSMAN, J. M.; REED, M. C. Clinical information technology gaps persist among physicians. **Center for Studying Health System Change**, n. 106, 2006.

HEFFERNAN, J., BLANCHFIELD, B.; OSGOOD, B.; SHEEHAN, R.; MEYER, Simplifying the billing process: still an opportunity for significant cost efficiency. In: YONUG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes.** Washington, DC: National Academies Press, 2010.

HOADLEY, J. **The prescription drug safety net: access to pharmaceuticals for the uninsured.** Washington, DC: National Health Policy Forum, 2009.

IFHP. International Federation of Health Plans. **2012 comparative price report.** 2013. Disponível em: <<http://www.ifhp.com/documents/2012iFHPPPriceReportFINALMarch25.pdf>> Acesso em: 16 mai. 2016.

IGLEHART, J. K. Finding money for health care reform: rooting out waste, fraud, and abuse. **The New England Journal of Medicine**, v. 361, 2009

IOM. Institute of Medicine. **The err is human: building a safer health care system.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

IOM. Institute of Medicine. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes.** Workshop Series Summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2010.

IVEY, J. L. **The effect of administrative complexity on the cost of health care in the United States.** East Lansing: Michigan State University College of Law, 2006.

JACOBSON, M. Does reimbursement influence chemotherapy treatment for cancer patients? **Health Affairs**, v. 25, n. 2, 2006.

JAYADEV, R.; J. STIGLITZ. Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, 2009.

JHA, A. K. et al. How common are electronic health records in the United States? A Summary of the Evidence. **Health Affairs**, v, 25, 2006.

JHA, A. K. et al. Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. **Health Affairs**, v. 28, n. 3, 2009.

KAHN, C. N. Payment reform alone will not transform health care delivery. **Health Affairs**, v. 28, n. 2, 2009.

KAHN, J. G. et al. The cost of health insurance administration in California: Estimates for insurers, physicians, and hospitals. **Health Affairs**, v. 24, n. 6, 2005.

KELLEY, R. Where can \$700 billion in waste be cut annually from the U.S. healthcare system? **White paper – Thomson Reuters**, 2009.

KOSIMBEI, G.; HANSON, K.; ENGLISH, M. Do clinical guidelines reduce clinician dependent costs? **Health Research Policy and Systems**, v. 9, n. 24, 2011.

LALLEMAND, N. C. Health Policy Brief: Reducing Waste in Health Care. **Health Affairs**, 2012.

LERNER, J. C. et al. The consequences of secret prices: the politics of physician preference items. **Health Affairs**, v. 27, n. 6, 2008.

LINDENAUER, P. Transparency as a strategy to improve the value of hospital care. In: YONUG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes**. Washington, DC: National Academies Press, 2010.

MAGHOUT-JURATLI, S., et al. Lumbar fusion outcomes in Washington State workers' compensation. **Spine**, v. 3, 2006.

MARTINS, C. B. et al. **Principais pontos do ressarcimento ao SUS**. IESS, 2010. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TDIESS00392010Ressarcimento.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

MASSACHUSETTS DIVISION OF HEALTH CARE FINANCE AND POLICY. **Price variation in Massachusetts health care services**. 2011. Disponível em: <<http://www.mass.gov/chia/docs/cost-trend-docs/cost-trends-docs-2011/price-variation-report.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

MAYS, G. P., AU, M.; CLAXTON, G. Convergence and dissonance: evolution in private-sector approaches to disease management and care coordination. **Health Affairs**, v. 26, n. 6, 2007.

MedPAC. Medicare Payment Advisory Commission. 2009. **Report to Congress**, 2009. Disponível em: <[http://www.medpac.gov/documents/Mar09\\_EntireReport.pdf](http://www.medpac.gov/documents/Mar09_EntireReport.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2013.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, 2005.

MORRIS, L. Combating fraud in health care: an essential component of any cost containment strategy. **Health Affairs**, v. 28, n. 5, 2009.

NUZUM, R. et al. **Finding resources for health reform and bending the health care cost curve**. New York: The Commonwealth Fund, 2009.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; BIBAS, B. J. Sistemas de saúde: o que queremos. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 16, n. 4, 2011.

PERRET, D. e ROSEN, C. A Physician-Driven Solution —The Association for Medical Ethics, The Physician Payment Sunshine Act, and Ethical Challenges in Pain Medicine. **Pain Medicine**, v. 12, 2011.

PETERSON, E. D., et al. The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcomes in the elderly. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 32, n. 4, 1998.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. **The price of excess: Identifying waste in healthcare spending**. 2008.

POPE, C. The cost of administrative complexity: administrative intricacies add no value to health care but the costs keep adding up. **MGMA CONNEXION**, v. 4, n. 10, 2004.

SAVITZ, L. 2009. The intermountain way to positively impact costs and quality: the EB-CPM for managing febrile infants. In: YONUG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes**. Washington, DC: National Academies Press, 2010.

SIROVICH, B. E. et al. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 17, 2011.

SCHOEN, C. et al. **Bending the curve: options for achieving savings and improving value in U.S. health spending**. Nova Iorque: Commonwealth Fund, 2007.

SCHOEN, C. et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. **Health Affairs**, v. 26, n. 6, 2007.

SMITH, P. Enhancing clinical data as a knowledge utility. In: YONUG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes**. Washington, DC: National Academies Press, 2010.

STEINBROOK, R. Disclosure of Industry Payments to Physicians. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 6, 2008.

TOUSSAINT, J. Health care debate fatally flawed. **Health Care Finance News**, v. 28, 2009.

UNITEDHEALTH GROUP. **Health care cost and containment: how technology can cut red tape and simplify health care administration**. Minneapolis: UnitedHealth Center for Health Reform & Modernization, 2009.

WANNMACHER, L. Conduas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos - temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION. **Annual statistical report on the Social Security Disability Insurance Program, 2005**. Washington, DC: SSA Publication, 2006.

WATERS, H. R. et al. The business case for quality: economic analysis of the Michigan Keystone Patient Safety Program in ICUs. **American Journal of Medical Quality**, v. 26, n. 5, 2011.

WENNERBERG, J. E. et al. Extending the P4P agenda, part 2: how Medicare can reduce waste and improve the care of the chronically ill. **Health Affairs**, v.26, n. 6, 2007.

WENNERBERG, J. E., et al. Inpatient care intensity and patients' ratings of their hospital experiences. **Health Affairs**, v. 28, n.1, 2009

WIKLER, E.; BASCH, P.; CUTLER, D. **Reducing health care administrative costs**. Center for American Progress, 2012. Disponível em: <[http://www.americanprogress.org/wpcontent/uploads/issues/2012/06/pdf/paper\\_cuts\\_final.pdf](http://www.americanprogress.org/wpcontent/uploads/issues/2012/06/pdf/paper_cuts_final.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2013.

XIAO, H., BARBER, J. & CAMPBELL E.S. Economic burden of dehydration among hospitalized elderly patients. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 1, n. 61, 2009.

YOUNG, P. L.; SAUNDERS, R. S.; OLSEN, L. **The healthcare imperative: lowering cost and improving outcomes: Workshop Series Summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2010.

ZHAN, C.; MILLER, M. R. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. **Journal of the American Medical Association**, v. 290, n. 14, 2003.