

CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas

Seminário Internacional: OPMEs: Análise setorial e adoção de boas práticas
Hotel Renaissance -

Equipe - Insper

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

Síntese

Questões

Quais são as principais causas de perdas (falhas de mercado) na cadeia de saúde suplementar?

O que pode ser feito para reduzir essas perdas?

Mensagem principal

Há um complexo sistema de contratações na cadeia da saúde que criam incentivos perversos e, por isso, distorcem decisões importantes. A consequência é um serviço mais caro e, algumas vezes, de menor qualidade do que o que poderia ser esperado.

Consequências para a saúde do paciente e eficácia do tratamento

Significativas perdas e desperdícios ao longo da cadeia

O mecanismo de mercado não funciona de maneira adequada

A Pesquisa

- Análise dos elos que compõem a cadeia de saúde suplementar
- Análise de dados disponíveis (OMS, ANS, Euromonitor, CNES, RAIS, ABIIS, PMB e referências de terceiros)
- Entrevistas presenciais com representantes de todos os elos da Cadeia de Saúde Suplementar:
 - Beneficiários, Médicos, Operadores de Planos de Saúde, Hospitais, MatMed, Distribuidores e Ambiente Regulatório;
 - 18 entrevistas presenciais, em um total de 24 horas de entrevistas e 60pgs de relatórios.

Estrutura

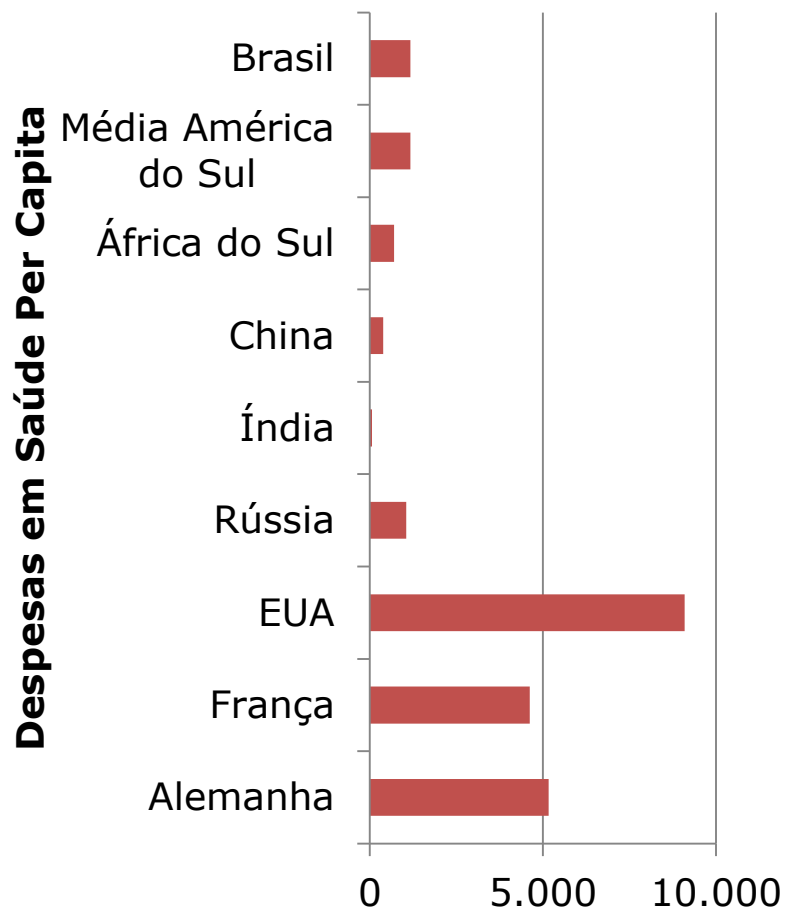
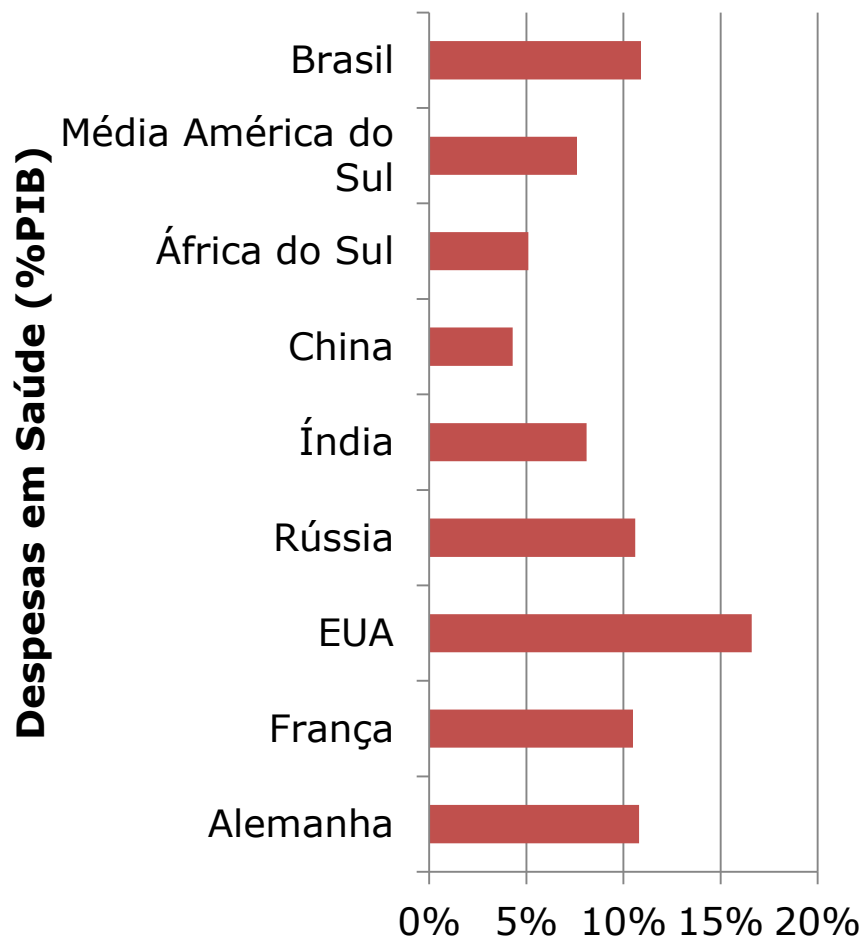
1. A Cadeia de Saúde Suplementar
2. Relações contratuais e falhas de mercado
3. Ambiente regulatório
4. Conclusões e Propostas

PANO DE FUNDO: Gastos e tendências de custos

Em 2014, as despesas com saúde no Brasil alcançaram 10,1% do PIB, equivalente a R\$ 557 bilhões

- As despesas com Saúde no Brasil são superiores à soma do PIB de Uruguai, Bolívia e Equador.

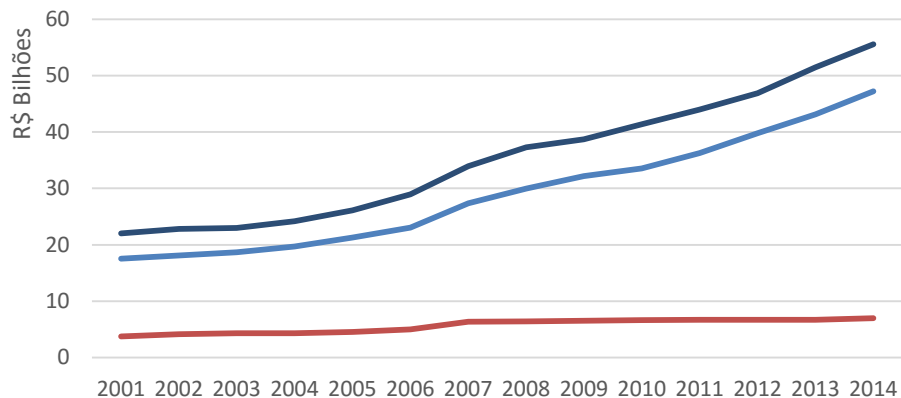
O Brasil tem despesas relativas ao PIB comparáveis a países desenvolvidos, mas em termos per capita os gastos são relativamente baixos



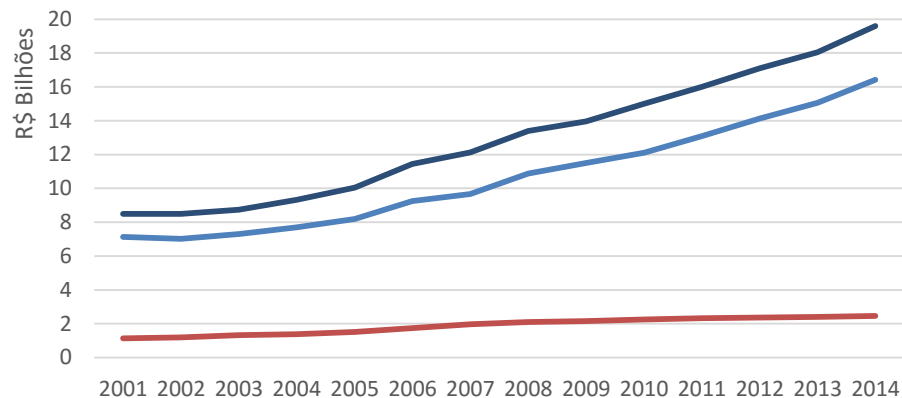
Fonte: Euromonitor

Receitas e despesas

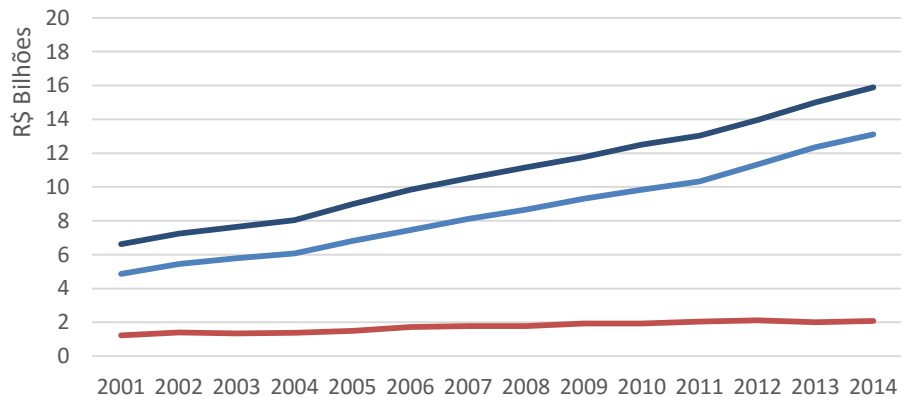
Todas as modalidades



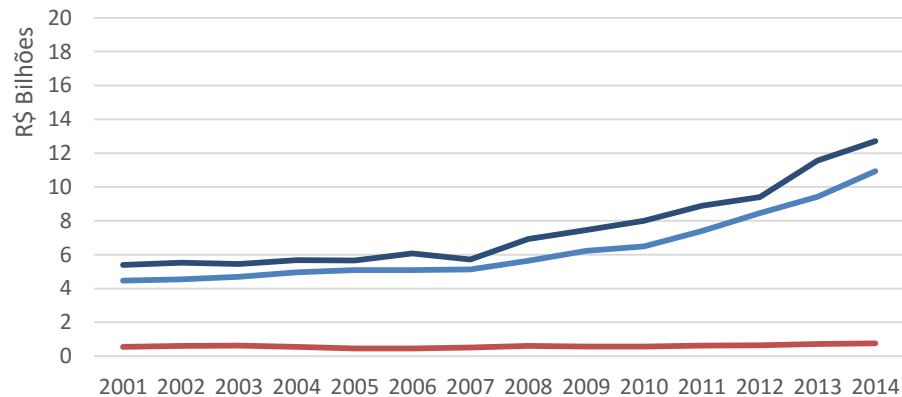
Cooperativa Médica



Medicina de Grupo



Seguradora Especializada em Saúde



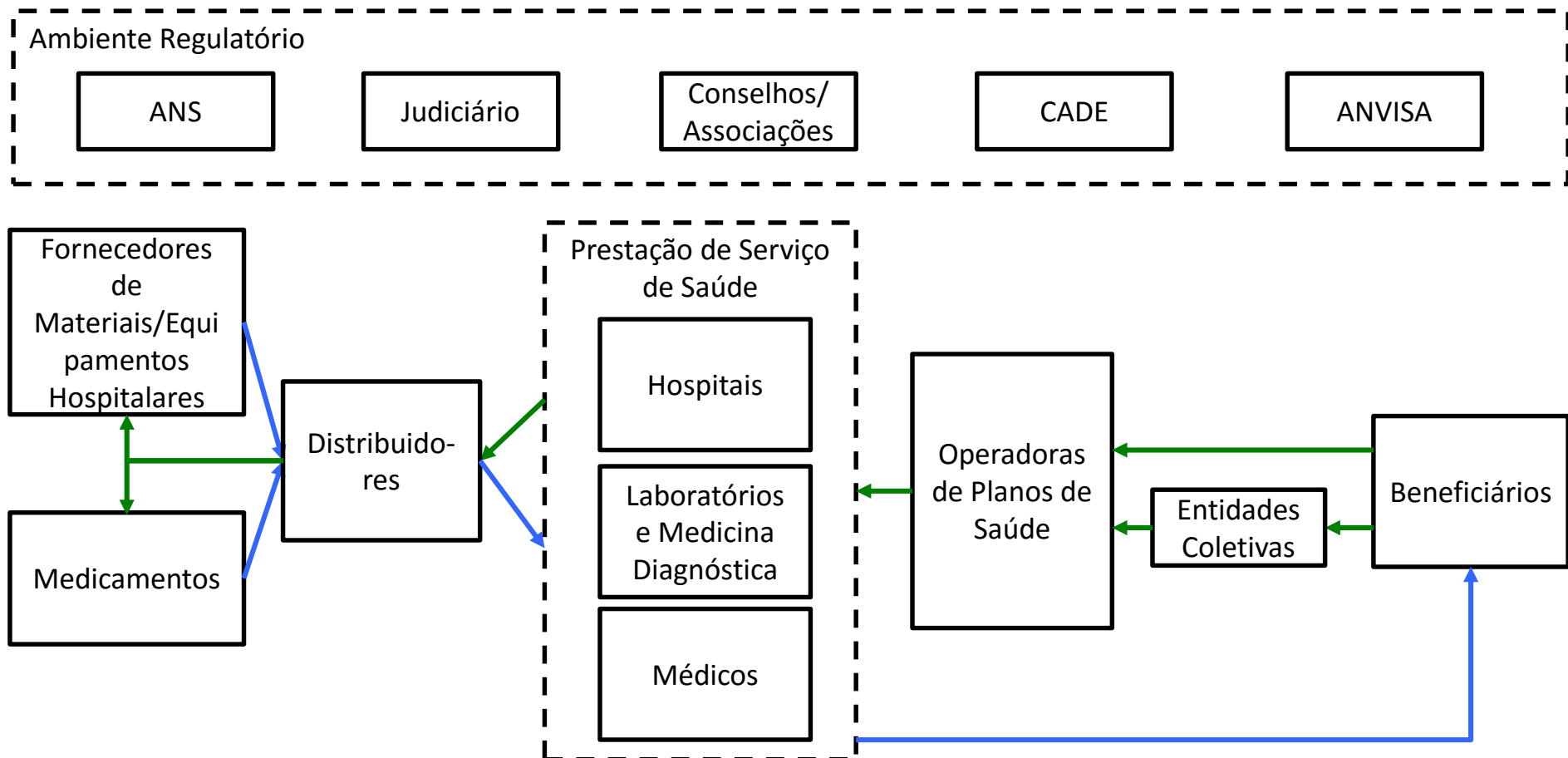
— Receita de contraprestações — Despesas Assistenciais — Despesas Administrativas

Fonte: ANS Tabnet e IBGE. Dados referentes ao mês de dezembro de cada ano. Valores deflacionados pelo IPCA.

"Todas as modalidades" inclui as modalidades autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde.

SAÚDE SUPLEMENTAR

A Cadeia de Cadeia de Saúde



SAÚDE SUPLEMENTAR: algumas características de cada elo

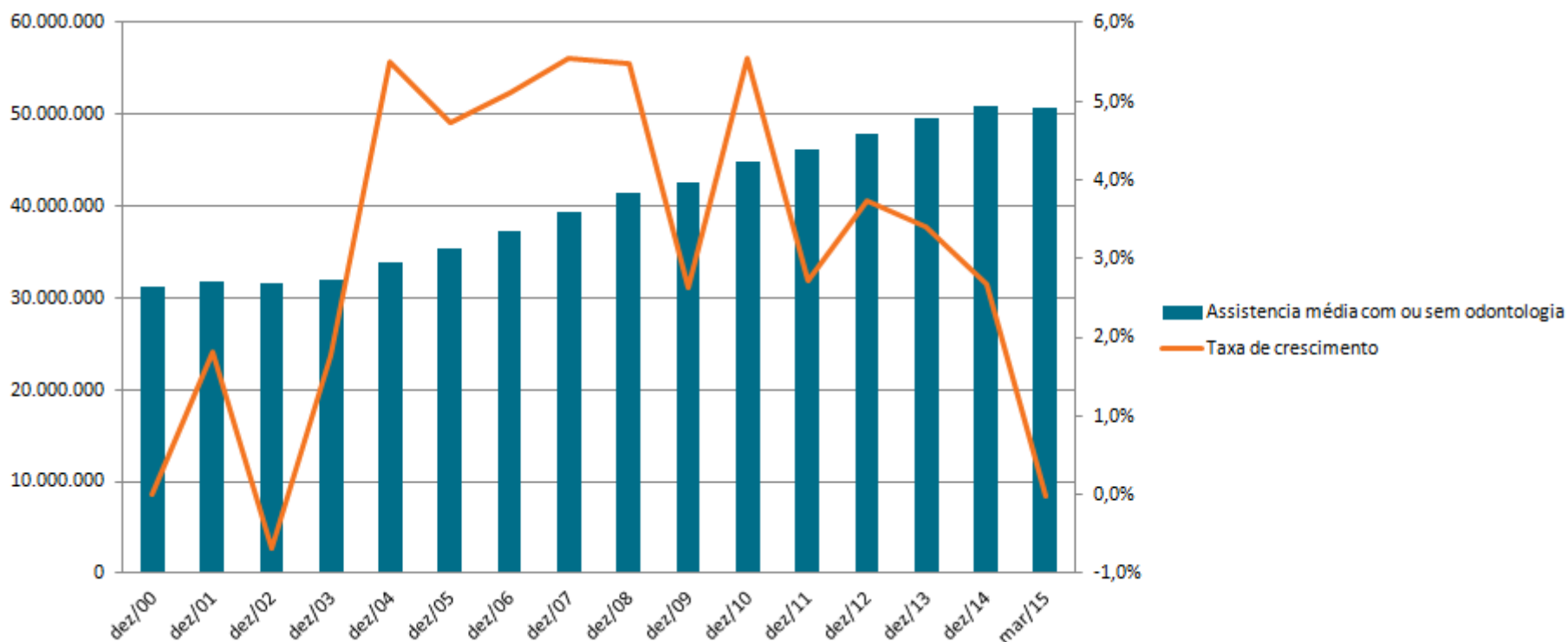
Beneficiários

- Transição demográfica e epidemiológica
 - Aumento da morbidade
 - Aumento da expectativa de vida
- 25% da população brasileira
- Demanda pouco sensível a preços, mas bastante sensível à renda

Operadoras de Planos de Saúde

- Há potencial de crescimento, mas estagnação recente
 - Renda
 - Elevação de custos
- Diversidade de porte, verticalização e capacidade financeira e gerencial
- Regulação de solvência e de preços (planos individuais)

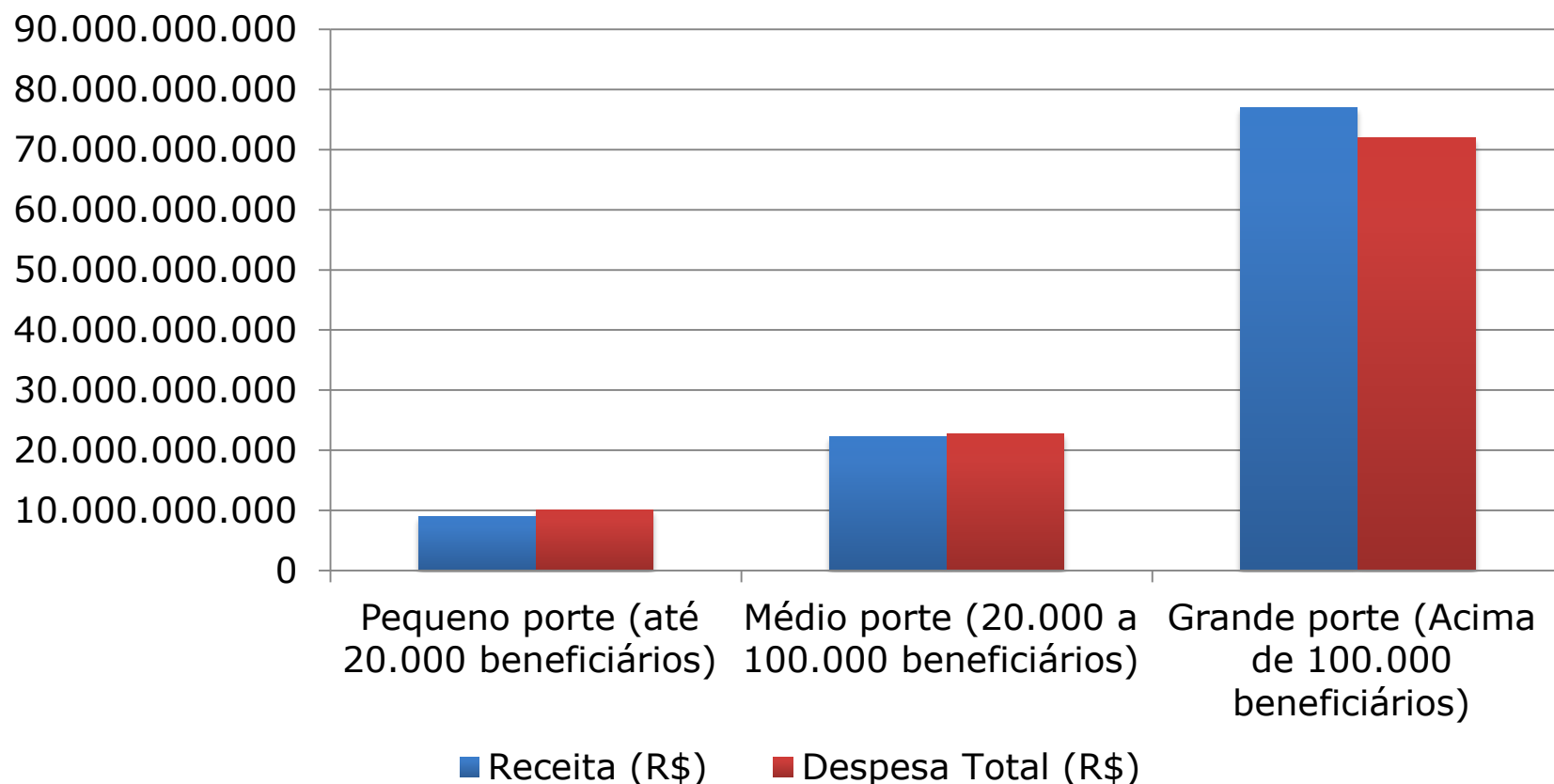
O crescimento do número de beneficiários desacelerou nos últimos 3 anos



A taxa de sinistralidade aumentou nos últimos 3 anos



Apenas OPS de grande porte apresentam lucros em 2013



Hospitais/Laboratórios

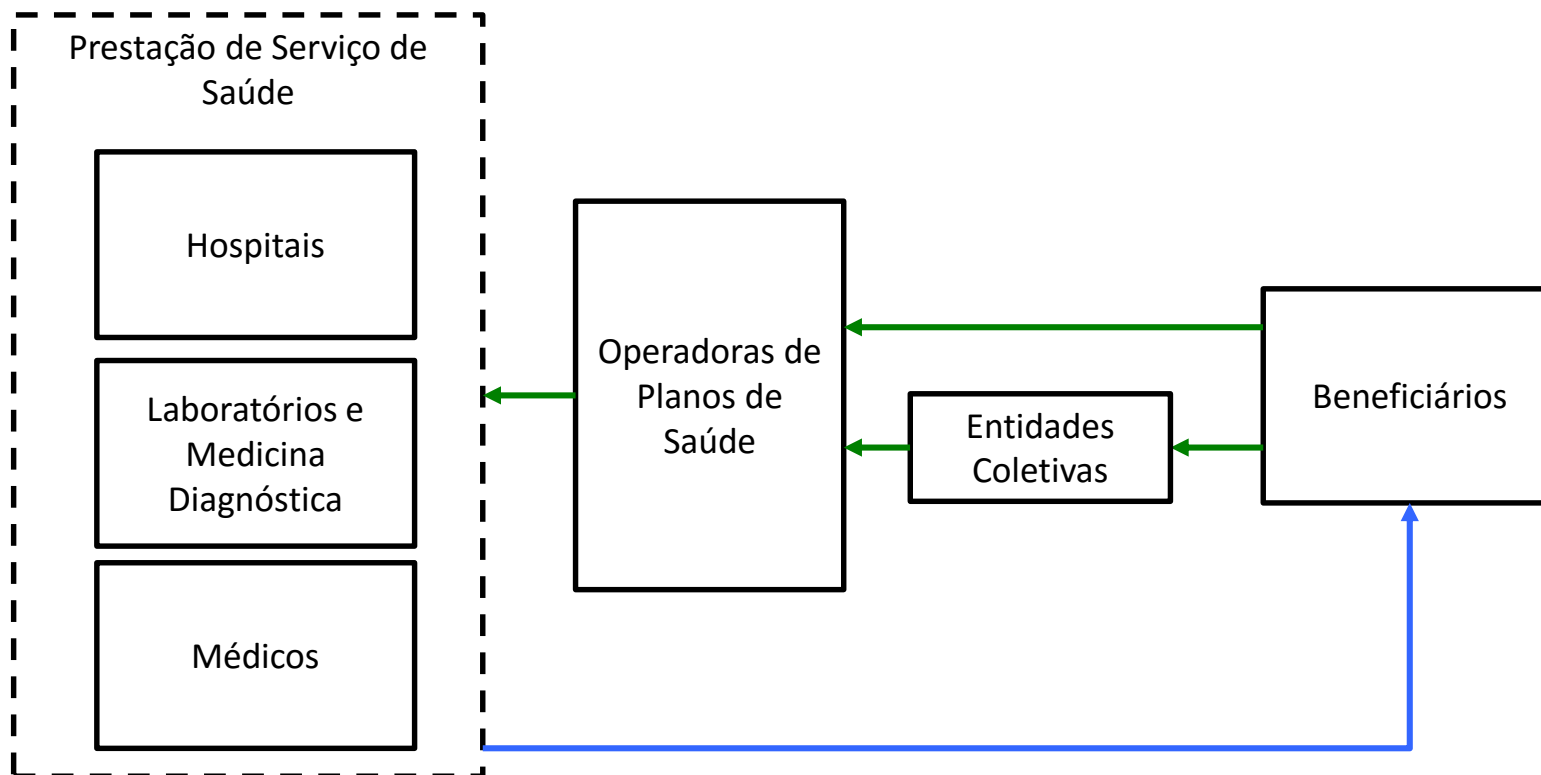
- Segmento heterogêneo, com diferentes formatos de unidades hospitalares
- Hospital pode integrar Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, especialmente para consumo "cativo"
- Demanda geralmente guiada pelo médico e condicionada à cobertura do plano de saúde
- Há livre negociação com OPS e fornecedores
- Elevada utilização das instalações físicas é chave para a lucratividade de hospitais e laboratórios

Materiais e Equipamentos Médicos

- No Brasil, o setor possui mais de 14 mil empresas, sendo cerca de 4 mil fabricantes e 10 mil atuando na comercialização
- Faturamento do setor é de R\$ 12,1 bilhões em 2013
- Despesa, conforme dados da ANS, é de cerca de 20 bilhões. Portanto, margem média de 66%

RELAÇÕES CONTRATUAIS E FALHAS DE MERCADO

Relações Beneficiários – Prestadores de Serviço



Duas decisões principais

- **Contratação do Plano** (OPS e beneficiário)
 - **Oferta:** contratação de prestadores; rede credenciada; modelo *fee for service*
 - **Demanda:** preço do plano e a rede credenciada (qualidade dos prestadores de serviço). Pouca informação pública sobre qualidade
- **Utilização do Plano** (prestador e paciente)
 - Informação assimétrica e elevada deferência
 - Ônus econômico da decisão não recai sobre quem decide
 - Distorção de diagnóstico pode resultar em ganho econômico

CONSEQUÊNCIAS

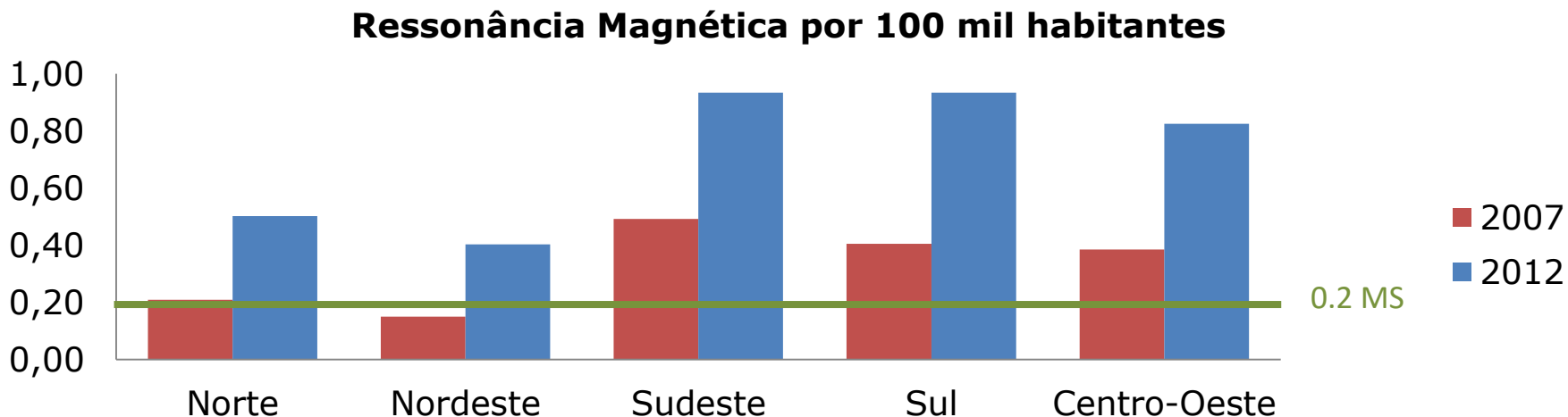
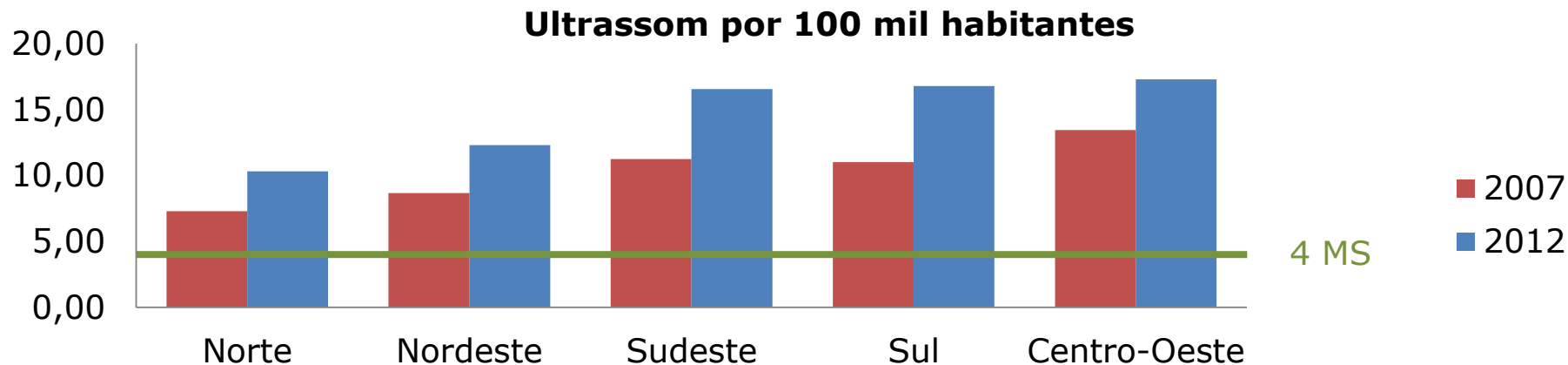
Desperdício 1: sobreutilização

- Excessos por parte dos beneficiários – percentual significativo das consultas agendas não são realizadas (cancelamento ou ausência)
- Segundo a ANS, 30% dos exames efetuados não sequer retirados
 - Dado que o gasto com exames corresponde a aproximadamente 16 bilhões, uma redução de 30% para 5% corresponderia a uma economia de 4 bilhões/ano.

Desperdício 2: demanda induzida

- Excessos de Procedimentos e Exames solicitados pelos médicos (demanda induzida)
- Sobreutilização das áreas de pronto atendimento (ausência de restrições de preços + dificuldades agendamento de consultas)
- Distorção certamente onera os custos da cadeia, mas pode, em alguns casos, ser prejudicial à saúde do paciente

Excesso de Equipamentos



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

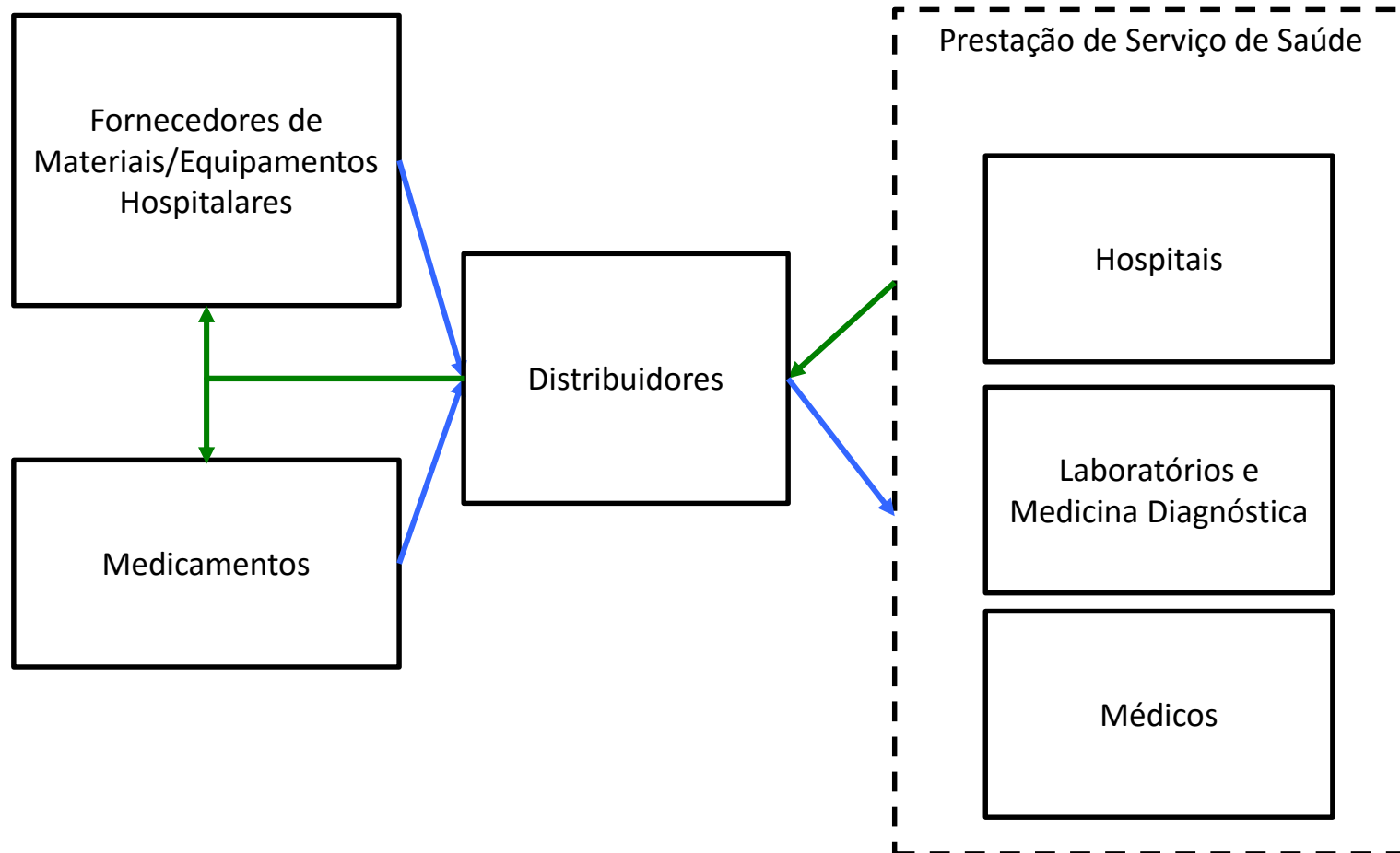
Desperdício 3: adoção de tecnologia

- Incentivo à adoção de tecnologias que privilegiam o aumento da qualidade, porém com maiores custos
- Razão de existência de regulação para o rol de procedimentos e de avaliação de tecnologia em saúde. Porém pouco eficaz frente à judicialização.
- Ausência de incentivo às empresas de tecnologia para desenvolverem equipamentos que reduzam custos

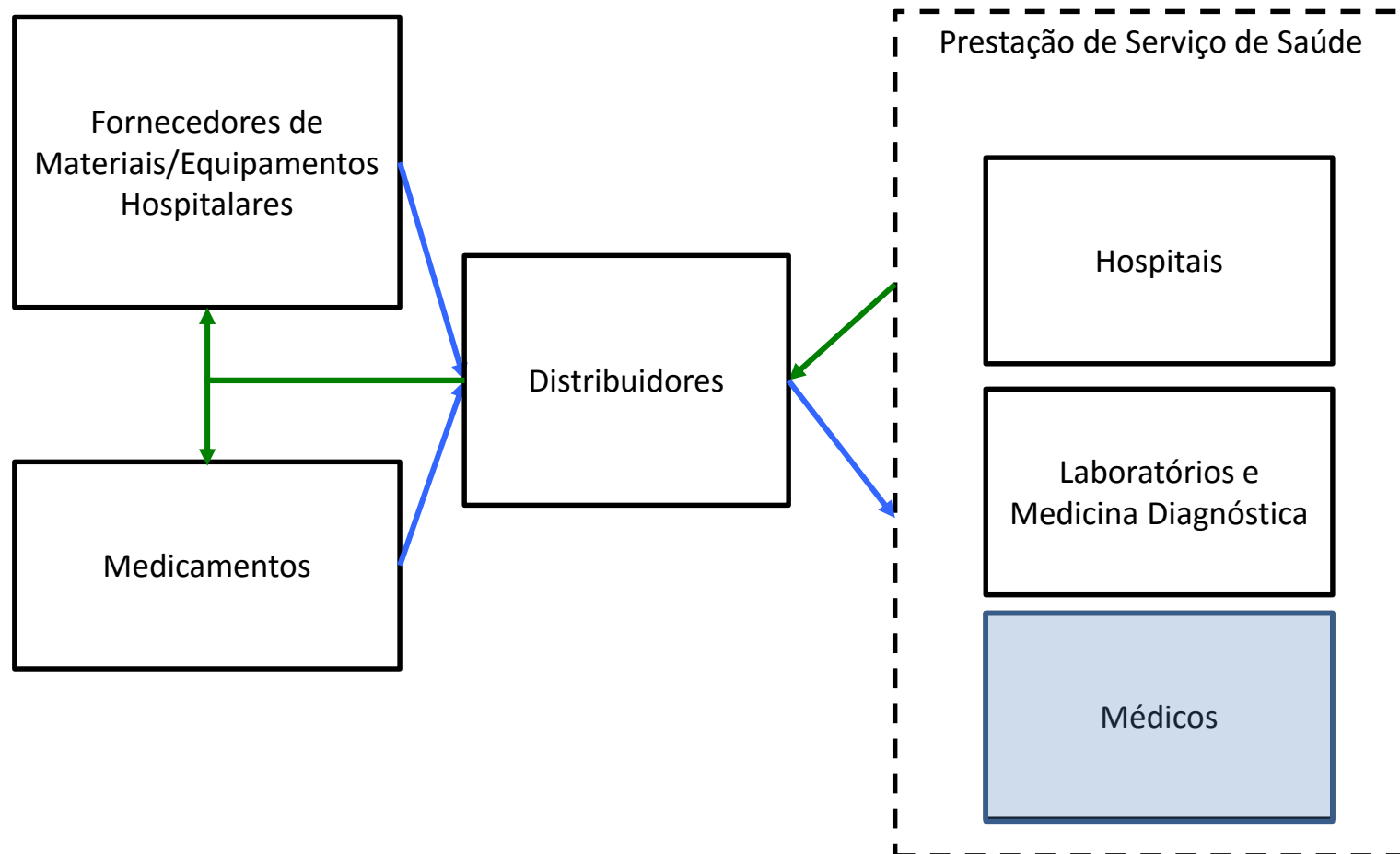
Desperdício 4: custos de controle

- Contas de hospitais são complexas e há custos elevados de verificação e monitoramento
 - Presença de auditor dentro do hospital
 - Estrutura de verificação dentro dos planos
- Piora da relação entre os agentes da cadeia (“custo da desconfiança” e “desgaste das relações na cadeia”)

Relação Prestadores de Serviço e Fornecedores



Médicos e Fornecedores



Médicos e Fornecedores

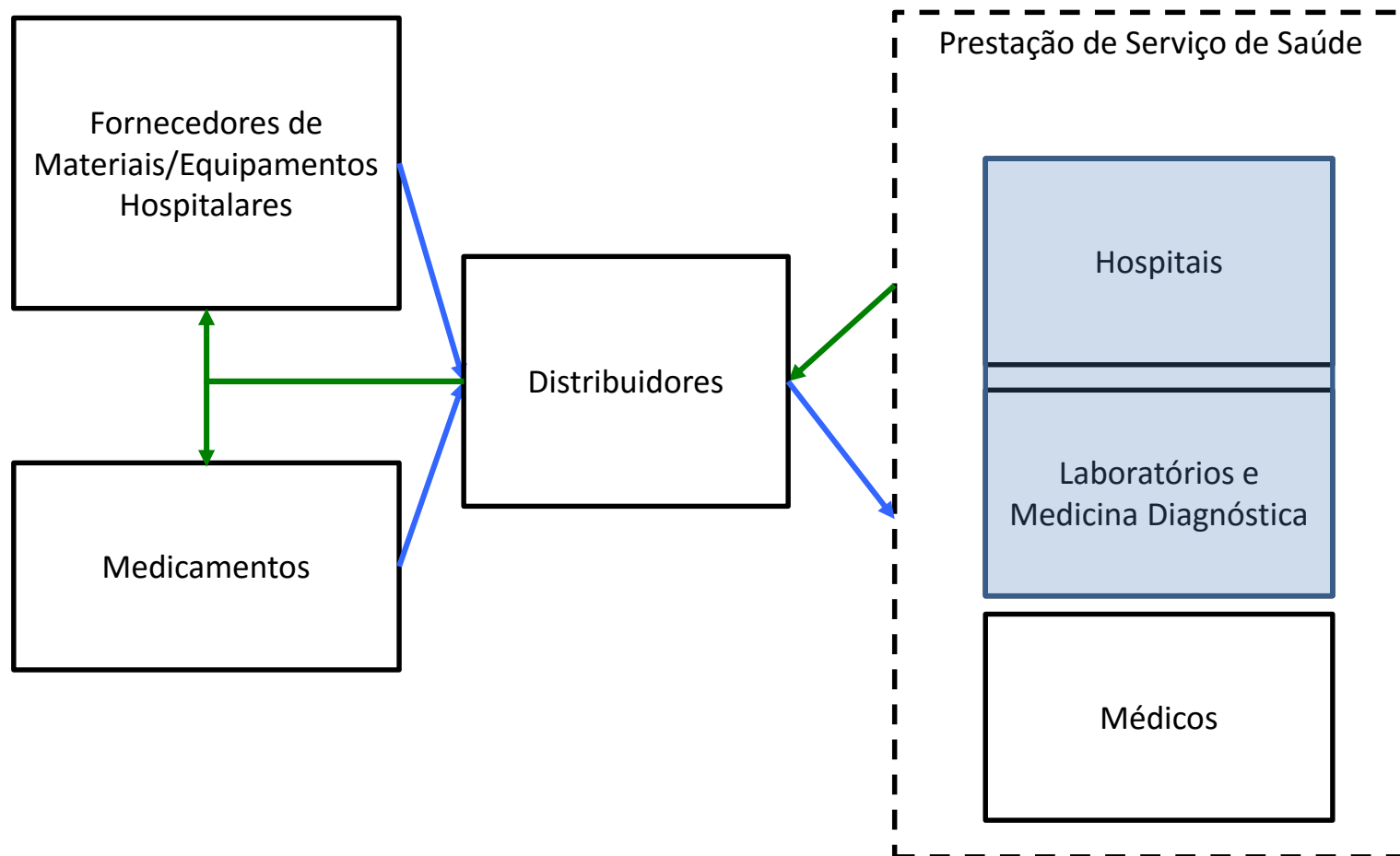
Relações Existentes

- Contato direto de médicos com os revendedores/fornecedores (DIM) para conhecimento produtos
- Há evidências de ganhos financeiros ao médico (transação informal ou formalidade questionável “contratos de consultoria”)

Consequências

- Possível efeito sobre a decisão do médico
 - Maior qualidade vs melhor margem
 - Maior custo
- Problema agravado pela baixa adesão a diretrizes médicas
- Risco ao Paciente

Estabelecimentos Médicos e Fornecedores



Estabelecimentos Médicos e Fornecedores

Relações Existentes

- Modalidades distintas de contratos: terceirização (ex. setor de imagens e diagnósticos), compra direta, compra por meio de distribuidores, fornecimento em comodato, etc.
- Grande conjunto de itens adquiridos e itens com diferentes níveis de complexidade/custos.
- Grande parte dos contratos envolvem comissão ou 'margem'
- Não há transparência no preço efetivamente praticados pelos distribuidores

Estabelecimentos Médicos e Fornecedores

Consequências

- Pagamento aos compradores (hospitais) distorce as decisões dos agentes envolvidos na compra e escolha
- Efeito negativo é potencializado pelo 1º problema (remuneração *fee for service*) potencializa os prejuízos ao mercado – *hospital não tem incentivo a ser mais eficiente*
- Excessos de procedimentos e escolhas pelos procedimentos de maior custo/complexidade medicamentos de alto custo
- Risco ao Paciente

Evidências

- Remuneração “extra” recebida pelos médicos - *20 a 40% do faturamento dos Distribuidores de DMI fica com os médicos*
- 45% do faturamento dos hospitais decorre de materiais e medicamentos
- Grave quadro de demanda induzida: excessos de procedimentos, desperdícios e riscos ao paciente

Ambiente Regulatório Judiciário

- Extensão de cobertura – rol de procedimentos
- Ausência de expertise
- Muito acionado e regressivo

Ambiente Regulatório

- Judicialização da Saúde

	Ações de saúde
Tribunal Federal ⁽¹⁾	62.291
Tribunal Estadual ⁽²⁾	330.630

(1) TRF-1, TRF-2, TRF-3, TRF-4 e TRF-5

(2) Não informado: TJAM, TJPE e TJPB

Ambiente Regulatório Judiciário

- Judiciário observa casos individuais. Perde dimensão do efeito de suas decisões sobre a política de saúde
- Responsabilização do prestador introduz viés para o mínimo risco
 - incentivo ao médico solicitar mais exames mesmo em casos simples;
 - mais exames significam mais segurança jurídica para o médico

Há falta de concorrência?

CADE

- Atuação pontual
 - Cartel de gases industriais
 - Bloqueio à aquisições de hospitais que resultam concentração muito elevada em um mercado local
- Porém, maior problema de ordem concorrencial não está ao alcance das competências convencionais do CADE e à capacidade de intervenção da ANS
- Problema: falta de informação sobre qualidade e preços que permita o exercício benéfico da concorrência, em todos os elos da cadeia produtiva

Agenda de propostas

Incentivos e controle

- DRG: Há consenso que financiamento “*fee for service*” (conta aberta) é inadequado;
 - Limites: previsibilidade
- Co-participação
- 2a opinião
- Maior adesão a protocolos e diretrizes médicas

Agenda de propostas

Transparência e concorrência

- **Preços:** regras de transparência efetivas (preço praticado), responsabilização do fornecedor
- **Qualidade:** definição de indicadores de qualidade de prestadores, disponíveis ao consumidor final
- **Transparência** sobre pagamentos de fornecedores a prestadores (Sunshine Act)
- **Escolha:** Portabilidade e flexibilizar composição de rede credenciada

Conclusões

- Setor de extrema relevância
- Crescimento em cheque
- Oportunidades de redução de ineficiências
 - Menores preços e maiores honorários
 - Estrutura mais diversa, concorrencial e sustentável
- Importante agenda de reformas

Obrigado

Insper

www.insper.edu.br