

A Teoria da Agência no setor de saúde: relacionamento entre operadoras de saúde suplementar e hospital privado na redução dos efeitos de falhas de mercado.

Leticia Nascimento Ossola

DCAd-UFRRJ / GeCaPEP

Éder de Carvalho Januário

FEA USP e GeCaPEP/ UFRRJ

Anna Paula Barros da Silva

DCAd-UFRRJ / GeCaPEP

Joyce Chiareto

FEA/USP

Contatos: pesquisasgecapep@gmail.com /

 @pesquisas.gecapep

Resumo

O sistema de saúde brasileiro modificou-se consideravelmente nas últimas décadas. Na saúde especificamente, os pacientes detêm de informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos possuem condições efetivas de avaliar e prescrever o tratamento adequado. A relação médico paciente, os pacientes dependem do médico para a tomada de decisão, o que estabelece uma relação de agência. Devido à necessidade de ampliação de estudos que buscassem ações de desenvolvimento para o setor, começaram a surgir modelos voltados para a reestruturação da gestão estratégica da saúde Porter e Teisberg (2004, 2006) debruçaram sobre essa questão e desenvolveram o modelo Value-Based Health Care Delivery (VBHCD). Para compreender a relação entre operadora e hospitais realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual foram analisados dados secundários. Observou-se que o médico exerce pleno poder nas decisões médico-hospitalares, pois seu conhecimento permite a realização de exames e prescrição de medicamentos, escolha de procedimentos e materiais médicos, os quais só podem ser realizados por esse profissional. Esse poder nas decisões pode induzi-lo a ter um comportamento oportunista e gerar externalidades negativas ao setor, como

no caso da elevação de custos para o mercado, e até complicações no quadro de saúde dos pacientes.

Palavras : Economia da Saúde, Value-Based Health Care Delivery, Teoria da Agência

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro modificou-se consideravelmente nas últimas décadas. Após a Constituição de 1988, o cuidado com saúde passou a ser um direito universal, igualitário e inalienável para os brasileiros. Em face dessas mudanças observou-se o aumento da contratação dos serviços de seguro saúde, movendo esse setor para uma posição de destaque atraindo um número considerável de empresas concorrentes na prestação de serviços em saúde suplementar.

O Brasil atingiu 50.809.065 beneficiários de planos médico-hospitalares em março de 2015, o que representa uma taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica em torno de 26,2%, e um aumento de 2,1% de beneficiários em relação a março de 2014 (IESS, 2015). As formas de contratação e a prestação dos serviços tem sido o cerne das discussões que acercam o setor. As contratações dos seguros saúde são realizadas via contratos que objetivam criar estrutura de incentivos para as partes envolvidas. Entretanto, os problemas de natureza contratual, tais como, a seleção adversa e o risco moral que advêm da assimetria de informações entre os agentes, podem levar ao comportamento oportunista pelas partes envolvidas (Pindyck & Rubinfeld, 2013).

A incapacidade para lidar com esses problemas de informação gera falhas de mercado, as quais podem ocasionar o desequilíbrio entre a oferta e o que realmente os beneficiários demandam e, conseqüentemente isso pode gerar ineficiências, pois os preços não fornecem sinais adequados nem para os consumidores nem para os ofertantes (Pindyck & Rubinfeld, 2013).

A indústria da saúde representa parcela significativa de tudo o que se produz no país. Em 2014 movimentou aproximadamente R\$ 557 bilhões, ou o equivalente a 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB). Em termos percentuais, esse valor é comparável ao de países desenvolvidos, tais como, França e Alemanha. Contudo, do ponto de vista per capita, dado o

tamanho de sua população, o que se gasta com saúde no Brasil é insuficiente para destacá-lo na comparação com outros países da América Latina ou para aproximá-lo da realidade de países desenvolvidos.

Em 2014, do total dispendido com saúde no Brasil, pouco mais da metade (53%) foi proveniente da esfera privada, para atender 26% da população, e pouco menos da metade (47%), oriunda da esfera pública, para atender 74% da população. Verifica-se, portanto, situações muito discrepantes entre o que é ofertado ao cidadão comum e àquele que consegue arcar com os custos de um plano de saúde (Carvalho, 2016).

Em relação a este setor, o Brasil é similar no comportamento do consumidor dos Estados Unidos. Os consumidores americanos utilizaram cerca de 17,1% do PIB com saúde, o que representa US\$ 543 bilhões e US\$ 815 bilhões de gastos desnecessários no sistema de saúde em 2011. Esse valor representa a fatia de 20% e 30% dos gastos totais com a saúde no país. Uma parcela desse consumo é considerada dispensável e decorre da ineficiência por partes dos agentes que representam a indústria da saúde. As maiores distorções são devidas ao uso desnecessário de tratamentos, consultas, medicamentos e exames (entre US\$ 158 a 180 bilhões). (IESS, 2013& Silva, 2015).

Outros fatores relacionados à complexidade de gestão e falta de planejamento das transições demográficas tem sido um ambiente fértil para fraudes e práticas abusivas, como por exemplo, falhas na precificação em procedimentos médicos; nos medicamentos; nas órteses, nas próteses e nos materiais especiais. Além disso, observam-se eventos adversos evitáveis devido às improbidades administrativas e falhas na coordenação do sistema (uso do pronto socorro em situações não emergenciais). Sendo tais fatos considerados como outras externalidades negativas neste sistema (IESS, 2013& Silva, 2015).

Dito isso, o artigo visa entender o comportamento dos agentes inseridos nas transações, e ainda, como suas decisões podem comprometer o setor e a sociedade como um todo. Nesse caso em específico, a análise é direcionada às decisões do médico, e como podem afetar os demais agentes na cadeia de valor: consumidor e operadoras do sistema de saúde. Sabe-se que as decisões de utilização dos serviços médicos- hospitalares estão intimamente ligadas ao médico. A estrutura de remuneração que os planos de saúde propiciam a esses profissionais pode ser um fator que estimula a decisão clínica do médico e, por isso,

essa é tida como uma das principais falhas de mercado (Arrow, 1985) de acordo com dados do IPEA (2003).

Nesse sentido, busca compreender: **Como é possível mitigar ineficiências geradas em cirurgias ortopédicas em hospitais brasileiros?**

Para isso, decidi optar por uma área específica: a das cirurgias de ortopédicas, que devido as suas características são propícias a ineficiências. As cirurgias ortopédicas, em geral dependem do mercado de próteses, reconhecido como foco de fraudes, já que permitem que médicos recebam porcentagem dos valores das próteses utilizadas nos procedimentos. Essa situação pode levar ao aumento de cirurgias, ou seja, perde as operadoras de saúde, que pagam por cirurgias onerosas e desnecessárias e perdem os consumidores que são submetidos à intervenções arriscadas.

A solicitação de procedimentos (cirurgias) e exames são canais de oportunismo, pois o médico decide qual é o tratamento a ser usado e nesse instante poderá ocorrer à indicação de tratamentos desnecessários. Neste contexto, caracteriza-se um risco moral do prestador contra a seguradora.

A fim de mitigar os problemas relacionados com a saúde, Porter e Teisberg (2007) reafirmam que partes das falhas relacionadas ao setor estão associadas a comportamento dos profissionais envolvidos ao longo da cadeia de valor, apontando erros relacionados à gestão hospitalar. Com isso, os autores desenvolveram o Value-Based Health Care Delivery (VBHCD), o qual serve como guia de gestão de diferentes instituições de saúde no mundo com a proposta reduzir custos e focar suas necessidades no paciente.

Para ilustrar melhor essa questão são utilizados dados do Programa Segunda Opinião do Einstein¹, que teve como objetivo atender pacientes de planos de saúde do Bradesco Saúde. Nesta iniciativa os participantes são encaminhados para uma segunda opinião médica visando diminuir possíveis assimetrias de informação. A redução dos custos nos serviços da saúde é resultado da otimização da produtividade e da redução da sinistralidade.

O referido artigo esta estruturado da seguinte forma, além desta seção introdutória, na sequência serão apresentados o referencial teórico com foco nas questões da teoria da

¹ Disponível no site < www.ans.gov.br/.../1reuniao_apresentacao_boas_praticas_na_indicacao_de_cirurgia_>.

agência e os tipos de falhas ocasionados pela demanda induzida pelo operante. Na sequência, serão apresentadas as evidências relacionadas ao comportamento oportunista entre médicos e fornecedores.

Será apresentado o modelo Value-Based Health Care Delivery , que propõem uma metodologia que visa à mitigação de problemas que surgem na cadeia de saúde como um todo. Por fim, um estudo de caso realizado por um hospital referência em medicina e diagnóstico no Brasil que criou um centro de tratamento com objetivo de aumentar a eficiência em sua unidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO.

Na saúde especificamente, os pacientes detém de informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos possuem condições efetivas de avaliar e prescrever o tratamento adequado. A relação médico paciente, os pacientes dependem do médico para a tomada de decisão, o que estabelece uma relação de agência.

Para Pratt e Zeckhauser (1985) há uma relação de agência entre os agentes sempre que um individuo depende da ação de outro individuo. O responsável pela ação é chamado de agente, enquanto a parte afetada é o principal. Por outro lado, a relação de agência pode se tornar um problema quando o principal não consegue a monitoração completa sem compartilhar com os custos das informações e ações tomadas pelos agentes. Tais situações são propicias para as falhas de mercados.

Essas falhas dificultam que os mecanismos de mercado resultem em alocações eficientes. Esta assimetria de informações pode predispor ao agente induzir a demanda de seus próprios serviços, de modo que o principal pode consumir serviços desnecessários. E ainda, como consequências surgem os problemas da seleção adversa e o risco moral a partir desse comportamento (Araújo, 2004).

Em alguns casos, dependendo dos incentivos, o médico poderá ter um comportamento oportunista e manipular a demanda do paciente, além de aumentar o consumo de serviços e cuidados médicos, como, por exemplo, indicações de exames e procedimentos desnecessários (Pratt & Zeckhauser1985).

Com pressupostos relacionados à relação de agência, o médico se comporta como agente do paciente, podendo agir de forma oportunista perante a lacuna de conhecimento do produto (prestação de serviços e diagnóstico) do consumidor (paciente), ou seja, nesse caso o risco moral ocorre por parte do médico. Para (Pratt & Zeckhauser 1985), essa forma de risco moral é conhecida como demanda induzida pelo o médico, o que gera danos para as seguradoras de saúde, paciente e para o sistema único de saúde.

3. DEMANDA INDUZIDA PELO OPERANTE

Na teoria da agência, a parte envolvida detém níveis diferentes de informações e, por isso, dependem de outras partes na alocação de suas decisões. Nesse caso, o médico é uma das partes que possui mais informações sobre os cuidados médicos necessários para o paciente. Tal posição garante ao médico privilégios e influencia a demanda por serviços de saúde. Ainda que o paciente seja o principal, tem-se que ele é a parte com menor conhecimento técnico, logo, a assimetria de informações pode predispor ao agente induzir a demanda de seus próprios serviços, de modo que o principal possa consumir serviços desnecessários.

Em Brunetti (2010) é possível observar os primeiros estudos sobre demanda induzida que investigaram os impactos exógenos na oferta de serviços médicos. Os médicos em busca de um nível maior de renda induzem aos seus pacientes ao consumo desnecessário de consultas e exames. Esse comportamento oportunista do médico leva ao aumento da demanda que em alguns casos poderá elevar os preços, dependendo dos coeficientes de elasticidades.

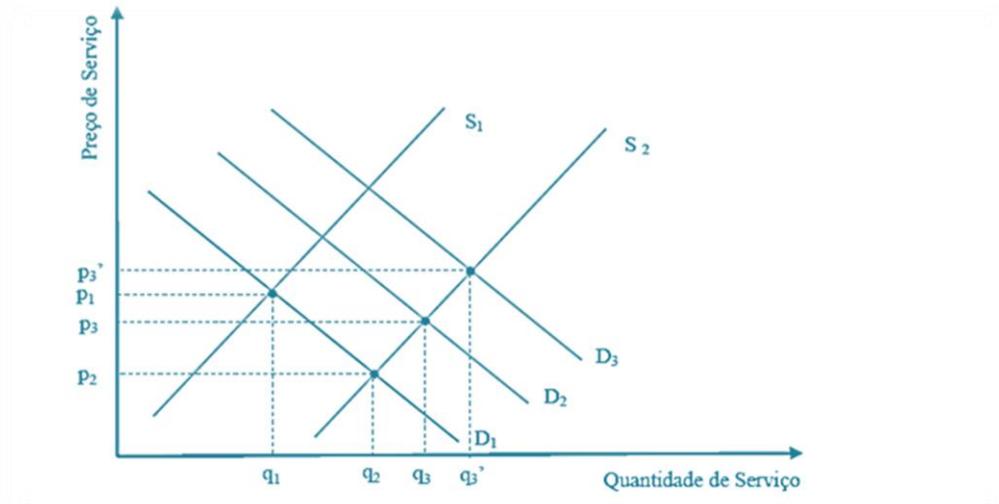


Figura 01 – Demanda induzida pelo ofertante

Fonte: Brunetti (2010).

A Figura 01- apresenta a situação supracitada. A curva inicial (S_1) representa o número reduzido de médicos e, assim que o número de médicos aumenta, a oferta passa a ser curva S_2 . Por se tratar de um mercado repleto de informações incompletas, os ofertantes tem o poder de induzir um aumento de demanda, influenciando para que a demanda passe de D_2 para D_3 , a depender das elasticidades das curvas. Dessa forma, a quantidade consumida aumenta para q_3 ou q_3' e, concomitantemente, os preços sobem para p_3 ou p_3' . Dependendo das elasticidades de oferta e demanda a situação final dos médicos pode se tornar até mesmo melhor do que a inicial, mas no mínimo será superior em relação à oferta de uma *commodity*.

Arrow (1968) enfatiza que se todos os agentes envolvidos agirem e gastarem livremente sabendo que o seguro irá arcar com todos os custos, como resultado da alocação de recursos, a sociedade não atingirá o nível ótimo de bem-estar. Em suma, se a seguradora fizer algumas restrições para que os agentes não façam suas escolhas, a tendência por parte da seguradora será a criação de mecanismos que racionalizem a utilização.

Em Brunetti (2010), a racionalização pode acontecer de diferentes formas, como: a) pode ser realizado um exame minucioso pela companhia de seguros sobre os custos de cada

pessoa, liberando os procedimentos “normais” e não liberando os outros, sendo normal uma aproximação do que seria consumido caso precisasse comprar por conta própria; b) dependendo da ética profissional dos médicos que devem prescrever os procedimentos necessários e não indicar os tratamentos fúteis, ao menos onde os ganhos são de conforto e estética ao invés de melhora de saúde propriamente; c) podendo também depender da boa vontade do indivíduo de se comportar de acordo com regras comumente aceitas.

Essa última é também importante em sistemas econômicos bem sucedidos. A confiança entre agente e diretor é suficientemente forte para o agente não assumir uma atitude prejudicial mesmo que o comportamento econômico racional indique que ele deveria fazê-la.

4 EVIDÊNCIAS PARA COMPORTAMENTO OPORTUNISTA: RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS E FORNECEDORES.

Em Azevedo et al (2016) apontam a proximidade dos médicos com distribuidores de materiais médicos. Tal proximidade pode ser positiva devido ao sentido de atualizar o médico com inovações do setor. Por outro lado, os autores apresentam que em alguns casos, essa relação pode ser nutrida por transações financeiras e com remuneração aos médicos que decidem utilizar os produtos dessa empresa, assim como, outros incentivos informais.

Ainda em Azevedo et al (2016), o estudo exhibe a existência de ganhos financeiros que alteram os incentivos médicos, induzindo-os a adotar o maior número de procedimentos desnecessários e complexos. Tais indicações trata-se de um comportamento oportunista, pois é percebida que a escolha do médico não está focada na eficácia do tratamento, e sim pela margem da prótese escolhida.

Estudo realizado por uma consultoria² especializada analisou-se o preço final de uma prótese de joelho com uma margem recebida pelo médico (R\$ 3.500,00) 70% maior que o valor inicial do produto praticado pela indústria (R\$ 2.096,00). A margem paga ao médico representa cerca 20% do preço final produto (R\$ 18.362,00). Segundo Azevedo et al (2016), a margem do médico gira em torno de 20 a 40% do faturamento total com a distribuição de equipamentos DIM (dispositivos médicos implantáveis). Considerando que o faturamento total do mercado de dispositivos médicos foi de R\$ 19,7 bilhões em 2014, e que os DIM

² Deloitte com base em pesquisas primárias.

representaram cerca de R\$ 4 bilhões, estima-se que apenas a remuneração ilegítima recebida pelos médicos nos DIM varie entre R\$ 800 milhões a R\$1,5 bilhão ao ano.

Em 2015, os principais meio de comunicação do, denunciou um esquema criminoso envolvendo médicos e empresas fornecedoras de próteses. De acordo com os meios de comunicação, os médicos recebiam comissões para usar os materiais de determinados fornecedores, recomendando, aos pacientes, cirurgias muitas vezes desnecessárias, e recorrendo, por meio de escritórios de advocacia também envolvidos, as liminares para forçar os planos de saúde e o SUS a autorizarem a utilização dos materiais de determinados fornecedores, com preços superfaturados.

Conforme descrito na CPI³, no CFM, entre 2004 a 2014, houve 28 casos de cassação, 26 de suspensão do exercício profissional e 140 casos de aplicação de penas públicas para médicos exercendo a Medicina por interação com farmácia ou utilização de órtese e próteses. Há, portanto, um número restrito de cassações, considerando a percepção generalizada de um problema que afeta todo o mercado.

Com o objetivo principal de analisar os fatores que impactam os custos de saúde, criou-se o programa Boas Práticas na Indicação de Cirurgia de Coluna no Hospital Israelita Albert Einstein, anteriormente chamado de segunda opinião. Além do diagnóstico, o acordo entre o hospital e os planos prevê reabilitação para os casos não cirúrgicos. As principais motivações de realização do programa foram: i) Aumento significativo nos últimos 10 anos com utilização de implantes de alto custo; ii) Percepção de indicações desnecessárias; iii) Percepção do aumento do número de complicações cirúrgicas .

Outro fator citado na apresentação dos coordenadores do programa foi o crescimento das despesas do Sistema de Saúde com cirurgias de coluna e o impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), nas pessoas jurídicas que oferecem benefício saúde, nos titulares de planos individuais e nos pacientes particulares.

³ Sr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, Presidente da Associação Médica Brasileira – AMB (2ª Audiência - 22/4/2015)

5 PROGRAMA BOAS PRÁTICAS NA INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE COLUNA: VALUE-BASED HEALTH CARE DELIVERY (VBHCD).

Devido à necessidade de ampliação de estudos que buscassem ações de desenvolvimento para o setor, começaram a surgir modelos voltados para a reestruturação da gestão estratégica da saúde nos Estados Unidos. Porter e Teisberg (2004, 2006) debruçaram sobre essa questão e desenvolveram o modelo *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD).

O modelo VBHCD trata de quatro pontos relevantes a serem analisados e que devem ser tratados de forma estratégica pelo tomador de decisão no setor de saúde: i) Estratégia de competição – a condução da estratégia de competição deve focar no paciente, e não no custo. De acordo com os autores, a competição em custos leva o setor à perda de eficiência no longo prazo. A estratégia com foco no paciente traria eficiência dinâmica; ii) Valorização da qualidade - o objetivo deve ser a qualidade dos serviços e os processos devem estar em conformidade com esse objetivo para trazer os benefícios almejados; iii) Critério de avaliação - o critério de avaliação para o setor deveria medir o valor percebido pelos pacientes em resultados gastos financeiros; iv) Valorização da liderança dos médicos nos processos - a liderança médica tem um papel essencial para melhoria do setor, já que os médicos têm conhecimento abrangente nos processos internos e nos procedimentos da instituição.

Os autores assumem que existe uma grande necessidade de transformação da prática no setor de saúde, o que traria retorno de fato teria caráter mais normativo, ou seja, foco no cliente por meio de aperfeiçoamento no atendimento.

Os problemas do setor são ocasionados por fatores ligados a processos e condutas dos profissionais envolvidos ao longo da cadeia de valor, apontando erros relacionados à gestão hospitalar que não observam as críticas de seus usuários (Porter & Teisberg, 2007). É uma abordagem ampla que pretende modificar, o que no entender deles, estar organizado em torno de tradições e preferências dos médicos, em vez de em função do valor para o paciente (PORTER; TEISBERG, 2006). Esta abordagem ampla é o passo mais importante para a estruturação das organizações de saúde, dando à estratégia a mesma importância e definição que se tem nos estudos de estratégia empresarial.

O modelo preconiza que o valor deve ser medido, avaliado e disseminado pelos seus resultados para a saúde, além de outros indicadores. A mensuração da melhora efetiva da

condição do paciente é a informação relevante e não somente se uma organização sob análise se ateu aos processos corretos ou recomendados. Sobre a relação entre essas dimensões, advogam que a melhoria em termos de valor levará a ganhos em termos de eficiência.

6 ESTUDO DE CASO

Caracterizado como um estudo de caso, de acordo com os objetivos da pesquisa, este estudo visa a aprofundar-se nas razões que podem elucidar o comportamento das receitas públicas no município estudado. De acordo com Yin (2005), a preferência pelo uso do estudo de caso deve ser dada em situações em que os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas quando é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Nestes termos, fez-se o levantamento de dados secundários, por meio da análise documental através de dados públicos.

Como base o modelo proposto por (Porter & Teisberg, 2007), e com intuito de diminuir ações de oportunismo entre os agentes do setor, em 2011, foi desenvolvido um programa entre Hospital Albert Einstein e o Bradesco seguros, denominado como “segunda opinião”; que teve como principal foco objetivo rever a decisão do médico na indicação de cirurgias ortopédicas.

O programa atende pacientes particulares e de planos de saúde, os quais são encaminhados pelo próprio convênio para uma segunda opinião médica. De forma geral, sempre que surge uma indicação de cirurgia relacionada a algum tratamento de patologia na coluna vertebral, independente do profissional médico, esses pacientes são direcionados para uma segunda opinião, um segundo exame no centro de excelência da coluna vertebral do Hospital Albert Einstein, e confirmando a necessidade da cirurgia, o paciente decide dar continuidade no tratamento no próprio centro de excelência.

Diferentes frentes de trabalho tiveram que ser criadas para que o modelo se consolidasse como uma alternativa viável financeiramente tanto para a operadora quanto para o hospital, visto que boa parte do seu lucro é proveniente da “revenda” de materiais médicos às operadoras.

Especificamente, foram obtidos acordos com o corpo clínico do hospital em relação a: (i) diretrizes que refletissem as melhores práticas médicas; (ii) honorários médicos

adequados para cirurgias e consultas; e (iii) seleção de um pequeno grupo de fornecedores de seleção de órteses, próteses e materiais especiais, com o qual o Hospital Albert Einstein negociaria e estabeleceria um contrato de fornecimento direto. Este processo resultou na redução de 20 para 03 fornecedores e na diminuição de até 68% no preço de alguns produtos. Boa parte do ganho foi transferida a Bradesco na forma de preços fixos pré-estabelecidos por tipo de cirurgia. Enquanto que como contrapartida para o Hospital Albert Einstein, ocorreria o aumento das cirurgias realizadas em pacientes cujos planos originalmente não contemplavam o Hospital Albert Einstein.

Os pacientes assinam voluntariamente um termo de adesão e após a avaliação e indicação de tratamento, cirúrgico ou não cirúrgico, podem optar pelo retorno ao seu médico de origem ou dar continuidade ao tratamento no centro de excelência.

Foram utilizadas algumas variáveis com o intuito de criar escalas para medir a diferença entre um tratamento e outro, sendo elas: dor, mobilidade e qualidade de vida. Tanto os tratamentos conservadores quanto os cirúrgicos mostram melhora significativa na dor, mobilidade e qualidade de vida.

Entre maio de 2011 e junho de 2015, foram encaminhados ao centro de excelência da coluna vertebral do Einstein 4.796 pacientes, dos quais 2.580 (54%) aceitaram e 2.216 (46%) não aceitaram participar do programa. Dos que aceitaram participar, 58% não tiveram confirmação cirúrgica, ou seja, suas patologias puderam ser tratadas “conservadoramente” por meio de um programa de reabilitação. Além disso, mesmo quando confirmada a necessidade de cirurgia, o procedimento recomendado pelo programa foi de menor complexidade para 69% dos casos, portanto, menos invasivo e caro.

A segunda opinião do Einstein reduziu de forma relevante os custos para o Sistema de Saúde. Estima-se que entre 2011 a 2015 o programa tenha proporcionado uma economia de aproximadamente R\$102 milhões para o sistema de saúde. Para os pacientes, possibilitou o retorno mais rápido às atividades e a redução de complicações; para o hospital, gerou economia de recursos e aumento no giro dos leitos; para a operadora, permitiu a redução da sinistralidade e o maior controle e previsibilidade de gastos.

7 RESULTADOS

Observou-se que o médico exerce pleno poder nas decisões médico-hospitalares, pois seu conhecimento permite a realização de exames e prescrição de medicamentos, escolha de procedimentos e materiais médicos, os quais só podem ser realizados por esse profissional. Esse poder nas decisões pode induzi-lo a ter um comportamento oportunista e gerar externalidades negativas ao setor, como no caso da elevação de custos para o mercado, e até complicações no quadro de saúde dos pacientes.

Nesse sentido, incentivar que outras instituições criem o *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD), que não tem como objetivo diminuir o papel do médico, mas sim retirar parte da excessiva discricionariedade de um indivíduo em comandar as principais decisões do sistema de saúde.

A análise foi complementada com evidências do estudo de caso sobre a relação entre duas instituições de elevada diferenciação, Hospital Albert Einstein e Bradesco Saúde, na qual emergiu a necessidade de um programa que avaliasse uma segunda opinião médica.

Os resultados do programa foram significativos para o projeto, para as partes envolvidas e para a sociedade em geral, e ainda, considerando que se trata de um empreendimento que já tem duração de cinco anos e que continua a se expandir, pode-se afirmar que os ganhos estão, de fato, a ser divididos de maneira eficiente e que a interação cooperativa entre os agentes envolvidos.

Desde 2012 o programa passou a se chamar “centro de excelência da coluna vertebral” sem a participação de outras empresas de saúde suplementar como: SulAmérica, Amil, Cassi, Marítima, Notre Dame, Unimed Seguros etc.). O hospital busca expandir essa modalidade para outras especialidades, com objetivo de reduzir custos e aumentar a eficiência.

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/2887-caderno-deinformacao-da-saude-suplementar-2>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Lista de Hospitais com Acreditação Máxima. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/qualidade-da-saude/3245-ans-divulga-lista-de-hospitais-que-atendem-criteriosde-qualidade>>. Acesso em 15 jul. 2016.

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

Arrow, K.J. (1985). Theoretical issues in health insurance. Applied Economics, Cambridge: Harvard University Press.

ARROW, K.J. **Economic of moral hazard: further comment.** American Economics Review. Chicago, v. 58, p. 537-539, 1968.

ARROW, K.J. The economics of agency. In: PRATT, J.; ZECKSAUSER, R. **Principal and agents: the structure of business.** Cambridge: Harvard Business Press, 1985. p. 37-51

Azevedo, P. F. De, Almeida, S. F. De, Boarati, V., & Inhasz, W. (2016). **A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas.**

BRADESCO. Bradesco Insurance Day. 2016. Disponível em: <https://www.bradescori.com.br/site/conteudo/eventos/apresentacoes.aspx?secaoId> . Acesso em: 15 jul. 2016.

CPI Câmara. Dr. João Barcelos de Souza Júnior, Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. 7ª Audiência Pública - 9/8/2016.

DA SILVA, ANTONIO SERGIO et al. **Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil.** SEMEAD 2015.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2013a). Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano. Disponível em www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=442&id_tipo=3#.VX3etUtWtGA Acesso em 15 jul. 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2013b). Envelhecimento populacional e os desafios e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. Disponível em http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=389&id_tipo=3#.VX3fm0 Acesso em 15 jul. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (2003). Formas de Remuneração de Serviços da Saúde. Disponível em

Lottenberg, C. **Boas Práticas na Indicação de Cirurgia de Coluna no Hospital Israelita Albert Einstein,** 2016.?

Pindyck, R. & Rubinfeld, D. (2013). Microeconomia. 8 ed. Revisão Técnica de Julio Manuel Pires e Edgard Monfort Merlo. São Paulo: Pearson Education do Brasil.

PINDYCK, R., RUBINFELD, D.. **Microeconomia.** 7. ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2010. 647 p.

PORTER, M. E. TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookmann, 2007.

PORTER, M. E.; Teisberg, E. O. **Redefining Competition in Health Care.** Harvard Business Review, June 2004.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining health care: creating value-based competition on results.** Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.

PRATT, J.W.; ZECKHAUSER, R.J. **Principals and agents: an overview.** In: PRATT, J.W.; ZECKHAUSER, R.J. **Edits, principals and agents: the structure of business.** Harvard: Harvard Business School Press, 1985. p. 1-36.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método.** Porto Alegre: Bookman, 2005.