

Órteses e próteses e o custo da assistência à saúde

» DENISE ELOI

Presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas)

As órteses, próteses e materiais especiais, conhecidas pela sigla Opme, abrangem enorme gama de insumos utilizados em procedimentos médicos. Populares, principalmente em tratamentos cardiológicos, neurológicos, gastroenterológicos e ortopédicos, e sempre presentes nas intervenções cirúrgicas, as Opme estão no centro de um problema que tem assombrado o sistema de saúde suplementar no Brasil: a escalada dos custos assistenciais.

Estudo de caso feito pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) dá uma amostra da pressão que as Opmes têm exercido sobre os gastos dos planos de saúde. O levantamento mostra que, no período de cinco anos, os custos aumentaram 120,4% — no mesmo período, a Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH) foi de 88,1% e o IPCA, de 31,9%. Em razão desse aumento desproporcional, a fatia das Opme no valor assistencial total passou de 30% para 38,6%. Em pesquisa realizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), em 2013, os custos com esses insumos representaram 54,2% do gastos no regime

hospitalar, que compreendem a 49,9% do total das despesas assistenciais.

Em princípio, o peso das Opme nos planos de saúde decorre de duas realidades: (1) dos preços elevados de produtos que envolvem tecnologia avançada e pagamentos de royalties; e, (2) da crescente utilização, que pode ser atribuída aos avanços da medicina e também ao fato de que os planos de saúde tornaram os tratamentos acessíveis à parcela maior da população.

Essas duas questões, em condições normais de mercado, já seriam causa de preocupação para o financiamento da assistência, pelo impacto que têm sobre os gastos. Mas a situação se agrava — e muito — em razão da combinação de fatores que envolvem tanto os preços quanto o uso das Opme. Uma das causas dessas discrepâncias está na forma como as Opme são vendidas. No segmento, a produção envolve, em muitos casos, artigos protegidos por patentes exclusivas (o que gera situações de monopólio), e a comercialização dos produtos, no Brasil, é marcada pela baixa concorrência na importação e na distribuição.

A questão se complica pela falta de diretrizes sobre a utilização de Opme nos procedimentos. Quando o hospital ou a clínica apresenta a conta, o plano de saúde pode questionar aqui e ali, mas não tem autoridade para julgar se o que foi feito e o material usado atendiam ao melhor critério de custo e efetividade, se era necessária essa ou aquela Opme, de tal ou qual marca e se não havia exagero na quantidade empregada. Resta-lhe simplesmente pagar a conta.

E, nesse ponto, vale lembrar que se engana o paciente ao acreditar que o problema está resolvido porque “é o plano de saúde que paga”. No momento seguinte, os custos contabilizados pela operadora vão entrar no cálculo dos reajustes das mensalidades e serão distribuídos entre todos os beneficiários do plano. No caso das autogestões, os valores terminam sendo incluídos no rateio realizado entre os beneficiários ou inseridos na contribuição.

A tempestade fica perfeita quando entra em cena outro problema, gravíssimo: o vício de alguns maus profissionais que se dispõem a receber pagamentos de fabricantes ou de

distribuidores, em troca da prescrição de determinados produtos ou marcas. Esses mínimos são chamados, à boca pequena, de chocolates. Quando combinados chocolates, preços artificiais (de um mercado em que quase não há concorrência), falta de diretrizes sobre o uso mais adequado das Opme e ausência de informação para os clientes que pagam a conta, o resultado é custos cada vez mais altos, planos cada vez mais caros e ameaça de crise.

As Opme, como se vê, não são questão isolada, mas têm papel destacado no complexo de problemas que provocam a escalada dos custos assistenciais. Tampouco elas são problema que afeta apenas a saúde suplementar. Ao contrário, o Sistema Único de Saúde é certamente o maior consumidor de Opme do país. Para equacionar a questão, que afeta tanto os custos dos planos privados de assistência quanto o orçamento público da saúde, justifica-se, portanto, que haja uma combinação de esforços de todas as partes envolvidas — autoridades do governo, agência reguladora, operadoras, hospitais, entidades profissionais, órgãos de defesa da concorrência e do consumidor.