
5 Inovações e barreiras no microsseguro saúde

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen e Jeanna Holtz

Este capítulo é uma adaptação do Microseguro Paper nº 6, publicado pela Facility Inovação em Microseguros da OIT (2010). Os autores gostariam de expressar agradecimento especial a Tilman Ehrbeck, que, como parceiro da McKinsey and Company, realizou previamente o trabalho de revisão sobre microsseguro saúde para a Facility e cuja visão ajudou a dar forma ao conteúdo deste capítulo. Os autores se beneficiaram das contribuições de mais de 30 especialistas em entrevistas e reuniões, e são gratos pelos comentários úteis tecidos por Margaret Cornelius (Gates Foundation), Denis Garand (DGA), Ajay Mahal (Harvard), John Pott (ex-AKAM) e Evelyn Stark (Gates Foundation), que analisaram uma versão preliminar deste capítulo. Por fim, os autores agradecem a David Ernsthausen por sua ajuda na identificação dos manuscritos para revisão, e reconhecem o apoio à pesquisa fornecido pela Kenan-Flagler Business School e Gillings School of Global Public Health na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill.

O microsseguro saúde (HMI, na sigla em inglês) oferece uma maneira promissora de atenuar os riscos de doença e males da saúde a que estão predestinados, de forma desproporcional, os cidadãos mais pobres do mundo. Nos países em desenvolvimento, a doença é mencionada com mais frequência do que a perda de emprego, como a principal causa da pobreza (Dodd et al., 2002; Asfaw, 2003), e muitos indivíduos de baixa renda não podem pagar por tratamento médico. Riscos saúde são ameaças perigosas para a vida e subsistência do pobre, e a segurança da saúde continua sendo essencial para cumprir muitos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Pouco se sabe sobre o impacto do HMI em resultados de saúde e bem-estar da família, apesar de alguns indicadores positivos do valor do HMI que surgiram recentemente. A pesquisa analisada neste capítulo revela que o acesso ao HMI reduz as pequenas despesas com saúde, especialmente eventos de saúde catastróficos, e melhora o acesso à assistência médica de qualidade para aqueles que estão segurados.

O HMI é uma das muitas opções possíveis de financiamento da saúde para o pobre. Outras opções variam entre despesas pagas com recursos próprios ou crédito patrocinado pelo governo para acesso parcial ou total aos serviços de saúde. A pesquisa indica que 26 por cento das famílias em países de baixa e média renda recorrem à venda de bens e contraem empréstimos para cobrir as despesas de saúde (Kruk et al., 2009), indicando que há uma imensa lacuna no financiamento da saúde. Embora a assistência médica seja cada vez mais percebida como um direito humano e um bem público, na realidade as restrições em recursos retardam a implantação e o aumento da escala do financiamento da saúde nacional. Nestes casos, o HMI pode ser uma alternativa possível; estratégias híbridas, que combinam HMI liderado pelo setor privado com os pontos fortes do setor público, também prometem vencer a barreira no financiamento da saúde para o pobre.

Programas de HMI do setor privado visam preencher essa lacuna; porém, desenvolver produtos de saúde valiosos, sustentáveis, é intrinsecamente mais complexo do

que em outros tipos de microsseguro. A maioria dos produtos de saúde cobre riscos catastróficos, que ocorrem com baixa frequência, são muitas vezes imprevisíveis e resultam em uma necessidade de serviços de alto custo. Esses eventos catastróficos são mais facilmente segurados do que as necessidades de saúde de rotina, de modo que as seguradoras têm se concentrado nesses riscos, desenvolvendo, muitas vezes, cobertura apenas de internação. No entanto, os programas de HMI lutam para alcançar adesão sustentável para essas apólices de internação, em parte porque o pobre percebe mais valor na cobertura de alta frequência, de serviços previsíveis e, muitas vezes, de baixo custo.

Apesar dos indicadores positivos e potenciais de HMI, há muitos desafios que limitam o crescimento e o impacto do setor. Este capítulo, com base em um estudo temático mais aprofundado, o qual inclui uma análise da literatura de 68 documentos no período compreendido entre 1999 e 2010 e entrevistas com 31 especialistas representativos, discute tais desafios e sugere caminhos futuros. A próxima seção analisa a literatura sobre o impacto do HMI e é acompanhada de um resumo dos principais obstáculos em oferta e procura, e das inovações que podem contribuir para o progresso neste campo.

5.1 Evidências do impacto do microsseguro saúde

Há uma literatura abundante focada na avaliação do impacto e nas oportunidades geradas pelo HMI. Enquanto o Capítulo 3 oferece uma visão mais abrangente do impacto do microsseguro, esta seção resume a evidência específica do impacto do HMI. Esse impacto se divide em duas categorias principais: 1) finanças domésticas e 2) acesso à saúde e sua qualidade. Infelizmente, a literatura ainda carece de informações sobre os resultados na saúde de curto ou longo prazo, e esta seção encerra com uma discussão sobre o motivo que leva este problema a afetar o seguro e áreas afins.

5.1.1 Impacto na vulnerabilidade financeira da família

Em geral, um número significativo de evidências publicadas sugere que clientes de programas de HMI têm melhor proteção financeira contra choques na saúde do que aqueles que não são clientes. Embora a extensão dos efeitos possa variar, os programas ajudam a reduzir, de forma consistente, as despesas individuais e da família com saúde pagas com recursos próprios (Galarraga et al., 2008; King et al., 2009; Wagstaff, 2007). Em particular, os programas de HMI protegem o pobre dos eventos de saúde catastróficos (Asfaw e Jütting, 2007), embora isso não seja verdadeiro em todos os casos (Werner, 2009). Os resultados do Vietnã indicam que a participação nos programas de HMI reduz as despesas anuais com saúde pagas com recursos próprios e/ou melhora o acesso à assistência médica (Waddington, 2009). Resultados positivos do seguro foram replicados na Indonésia, no Nepal, Senegal, em Uganda, na

República Unida da Tanzânia, e em algumas partes da Índia (Asfaw e Jütting, 2007; Dror et al., 2009; Gertler et al., 2009; Msuya et al., 2004; Wagstaff e Pradhan, 2005).

5.1.2 Acesso e qualidade da saúde

Apesar deste impacto positivo geral sobre as finanças domésticas, há evidências mistas que demonstram que nem todos os segmentos da população estão se beneficiando do HMI. Uma preocupação importante é que o extremamente pobre (incluindo aquele que vive abaixo da linha da pobreza ou aquele que vive com menos de EU\$2 por dia em termos de paridade de poder de compra) não esteja sendo alcançado. Basicamente, os mais pobres não podem pagar os prêmios, mesmo em locais onde algum nível de subsídio estava supostamente disponível (Asfaw e Jütting, 2007; Derriennic et al., 2005; Msuya et al., 2004; Saliente, 2004; Wagstaffe Pradhan, 2005). Estas conclusões foram coerentes em programas e países, incluindo programas na Índia, no Senegal, em Uganda, na República Unida da Tanzânia e no Vietnã.

Em uma observação mais positiva, embora os mais pobres não acessem os serviços de saúde por meio de programas de HMI, a pesquisa indica que o pobre (exceto de modo relativo o menos pobre) tem maior acesso à saúde. Em particular, vários estudos revelam que clientes de programas de HMI são mais propensos a usar serviços hospitalares do que aqueles que não são clientes. Um estudo em áreas rurais da República Unida da Tanzânia revelou que indivíduos doentes com HMI eram 15 por cento mais propensos a receber tratamento do que indivíduos de famílias não membros (Msuya et al., 2004).

Outras conclusões positivas foram que era mais provável pessoas com HMI procurarem tratamento para malária no início do ciclo da doença, assim que percebessem estar doentes, do que as pessoas não seguradas (Blanchard-Horan, 2007). O resultado da malária era coerente com o comportamento de buscar assistência médica para outras condições de saúde mais comuns. Por exemplo, grupos de discussão e entrevistas com gestores de programa em Uganda revelaram que os membros já não protelam a assistência médica até que estejam gravemente doentes, como faziam antes de entrar para o programa (Derriennic et al., 2005).

Em geral, indivíduos com HMI são menos propensos a autodiagnóstico e a auto-administrar a doença. Por exemplo, a adesão aos programas no Vietnã aumentou o uso de medicamentos prescritos por um profissional de saúde, ao passo que anteriormente as pessoas faziam uso de remédios sem prescrição médica e/ou dependiam de farmacêuticos para aconselhamento no diagnóstico (Wagstaff e Pradhan, 2005). O autotratamento pode causar complicações médicas, tais como progressão de uma doença não tratada ou diagnosticada de forma errada, complicações provenientes da autoprescrição de remédios ou problemas de saúde pública no caso de doenças infecciosas (Derriennic et al., 2005). Obviamente, a demora na assistência média pode levar a um aumento de morbidade e mortalidade em muitos casos (Derriennic et al., 2005; Msuya et al., 2004).

Observe, entretanto, que muitas doenças são curadas sem intervenção, de modo que a obtenção de medicamento mais cedo nem sempre produz o resultado de custo mais baixo. Além disso, embora o aumento do acesso à saúde seja um indicador normalmente positivo, o propósito benéfico de um programa HMI também pode influenciar o uso de serviços de saúde por motivos não relacionados à necessidade médica. Por exemplo, quando um programa de HMI cobre apenas internação, há um incentivo para clientes buscarem benefícios e provedores de saúde buscarem receita, optando por uma hospitalização cara para assistência médica que poderia ser adequadamente prestada em uma unidade ambulatorial. Da mesma forma, programas nos quais os pacientes incorrem em custos reduzidos ou não incorrem em custos com recursos próprios no tratamento podem incentivar provedores de saúde inescrupulosos a prescrever medicamentos desnecessários ou até mesmo a realizar cirurgias sem necessidade.

Uma questão que não tem recebido a devida atenção é se a adesão a programas de HMI leva a um aumento do comportamento em assistência preventiva, seja porque o seguro promove ou cobre tal conduta, ou porque os membros exigem tais mudanças entre si e seus programas. A questão é mais ampla do que examinar o impacto da atividade em certos tratamentos preventivos, como, por exemplo, imunizações, e inclui outras intervenções em áreas, tais como água e saneamento, higiene, educação e estilo de vida.

5.1.3 Saúde e bem-estar

Os resultados em saúde continuam a ser uma meta elusiva quando são feitas tentativas para medir o impacto de um sistema de saúde e o valor do HMI. Há uma série de fatores que reduzem a capacidade de medir os resultados em saúde. A coleta de dados de resultados válidos ainda é considerada embrionária até mesmo nos sistemas de saúde desenvolvidos em países ricos. Com certeza, isto quase não existe em ambientes com baixos recursos. Ademais, medir o impacto do HMI exige um elevado grau de medição de aspectos específicos, uma vez que os resultados de saúde estão altamente correlacionados ao desenho dos benefícios e da qualidade do serviço entregue (Dercon et al., 2008). Por exemplo, um programa pode ter um efeito limitado sobre a saúde porque o produto de HMI não apresenta boa compatibilidade com as necessidades locais ou porque a qualidade do tratamento no hospital ou na clínica é abaixo da média.

Embora a pesquisa seja bastante limitada sobre este assunto, a capacidade de definir e medir resultados em saúde deve se tornar uma competência operacional de rotina por uma série de razões: para ajudar a determinar onde o dinheiro deve ser gasto em serviços que fazem a diferença no bem-estar, apoiar as avaliações formativas de políticas e processos de HMI, permitir a identificação das melhores práticas para adoção mais ampla e promover a prestação de contas e a transparência na concepção e nas operações do programa.

5.1.4 Potencial do HMI

O surgimento de programas de HMI em todo o mundo oferece esperança de que o pobre terá um nível, no mínimo seguro e adequado, de acesso à saúde viável financeiramente. A pesquisa revela que o acesso ao HMI reduz as despesas com saúde pagas por recursos próprios, especialmente em eventos de saúde catastróficos, e melhora o acesso à saúde de qualidade para aqueles que estão segurados. Há também evidências de que o HMI estimula um importante comportamento na busca por saúde, tais como o uso de redes contra mosquitos e tratamento contra malária prescrito no início do ciclo da doença. No entanto, pouco se sabe sobre o impacto do HMI nos resultados em saúde e bem-estar da família, principalmente quando ele diz respeito aos indivíduos mais pobres, que tendem a ser excluídos dos programas de HMI e que, em geral, recebem um tratamento de menor qualidade. Ainda há espaço para ampliar os benefícios para os membros de HMI. Isso pode aumentar a capacidade dos indivíduos de baixa renda ter acesso ao tratamento médico necessário no momento adequado, e, dessa forma, reduzindo a catástrofe financeira e promovendo produtividade econômica e uso eficiente de recursos.

5.2 Desafios da oferta e procura no microseguro saúde

5.2.1 Complexidade do microseguro saúde

A própria natureza do HMI o diferencia de outras formas de seguro. Microseguro saúde trata-se de prestação de serviço e não de pagamento para compensar uma perda. Tal fato torna extremamente difícil controlar a demanda e garantir que os serviços entregues sejam adequados. A situação é complicada em razão dos serviços de saúde cobertos por seguro serem vendidos por um terceiro, o provedor de saúde, cuja motivação pode ser maximizar receita. Isso cria outra distorção, incentivando a fraude e o preço descabido.

O HMI é ainda mais complicado pela forte demanda por serviços que se imagina serem necessários para uma boa saúde. Padrões de atendimento evoluem continuamente e são influenciados por fatores, tais como tecnologia e infraestrutura, maior conscientização e parcerias melhores. Como resultado, a frequência e a quantidade de tipos de serviço estão aumentando (como, por exemplo, radiologia diagnóstica, desde que equipamentos e provedores sejam acessíveis). Ao mesmo tempo, o custo de serviço também está aumentando (por exemplo, tomografia computadorizada em substituição ao raio-x), combinando o desafio de entregar assistência médica adequada e viável financeiramente. Famílias de baixa renda sofrem de maneira desproporcional com doenças infecciosas e as consequências das más condições de vida, e também estão cada vez mais sujeitas a doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida, por exemplo,

diabetes e doença cardíaca, que são, por tradição, mais comuns em populações de renda mais alta.

Em meio a esses desafios, os programas de HMI diferem em muitos aspectos: eles diferem no desenvolvimento do programa, incluindo o grau de integração com os provedores de saúde, nas abordagens de distribuição e manutenção em relação à cobertura ou aos benefícios. Esta complexidade existe por uma razão; diferentes configurações do programa tratam de diferentes necessidades no ambiente operacional. Comunidades variam em termos de riqueza, saúde e exposição aos riscos saúde, assim como proximidade com os provedores de saúde, farmácias e laboratórios. Por exemplo, alguns programas tentam cobertura abrangente (de internação e ambulatorial), enquanto alguns oferecem apenas cobertura catastrófica (hospitalização). Além disso, a variação diz respeito a se um produto cobre condições preexistentes, maternidade, tratamento preventivo ou crônico, assim como o valor máximo do benefício e a faixa a partir da qual os membros são obrigados a participar nos custos.

Outros diferenciais são os tipos de organizações que oferecem o seguro e os tipos de relacionamento que as organizações têm com os clientes. Instituições de microfinanças (IMFs) podem trabalhar com as seguradoras para oferecer HMI, o que deve ajudar a atrair e/ou manter clientes, e pode reduzir inadimplências em empréstimos. ONGs podem oferecer HMI para aumentar os serviços e a proteção para membros da comunidade. Seguradoras comerciais podem operar no mercado em baixa para atrair novos clientes. Governos administram programas de proteção social em termos estaduais ou nacionais, e há também modelos híbridos. A relação entre o programa e seus clientes tem implicações na escala potencial e na viabilidade do programa, além dos tipos de benefícios e opções de preço que recebem prioridade.

5.2.2 Desafios em termos de demanda

Pelo menos 93 por cento do ônus global de doença recaem sobre 84 por cento do pobre no mundo (Preker et al., 2002). Esta estatística sugere uma demanda potencialmente alta por assistência médica e meios viáveis para financiar serviços de saúde. O fato de que as opções de gerenciamento de riscos disponíveis para o pobre são normalmente muito caras e limitadas em sua eficácia, fortalece a noção de demanda contida por seguro. A maioria da população pobre entende de imediato como as necessidades de saúde se tornam catástrofes financeiras; as pessoas são frequentemente forçadas a gerenciar o custo da saúde, tanto a de rotina quanto a catastrófica, por meio de altas taxas de juros, esgotando poupança e/ou acarretando a venda não planejada de bens produtivos abaixo do preço. A pesquisa realizada pelo MicroInsurance Centre revela que os entrevistados na África, Ásia e América Latina alegam que HMI é o tipo de cobertura mais procurada (Roth et al., 2007; Dror, 2007). Apesar dessa demanda, alguns dos produtos de HMI atualmente disponíveis atraem e mantêm o número desejado de clientes.

A falta de valor percebida por produtos cobrindo apenas internação, o que menos de cinco por cento dos clientes normalmente praticam, imagina-se ser uma das principais razões para as baixas taxas de participação e renovação. Famílias de baixa renda sofrem outras despesas catastróficas que não se enquadram em internação, por exemplo, um sistema de remédios sustentado. Despesas ambulatoriais de rotina têm um impacto maior sobre a maioria das famílias pobres do que a possibilidade de hospitalização. Além de oferecer uma cobertura que, muitas vezes, é percebida como insuficiente, alguns programas de HMI têm dedicado recursos necessários para educar as populações-alvo, que, na maioria das vezes carecem de conhecimento sobre seguro, sobre o valor potencial e real do HMI e como ele funciona (*ver Capítulo 14* para mais detalhes sobre educação do consumidor).

Conforme descrito no Capítulo 7, as limitações de renda e o alto e crescente custo da assistência médica são sérias barreiras para estimular a demanda por HMI, e o custo de muitos programas existentes está acima do que as famílias mais pobres podem pagar. De fato, um estudo realizado em Uganda indicou que apenas 37 por cento das famílias seguradas podem pagar seus prêmios a partir de recursos pecuniários disponíveis (Dekker e Wilms, 2009), revelando ainda que muitos que compram HMI podem estar contraindo empréstimos ou vendendo bens para fazê-lo. A sazonalidade de renda faz com que seja ainda mais difícil para os clientes pagar prêmios, combinando regularmente os problemas com baixa capacidade de pagar.

Como muitos desafios de demanda são genéricos e, portanto, relevantes para todos os tipos de produtos de microsseguro, apenas barreiras específicas de HMI foram consideradas neste estudo e serão discutidas na seção 5.3. Melhor marketing e educação do consumidor devem resolver alguns dos problemas de demanda por HMI e, conseqüentemente, algumas das questões discutidas nos Capítulos 13, 14 e 15 também são relevantes para microsseguradoras de saúde.

5.2.3 Desafios em termos de oferta

A análise da literatura e as entrevistas com especialistas identificaram cinco questões importantes em termos de oferta no HMI: 1) limitações no sistema de entrega da saúde, 2) escala insuficiente do programa, 3) questões de preço e financiamento, 4) deficiências no modelo operacional e 5) falta de ambiente propício.

Limitações no sistema de entrega da saúde

A capacidade do sistema de entrega da saúde afeta, fundamentalmente, o sucesso do programa de HMI. Algumas limitações na entrega da saúde incluem:

- barreiras de acesso, tais como quando os pacientes não podem chegar a uma unidade devido à distância, custos de transporte e salários perdidos;
- qualidade do serviço, como, por exemplo, quando as clínicas não oferecem, de forma competente, os serviços necessários (ex.: laboratório e raio-x);

- pessoal, por exemplo, com número insuficiente de médicos, má distribuição de provedores ou deficiências em capacidade e treinamento;
- falta de recursos, em particular a frequente disponibilidade insuficiente de médicos, suprimentos e medicamentos (Preker et al., 2002.);
- normas insuficientes ou inexistentes para monitoramento de desempenho, certificação ou acreditação, tornando mais difícil medir e garantir a qualidade dos provedores.

O resultado final dessas limitações é uma gama extremamente restrita de opções em que os indivíduos podem receber tratamento. Em muitos casos, quando os programas de HMI não são financeiramente viáveis ou não estão disponíveis, a alternativa do pobre é não receber tratamento ou receber de provedores do setor público. Há casos em que os governos têm programas com alcance significativo que funcionam bem, mas em muitos locais a reputação dos serviços públicos indica que eles têm recursos subfinanciados e são carentes de pessoal. Este dilema atual – em que programas de HMI subvencionados pelo governo têm recursos insuficientes ou estão em estágios iniciais de desenvolvimento, com longos períodos de gestação, e programas do setor privado que carecem de apoio governamental básico – deixa os pobres sem uma solução de curto prazo em relação a este problema de financiamento e acesso.

Necessidade de escala de programa

O tamanho e a escala de um sistema de HMI também pode influenciar a qualidade do tratamento, seu preço, seu leque de opções de produtos e sua sustentabilidade. Programas de HMI que limitam o acesso a um pequeno número de unidades não conseguem, muitas vezes, oferecer aos clientes opções viáveis de tratamento de qualidade (McCord, 2007b; S. Ahmed et al., 2005). Programas maiores podem, muitas vezes, ter preços mais favoráveis de provedores de saúde (Marek et al., 2005) e mais facilmente recrutar médicos e enfermeiros para participar da rede do provedor (Marek et al., 2003).

Um estudo de sete programas de HMI na África Oriental revelou que cada programa preferiu buscar escala por meio de grupos de participação, e não por meio individual, reduzindo, assim, a seleção adversa (McCord e Osinde, 2005). A associação em grupo pode ser alcançada por intermédio de parcerias com empregadores com empregados de baixa renda, assim como com IMFs ou grupos comunitários (Kiwara, 2007).

As tentativas de ter a adesão de grupos de trabalhadores do setor informal têm sido mais bem-sucedidas do que as tentativas com indivíduos da mesma área (Kiwara, 2007). Em 1998, gestores da UMASIDA na República Unida da Tanzânia testaram a frequência de pagamento e os padrões de renovação por três anos com base em planos de pagamento administrado para grupo e individual. Os gestores descobriram que as renovações foram maiores quando as associações pagaram o prêmio em nome dos membros e os membros pagaram quantias diárias ou semanais para o fundo do grupo ao longo do ano (Kiwara, 2007).

Questões de preços e financiamento

A precificação inadequada gera situações em que os programas de HMI não podem alcançar suas populações-alvo em números estimados e/ou não podem se sustentar com o tempo. McCord (2007b) demonstrou que, em quatro dos sete programas de HMI analisados, a cobertura foi precificada de forma inadequada. Em todos os casos, os prêmios eram muito baixos. Destes, apenas dois programas tiveram assistência atuarial. Os programas têm, nitidamente, diferentes filosofias sobre preços, visto que alguns tentam compreender o que o mercado pode pagar e outros precificam por rentabilidade ou sustentabilidade financeira (Dror, 2008; McCord, 2007b).

Conforme descrito no Capítulo 21, há várias razões pelas quais os programas de HMI cometem erros de cálculo na precificação. O motivo da subprecificação é a não utilização de práticas atuarialmente corretas para estimar os custos e fixar os prêmios com base no valor que os clientes podem pagar, e não no valor que é necessário para cobrir os custos e gerar margens mínimas para expansão e sustentabilidade. O preço alto pode ocorrer quando as estimativas se baseiam em dados insuficientes ou incorretos, sobre margens excessivamente cautelosas ou sobre uma expectativa de igualar receitas e custos ou até mesmo de lucrar em um período muito curto ou com pouca adesão. Também deve ser observado que um prêmio atuarialmente correto pode ser financeiramente inviável para os clientes – caso em que os benefícios do produto devem ser reduzidos (permitindo que o prêmio seja, conseqüentemente, reduzido) ou subsídios devem ser criados.

Outras razões para erros de cálculo na precificação dizem respeito a investimentos insuficientes em sistemas de apoio para os programas de seguro. Pesquisas indicam que programas de seguro do setor privado subvencionados pelo governo e patrocinados por ONGs não podem direcionar fundos suficientes para sistemas de gestão ou técnicas de custeio adequadas, particularmente na África (Sabri, 2003). Além disso, a precificação do HMI do setor privado é problemática quando os governos garantem assistência médica gratuita (ou quase gratuita).

Deficiências do modelo operacional

Os fatores críticos em HMI são semelhantes àqueles existentes no seguro comercial. Ou seja, o comportamento de clientes e provedores de saúde será diferente se o seguro existir a partir daquilo que ele seria se não houvesse nenhum (risco moral); apenas os indivíduos mais doentes e propensos ao risco comprarão o produto (seleção adversa), e haverá a exposição à fraude e potencial aumento de custo.

A falta de habilidades para gerenciamento e governança de projeto foi mencionada por muitos especialistas como principais obstáculos no dimensionamento de programas de HMI. Como essas questões são genéricas, elas não são abordadas neste capítulo.

Mais especificamente, as deficiências no uso de tecnologia e resseguro foram desafios comumente identificados.

Conforme ilustrado no Capítulo 24, a tecnologia pode ser empregada para atenuar a fraude pelo provedor de saúde e pelo cliente. É uma ferramenta que também pode ajudar a controlar a qualidade da prestação de serviços de saúde e tornar as operações mais eficientes. Entretanto, a pesquisa revelou que alguns programas de HMI estavam utilizando tecnologia e sistemas de informações gerenciais para melhorar a eficiência, aumentar a qualidade do tratamento e/ou acabar com a fraude. Na verdade, estudos de caso minuciosos de sete programas de HMI na África Oriental revelaram que apenas dois estavam usando sistemas informatizados para aumentar controles e estabelecer gerenciamento de dados (McCord, 2007b). Derriennic et al. (2005) indicam que apenas dois dos 12 programas de HMI com base na comunidade avaliados em Uganda tinham um sistema de informações gerenciais geral que permitia a tomada de decisões gerenciais com base em evidências. No entanto, grande parte da literatura é omissa sobre elementos de infraestrutura, tais como o uso de tecnologia.¹

O resseguro apoia três áreas: financiamento, estabilização geral e proteção de catástrofe (Dror, 2001). Um contrato de resseguro obriga o ressegurador a pagar alguns ou todos os custos acima de um limite predeterminado, reduzindo, assim, o risco de fracasso e insolvência do programa de HMI. Casos pesquisados por Bonnevey et al. (2002) indicam que um programa de HMI se beneficia mais do pagamento do prêmio de resseguro do que se ele mantivesse o mesmo dinheiro para uma margem de segurança em uma conta reserva. Seus resultados são sólidos, independentemente de como os programas de HMI estejam estruturados. Os autores demonstram, ainda, que embora anos rentáveis para programas de HMI não sejam afetados pelo resseguro, a segurança financeira inerente que ele proporciona permite que os programas usem excedentes como verbas discricionárias e não como reservas. Uma simulação realizada por Dror (2001) indica que os contratos de resseguro podem estabilizar os programas a partir do primeiro ano. É importante ressaltar que o autor também observa que *pools* de resseguro podem exigir vários anos de operação antes de operarem lucrativamente. Note-se, contudo, que o resseguro pode também ser problemático, como, por exemplo, quando mascara ineficiências institucionais.

Ambiente propício e papel do governo

O apoio do governo e o ambiente regulatório para HMI é um diferencial importante entre países e programas de HMI. Por conseguinte, Dror e Jacquier (1999) afirmam que, independentemente da organização que patrocina ou começa a operar com HMI, os programas precisam de apoio político, técnico e financeiro do governo. Os governos podem também permitir uma tomada de decisão descentralizada, a fim de possibilitar que as decisões e negociações locais sejam cumpridas. Algumas pesquisas apontam que o papel do governo é tão marcante e tão variado que destrói a capacidade de extrair quaisquer conclusões gerais sobre a situação do setor de HMI (Churchill, 2007). Nestes moldes, um entrevistado ressaltou que é preciso

¹ Para exceções, ver Derriennic et al., 2005; Leftley de 2009; McCord, 2007b.

considerar cada país e governo isoladamente na avaliação de problemas e soluções, e que recomendações não devem ser feitas com base em generalizações (Adelhardt, 2009).

Com certeza, o ambiente regulatório pode estimular ou restringir o desenvolvimento e a ampliação de programas sustentáveis de HMI. Além de melhorar o apoio regulatório, os governos podem contribuir com o HMI via parcerias público-privadas (PPPs), que são descritas em mais detalhes na seção seguinte. Buscar essas oportunidades de colaboração é um passo importante para vencer os muitos desafios em termos de oferta discutidos nesta seção.

5.3 Inovações e intervenções no microsseguro saúde

Esta seção passa da investigação de questões e impactos ao exame de opções para atender às necessidades do pobre, por meio de modelos aprimorados de negócios de HMI. Vários temas comuns surgiram sobre as áreas onde a inovação em HMI é mais necessária:

- aumento dos benefícios dos membros
- modelos organizacionais e PPPs
- superação da baixa capacidade de pagar
- uso da tecnologia de informação e comunicação

Adesão, vendas e distribuição foram outras áreas com necessidade de inovação; porém, como elas não são específicas de HMI, não foram incluídas neste capítulo.

5.3.1 Aumentar os benefícios dos membros

Os benefícios devem ir além de hospitalização. Os pequenos problemas de saúde são uma preocupação premente para a maioria das famílias de baixa renda, e o atendimento dessa demanda tem o potencial de aumentar a participação e melhorar os *pools* de risco. Uma assistência maior no custo de medicamentos, em especial as drogas necessárias para tratamentos de longo prazo, também tem o potencial de aumentar a demanda. Cuidar da parte ambulatorial também deve melhorar os resultados de saúde e o comportamento na procura por saúde. Um número maior de check-ups regulares, diagnósticos precoces e tratamento adequado para pequenas doenças devem resultar em redução no custo geral do tratamento, melhor controle de custos e menos pedidos de produtos de internação. Por exemplo, a VimoSEWA, um braço de seguros de um grande sindicato que oferece cobertura de saúde combinada, vida e propriedade para mais de 200.000 mulheres autônomas na Índia, descobriu que um terço dos pedidos de internação é por doenças possíveis de serem evitadas, como a malária, gastroenterite e demais doenças transmitidas pela água. Deixar doenças como essas sem tratamento não apenas agrava a vulnerabilidade em comunidades pobres, como

também compromete a viabilidade do microsseguro saúde. Várias organizações da Índia têm abordado o componente ambulatorial de forma criativa, conforme descrito na Caixa de Texto 5.1.

Caixa de
Texto 5.1

Aumentar os benefícios dos membros na Índia

Fundado em 2003, a partir de 2010 o Uplift Health Mutual Fund atende mais de 110.000 membros nas favelas urbanas e na periferia de Pune, Mumbai e Marathwada rural. Apoiado por funcionários e sistemas do Uplift, os próprios membros administram o programa por meio de reuniões participativas regulares para pagamento dos sinistros. Este sistema mútuo, associado a parcerias sólidas com vários provedores de saúde, permite que o programa mantenha um conjunto amplo de benefícios que inclui serviços cirúrgicos em internação, alguns serviços ambulatoriais e todas as principais consultas médicas a um preço muito competitivo (INR400 ou US\$9 por ano para uma família de quatro pessoas, com benefícios limitados a INR15,000 ou US\$333). O Uplift também realiza campanhas mensais de saúde e mantém um serviço 24 horas com atendimento por médicos qualificados que auxiliam os membros a se situar no complexo sistema de saúde (Dimovska et al., 2009; Ruchismita e Virani, 2009). O programa ainda não é totalmente sustentável, entretanto a taxa de crescimento recente, a escala até então alcançada, os processos e sistemas estabelecidos e o profissionalismo da equipe principal distinguem o modelo do Uplift de outros programas baseados na comunidade.

A Swayam Shikshan Prayog (SSP), uma ONG da Índia que oferece oportunidades sociais e econômicas para mulheres de baixa renda e suas famílias está experimentando um modelo híbrido de HMI para superar algumas das limitações dos programas baseados na comunidade. O risco financeiro dos benefícios de internação é arcado por uma companhia de seguros, junto com um pacote de serviços ambulatoriais, implementado por trabalhadores da comunidade, e entregue por intermédio de uma rede de profissionais locais, centros de diagnóstico e unidades dispensadoras de medicamentos. Além da cobertura de internação, os membros podem contar com serviços adicionais de saúde e ter acesso a serviços ambulatoriais primários e preventivos, além de medicamentos, economizando de 30 a 40 por cento nos custos habituais.

A pesquisa revela que conforme os clientes se tornam mais bem informados e consideram os produtos existentes, exigirão cada vez mais produtos personalizados. Em face das enormes variações em necessidades do cliente, custo da saúde, disponibilidade de serviços e demanda de cliente, não há nenhum pacote de benefícios único que possa otimizar todos os fatores e ter aceitação universal. As soluções contextualizadas são mais propensas a abordar esta questão de heterogeneidade. Por exemplo, o programa conhecido como CHAT, ou “Choosing Healthcare All Together”, é uma ferramenta desenvolvida para envolver o público no estabelecimento de prioridades em saúde. Inclui os membros da comunidade no processo de distribuição dos benefícios, que

com sua participação individualmente ou em grupos, eles fazem suas indicações distribuindo um número limitado de pregos em uma tábua. Uma vantagem da ferramenta é que os exercícios não exigem grandes conhecimentos ou habilidades matemáticas para participar. O princípio operacional é que o próprio pobre tenha boa condição para determinar o que deve ser incluído e excluído em seu pacote de benefícios. Além disso, a cocriação pode gerar confiança, aceitação e disposição de ser segurado (Dror, 2007; Micro Seguro Academy, 2009).

5.3.2 Modelos organizacionais e parcerias público-privadas

O modelo organizacional utilizado para oferecer HMI desempenha um papel fundamental para determinar o impacto do programa, como a estrutura afeta preço, benefícios e até mesmo financiamento de longo prazo. Dror (2008), analisando o setor de seguros na Índia, descobriu que programas de HMI podem alterar os modelos ao longo do tempo. Por exemplo, as comunidades podem começar comprando seguro em grupo nas seguradoras comerciais e depois mudar para modelos de seguro saúde baseados na comunidade, os quais oferecem mais flexibilidade e se identificam melhor com a necessidade do cliente por produtos customizados. Ademais, os membros podem concordar em distribuir os benefícios com mais facilidade quando eles têm um papel importante no processo de tomada de decisão e não quando eles tentam entender as decisões de aceitação e recusa de uma empresa distante e impessoal. Esta sugestão dá a entender apenas algumas das possíveis conexões entre modelo organizacional, marketing e desenho do produto.

Normalmente, os programas básicos de HMI conhecem as comunidades de baixa renda, mas não conhecem o seguro saúde, enquanto as seguradoras tradicionais não sabem como chegar às comunidades ou como ganhar sua confiança. As seguradoras podem preencher esta lacuna trabalhando em parceria com os canais de distribuição que estão mais em contato com as comunidades pobres; programas básicos de HMI podem preencher suas lacunas de capacidade participando de treinamento e recebendo assistência técnica. Com qualquer solução potencial, no entanto, conhecer e atender às necessidades dos clientes continuará sendo uma prioridade.

Quando somente a intervenção do setor público ou privado não pode realizar o suficiente, *players* públicos e privados podem precisar se unir em formas inovadoras e mais substanciais. É importante ressaltar que a pesquisa revela que avançar nos objetivos de combater a pobreza e garantir o acesso à saúde requer, muitas vezes, a combinação de cooperação e competências de *players* públicos e privados, com recursos e funções complementares (Marek et al., 2005; Cowley e Ehrbeck, 2007; Lomas, 2009).

Até aqui, este capítulo enfatiza as intervenções do setor privado e os programas que, direta ou indiretamente, oferecem HMI e acesso à saúde. No entanto, PPPs inovadoras têm o potencial para catalisar opções em saúde em mais quantidade e de melhor qualidade para indivíduos e grupos de baixa renda. Em particular, PPPs podem explorar a criatividade e a eficiência do setor privado em consonância com a

capacidade do setor público de captar recursos. O dinheiro público pode ser necessário para pagar pela maior parte do tratamento preventivo, pela promoção da saúde ou para subsidiar os prêmios de HMI. O apoio do governo às parcerias público-privadas pode ser fornecido de forma eficaz de várias maneiras. Em Gana e Ruanda, a relação da parceria público-privada é quando o governo oferece subsídios significativos para pagar os prêmios. Na RPD Laos, o governo subsidia a saúde diretamente. No Camboja, o governo financia fundos de capital; doadores também contribuem para esses fundos, os quais são utilizados para subsidiar programas locais, a fim de distribuir seguro para o pobre.

O setor público, no entanto, pode fornecer mais do que apenas apoio financeiro e de contratação. É óbvio que o HMI precisa ser desenvolvido em paralelo com estratégias de saúde pública. Por exemplo, o desenvolvimento de programas de HMI em países onde os sistemas de saúde são muito fracos não faz sentido. Se bem coordenado, o setor público pode ser capaz de garantir acesso a unidades de saúde subutilizadas que o setor privado pode usar para ampliar o acesso e reduzir custos. *Players* do setor público-privado também podem cooperar para criar *pools* de risco maiores e mais estáveis. Tais parcerias podem promulgar e fazer cumprir normas de qualidade e acreditação. A garantia de qualidade e a necessidade de padrões uniformes de qualidade, custo de tratamento e acreditação são outras áreas onde o governo pode desempenhar um importante papel.

Em contrapartida, a experiência em gestão do setor privado pode conduzir a soluções para reduzir a fraude e gerir risco e custos do programa. Amplamente falando, o setor privado é intrinsecamente mais capaz do que o governo para inovar e responder às oportunidades de mercado e “permanecer perto do cliente”. A aplicação de práticas comerciais estabelecidas, incluindo aprimoramento contínuo de qualidade, preços com base em cálculos atuariais, pesquisa e desenvolvimento de produtos robustos, monitoramento de operações e uso de tecnologia, são todas práticas essenciais para o sucesso dos programas de HMI.

5.3.3 Superar a baixa capacidade para pagar e restrições de liquidez

Uma vez que a viabilidade financeira continua sendo um dos principais fatores que afetam a demanda por HMI, muitos países apoiam os mecanismos de financiamento da saúde, tais como compartilhamento de custo, intervenção do governo (por exemplo, fixação de tarifas) e subsídios, e a introdução de serviços de saúde privados com fins lucrativos (Kiwara, 2007). Apesar desta gama de opções, um dos maiores desafios do HMI é identificar e implementar preços e métodos de pagamento que resultem em um produto financeiramente viável, embora gerando receita suficiente para sustentar as operações. Boas práticas de negócios em HMI se concentram em aumento da flexibilidade de pagamentos, identificação de subsídios de prêmio e acesso “sem pagamento” aos serviços de saúde, que são cruciais para tornar o HMI acessível e financeiramente viável para os clientes pobres.

Aumentar a flexibilidade de pagamentos de prêmio

Atualmente, a prática de cobrança de prêmio mais comum é cobrar prêmios anuais na hora da adesão ou logo após. No entanto, alguns programas de HMI estão tentando abordagens alternativas para tornar os pagamentos de prêmios mais flexíveis, como, por exemplo, pagamentos de prêmios em espécie e vários acordos associados à poupança, conforme descrito na Caixa de Texto 5.2.

Caixa de
Texto 5.2

Facilitar os pagamentos dos prêmios

A VimoSEWA oferece aos clientes uma conta a prazo especial em que os juros ganhos sobre a poupança pagam o prêmio anual. A inovação propicia que os clientes de baixa renda tenham a opção de contribuir para uma conta especial de poupança até que eles tenham acumulado um saldo suficiente para pagar o prêmio (INR500 ou US\$11). Os juros que a VimoSEWA ganha sobre a poupança cobre, eventualmente, o custo do prêmio de seguro. A SEWA também oferece um empréstimo ao consumidor, destinado a financiar o prêmio de 500 rúpias, permitindo ao cliente pagar o empréstimo regularmente no período programado (Radermacher et al., 2006).

A empresa Zurich Bolivia Group tem tido certo sucesso na entrega de produtos de HMI por intermédio do BancoSol, um banco comercial com foco no mercado de baixa renda. Um dos fatores que contribuiu para este sucesso é que as vendas e os pagamentos de prêmio estão vinculados às contas de poupança. O produto, vendido em agências bancárias, oferece 100 por cento de cobertura para consultas médicas, 80 por cento para serviços auxiliares e maternidade, e 70 por cento para internação e cirurgia, além de seguro vida por US\$3.99 por mês. A empresa investiu em sistemas de informações gerenciais customizados para cobranças de prêmio automáticas, integrando-as às funções bancárias. A cobrança de prêmio mensal é flexível: se a conta de poupança tem saldo insuficiente quando um pagamento de prêmio programado é processado, o sistema faz nova tentativa a cada dia para debitar a conta até que: 1) haja saldo suficiente para pagar o prêmio ou 2) sessenta dias tenham decorrido, caso em que a apólice é cancelada (Harmeling, 2010b).

Subsidiar prêmios

Outra forma importante de garantir capital adequado é subsidiar os prêmios do HMI. Alguns doadores e governos oferecem subsídios temporários para seguro saúde. A Health Insurance Fund, uma fundação holandesa com financiamento do governo dos Países Baixos, oferece dois anos de subsídios para seus programas de saúde na Nigéria, a fim de permitir que o pobre usufrua dos benefícios de produtos não conhecidos. A justificativa é que os clientes verão o valor do seguro e continuarão a pagar pela cobertura quando os subsídios forem suspensos. Subsídios permanentes também são dirigidos a classes mais pobres em vários países, por exemplo, na Geórgia (estado

ao sul da Ásia) e em Gana. Dada a incapacidade do pobre de pagar pela saúde, é difícil imaginar programas de HMI valiosos para todos sem subsídios e outros apoios do setor público.

Sem pagamento ou pagamentos ínfimos

As restrições financeiras também precisam ser superadas em termos de sinistros. Conforme discutido no Capítulo 6, outra inovação notável para diminuir as restrições de liquidez são os produtos sem pagamento, os quais permitem ao pobre o acesso à saúde sem ter que pagar adiantado e, em seguida, apresentar um pedido de reembolso.

5.3.4 **Uso de tecnologia da informação e comunicações**

A tecnologia tem um enorme potencial para reduzir custos e aumentar eficiência em todos os tipos de produtos de microsseguro e em toda a cadeia de valor, o que está descrito em mais detalhes no Capítulo 24. Há muitas aplicações de tecnologia relacionadas com processo que devem oferecer melhorias em eficiência operacional.

No contexto de HMI, as inovações em tecnologia de telefonia móvel podem permitir custo-benefício, acesso adequado à saúde. Por exemplo, o Projeto Masiluleke, na África do Sul, envia cerca de um milhão de mensagens de texto por dia, incentivando as pessoas em seu idioma local a contatarem uma linha direta nacional sobre AIDS. A linha direta, então, direciona-os para clínicas fora da sua região local, onde eles podem evitar o estigma de serem testados em locais próximos a seus pares. As respostas têm superado as expectativas, em particular, de homens jovens, anteriormente difíceis de alcançar (*Economist*, 2009). Em outras partes do mundo, como a Tailândia, a taxa de aderência a um sistema de medicamentos para tratamento da tuberculose saltou para mais de 90 por cento quando os pacientes passaram a receber diariamente um texto lembrete para tomarem a medicação.

A forma mais direta de usar tecnologias móveis para melhorar em termos de oferta é oferecer um melhor apoio para os trabalhadores rurais da saúde que atendem pacientes, visto que há uma significativa escassez de médicos treinados em áreas rurais. O Conselho de Relações Exteriores (CFR, na sigla em inglês) desenvolveu um conceito “médico em uma caixa” (*doc in a box*, em inglês), em que equipam um contêiner para servir como uma clínica rural. Agentes comunitários de saúde foram treinados para oferecer serviços das unidades e ter acesso a profissionais perfeitamente capacitados pelo celular (*Economist*, 2009). A Medicall Home, no México, também está usando tecnologia para melhorar os resultados em saúde para as pessoas que não podem acessar as clínicas, oferecendo consultas ilimitadas por telefone com médicos a uma taxa fixa de cerca de US\$5 por mês (Medicall Home, 2010). A CARE Foundation está testando um programa de telemedicina na Índia rural (*ver Caixa de Texto 5.3*). Inovações desse tipo têm o potencial para tornar o HMI mais viável em áreas rurais, melhorando o acesso precoce à saúde, reduzindo, assim, sinistros dispendiosos no final do ciclo da doença.

Tecnologia móvel para conectar médicos a pacientes rurais

Localizada em Hyderabad, na Índia, a CARE Foundation está iniciando um programa para entrega de saúde rural e microsseguro, cujo foco é o tratamento ambulatorial em assentamentos do vilarejo. Os membros da comunidade são treinados para serem campeões de saúde do vilarejo (VHCs, na sigla em inglês) que garantem “assistência médica no vilarejo a domicílio”. Para diagnósticos de rotina, os VHCs usam um terminal portátil que inclui um sistema de apoio à decisão clínica para fornecer aconselhamento médico adequado e prescrever medicamentos. Em uma quantidade menor de casos de rotina, eles entram em contacto com um médico remoto da CARE que recomenda o tratamento por meio de uma mensagem de texto. O teste final da tecnologia, formação dos trabalhadores da saúde e desenho do produto estão sendo concluídos.

5.4 O caminho a seguir

Este capítulo sugere caminhos pelos quais os programas de HMI podem se tornar mais valiosos para os clientes e mais sustentáveis com o tempo. Especificamente, algumas estratégias são destacadas para responder à demanda de mercado, suprir as lacunas de oferta, melhorando desenho, entrega e operações do produto, e integrar esforços do setor público-privado.

5.4.1 Estender os benefícios dos membros para responder à demanda de mercado

Os benefícios dos membros devem ser estendidos além da internação. Pequenos problemas de saúde são uma preocupação premente para a maioria das famílias de baixa renda, e atender a essa demanda pode aumentar a participação e estabilizar *pools* de risco. Além disso, melhorar os benefícios ambulatoriais estimula *check-ups* regulares de saúde, diagnósticos precoces e tratamento adequado para doenças de menor gravidade. Essas mudanças devem reduzir os custos gerais do tratamento e reduzir os sinistros de internação, melhorando, assim, a viabilidade global dos programas de HMI.

Os programas de HMI devem educar clientes, simultaneamente, nos benefícios de produtos de seguro saúde e atender às necessidades do cliente. Atualmente, a falta de conhecimento do HMI é uma das principais razões para os baixos índices de renovação de muitos programas de HMI – os clientes sentem, muitas vezes, que o seguro é uma compra desperdiçada caso não adoeçam durante o ano. Poucos programas têm destinado recursos adequados para pesquisa de mercado, educação e marketing específicos no segmento, limitando o conhecimento e a aceitação de produtos de HMI por parte de clientes e até mesmo de profissionais.

Agravando essas questões, está o fato de que ao pobre, por definição, falta a capacidade de pagar. Por conseguinte, estimular a demanda por HMI exigirá o desen-

volvimento cauteloso de excelentes pacotes de benefícios, teoricamente, por meio de um processo participativo envolvendo clientes potenciais. Além disso, os indivíduos de baixa renda exigem modalidades de pagamento flexíveis para ajudá-los a financiar os prêmios.

5.4.2 Aumentar a oferta: Produtos e processos

Atualmente, a saúde universal está fora do alcance de muitos países. Soluções com base em mercado não estão atingindo escala e não podem atender a todas as necessidades devido a exclusões de populações, limitações de cobertura e restrições em infraestrutura e distribuição de provedores de saúde em muitas áreas geográficas. Esses fatores deixam o pobre sem acesso seguro aos serviços de saúde necessários ou soluções em gestão de riscos financeiros confiáveis. Conforme discutido neste capítulo, inúmeros desafios estão restringindo a capacidade de os programas de HMI fornecerem produtos valiosos, e superar tais desafios exigirá cautela e intervenção múltipla.

A atividade do setor privado, por seguradoras comerciais em particular, tem sido limitada até hoje; em parte, devido à complexidade percebida de desenvolver e administrar produtos (por exemplo, ambulatoriais e de internação) compreensivos. Soluções contextualizadas devem ser buscadas, utilizando pacotes de benefícios criados com cuidado. Até que os produtos sejam desenvolvidos e atendam à demanda dos clientes, embora permanecendo viáveis financeiramente, uma escala adequada para o compartilhamento do risco não será alcançada. Ademais, muitos programas de HMI carecem de apoio financeiro suficiente devido à preocupação dos investidores quanto ao alcance de escala e, ironicamente, esforçam-se para alcançar escala devido a essa mesma falta de apoio financeiro. Outros obstáculos em relação à escala incluem infraestrutura de saúde inadequada, bem como dados e experiência técnica insuficientes, ressaltando a necessidade de mais pesquisa de mercado e auxílio na construção de capacidade.

Considerando que o HMI se caracteriza por transações frequentes e margens pequenas, sinistros e processos de administração de apólice eficientes são essenciais para o sucesso. Até agora, a experiência com acordos de terceiros não foi satisfatória (*ver Caixa de Texto 20.5*), e é preciso mais inovação para obtenção e aplicação de apoio de terceiros. Preços, cobertura de resseguro e controles de fraude corretos também requerem grande atenção e investimento, em especial para programas baseados na comunidade. Embora as seguradoras comerciais possam ter um melhor conhecimento desses conceitos de seguro, elas carecem de um entendimento sobre como alcançar melhor o mercado de baixa renda. Além disso, os programas de HMI enfrentam esses desafios em ambientes que muitas vezes não dispõem de sistemas políticos estáveis e tratamento regulatório de apoio aos programas de HMI.

A melhor solução é um esforço coordenado para enfrentar vários desafios ao mesmo tempo, envolvendo *players* a partir de diferentes aspectos do setor de HMI. Tal esforço deve ser combinado com uma comunicação ativa entre os *players*, compartilhando suas descobertas sobre o que funciona – e o que não funciona.

5.4.3. Colaboração do setor público-privado

A presença (ou cocriação) da prestação de serviços de saúde subjacentes é fundamental para o progresso do HMI e para melhorar os resultados da saúde em geral. Com certeza, nenhum programa de HMI pode ser bem-sucedido a menos que os serviços de saúde e o pessoal sejam adequados e estejam próximos do paciente. Além disso, programas de saúde pública podem gerar ambientes de apoio para reforçar o impacto do HMI. Por exemplo, *players* públicos podem melhorar as condições de saneamento para reduzir o risco saúde sistemático global e apoiar a viabilidade dos programas de HMI. Podem também promover a educação em saúde e tratamento preventivo. Tais atividades incentivarão o tipo de mudança de comportamento que permitirá ao HMI ter um maior impacto e pode também reduzir os riscos dos programas.

Além disso, para criar um ambiente propício, os *players* do setor privado precisam fazer pleno uso da presença de quaisquer entidades organizadoras que consolidem grupos de pessoas sobre critérios que não sejam de saúde. Essa prática é fundamental para enfrentar o problema de seleção adversa e compartilhamento de risco (Ito e Kono, 2010). A gestão da saúde por meio de protocolos de tratamento, planejamento de alta médica e outras formas de coordenação do tratamento podem melhorar a consistência e a eficiência.

Teoricamente, os governos devem fornecer: 1) fontes sustentáveis de financiamento, 2) um ambiente regulatório estável e flexível, e 3) apoio político consistente. Com alguns desses fatores ou todos eles funcionando, a probabilidade de que os programas de HMI sejam suficientemente valorizados pelos clientes a fim de estimular a participação e os programas prosperando tempo o bastante para alcançar escala, aumenta de forma significativa.

5.4.4 Melhorar as avaliações

Outro elemento que merece consideração é a questão das métricas aprimoradas para avaliação do programa. Programas nos quais os gestores estão testando inovações certamente passarão por um estágio de tentativa e erro, e evoluirão ao longo do tempo; alguns vão falhar e muitos exigirão, pelo menos, vários anos para que a receita empate com a despesa. Assim, a longevidade do programa pode não ser o melhor indicador de um programa de HMI viável e sustentável. Outras métricas relevantes incluem indicadores financeiros e coeficientes padrão avaliando tanto o desempenho clínico quanto administrativo, robustez dos sistemas de informações gerenciais, análises confiáveis de preços, e treinamento de pessoal e de incentivos (Biswas e Devi, 2008).

A seleção de métricas e o monitoramento contínuo de mensuração de desempenho exercem um papel no progresso do acesso à saúde e sua qualidade. Teoricamente, a atenção da gestão deve se concentrar em medir e monitorar os indicadores do programa de HMI, assim como os resultados de saúde do cliente.

5.4.5 **Um esforço coordenado para aumentar os benefícios dos membros**

Em geral, a análise das evidências indica que os programas podem abordar financiamento da saúde, seja para reduzir vulnerabilidade (com foco em um evento catastrófico ou internação) ou para melhorar os resultados da saúde (com foco em atendimento ambulatorial, prevenção e tratamento de doença crônica). Essas duas perspectivas apresentam um dilema: o primeiro está mais alinhado aos princípios do seguro, mas os clientes desejam o último. Por meio de modelos de negócios eficientes, pacotes de benefícios customizados e planos de pagamento variados, os programas de HMI devem buscar um equilíbrio entre as duas perspectivas. A solução deve também fazer uso de parcerias público-privadas (PPPs), combinando a capacidade do setor público de obter financiamento, compartilhar grandes grupos e facilitar questões regulatórias com inovação, perícia em seguro, eficiência e tecnologia do setor privado.

Assim, o caminho a seguir para o microsseguro saúde reside nos esforços combinados de formuladores de políticas, setor privado, ONGs, funcionários do governo, educadores de gestão e empresas de tecnologia. Em última análise, nenhum dos esforços, mesmo os esforços combinados, tendem a ser bem-sucedidos, a menos que os dados da parte interessada mais importante – o cliente potencial – sejam constantemente solicitados e utilizados.

6 Mecanismos de pagamento por terceiros no microsseguro saúde

Pascale LeRoy e Jeanna Holtz

Este capítulo é uma adaptação do Microinsurance Paper nº 13, publicado pela Facility Inovação em Microseguros da OIT (2011). Os autores gostariam de agradecer às seguintes pessoas por suas opiniões e sugestões úteis: Lisa Beichl (Milliman), Denis Garand (DGA), Ryan Lynch (MicroEnsure) e Tara Sinha (VimoSEWA).

Alguns programas de microsseguro saúde (HMI) exigem que os pacientes paguem em dinheiro quando recebem serviços de saúde e apresentem depois os recibos, de modo que possam ser reembolsados pela seguradora. Para as famílias de baixa renda que venham a ter que contrair empréstimos com familiares, amigos ou prestamistas para pagar a assistência médica – e correr o risco de a seguradora vir a recusar o sinistro –, o método de reembolso pode causar sérias dificuldades financeiras que diminuem significativamente o valor para o cliente.

Uma forma de aliviar este pagamento antecipado é estipular um mecanismo de pagamento por terceiros (TPP), com provedores de saúde selecionados. Um TPP pode ser definido como um modelo para pagamento de sinistros em que os pacientes segurados não são obrigados a pagar pelo custo dos serviços de saúde cobertos pelo programa. Com a exceção de qualquer divisão no custo (por exemplo, copagamento, franquia dedutível), um paciente segurado não precisa não pagar as despesas com recursos próprios quando usar os serviços de saúde, e um terceiro (o programa de HMI ou outra entidade em nome do programa) paga ao provedor de saúde pelos serviços cobertos que foram prestados ao paciente.¹ Os mecanismos de TPP englobam prazos de pagamento negociados entre o terceiro e o provedor de saúde preferido e, geralmente, incluem componentes para gerenciar tratamento médico, como, por exemplo, pré-autorização de internações.

Esta abordagem não é nova no seguro saúde, embora estabelecer e gerenciar um mecanismo de TPP para HMI apresente desafios únicos. Usando uma abordagem baseada na prática, este capítulo identifica as lições aprendidas sobre os esforços de mecanismos de TPP para garantir acesso “sem pagamento” para os segurados (*ver Caixa de Texto 6.1*).

As evidências para este capítulo têm origem em uma análise da literatura, em uma pesquisa on-line dos programas de HMI da Facility Inovação em Microseguros da OIT, realizada em 2009, entrevistas com principais fontes e, o mais importante, estudos minuciosos de caso. Sete programas (*ver Tabela 6.1*) foram selecionados para detalhar lições sobre desenvolvimento e gestão de um mecanismo de TPP.

¹ Adaptado do glossário Extensão da Previdência Social Global, da OIT (GESS, na sigla em inglês).

Os critérios de seleção para a inclusão de um programa de HMI como um estudo de caso incluíram sua contribuição para a diversidade geográfica, além de seu tamanho (mínimo de 10.000 segurados) e longevidade (em operação há pelo menos três anos).

Caixa de
Texto 6.1

Compreender o vocabulário: “sem pagamento” e mecanismo de TPP

Sinônimos ou expressões correlatas utilizados no setor de HMI para fazer referência a um mecanismo de TPP incluem programas de HMI sem pagamento, acordos de sinistros sem pagamento, programas sem pagamento e benefícios sem pagamento.

O termo “sem pagamento” reflete a perspectiva de um cliente segurado, e não aquela do programa de HMI ou do provedor de saúde. Acordos sem pagamento são feitos pelos programas de HMI para permitir que o segurado acesse os serviços de saúde sem incorrer em pagamentos com recursos próprios (ou relativamente pequenos). O termo sem pagamento pode ser aplicado, independentemente se o acesso do paciente segurado é realmente sem pagamento ou se ele envolve alguma divisão de custo, por exemplo, copagamento ou franquia dedutível.

Fonte: Autores.

Tabela 6.1

Resumo das informações do estudo de caso

	África		Ásia			América Latina	
Nome do programa ³	Microcare ¹	UMSGF ²	Yeshasvini	CBHI	GRET-SKY	FMiA ³	Sol salud (Zurich Bolívia e BancoSol)
País	Uganda	Guiné	Índia	RPD do Laos	Camboja	Paquistão	Bolívia
Tipo de programa de HMI	Seguradora comercial	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Baseada na comunidade	Seguradora + parceiro de distribuição	Seguradora + parceiro de distribuição
Números cobertos (final de 2008)	29.000	16.120	3.060.000	39.000	19.000	13.000	
Método de pagamento do provedor ¹	Honorário pelo serviço com calendário de pagamento fixo	Pagamento baseado no caso e remédios	Pagamento baseado no caso	Capitação	Pagamento por capitação e baseado no caso	Honorário pelo serviço com cronograma de pagamento fixo	Pagamento/honorário por capitação pelo serviço e pagamento baseado no caso
Método de transferência de fundos	Transferência eletrônica ou cheques	Dinheiro	Cheques	Transferência eletrônica	Dinheiro	Cheques	n.a.

	<i>África</i>		<i>Ásia</i>			<i>América Latina</i>	
<i>Nome do programa³</i>	<i>Microcare¹</i>	<i>UMSGF²</i>	<i>Yeshasvini</i>	<i>CBHI</i>	<i>GRET-SKY</i>	<i>FMiA³</i>	<i>Sol salud (Zurich Bolivia e BancoSol)</i>
Serviços de saúde cobertos	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização primário	Cirurgia	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização e tratamento primário	Hospitalização e vale para uma consulta	Hospitalização e tratamento primário (exclui remédios)
Número de provedores contratados	150	53	295	24	63	4 hospitais e 25 unidades de saúde de primeira linha	n.a.
Divisão de custo entre membros	Sinistros em excesso aos benefícios	Franquia dedutível pequena	Sinistros em excesso aos benefícios	Não há	Não há	Sinistros em excesso aos benefícios	Copagamento e sinistros em excesso aos benefícios
Administração de sinistros terceirizada?	Não	Não	Sim (Família Sem Plano de Saúde Limitado)	Não	Não	Sim (PROVID)	

¹ Os acrônimos referem-se às seguintes organizações: Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF), seguro saúde baseado na comunidade (CBHI), Groupe d'échange et de recherche technologique (GRET), e First Microinsurance Agency (FMiA). SKY é um acrônimo em Khmer, o idioma oficial do Camboja, para "Sokhaphheap Krousar Yeung", que significa "Saúde para Nossas Famílias".

² A Microcare encerrou as operações no final de 2009 devido a uma combinação de motivos políticos e regulatórios. Entretanto, as lições deste programa são importantes para este capítulo.

³ A FMiA encerrou as operações em 2011 sem alcançar sustentabilidade financeira ou sem atrair novos recursos. Este fato não afeta o valor das lições que eles aprenderam.

⁴ Estes métodos de pagamento são definidos na seção 6.2.2.

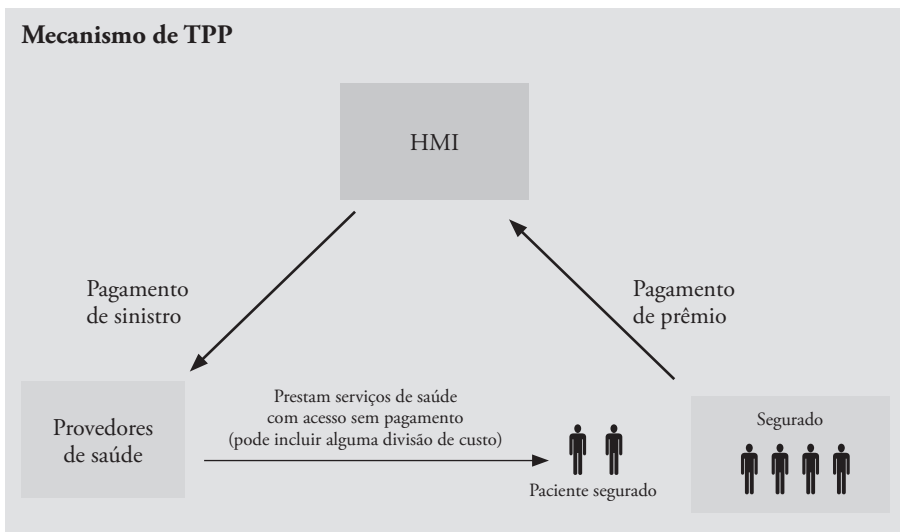
Este capítulo está organizado em duas partes. A primeira parte apresenta o mecanismo de TPP no contexto de modelos de sinistros disponíveis em relação ao HMI e programas e avaliações de prós e contras de pagamentos de terceiros. A segunda parte resume as principais questões para abordar ao criar e gerir um mecanismo de TPP nas três dimensões: 1) acesso ao, 2) custo do tratamento e 3) qualidade do tratamento.

6.1 Práticas vigentes de TPP

Ao desenvolver um programa de HMI, os profissionais devem definir as condições para o acesso ao tratamento de saúde, e ao mecanismo e à entidade responsável pela apresentação das reclamações e pagamentos de sinistros. Os mecanismos de TPP são um dos três modelos principais de sinistros predominantes em HMI (Radermacher et al., 2006). Dois desses modelos oferecem acesso sem pagamento para pacientes segurados, enquanto o outro reembolsa os sinistros.

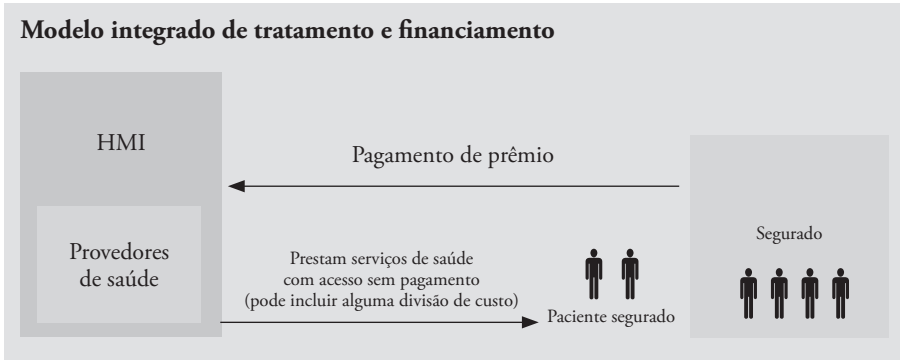
- 1) **Mecanismo de TPP:** Com um mecanismo de TPP, o programa de HMI providencia o pagamento direto pelos serviços cobertos ao provedor de saúde em nome do segurado (ver Figura 6.1). Com exceção de qualquer divisão de custo, como um copagamento ou franquia dedutível, o paciente não precisa pagar com recursos próprios no momento em que o serviço é prestado. Deste modo, os mecanismos de TPP são frequentemente citados como uma ferramenta para aumentar o valor do seguro para pessoas de baixa renda, que, caso contrário, podem enfrentar uma dívida significativa para arcar com o custo da assistência médica, mesmo que por um curto período.

Figura 6.1



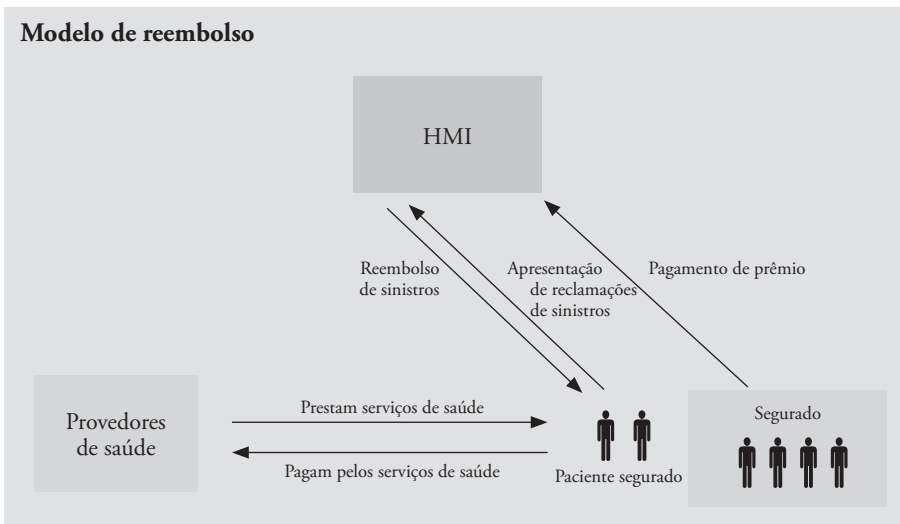
- 2) **Modelo integrado de tratamento e financiamento:** Os profissionais de HMI podem possuir e gerir unidades de saúde (normalmente para oferecer assistência médica primária) ou os provedores de saúde podem iniciar programas de HMI, integrando seguro com a entrega da assistência médica. Em um modelo integrado, os provedores de saúde cobram o prêmio do segurado e fornecem os serviços de saúde de acordo com os termos da apólice de seguro (ver Figura 6.2). Estima-se que o prêmio cobrado adiantado pelos provedores de saúde cubra o custo dos serviços. Nesta situação, os pacientes não têm que apresentar as reclamações de sinistros. No caso do mecanismo de TPP, no modelo de sinistro integrado os pacientes segurados têm acesso ao tratamento sem pagar pequenos gastos ou pagando apenas uma parcela moderada quando há divisão de custo.

Figura 6.2



- 3) **Modelo de Reembolso:** Com o modelo de reembolso de sinistros, o segurado membro paga pelos serviços de saúde no momento do uso e, em seguida, envia documentos do sinistro e recibos dos provedores de saúde para o programa de HMI solicitando reembolso (ver Figura 6.3).

Figura 6.3



Os médicos combinam, muitas vezes, diferentes modelos dependendo dos contratos com os provedores e dos serviços cobertos (ver Caixa de Texto 6.2).

Modelos de sinistros em programas de HMI

Uma pesquisa on-line realizada em 2009 pela Facility Inovação em Microseguros da OIT confirmou que a maioria dos programas de HMI usam mecanismos de TPP. Entre os 65 entrevistados:

- 52 por cento utilizam um mecanismo de TPP
- 22 por cento utilizam modelos de reembolso (principalmente na Ásia)
- 18 por cento utilizam uma combinação de mecanismo de TPP e reembolso de sinistros, dependendo dos serviços cobertos ou do tipo de provedor de saúde
- 8 por cento utilizam um modelo integrado de tratamento e financiamento de sinistro

Entre os programas de HMI com mecanismos de TPP puros, um em cada quatro não havia implementado qualquer divisão de custo (por exemplo, copagamentos, franquias dedutíveis) ou limites de benefícios.

Alguns padrões regionais surgiram. Na África Central e Ocidental, os mecanismos de TPP parecem ser um recurso padrão de mútuas de saúde, das quais a UMSGF é um exemplo representativo.

Na Índia, Devadesan et al. (2004) relataram que apenas dois dos 12 programas estudados estavam utilizando mecanismos de TPP, incluindo o Yeshasvini. Cinco outros programas estavam integrados aos provedores de saúde e ofereciam acesso sem pagamento aos serviços. No Paquistão, o National Rural Support Programme iniciou com um modelo de reembolso e está evoluindo para um mecanismo de TPP com base no *feedback* do cliente. Todos os programas desenvolvidos pela First Microinsurance Agency (FMiA) utilizam mecanismos de TPP.

No Camboja, na RPD do Laos e no Vietnã, os mecanismos de TPP eram um recurso comum entre os programas de HMI, considerando que eles tendem a depender menos de um modelo integrado de tratamento e financiamento, e considerando que os sistemas nacionais de financiamento da saúde são orientados para o seguro social de saúde com TPP. Na RPD do Laos, apenas uma rede de seguro com base na comunidade (CBHI) foi desenvolvida até agora, sob a supervisão do Ministério da Saúde, com um mecanismo de TPP. No Camboja, todos os cinco programas CBHI existentes utilizam mecanismos de TPP. O Ministério da Saúde baixou diretrizes sobre os principais recursos de desenho de produto permitindo mecanismos de TPP com capitação para serem negociados com unidades de saúde pública, tanto primárias quanto de tratamento hospitalar em termos de distrito. Em termos de província, os programas de HMI normalmente pagam hospitais na base de honorário por serviço de acordo com uma tabela de honorários.

As respostas à pesquisa da América Latina foram muito limitadas para traçar um quadro justo dos modelos de sinistros naquela região. Cinco programas da Bolívia, Colômbia e México responderam à pesquisa. Três deles adotaram mecanismos de TPP, incluindo os serviços de seguro saúde Sol Salud, da Zurich Bolivia, e BancoSol.

Em comparação aos modelos de reembolso ou integrados, um mecanismo de TPP tem vantagens e desvantagens potenciais (*Tabela 6.2*), que diferem de acordo com as partes envolvidas.

Tabela 6.2

Possíveis vantagens e desvantagens dos mecanismos de TPP		
<i>Parte</i>	<i>Possíveis vantagens</i>	<i>Possíveis desvantagens</i>
Clientes segurados	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminam ou reduzem pagamentos em dinheiro na hora do serviço – Melhoram acesso aos provedores de saúde – Reduzem incidentes de pessoas que atrasam ou evitam o uso de assistência médica – Reduzem ou eliminam o ônus administrativo (por exemplo, sem reclamações de sinistros para apresentar) 	<ul style="list-style-type: none"> – Restringem escolha de provedores – Exigem autorização antes da internação – Provedores de saúde podem prestar serviços desnecessários que podem aumentar o risco saúde e os custos com pequenos gastos
Seguradoras	<ul style="list-style-type: none"> – Simplificam a administração de sinistros (ex.: pagamento em lote, e não sinistro por sinistro) – Dependendo do método de pagamento ao provedor, podem alinhar incentivos para provedores oferecerem tratamento eficiente e adequado – Permitem transferência do risco financeiro (todo ou parte) a provedores de saúde – Apoiam expansão de mercado (operações <i>turnkey</i>) – Melhoram qualidade do tratamento – Aumentam eficiência da cobrança de prêmio dos clientes 	<ul style="list-style-type: none"> – Aumentam risco moral para provedores de saúde e membros, que podem prestar/procurar serviços desnecessários caso o membro não tenha responsabilidade financeira quando busca tratamento – Contratação de provedores de saúde pode ser difícil e demorada – Alguns provedores podem estar dispostos a contratar caso eles não tenham capacidade em excesso e não enfrentem concorrência – Aumentam custos e processos administrativos, especialmente em TI – Aumentam custos de sinistros
Provedores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Aumentam utilização e, portanto, geram receita adicional – Reduzem valores impossíveis de serem cobrados de pacientes – Estimulam qualidade do tratamento (e, portanto, melhoram reputação) – Dependendo do método de pagamento, podem gerar: <ul style="list-style-type: none"> a) um ganho financeiro b) um fluxo estável de receita 	<ul style="list-style-type: none"> – Geram administração adicional necessária para verificar elegibilidade e apresentar sinistros – Aumento na quantidade de paciente pode não compensar alguns descontos ou custos adicionais – Aumento nas exigências de <i>compliance</i> em qualidade de tratamento – Pressão para eliminar custos informais, incluindo suborno – Dependendo do método de pagamento e utilização, podem gerar uma perda financeira – Dependendo do método de pagamento, podem aumentar o tempo de pagamentos a serem efetuados

6.2

Criar e gerir um mecanismo de TPP

A forma pela qual um programa de microsseguro escolhe, contrata e gerencia provedores de saúde em um mecanismo de TPP determinará seu sucesso ou fracasso. É fundamental que os programas de HMI estabeleçam e mantenham padrões mínimos para cada provedor participante e para a rede de provedores em geral. Esses padrões devem tratar da adequação de três dimensões principais: 1) acesso ao tratamento, 2) custo do tratamento e 3) qualidade dos tratamentos.

6.2.1 Acesso aos serviços de saúde

A primeira dimensão diz respeito ao acesso aos serviços para membros do programa de HMI por meio da seleção de provedores de saúde. No caso dos programas regulares de seguro saúde, devem ser calculados o ambiente regulatório e geográfico, bem como as ofertas de serviços, a fim de que se avalie os provedores de saúde que podem ser parceiros relevantes para o programa de HMI. Em alguns locais, os provedores públicos de saúde são os únicos parceiros disponíveis que oferecem serviços de saúde financeiramente viáveis para a população-alvo (por exemplo, Camboja, RPD do Laos). Muitas vezes, a reputação dos provedores públicos é percebida como ruim, mas pode ser possível formar parcerias produtivas, que podem melhorar a qualidade. Em outros contextos, provedores públicos não podem ser autorizados a participar em contratação com seguradoras de saúde (por exemplo, no Paquistão, onde provedores públicos oficialmente fornecem seus serviços de forma gratuita), forçando os provedores de HMI a se voltarem para provedores privados, negociando os custos dos serviços de saúde, a fim de tornar os prêmios financeiramente viáveis.

Um dos desafios mais difíceis de superar é quando simplesmente não há provedores de saúde qualificados o bastante em uma área de serviço. Neste caso, soluções de curto prazo podem ser escassas, e é possível que o mecanismo de TPP não seja relevante. Abordagens de longo prazo incluem trabalhar com governos, doadores e outras partes interessadas para melhorar a capacidade de entrega da saúde. Alternativas, incluindo clínicas móveis, telemedicina e treinamento de agentes comunitários de saúde, continuam a surgir em um esforço para resolver este dilema.

O acesso aos serviços de saúde pode ser definido pelo número, tipo e pela localização dos provedores de serviços, bem como pela combinação dos serviços que eles oferecem. A adequação de uma rede de provedor para atender ao número de participantes pode ser monitorada por meio de indicadores, como, por exemplo, o tempo de espera para as nomeações e a quantidade e o tipo de atendimento prestado fora da rede do provedor. A rede de provedores em um mecanismo de TPP deve incluir provedores necessários para cobrir os serviços segurados. Por exemplo, se a cirurgia oftálmica é um benefício coberto, oftalmologistas devem, então, estar incluídos na rede de provedores.

O acesso geográfico pode ser medido usando tempo e distância necessários para acesso ao tratamento. Os resultados destas medições podem ser comparados aos *benchmarks*, como, por exemplo, 85 por cento dos membros que têm acesso a dois ou mais fornecedores dentro de um raio de 20 km ou de um tempo de viagem de 90 minutos. Esses padrões devem ser adaptados a cenários urbanos e rurais, e devem refletir as normas existentes na comunidade.

6.2.2 Gerenciar custos de saúde

Uma vez escolhidos os provedores de saúde, o sucesso de um mecanismo de TPP depende do estabelecimento de um contrato de colaboração com estes a fim de gerenciar custo e alinhar incentivos financeiros para estimular o tratamento adequado. Para gerir custos, o programa de HMI também precisa gerenciar risco moral e riscos de fraude, tanto no que diz respeito a provedores de saúde quanto a clientes.

Processo de contratação colaborativa

A contratação de provedores de saúde para participarem de um mecanismo de TPP é mais bem-sucedida quando as negociações são transparentes e colaborativas, e quando há reconhecimento dos objetivos de ambas as partes. O aval de provedores de saúde participantes existentes pode ajudar um programa de HMI a recrutar novos parceiros. Programas de HMI procuram, muitas vezes, provedores de saúde que concordam em:

- cumprir os padrões mínimos de qualidade do tratamento de saúde, teoricamente, sob a supervisão de um conselheiro médico do programa de HMI;
- realizar acompanhamento regular quanto à qualidade do tratamento, em termos de profissionais de saúde internos e/ou externos;
- pagamento pelos serviços prestados nos termos do acordo e uso de tabelas de honorários cabíveis;
- utilizar sistemas de faturamento e contábeis transparentes;
- estabelecer um procedimento aceitável para verificar a elegibilidade dos pacientes segurados;
- compartilhar informações com o programa de HMI sobre a utilização dos serviços de saúde pelos membros segurados;
- apoiar a presença de um serviço de assistência no local, com o intuito de ajudar os membros segurados.

Os compromissos do programa de HMI com os provedores de saúde contratados podem incluir:

- garantias financeiras, como o pagamento mínimo anual até que um limite de adesão seja alcançado, ou estipular um máximo sobre a potencial receita perdida em um acordo de capitação (GRET-SKY);
- associação mínima ou suficiente do membro (Microcare, FMiA);
- adiantamentos em dinheiro (UMSGF);
- ferramentas ou apoio para identificar clientes segurados e determinar a elegibilidade de serviços cobertos (Microcare, FMiA);
- concordar com uma avaliação regular de resultados do programa de HMI (por exemplo, quantidade de pacientes, receitas e custos) com a possibilidade de renegociar os termos.

A contratação de provedores de saúde pode ser demorada, já que o contrato precisa ser abrangente e claro, a fim de evitar complicações futuras. Por exemplo, na UMSGF leva aproximadamente três meses para contratar uma clínica ambulatorial e seis meses um hospital. Ambas as partes precisam entender o que é esperado deles, e como a relação funcionará na prática. Tanto as equipes administrativas quanto as clínicas dos provedores de saúde devem estar envolvidas no processo de contratação, considerando que ambas têm diferentes expectativas em relação à parceria com um programa de HMI. Acima de tudo, os programas de HMI devem ter o cuidado de assumir compromissos que possam ser cumpridos e estar preparados para reavaliar os compromissos de atender aos interesses de longo prazo de todas as partes.

Para os programas de HMI que contratam provedores públicos de saúde, é necessário envolver as autoridades de saúde (que supervisionam os provedores), em uma fase inicial, visando apoiar o processo de contratação, bem como executar o contrato em alguns casos (GRET-SKY, CBHI).

Negociar o método de pagamento

Com um mecanismo de TPP, os programas de HMI costumam pagar os provedores de saúde contratados de acordo com um método de pagamento predeterminado. O método de pagamento é fundamental para o sucesso do programa. Quatro métodos comuns de pagamento são delineados a seguir. Cada método oferece estímulos e desestímulos diferentes para provedores controlarem os custos e a qualidade dos serviços:

- **Pagamento retroativo com base em um honorário pelo serviço:** os provedores recebem (*à la carte*) por cada serviço realizado que está coberto pelo programa de HMI. Pagamentos de acordo com um honorário pelo serviço podem ser baseados em uma tabela de honorários fixos para cada serviço, grupo de serviços ou sobre os custos cobrados pelo provedor. No caso da última, os pagamentos podem ser baseados em um percentual dos custos cobrados (ou seja, quando um desconto é negociado ou quando há divisão de custos). Este é o modelo mais prevalente entre os programas pesquisados. Nos países desenvolvidos, esse método de pagamento é, em geral, associado a um aumento tanto em volume de serviços prestados quanto em despesas globais de saúde (Langenbrunner et al., 2009).
- **Pagamento retroativo com base no caso:** os provedores recebem um valor que inclui tudo (às vezes chamado de pagamento “global”), normalmente por todos os serviços prestados junto com a hospitalização ou um episódio de tratamento, que pode incluir tratamento pré e pós-hospitalização. Pagamentos caso a caso podem ser constantes ou variar de acordo com fatores, tais como diagnóstico ou idade do paciente, que podem influenciar bastante o custo do tratamento.
- **Pagamento retroativo por dia:** os provedores recebem uma quantia por dia de interação, que inclui tudo. Os valores por dia podem variar de acordo com o tipo de serviço ou leito, como, por exemplo, tratamento intensivo, cirurgia ou dias de enfermaria.
- **Pagamento futuro por capitação:** os provedores recebem um pagamento fixo por adesão por um período definido, geralmente um ano. Pagamentos por capitação não são afetados pela utilização dos serviços (quantidade e tipo) pelo segurado; são

efetuados na forma de pagamentos prospectivos (adiantados) ao provedor de saúde que o associado escolhe. A capitação pode ser aplicada a um serviço de saúde específico ou um conjunto de serviços, tais como tratamento primário (ambulatorial) ou a capitação pode ser aplicada em termos “globais”, ou seja, para toda a assistência médica, incluindo tratamento primário, secundário e terciário.

Pode ser difícil desenvolver pagamentos justos, independentemente do método utilizado, tendo em vista a grande variação nos custos de referência e a tendência para que os custos não se baseiem no valor acrescido de uma margem cabível ou que estejam apoiados por dados precisos. Outro desafio com todos os métodos de pagamento é que os profissionais de saúde podem tentar “equilibrar a conta” ou cobrar taxas adicionais não reembolsadas pelo pagamento efetuado pelo mecanismo de TPP.

Do ponto de vista do programa, cada método de pagamento apresenta vantagens e desvantagens, conforme ressaltado na Tabela 6.3. Medidas para compensar as desvantagens variam dependendo do método de pagamento escolhido (OIT STEP, 2006; Langenbrunner et al., 2009).

Tabela 6.3

Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de pagamento		
<i>Método de pagamento</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Pagamento pelo serviço	<ul style="list-style-type: none"> – Fácil de entender e implementar; normalmente o método usado pelos provedores de saúde – Estimula prestação de serviços, o que pode ajudar o acesso ao tratamento por famílias de baixa renda – Geralmente bem aceito pelos provedores de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> – Alimenta a inflação médica fornecendo um incentivo financeiro para: <ul style="list-style-type: none"> – utilização em excesso dos serviços (aumento de volume) – aumento dos custos cobrados (aumento do custo unitário) – Programas de HMI arcam com todo o risco financeiro e podem tentar restringir sinistros limitando serviços cobertos ou estando propensos a recusar sinistros – Podem exigir intervenções impopulares para reduzir sinistros inapropriados
Por caso	<ul style="list-style-type: none"> – Simplifica a administração de sinistros – Transfere o risco financeiro do tempo de estadia para provedores – Estimula gestão eficiente do tratamento (menos tempo de estadia) 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivo ao diagnóstico e conta para casos mais complexos (receita mais alta) – Incentivo para reduzir tempo de estadia e serviços que venham a ser necessários – Incentivo para realizar internações desnecessárias – Difícil de estipular um custo justo por caso para todos os pacientes (ou seja, incluindo valores discrepantes)
Por dia	<ul style="list-style-type: none"> – Simplifica a administração de sinistros – Transfere o risco financeiro do custo por dia para provedores – Estimula gestão eficiente do tratamento (menor quantidade de serviço por dia) 	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivo para aumentar tempo de estadia – Incentivo para reduzir serviços que podem ser necessários – Incentivo para realizar internações desnecessárias
Capitação	<ul style="list-style-type: none"> – Simplifica a administração de sinistros (nenhum sinistro necessário) – Fluxo constante de receita (pré-pagamento) para provedores (vantagem de fluxo de caixa) – Permite a transferência de risco financeiro para o provedor de saúde – Estimula os provedores a fornecerem tratamento preventivo e estimula tratamento precoce e menos oneroso 	<ul style="list-style-type: none"> – Provedores geralmente não receptivos devido à instabilidade para gerir o risco financeiro do tratamento – Dificulta precificar com exatidão sem grande adesão devido à alta variação no custo da saúde para pequeno número de pacientes e carência global de dados – Incentivo para reduzir tratamento – Incentivo para excluir grupos de alto risco (idosos, pessoas com HIV/AIDS, pessoas com doenças preexistentes e crônicas em alguns casos) – Estimula encaminhamento indevido para outros provedores nos casos mais caros quando alguns, porém não todos, serviços de saúde estão cobertos pelo pagamento por capitação – Pode ser difícil para a seguradora obter (encontrar) dados de utilização para reconciliar pagamentos com experiência real

A maioria dos programas pesquisados com mecanismo de TPP usa um método único de pagamento, embora 36 por cento usem uma combinação de dois ou mais métodos de pagamento. A maioria (69 por cento) negociou condições de pagamento pelo serviço, enquanto 40 por cento usam um método de pagamento com base no caso e 17 por cento negociaram um pagamento prospectivo por capitação.

As seguintes lições emergem dos estudos de caso:

- Métodos de pagamento que transferem algum risco financeiro para provedores de saúde (com base no caso, por dia, ou por capitação) têm maior potencial para conter os custos do que pagamento na forma de honorário pelo serviço, mas exigem medidas adicionais para controlar a qualidade do tratamento (*ver seção 6.2.3*). Esses métodos são, em geral, mais difíceis de negociar com os provedores de saúde (*ver Caixa de Texto 6.3*).
- A capitação pode ser uma forma adequada para pagar os provedores cujos eventos de saúde sejam de alta frequência/baixo custo (ou seja, mais previsíveis), incluindo tratamento ambulatorial. Isso ocorre porque é mais fácil estimar antecipadamente a frequência que as pessoas procurarão assistência médica primária em um determinado período e o custo aproximado envolvido. Esse tipo de pré-pagamento é mais difícil para o tratamento complicado e pouco frequente, como, por exemplo, hospitalização. A capitação também pode reduzir os custos de administração, porque os sinistros não precisam ser apresentados e processados para cada consulta (*ver Caixa de Texto 6.3*).
- A capitação se adapta melhor aos contextos nos quais uma massa crítica de adesão pode ser alcançada com um determinado provedor. Essa massa é mais frequentemente passível de alcançar quando a escolha de provedores de saúde é limitada e/ou a população participante é significativa. Pagamentos por capitação são mais fáceis de estipular e gerir em locais onde o prestador pode entregar uma gama completa de serviços de saúde.
- Métodos de pagamentos combinados podem ser adequados em muitos aspectos (ou seja, capitação para provedores/serviços de saúde primários e por caso em ocorrências hospitalares), mas, muitas vezes, complicam a administração e aumentam os custos de gestão.

Limitar risco moral e fraude

Risco moral e fraude são desafios padrão no seguro saúde. Considerando que pacientes segurados nos programas de HMI com um mecanismo de TPP não arcam com o custo da assistência médica no momento do serviço prestado, a incidência do risco moral pode aumentar à medida que os clientes venham a considerar o tratamento como gratuito e usar serviços desnecessários. Da mesma forma, muitas vezes, os provedores de saúde consideram a seguradora como tendo uma maior capacidade de pagar do que um paciente que deve pagar diretamente e, portanto, pode considerar uma oportunidade maior para entregar serviços que estão cobertos, mas podem não ser necessários em termos médicos.

Programas de HMI com mecanismos de TPP enfrentam desafios semelhantes em relação à fraude nos programas que usam modelos de reembolso. Comportamento fraudulento pode ocorrer quando pacientes que não são segurados se apresentam como

tendo cobertura ou clientes segurados procuram serviços sem cobertura; os provedores podem se envolver em ações fraudulentas cobrando por serviços não entregues ou prestando serviços desnecessários para gerar receita adicional.

Cada um dos sete programas de HMI estudados implementou medidas para controlar risco moral e fraude por meio de estratégias no intuito de influenciar a conduta tanto de provedores quanto de clientes.

*Caixa de
Texto 6.3*

A experiência do GRET-SKY com capitação

O GRET-SKY queria oferecer aos clientes acesso gratuito à saúde primária para limitar os casos hospitalares caros (contribuindo, assim, para a sustentabilidade do programa) e oferecer a eles um benefício atraente. A capitação foi pensada para oferecer o melhor método de pagamento para saúde primária, em parte porque pode limitar os custos administrativos associados à alta frequência de sinistros em saúde primária e porque limitava o risco financeiro do programa de HMI.

Estabelecer um acordo de pagamento por capitação exigiu longas negociações para lidar com as preocupações dos provedores públicos de saúde quanto a gerar receita suficiente. Vários fatores fizeram desta negociação um sucesso:

- O programa contou com o apoio do Ministério da Saúde, bem como da autoridade local de saúde.
- A primeira unidade pública de saúde contratada foi apoiada por uma ONG internacional que estava aberta a métodos alternativos de pagamento.
- A unidade pública de saúde contratada tinha excesso de capacidade e buscava mais pacientes.
- Todos os cálculos para determinar o valor da capitação eram transparentes para todas as partes. O GRET-SKY compensava qualquer perda financeira sofrida pelo provedor durante o primeiro ano, caso os custos pelos serviços prestados excedessem o valor da capitação.
- Quando o número de clientes segurados era limitado e os provedores relutavam em participar, o pagamento por capitação por cliente foi “impulsionado”, a fim de garantir um valor mínimo de receita para os provedores participantes. Esse “impulso na capitação” diminuiu gradativamente conforme a adesão aumentou.

Uma vez por ano, o GRET-SKY avalia se o valor da capitação está apropriado para alcançar viabilidade financeira para ambas as partes e procede aos ajustes necessários. Por enquanto, o valor da capitação diminuiu progressivamente para muitos provedores contratados, visto que as taxas foram inicialmente “impulsionadas” para incentivar a participação. A experiência do GRET-SKY mostrou que cerca de dois anos eram necessários para eliminar o subsídio das taxas de capitação por pessoa (e não um ano, como inicialmente previsto).

Fonte: Autores.

Risco moral e fraude por provedores de saúde

É necessário monitorar utilização, custo e satisfação do paciente entregues nos vários sistemas de pagamento, e cada qual pode gerar tipos específicos de risco moral (*ver Caixa de Texto 6.4*). Por exemplo, em ambientes de honorário pelo serviço, os provedores têm uma tendência bem conhecida de aumentar a quantidade e o custo de serviços. Para gerenciar o risco moral, os programas podem adotar uma série de abordagens, conforme descrito a seguir.

Desenho do produto: limite máximo total de benefício por pessoa para tratamento hospitalar (FMiA e Microcare). Esta pode ser uma forma eficaz de limitar a exposição ao risco, porém limita os benefícios para o tratamento necessário daqueles que sofrem uma catástrofe. Isto, por sua vez, pode reduzir o valor do programa de HMI, tanto o real quanto o percebido, a partir da perspectiva do cliente, fazendo com que o equilíbrio ideal seja difícil de alcançar.

Administração de sinistros: análise de sinistros e utilização de dados. Uma variedade de indicadores relacionados a custos altos ou baixos ou utilização pode ajudar a identificar situações de risco moral. São as seguintes:

- quantidade e custo de sinistros (total, segmentado por categoria de cliente, local, provedor, tipo de serviço e categoria de doença);
- frequência e custo por unidade (por exemplo, número e custo de internações hospitalares por 1.000 membros por ano);
- tempo médio de permanência, expresso em dias por internação (para hospitalizações);
- coeficiente de sinistros incorridos (sinistros incorridos/prêmio ganho);
- custos cobrados como um percentual da capitação total (para programas com capitação).

O acompanhamento mensal dos principais indicadores é essencial para analisar as taxas de incidência e identificar o risco moral de um programa. A interpretação desses indicadores exige um sistema de informações gerenciais (MIS, na sigla em inglês) e conhecimento para permitir que os dados sejam analisados. Para programas que utilizam um pagamento com base no caso, o foco deve ser garantir que o tempo de permanência e de prestação de serviços durante esta estadia seja apropriado, e que os provedores não peçam diagnósticos mais complexos ou tratem casos sem necessidade visando aumentar a receita. Em programas como a FMiA, os pedidos às vezes eram analisados duas vezes antes de serem enviados à seguradora para pagamento: a primeira análise era feita no momento da alta por um responsável do setor de vendas, que poderia, então, submeter os pedidos questionáveis a uma segunda análise pelo consultor médico da FMiA. Programas utilizando uma abordagem de pagamento futuro, como capitação, precisam monitorar o serviço prestado. O risco moral pode ocorrer na forma de provedores restringindo tratamento, uma vez que reduzindo a quantidade de tratamentos pode aumentar os lucros.

Gestão médica: implementar controles de utilização. Intervenções como, por exemplo, pré-autorização ou análise simultânea podem gerir tanto custo quanto qualidade prospectivamente e simultaneamente, e reduzir risco moral. No entanto, tais atividades (por exemplo, implementação de diretrizes de tratamento) podem ser complexas e onerosas para administrar, e são, muitas vezes, vistas como um incômodo pelos provedores, assim como pelos clientes.

*Caixa de
Texto 6.4*

Um copagamento para limitar a utilização excessiva pelos clientes induz risco moral pelos provedores

Os programas de HMI em estudos de casos que usam capitação não exigem que quaisquer custos relativos a pequenos gastos sejam arcados pelos clientes, mesmo na saúde primária (por exemplo, consultas ambulatoriais). No GRET-SKY, um provedor contratado solicitou que um copagamento fosse implementado para desestimular o uso leviano dos serviços de saúde. O que aconteceu, porém, foi que o provedor de saúde, na realidade, estimulou consultas adicionais (e potencialmente desnecessárias) para acrescentar os pagamentos por capitação aos copagamentos. O copagamento desde então foi interrompido e o provedor recebe pagamento exclusivamente para tratamento por meio de capitação, enquanto o GRET-SKY monitora a utilização e a satisfação do paciente, a fim de avaliar se o acesso ao tratamento e seu uso é apropriado.

Fonte: Autores.

Risco moral e fraude por parte dos clientes

Quando o acesso à saúde é gratuito ou quase gratuito para os pacientes, o risco de utilização excessiva, especialmente de serviços ambulatoriais, aumenta. Uma estratégia comum é incluir algum tipo de participação do paciente no custo (Microcare, UMSGF). Além disso, muitos programas implementam um mecanismo de controlador, o que requer um encaminhamento por um provedor de saúde primário para acessar consultas com especialista ou serviços hospitalares. A associação a um programa de HMI desencadeia, muitas vezes, um período inicial de alta utilização, devido à demanda reprimida e tratamentos adiados, especialmente para cirurgias eletivas (por exemplo, correção de hérnia).

As lições dos estudos de caso demonstram que os profissionais de HMI entendem que uma expectativa de fraude zero não é realista. As estratégias para prevenir fraude incluem:

- **emitir um cartão de seguro família ou individual** com uma fotografia. Resultados da pesquisa on-line revelam que 67 por cento dos programas com mecanismos de TPP usam um cartão de identificação com uma fotografia e 14 por cento usam um cartão inteligente mais sofisticado que permite a verificação eletrônica de elegibilidade. Cartões de identificação com foto, no entanto, impõem desafios e há formas

de verificar a identificação sem esses cartões (*ver Caixa de Texto 6.5*). A emissão de cartões acrescenta custos administrativos e, conseqüentemente, a economia em face da redução de fraude deve compensar o custo adicional. Os cartões podem não ser eficazes na prevenção de fraude quando os provedores de saúde não fazem uso desses cartões corretamente ou se o provedor é cúmplice na fraude; como, por exemplo, quando ele recebe o pagamento da seguradora por um cliente sem seguro que pode não ter recursos para pagar pelo tratamento. A elaboração de cartões de identificação com foto também pode ser um problema, considerando que muitas vezes o cliente e os membros da família que estão segurados devem obter, pagar e enviar as fotografias para a seguradora. Finalmente, em alguns locais as fotos podem ser inaceitáveis, por motivos religiosos ou por outras razões, especialmente para mulheres.

- **verificar a identificação por meio do agente de ligação e tecnologia.** O agente de ligação pode fomentar uma “cultura do cliente”, ajudando os clientes a entenderem melhor os benefícios de seu programa de HMI, e aliviar a carga sobre os provedores de verificar a elegibilidade. No entanto, o provedor de saúde continua a desempenhar um papel importante na gestão de fraude e deve ser apropriadamente treinado. Ter um agente de ligação do seguro dentro das unidades de saúde implica um risco de fraude interna que precisa ser levado em conta. Por exemplo, a Microcare faz rodízio dos enfermeiros que exercem a função de ligação em um provedor de saúde com o intuito de limitar o potencial de fraude. A Microcare também conseguiu uma redução de 30 por cento na sinistralidade quando um sistema computadorizado de *check-in* foi introduzido em uma clínica. Tal redução foi atribuída a uma redução da fraude, o que pode ocorrer quando pessoas sem seguro acessam a assistência médica usando o nome de uma pessoa segurada.
- **exigir pré-autorização de serviços de alto custo.** A função do controlador para limitar a utilização fraudulenta de assistência médica é especialmente importante quando os provedores recebem pagamentos na forma de honorário pelo serviço (FMiA, UMSGF e Yeshasvini). Normalmente, a pessoa segurada deve solicitar uma autorização do programa para acessar os serviços de saúde. A autorização rápida é importante para a satisfação do cliente. Autorizações para casos de emergência são geralmente dadas no prazo de 24 horas. Quando possível, um processo de telefone/fax sem cobrança de tarifa pode ser implementado para acelerar o processo (FMiA e Yeshasvini). Com os avanços em tecnologia e também uma disponibilidade mais ampla de tecnologia, estão sendo introduzidas opções baseadas em internet que usam telefones celulares, computadores ou ponto de dispositivos de serviço. A pré-autorização não se aplica à saúde primária devido à alta frequência de serviços e critérios menos claros disponíveis para seu uso (por exemplo, quando é necessário procurar tratamento médico para uma dor de cabeça?).
- **fornecer listagens precisas de clientes elegíveis** para provedores de saúde, o que é importante para sistemas com pagamento por capitação. Esta estratégia é mais simples para programas de HMI que limitam, por exemplo, a adesão a uma vez por ano, entretanto, é mais onerosa para programas de HMI, como GRET-SKY e CBHI, que

mantêm aberta a adesão. Ambos os programas dispõem de procedimentos e prazos claros para assegurar que os dados de elegibilidade sejam fornecidos para as unidades de saúde no início de cada mês.

Caixa de
Texto 6.5

Combater fraude sem identificação de fotografia

Depois de testar um cartão inteligente com fotografias, os quais podem ser usados na recepção de um hospital, a FMiA deu início a um processo de identificação mais simples que usava carteira nacional de identidade (NIC, na sigla em inglês) com fotografias. A FMiA emitiu um cartão de seguro sem fotografia e solicitou ao segurado para apresentar sua NIC na hora da internação. O risco de fraude permaneceu em relação às crianças, que não têm NIC. Nos casos em que uma NIC não havia sido emitida ou não estava disponível, as certidões de nascimento eram solicitadas. Um sistema de identificação por impressão digital foi considerado; entretanto, no final, não foi implementado devido ao tempo e custo estimado para obter as impressões digitais de todos os membros na hora da adesão. A FMiA também administrou a fraude utilizando um processo de pré-autorização e um sistema de “controladoria” com o pessoal da FMiA nos hospitais contratados.

Fonte: Autores.

6.2.3 Gerenciar a qualidade do tratamento

Além de acesso e custo, a terceira dimensão de padrões relevantes para estabelecer e gerir um mecanismo de TPP é a qualidade do tratamento. A qualidade pode ser definida com base em critérios objetivos e subjetivos, e pode ser medida com indicadores clínicos, bem como indicadores não clínicos ou de serviço. As evoluções clínicas, como, por exemplo, taxas de infecção, são exemplos de qualidade objetiva de indicadores da saúde. Uma vez que dados e/ou *benchmarks* da evolução clínica muitas vezes não estão disponíveis, outros critérios podem ser utilizados como uma melhor alternativa. Por exemplo, as credenciais dos provedores de saúde muitas vezes são avaliadas como uma *proxy* da qualidade clínica. Às vezes, os dados de sinistros podem ser extraídos para desenvolver avaliações retroativas de qualidade, utilizando os profissionais de saúde para analisar os padrões de tratamento. A qualidade dos serviços, definida por indicadores, por exemplo, horas de trabalho ou escopo dos serviços prestados, também pode ser medida.

A qualidade subjetiva da assistência médica, às vezes mencionada como a experiência do paciente, reflete normalmente a visão do paciente sobre a assistência médica recebida. Visões subjetivas podem ser medidas por meio de pesquisas ou grupos de discussão sobre uma série de temas, como conforto das instalações, atitudes dos provedores de saúde e custo-benefício.

Programas de HMI exigem que os membros usem uma rede definida de provedores de saúde quando eles implementam um mecanismo de TPP. Assim, a má qualidade do serviço prestado em unidades da rede – seja real ou percebida – pode prejudicar a manutenção do cliente e a reputação do programa de HMI. Conforme indicado na Tabela 6.3 anteriormente, os programas de HMI que usam o pagamento por capitação podem ser ainda mais vulneráveis a questões de qualidade do tratamento, uma vez que os provedores têm um incentivo financeiro para limitar o tratamento.

Medir a qualidade do tratamento

Para promover a qualidade de tratamento, os programas de HMI devem encontrar meios objetivos de medi-lo (*Ver Caixa de Texto 6.6*). Uma maneira de fazer isso é comparar quantidade real e tipo de serviços (por exemplo, internações por milhares de clientes, número de contratos com provedor de saúde primário por pessoa por ano, número de prescrições por consulta, percentual de crianças imunizadas), em relação aos padrões de morbidade (doença) e mortalidade (morte) estimados. Desenvolver normas pode ser um desafio. Em última análise, com qualidade e quantidade suficientes de dados, a comparação deve ser possível. No entanto, muita cautela há de se ter na interpretação dos dados, pois pode haver muitas variações naturais nas evoluções clínicas entre pacientes. Essas variações podem ser explicadas, por exemplo, por alimentação, educação, saneamento e ocorrência de desastres naturais ou provocados pelo homem.

*Caixa de
Texto 6.6*

Monitorar a qualidade do serviço de saúde

Zurich Bolivia e BancoSol têm um mecanismo de TPP funcionando com um administrador terceirizado (TPA), a PROVID. A PROVID recebe um pagamento por capitação (e, em seguida, paga os provedores de saúde contratados de acordo com vários métodos de pagamento, incluindo o pagamento por serviço). A PROVID monitora a utilização dos serviços de saúde e mantém dados de sinistros. Realiza, ainda, controles regulares da qualidade do serviço no local, em unidades de saúde contratadas, enviando seus funcionários para se passarem por pacientes potenciais, com o intuito de testar como eles são recebidos e tratados.

Pelo fato de o BancoSol distribuir o produto de HMI aos seus clientes de microfinanças, caixas de sugestões foram colocadas nas filiais do BancoSol para permitir que os clientes segurados comentem sobre os serviços de HMI. É fundamental para a instituição de microfinanças se certificar de que os clientes estão satisfeitos com o programa de HMI, uma vez que isso pode afetar a reputação da BancoSol.

Fonte: Autores.

O programa de HMI pode avaliar a frequência e o tipo de serviços de saúde que estão sendo entregues a cada paciente ou por provedores de saúde específicos. O avaliador (teoricamente, um profissional clínico do programa de HMI) pode atender os provedores de saúde para discutir casos e tendências raros, e desenvolver intervenções apropriadas.

Estabelecer padrões de qualidade

Em todos os sete estudos de caso, os contratos dos provedores de saúde estabelecem padrões para vários aspectos de qualidade. Por exemplo, os contratos, em geral, exigem que pacientes segurados sejam tratados da mesma forma que pacientes não segurados, em termos de acesso a serviços e padrões clínicos de tratamento. O comportamento dos provedores de saúde em relação aos membros do programa de HMI deve ser monitorado para quaisquer evidências de que os membros recebem serviço inferior. Isso pode ocorrer em função de uma percepção de que um paciente não está efetuando pagamento com recursos próprios no momento em que o serviço é prestado ou que está recebendo descontos ou tarifas especiais e é de condição socioeconômica inferior. Alguns contratos com mecanismos de TPP estipulam a aderência aos protocolos de tratamento ou diretrizes de assistência médica e asseguram a disponibilidade de medicamentos essenciais.

Em outros contratos, como o da UMSGF (*ver Caixa de Texto 6.7*), os provedores de saúde são proibidos de solicitar taxas adicionais além daquelas previstas no plano de benefícios, tais como copagamentos. Tais disposições existem para desencorajar práticas fraudulentas, o que pode ser galopante em unidades onde os salários são baixos ou prevalece uma cultura de corrupção.

Para alguns programas de HMI, um contrato com base no desempenho pode ser uma maneira útil de promover a qualidade em assistência médica. O GRET-SKY está testando um contrato com base no desempenho com um pagamento por capitação ajustado por taxas de utilização. Metas para utilização de serviços são definidas com cada provedor e um pagamento por capitação é associado a essa meta. Se a utilização real ficar abaixo da meta, os provedores recebem um pagamento por capitação menor. Quando a utilização excede a meta, os provedores de saúde também recebem um pagamento por capitação menor, mas em menor escala. O objetivo é estimular os provedores de saúde a conseguirem uma utilização ótima (desejável) e desestimular a potencial utilização em excesso. O uso de utilização como um indicador indireto de qualidade clínica pode ser útil em um contexto no qual medidas mais específicas de qualidade clínica podem estar indisponíveis.

Melhorar a qualidade do tratamento

Apesar das relações de colaboração com provedores de saúde, a qualidade do tratamento é um desafio importante para a UMSGF. O programa de HMI tem tomado uma série de medidas para melhorar a situação.

Unidades de saúde contratadas estão subcusteadas e enfrentam grande escassez de medicamentos. Para melhorar a qualidade do tratamento (e a satisfação do cliente), a UMSGF passou a cobrir o custo de medicamentos comprados em farmácias privadas quando prescritos por um hospital contratado. Infelizmente, esta iniciativa resultou em um rápido aumento nos custos de sinistros e, portanto, teve de ser interrompida. Agora, um fundo rotativo para medicamentos foi criado com o apoio de doadores para comprar um estoque de drogas que possam ser fornecidas aos clientes quando a prescrição médica não estiver disponível diretamente em um provedor contratado.

Além disso, incentivos financeiros foram criados para incentivar a equipe médica a oferecer tratamento adequado aos pacientes segurados e limitar pagamentos não autorizados pelos pacientes (por exemplo, suborno por medicamentos). Mais recentemente, um agente de ligação foi destinado a cada unidade contratada para assegurar que os pacientes segurados são adequadamente acolhidos e atendidos.

Fonte: Autores.

Promover a qualidade clínica por intermédio de consultores médicos

Relacionados com qualidade clínica, estudos de casos revelam que os consultores médicos podem desempenhar um importante papel para medir a qualidade do tratamento em relação aos padrões definidos, especialmente quando um provedor de saúde não está diretamente envolvido em sinistros e gestão da assistência médica (FMiA, UMSGF, GRET-SKY, CBHI). Um consultor médico monitora a qualidade do tratamento com os profissionais de saúde por meio das principais funções a seguir:

- **Avaliar se os pacientes segurados recebem serviços de saúde adequados** de acordo com o diagnóstico e o estado de saúde. Esta avaliação pode ser: 1) prospectiva, ao autorizar o tratamento ou avaliar um provedor em relação aos critérios de participação na rede, 2) simultânea, como, por exemplo, por intermédio da gestão de caso de uma hospitalização, ou 3) retroativa, por meio de análise de sinistros, encontros ou pesquisas de pacientes.
- **Fazer triagem e, periodicamente, auditoria na qualidade geral do tratamento** em unidades de saúde contratadas. Os indicadores de qualidade podem incluir critérios simples e mensuráveis, como horas de funcionamento, disponibilidade de equipe médica, disponibilidade de medicamentos e equipamentos de diagnóstico essenciais, e higiene.

- **Implementar e monitorar o cumprimento de protocolos padrão de tratamento.** Tais protocolos podem ser de domínio público e serem publicados por organizações, como a Organização Mundial de Saúde ou o Ministério da Saúde, conforme ocorre no Camboja e na RPD do Laos, ou podem ser patenteados e desenvolvidos pelo programa de HMI e/ou seus provedores de rede.

Promover a qualidade do serviço por intermédio de agentes de ligação

Todos os sete estudos de caso confirmam que os clientes percebem uma maior qualidade de assistência médica quando um agente de ligação os auxilia no acesso aos serviços de saúde. Os agentes de ligação muitas vezes realizam tarefas, tais como:

- acolher pacientes e os orientar na unidade de saúde;
- verificar benefícios e elegibilidade;
- registrar novos membros e cobrar prêmios;
- visitar pacientes internados e atuar como um advogado para garantir que tratamento e serviços adequados estejam sendo prestados, e ajudar a preparar paciente e família para alta; e
- cobrar *feedback* sobre satisfação do paciente e resultados por meio de pesquisas ou entrevistas.

Os serviços de ligação podem melhorar a percepção de valor e qualidade e, por sua vez, aumentar a confiança no programa e incentivar renovações, contribuindo para a sustentabilidade do programa. No entanto, uma vez eles tenham um custo, os programas de HMI devem avaliar quando e como prestar esses serviços de forma eficiente. Por exemplo, o programa deve decidir prestar um serviço de ligação apenas para hospitalizações ou também estar presente em unidades ambulatoriais. Um excelente custo-benefício pode ser alcançado com a oferta de um serviço de ligação em unidades que tenham um número mínimo de clientes ou de sinistros (Microcare). Outra estratégia de custo-benefício pode ser para um agente de ligação cobrir várias unidades em sistema de rodízio ou apenas durante horários de pico (GRET-SKY). Evoluções tecnológicas, tais como a disseminação de telefones celulares, também estimulou a criação de centrais de atendimento, que podem proporcionar muitos dos serviços de ligação desejada remotamente e a um custo consideravelmente mais baixo (cinco estudos de caso, incluindo FMiA).

Assegurar pagamento em tempo hábil para os provedores de saúde

Em um contexto no qual os provedores de saúde muitas vezes lutam para manter um fluxo de caixa suficiente para financiar as operações, é fundamental para um programa de HMI com um mecanismo de TPP fazer pagamentos pontuais aos fornecedores. Contratos com provedores de saúde normalmente estipulam as condições de pagamento, incluindo o prazo máximo permitido para pagamento por capitação ou reembolsos. O não cumprimento dos termos contratuais pode levar à recusa no

tratamento dos pacientes ou a exigir pagamento antecipado, o que pode prejudicar a reputação do HMI entre ambos, segurados e provedores, e pode até resultar na rescisão do contrato. Gerir a qualidade sob um mecanismo de TPP inclui, portanto, pagar os provedores de saúde em dia. Pagamento por cheque ou transferência eletrônica pode diminuir o risco de fraude ou perda, embora alguns programas (por exemplo, UMSGF e GRET-SKY) usem dinheiro.

As lições aprendidas a partir dos mecanismos de TPP retroativos que pagam os provedores de saúde em dia são as seguintes:

- A equipe de administração de sinistros precisa ter uma estrutura clara, e verificações no local devem ser realizadas sobre sinistros problemáticos.
- Um consultor médico deve realizar análises clínicas com foco apenas em casos problemáticos.
- Sistemas computadorizados devem estar funcionando para fornecer dados para preços e serviços cobertos.
- Sistemas descentralizados são necessários para capturar dados diretamente nas unidades de saúde (internação e alta).
- Transferências eletrônicas e/ou cheques devem ser usados para pagar provedores, a fim de reduzir custos e tempo, e evitar os riscos associados a transações em dinheiro.

A Microcare reduziu seu prazo de pagamento de sinistros de 30 dias para 14 dias, com uma reorganização do departamento de sinistros em cinco unidades, cada qual especializada em uma tarefa no processo de sinistros (*ver Caixa de Texto 6.8*). No Yeshasvini, os sinistros são enviados por provedores de saúde para o administrador terceirizado (TPA), que avalia os sinistros com o apoio de um consultor médico. Esses sinistros são analisados pelo Yeshasvini Trust durante uma reunião mensal e aqueles que são aprovados são pagos por cheque ao TPA, que, por sua vez, paga os provedores de saúde por cheque. As condições de pagamento para provedores de saúde podem variar de 15 dias (meta) até três meses. Atrasos no pagamento são muitas vezes problemáticos, especialmente para pequenas clínicas que tendem a ter problemas de fluxo de caixa.

*Caixa de
Texto 6.8*

A função da administração de sinistros

Em 2009, a Microcare reestruturou sua equipe de administração de sinistros composta de 12 pessoas em cinco unidades. Cada unidade administrativa cumpria uma função distinta para melhorar a eficiência:

- 1) **Faturamento:** os sinistros eram comparados às faturas do provedor de saúde (muitas vezes enviadas em lotes). Discrepâncias eram enviadas para a unidade de investigação.

- 2) **Entrada de dados:** os dados dos documentos dos sinistros eram inseridos no banco de dados informatizado. O sistema automaticamente alertava o pessoal da Microcare quando cobranças por serviços essenciais e medicamentos ultrapassavam limites aceitáveis. Foi feita uma pesquisa para validar se a cobrança era pertinente.
- 3) **Análise de dados:** um médico analisava se o diagnóstico e o respectivo tratamento eram apropriados, e um especialista em medicamentos checava preços e benefícios permitidos das drogas a fim de identificar possíveis ocorrências de fraudes ou faturamento inadequado. Solicitações questionáveis eram, então, examinadas; solicitações aprovadas eram enviadas para apuração, de modo que as solicitações questionáveis não atrasassem todo um lote associado a uma fatura.
- 4) **Investigação:** os administradores monitoravam os provedores de saúde para resolver as questões sobre solicitações (ex. falta de informação ou informações inconsistentes, cobranças inexplicáveis).
- 5) **Relatórios:** pedidos aprovados eram enviados para um supervisor para uma análise final e aprovação, o que desencadeava uma solicitação para o departamento de contabilidade efetuar o pagamento.

Fonte: Autores.

Com capitação, o programa de HMI paga um valor fixo por segurado que esteja vinculado a um provedor de saúde. Uma abordagem de pagamento per capita pode ser bastante simples quando as informações do cadastro são precisas, pontuais e são comparadas por um período mais longo. A administração de pagamentos por capitação torna-se complicada quando um programa permite cadastro aberto ou quando ajustes retroativos em razão de dados de cadastro defasados ou incorretos são necessários. A capitação pode ser mais difícil de administrar se os pagamentos per capita são feitos com mais frequência (por exemplo, mensalmente), e quando os pagamentos por parte dos membros variam de acordo com fatores, por exemplo, idade, gênero ou local (GRET-SKY, CBHI - *ver Caixa de Texto 6.3*). Outros desafios podem surgir relativos à cobrança de prêmio e administração de apólice. Por exemplo, a carência pode ser compulsória para reduzir seleção adversa, exigindo que o programa proteja os pagamentos por capitação até que a carência tenha decorrido; ou uma carência pode ser aplicada para o prêmio não pago antes que uma apólice seja cancelada, dificultando que o programa de HMI efetue pagamentos (*ver Caixa de Texto 6.9*). Considerando que estas complexidades ocorrem e os programas aumentam em escala, será necessário um melhor MIS.

Equilíbrio entre prêmio e pagamentos por capitação

Atrasos ou falhas na cobrança de prêmio pode deixar um programa de HMI com fundos insuficientes para efetuar pagamentos futuros por capitação para os provedores de saúde. Dois programas, CBHI e GRET-SKY, permitem uma carência de três meses para os membros pagarem prêmios mensais devidos. No CBHI, os membros podem evitar o cancelamento caso paguem três meses de prêmio em atraso junto com o pagamento do prêmio do quarto mês, mas, para muitos, isso é inviável financeiramente, e os cobradores de prêmio do programa local relutam em cancelar a apólice. Em vez disso, os membros podem pagar por um mês, saltar dois, e, em seguida, pagar por mais um mês, a fim de evitar o cancelamento, pelo menos até que os serviços de saúde programados possam ser utilizados. Isso gera uma administração adicional e afeta a capacidade dos programas para efetuar os pagamentos por capitação dos provedores de saúde em dia.

Para minimizar tais dificuldades, o GRET-SKY solicita prêmio de três meses na adesão a fim de estabelecer reservas de caixa para pagamentos por capitação e reduzir a incidência de prêmios não pagos. Essa abordagem não foi implementada no CBHI da RPD do Laos, visto que os programas distritais não são informatizados e falta capacidade para gerir os pagamentos de prêmio adiantados.

Fonte: Autores.

6.3 Conclusões

Um mecanismo de TPP foi considerado na maioria dos programas de HMI pesquisados. Esta conclusão é, provavelmente, devido às vantagens potenciais de um TPP, especialmente aumentando o valor para o cliente por meio da eliminação de todos ou da maioria dos gastos com saúde pagos com recursos próprios. Um mecanismo de TPP também oferece as seguintes vantagens potenciais para programas de HMI:

- preço mais racional e justo dos serviços de saúde;
- aumento da qualidade do tratamento, podendo levar a melhores resultados de saúde;
- melhor utilização dos serviços, levando a tratamento melhor e custos mais baixos;
- melhor eficiência administrativa; e
- melhor serviço ao cliente.

Apesar desses benefícios, os mecanismos de TPP também apresentam desvantagens potenciais que os programas de HMI devem monitorar e gerir, tais como:

- falta de provedores de qualidade para construir uma boa rede de provedores que ofereça aos clientes todos os serviços cobertos, bem como opção e conveniência;

- falta de disposição dos provedores de saúde para contratar como parte de um mecanismo de TPP, em especial para concordar com exigências administrativas e financeiras impostas pelo programa;
- falta de tecnologia de sistema de informações;
- dificuldade em monitorar e gerir despesas de sinistros e custos administrativos sem criar procedimentos onerosos (e custos);
- riscos de fraude e abuso, tanto por clientes quanto por provedores de saúde.

Os programas de HMI citam inúmeras lições aprendidas sobre mecanismos de TPP:

- a contratação bem-sucedida com provedores de saúde requer uma abordagem de longo prazo com uma parceria. Os provedores de saúde podem concordar com mecanismos alternativos de pagamento, tais como capitação, desde que eles entendam que as condições são suficientes para eles cobrirem os custos e terem um lucro justo.
- a capacidade do programa de HMI de gerenciar os custos associados a risco moral, fraudes, sinistros e administração, enquanto oferece serviços adequados para clientes e provedores de saúde, dependerá, em grande parte, da qualidade e da eficiência do seu MIS.
- as abordagens que incentivam uma melhor qualidade da saúde incluem: a) avaliar até que ponto os pacientes segurados recebem serviços adequados de acordo com o diagnóstico e o estado de saúde, e b) fazer auditoria da qualidade da assistência médica em conformidade com os protocolos de tratamento padrão.
- as abordagens para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos incluem:
 - a) localizar um agente de ligação em provedores de saúde contratados, a fim de apoiar planejamento de internações e altas médicas;
 - b) monitorar indicadores simples e mensuráveis da qualidade da assistência médica oferecida, como horas de serviço e satisfação do paciente;
 - c) criar uma linha direta de auxílio 24/7 (de preferência, livre de tarifa).
- métodos de pagamento que transferem algum risco financeiro para os provedores de saúde (com base no caso, por dia ou por capitação) são mais capazes para conter os custos do que os pagamentos por serviço, mas exigem medidas adicionais para controlar a qualidade do tratamento. Esses métodos são geralmente mais difíceis de negociar com os provedores de saúde.
- a capitação pode ser apropriada para eventos de saúde de alta frequência/baixo custo (isto é, mais previsíveis), como, por exemplo, tratamento ambulatorial, sem comprometer a saúde financeira do provedor de saúde, e parece apropriada para contextos em que uma massa crítica de adesão pode ser alcançada com os provedores.
- programas de HMI que pagam sinistros com base em um pagamento por serviço podem ser tentados a restringir cobertura para limitar o número e o custo de sinistros em resposta ao incentivo financeiro de provedores de saúde em relação ao excesso de serviços prestados.

Além disso, os programas de HMI podem estar dispostos a contratar um TPA para gerir seus mecanismos de TPP e manter uma rede adequada de provedores de saúde, especialmente ao aumentar em escala e expandir geograficamente. Na maioria dos países em desenvolvimento, os serviços de TPA financeiramente viáveis e adequados ao pobre que funcionam bem podem ser difíceis de encontrar, embora isso esteja mudando com o desenvolvimento de sistemas baseados em internet, como, por exemplo, o uso de telefones celulares para transferência de dados. Uma análise mais aprofundada da disponibilidade e dos prós e contras de TPAs merece mais consideração.

Conforme um programa amadurece e atinge certo grau de volume e complexidade, o investimento em tecnologia da informação e o aperfeiçoamento na coleta e análise de dados tornam-se cada vez mais necessários, não só para gerir o risco moral, mas também para avaliar a qualidade do tratamento e identificar formas para melhorar o produto. A aplicação de tecnologia da informação com o aumento da análise de desempenho do programa deve fazer parte do plano de negócios do programa a fim de obter escala e viabilidade.

7 A busca ilusória por estimativas sobre disposição de pagar por microsseguro saúde

David Dror e Ruth Koren

Os autores, agradecidos, reconhecem os comentários e sugestões úteis de quatro revisores: Aparna Dalal (OIT), Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), e Lisa Morgan (Milliman).

O foco na população pobre nos países de baixa renda (PBR) implica uma restrição de preço para aqueles que pretendem fornecer seguro saúde. O desafio é precificar seguro saúde a um nível que garanta o equilíbrio entre despesa e receita, pelo menos em longo prazo, e permaneça financeiramente viável e atraente para o pobre. Esse equilíbrio pode ser alcançado, seja limitando as despesas em relação à receita de prêmio disponível quando a adesão é geralmente voluntária – mesmo que a unidade de filiação possa incluir mais do que um indivíduo, por exemplo, famílias ou comunidades inteiras, como é normal no seguro saúde mútuo e com base na comunidade – ou definindo primeiro o pacote de benefício e, em seguida, os prêmios necessários para cobrir o custo, o que é típico de programas compulsórios e comerciais.

Este capítulo se concentra na questão da adesão voluntária no seguro saúde. Devemos primeiro explicar por que pessoas com baixa renda desejam comprar seguro, em primeiro lugar, uma vez que isso pode esclarecer como muitas pessoas estão dispostas a pagar. Uma explicação bem conhecida ligada à teoria da utilidade esperada é que o seguro é uma trade-off entre a perda incerta, mas potencialmente grande (ocorrida caso o indivíduo não segurado tenha de pagar pelo risco), e uma perda certa, mas pequena (incorrida pelo pagamento de um prêmio que elimina o risco de valor financeiramente inviável). A hipótese implícita é que todas as pessoas são avessas ao risco. No entanto, em ambiente de baixa renda, essa hipótese não é verdadeira em todos os casos; por exemplo, o prêmio pode ser considerado um custo de alto risco, em vez de um custo para redução de risco, em particular quando as pessoas que pagaram o prêmio não recebem nenhum benefício em troca (mesmo quando incorrerem em alguns custos de saúde). Ademais, esta teoria não explica o quanto as pessoas estão dispostas a pagar pela certeza quanto à sua exposição ao risco. Por exemplo, vale a pena pagar INR100 ou 150 (US\$2,25 ou US\$3,40) para cobrir hospitalização até INR5,000 (US\$115)? A teoria também não explica que relação pode haver entre a disposição de pagar (DDP) e os níveis de renda (por exemplo, as pessoas mais ricas estão preparadas para pagar uma parcela da sua renda diferente daquela que a população mais pobre paga para o mesmo seguro?), os níveis de exposição ao risco (por exemplo, a exposição anterior ao risco segurado influencia o valor que as pessoas estão dispostas a pagar como prêmio?) ou outros parâmetros relevantes (por exemplo, a educação, influencia a DDP?). Um melhor conhecimento dos parâme-

tros que costumam influenciar a DDP pode ser muito útil para os profissionais e formuladores de políticas no desenvolvimento de um produto de seguro que atenda à população-alvo.

Uma forma de estimar a DDP é seguindo o método de preferências reveladas (PR) introduzido por Samuelson (1938). PR é uma abordagem de modelagem preditiva de DDP que se baseia no estudo do comportamento de compra real, não do produto no qual estamos interessados, mas de outros produtos afins a partir dos quais desejamos identificar o valor que as pessoas atribuem a um produto – ou estariam dispostos a pagar por ele – um produto para o qual não há informações sobre compra. As primeiras aplicações da abordagem PR foram feitas na década de 1940 para estimar o valor que poderia ser cobrado para entrar em Parques Nacionais nos Estados Unidos; naquela época, não havia informações sobre preços, porque os Parques Nacionais eram novos, e este é o caso do microsseguro hoje. Os custos de viagem das pessoas foram usados para inferir a DDP. No contexto da nossa investigação, não conseguimos encontrar qualquer estudo publicado sobre estimativa da DDP por microsseguro saúde (HMI), utilizando o método preferências reveladas, o que deixa em aberto a pergunta-chave sobre qual seria uma estimativa correta ou margem de erro para estimar a DDP por seguro saúde.

A opção alternativa, chamada de preferências declaradas (PD), é perguntar às pessoas quanto estariam dispostas a pagar pela cobertura de seguro que elas ainda não têm e que talvez ainda nem esteja no mercado. Existem várias formas de atribuir valor a bens não comerciais. Uma das mais utilizadas, chamada de valoração contingente (VC), consiste na utilização de métodos de pesquisa para apresentar aos entrevistados cenários hipotéticos sobre uma intervenção sob avaliação (ou produto de seguro neste caso). Os entrevistados são obrigados a pensar sobre a contingência de um mercado real para os benefícios e indicar o valor máximo que eles estariam dispostos a pagar por eles.

A DDP é aparentemente mediada pela capacidade de pagar e pelos aspectos individuais e culturais que determinam o benefício percebido. Quisemos examinar a comprovação disso e demos início a uma análise sistemática da literatura. Quando essa análise foi concluída (em 2010), encontramos vários estudos que foram relatados provenientes de uma série de países na Ásia e na África sobre DDP por seguro saúde entre o pobre em PBRs (a população-alvo do microsseguro). Este capítulo contém uma comparação dos resultados desses estudos, particularmente dos recursos que surgiram como variáveis explicativas para DDP, alguns dos quais dependem do tempo e do contexto, enquanto outros parecem descrever os principais determinantes da DDP por seguro saúde entre o pobre em PBRs. O estudo termina com uma síntese dos resultados que apontam para a forma como as estimativas de DDP podem ser obtidas, enquanto, ao mesmo tempo, ressaltam as limitações inerentes aos métodos utilizados para elicitare a DDP.

7.1 Métodos de elicitação da DDP

A questão metodológica crucial em VC é a forma como as informações DDP podem ser elicítadas. Por exemplo, as respostas podem ser influenciadas pelo produto em questão e pelas características da população-alvo. No entanto, o processo de levantamento pode influenciar os resultados das pesquisas de VC, em áreas tais como: 1) como a informação é obtida e apresentada; esta informação é clara e completa? As pessoas podem imaginar a situação?, 2) Como as pessoas pagam pelo evento de saúde (por exemplo, com recursos próprios, tributação ou seguro saúde privado?), 3) Durante que período de tempo o produto é avaliado? Isto garante o orçamento e as restrições de fluxo de caixa do entrevistado. 4) Como a pesquisa é administrada? (por exemplo, respostas individuais ou em grupo?).

Há um debate considerável sobre o formato exato no qual as perguntas devem ser feitas, porque cada formato possível parece propenso a alguma polarização (*ver Tabela 7.1*).

7.1.1 Formato aberto

As aplicações VC começaram com o uso de formatos abertos, em que os respondentes eram solicitados a indicar o valor mais compatível com a avaliação do pacote de seguro hipotético apresentado. Os entrevistados achavam difícil responder às perguntas, levando a baixas taxas de resposta e alto grau de variação. Devido aos resultados frustrantes, formatos fechados alternativos de elicitação foram desenvolvidos.

7.1.2 Formatos fechados

O “jogo de lances” (BG, na sigla em inglês) é um exemplo de um formato fechado de elicitação, no qual o entrevistado é perguntado se está disposto a pagar um determinado valor. Dependendo da resposta, o lance é mais baixo ou mais alto, e o indivíduo é perguntado sobre esta nova proposta (“BG bidirecional”). Esse processo continua até o valor máximo da DDP ser encontrado. Por outro lado, o BG “unidirecional” pode ser ascendente, caso em que o lance inicial é muito baixo e é aumentado até os entrevistados recusarem o lance, ou descendente, em que o lance inicial é muito alto e é reduzido até os respondentes aceitarem o lance. Supõe-se que o BG descendente seja para produzir uma DDP maior. Um problema com o BG é que o valor máximo no processo de leilão pode ser influenciado pelo valor do primeiro lance; um primeiro lance maior foi relatado para resultar em uma DDP maior. Isto é chamado de “polarização do ponto inicial”.

Outro método, chamado de “técnica de escolha dicotômica” (DC, na sigla em inglês) envolve pedir para os indivíduos responderem à pergunta sobre se eles pagariam um determinado valor para uma mercadoria específica com um “sim” ou “não”.

A curva de demanda é estimada de acordo com a variação do valor do lance dos entrevistados, e a área sob essa curva de demanda representa a DDP mediana.

Uma variação da técnica de DC é a “escolha dicotômica com pergunta de acompanhamento”. Na primeira etapa, os entrevistados declaram se estão dispostos a pagar um determinado valor; na segunda etapa, aqueles que disseram “sim” conseguem um lance maior, e aqueles que disseram “não” conseguem um lance mais baixo. De acordo com Asfaw e Braun (2005), os problemas com a polarização do ponto inicial podem ser parcialmente atenuados pela presença de um segundo lance.

Outra variante da DC é a abordagem de “pegar ou largar” (TIOLI) na qual para cada entrevistado é feita uma pergunta durante pesquisas de grande número de pessoas. Os dados são então analisados usando técnicas de econometria para identificar a forma da distribuição. As dificuldades com esta abordagem estão na identificação da série relevante de lances necessários para a estimativa precisa.

Outro método similar é chamado de “cartão de pagamento” (PC, na sigla em inglês). Cada indivíduo é solicitado a escolher sua DDP máxima da mesma lista especificada de valores possíveis, o que fornece ao entrevistado um contexto claro para fazer a avaliação. O método de PC alcançou uma taxa de conclusão mais alta e gerou avaliações mais altas do que no formato aberto. Ele não está exposto em relação à polarização do ponto inicial (como o jogo de lances) ou às respostas “sim” (como na escolha dicotômica), mas a polarização potencial ao se utilizar o método PC é a “polarização do ponto mediano”: os inquiridos tendem a declarar sua DDP máxima no meio do cartão. De acordo com Bayoumi (2004), utilizar o método de PC com um processo de lances de acompanhamento pode definir o valor mais precisamente.

Tabela 7.1

Vantagens e desvantagens dos diferentes métodos de elicitação

Formato elicitação	Prós	Contras
Formatos abertos (OE, na sigla em inglês)	método simples e fácil	<ul style="list-style-type: none"> – difícil de responder – taxa de resposta baixa – resultados são sensíveis a discrepâncias – polarização de <i>compliance</i>
<i>Formatos fechados</i>		
Jogo de lances (BG, na sigla em inglês)	<ul style="list-style-type: none"> – fácil e simples de responder – fácil para pessoas acostumadas a lances para seus bens utilitários 	<ul style="list-style-type: none"> – polarização do ponto inicial
Escolha dicotômica (DC, na sigla em inglês)	<ul style="list-style-type: none"> – método simples e fácil; o entrevistado tem apenas de fazer uma ou duas escolhas 	<ul style="list-style-type: none"> – resultados em estimativas de DDP mais alta em comparação ao OE e PC – polarização do ponto inicial – polarização do sim
TIOLI	<ul style="list-style-type: none"> – método simples; o entrevistado tem apenas de fazer uma escolha 	<ul style="list-style-type: none"> – polarização do sim
Cartão de pagamento (PC)	<ul style="list-style-type: none"> – contexto compreensível para fazer a avaliação – pode ser autoadministrado – receptível à coleta de dados (questionário não supervisionado ou postal) 	<ul style="list-style-type: none"> – polarização da faixa – polarização do ponto da margem de erro – polarização do ponto mediano – polarização do hipotético – polarização do efeito emocional reconfortante/desejabilidade social

7.2

Pesquisas sobre experimentos de DDP relevantes

Para conseguir um lançamento bem-sucedido de HMI, é importante compreender a DDP relativa ao contexto do público-alvo. As três questões que são de interesse particular são: 1) quais são as dificuldades associadas à previsão de quando a pesquisa de DDP deve ser realizada antes que os entrevistados possam realmente comprar HMI?, 2) quais variáveis explicam as diferenças de DDP entre as famílias no mesmo local e em diferentes locais e momentos? e 3) como estimativas DDP confiáveis e comparáveis podem ser obtidas com um investimento mínimo de tempo e dinheiro?

Com o objetivo de analisar o que foi feito neste sentido, realizamos várias pesquisas na literatura em 2010, incluindo uma pesquisa do banco de dados da MEDLINE; os termos da busca incluíram: “DDP” ou “disposição de pagar” e “saúde seguro”: foram obtidas 179 respostas; uma busca refinada se baseou no cruzamento de palavras-chave: “disposição de pagar” com “seguro de saúde” ou “pré-pagamento-saúde” e uma das seguintes palavras-chave: “países em desenvolvimento”; “Ásia”; “África”; “América Latina”; “baixa renda”; “pobre”; “microseguro” ou “CBHI (seguro saúde com base na comunidade)”. Foram mantidos 18 artigos relevantes para o tópico “DDP por seguro saúde em países de baixa renda”. Também examinamos as referências dos artigos anteriormente mencionados para identificar outros documentos que não apareceram nas buscas on-line; dois artigos foram identificados (um sobre um estudo realizado no Paquistão e outro em Camarões), elevando o total para 20 artigos.

Uma filtragem minuciosa dos artigos revelou que três experimentos foram relatados por mais de um artigo, e, desta forma, este capítulo se baseia em 14 estudos de campo experimentais sobre DDP por seguro saúde entre pessoas de baixa renda nos países em desenvolvimento, porém sobre 20 artigos. Os países incluíram Burkina Faso (cinco artigos), Camarões, China (dois artigos), Etiópia (dois artigos), Gana, Índia (dois artigos), República Islâmica do Irã, Namíbia, Nigéria (dois artigos), Paquistão, República Unida da Tanzânia e Vietnã.

A Tabela 7.2 resume os métodos de levantamento utilizados nos estudos de campo. Todos os pesquisadores utilizaram a abordagem CV, entretanto com diferenças notáveis no método para elicitar a DDP e as definições de vários parâmetros.

Tabela 7.2

Visão geral dos dados, locais e métodos de eliciação de DDP usados¹

<i>Autores</i>	<i>Data</i>	<i>Amostra</i>	<i>País</i>	<i>Objetivo³</i>	<i>Unidade de pesquisa</i>	<i>Método</i>
Walraven	1996	821 I + 1500 HH	República Unida da Tanzânia	DDP por programa de seguro saúde local	I + HH	
Asenso-Okyere et al.	1997	164 urbano + 142 rural	Gana	DDP por seguro saúde	HH	BG
Mathiyazhagan	1998	1.000	Índia	DDP por um CBHI rural	HH	OQ
Masud et al.	2003	600	Paquistão	DDP por tratamento primário de seguro saúde	HH	OQ
Dong et al.	2003	2.414 I + 705 HH	Burkina Faso	DDP por CBHI	I + HH	TIOLI + BG
Binam et al.	2004	471 rural	Camarões	DDP por seguro saúde rural	HH	BG
Asfaw and Braun	2005	550	Etiópia	Avaliar possibilidades por CBHI rural	HH DC + F	
Bärnighausen et al.	2007	621	China	DDP por seguro saúde básico	I	PC
Ying et al.	2007	2.671	China	DDP por seguro saúde privado (setor informal urbano)	I	BG + OQ
Dror et al.	2007	3.024	Índia	DDP por CBHI	HH	BG
Lofgren et al.	2008	2.070	Vietnã	DDP por seguro saúde	HH	TIOLI + OQ
Gustafsson-Wright et al.	2009	1.700	Namíbia	DDP por seguro saúde de baixo custo	HH	DC + F
Onwujekwe et al.	2010	3.070	Nigéria	DDP por CBHI	I + HH	BG + OQ

¹ Em torno de 90 por cento de 1 milhão da população-alvo optaram por permanecer sem seguro durante o primeiro ano do CBHI.

I = Individual; HH = família; OQ = pergunta aberta; BG = jogo de lances; DC + F = escolha dicotômica com pergunta de acompanhamento; PC = cartão de pagamento.

Alguns pesquisadores usaram perguntas diretas abertas, como, por exemplo, “Quanto você pagaria por seguro saúde?” (com uma explicação detalhada sobre o produto de seguro saúde em questão). Walraven obteve a DDP perguntando “Quanto você está disposto a pagar por ano para cada membro de sua família (para ter cobertura de serviços no hospital)?”. Masud et al. também utilizam uma pergunta direta: “Você estaria disposto a pagar [pagar adiantado] por assistência médica em uma unidade de saúde do governo?” ... E qual é o valor máximo que você estaria disposto a pagar? “Mathiyazhagan (1998) e Lofgren et al. (2008) primeiro apresentaram um preço âncora perguntando aos entrevistados se eles concordariam em pagar um determinado valor. A consulta era

do tipo TIOLI, e, independentemente da resposta, em seguida foi perguntado a todos os entrevistados qual seria a sua DDP máxima; este último valor foi mantido como a DDP dos entrevistados. Onwujekwe et al. (2010) usaram o método DC com acompanhamento, seguido de uma pergunta direta: “Qual é realmente o valor máximo que vocês estão dispostos a pagar pelo CBHI?”. Este último número foi mantido como a DDP.

Binam et al. (2004), seguiram um jogo de lances bidirecional para obter DDP e usaram quatro lances iniciais como âncoras. Ying et al. (2007) utilizaram um método composto que era em um jogo de lances bidirecional seguido de uma pergunta aberta, que era, no entanto, apresentada apenas aos entrevistados que ou recusavam o lance menor ou aceitavam o lance maior. A pergunta aberta era “Qual é o maior valor que você [o entrevistado] estaria disposto a pagar?”. Vale lembrar que os entrevistados conheciam o último lance, que era seu valor âncora. Ying et al. (2007) explicaram que eles utilizavam a pergunta aberta (além do jogo de lances bidirecional), a fim de evitar que os dados ficassem truncados. Ying et al. (2007) utilizaram um lance inicial uniforme para todos os entrevistados. Outros pesquisadores que realizaram um jogo de lances bidirecional escolheram diferentes lances iniciais para diferentes grupos de respondentes. Dong et al. (2003) utilizaram 13 diferentes lances iniciais, atribuídos aleatoriamente aos entrevistados. Esta multiplicidade de lances iniciais pode introduzir a polarização do ponto inicial, uma vez que os entrevistados podem pensar que o lance inicial representa o valor ou muito próximo do valor do bem ou serviço em questão. Dror et al. (2007) usaram um jogo de lance unidirecional e descendente, cujo propósito era obter uma DDP máxima mais precisa, o que é o mais importante para decisões políticas. Usaram um lance inicial que eles supunham era muito alto, com uma perspectiva de analisar a expressão quantitativa de “DDP máxima de seguro de saúde”. Na verdade, 18,4 por cento de seus entrevistados aceitaram o lance inicial, o que poderia sugerir que, se a intenção era simplesmente que ele deveria servir como âncora, pode não ter sido alto o suficiente. Asenso-Okyere et al. (1997) também seguiram um jogo de lances unidirecional e descendente. Como 40,1 por cento de seus entrevistados aceitaram o lance inicial, é possível pensar que ele não era o melhor âncora para obter a DDP máxima. Vale notar que Dong et al. (2003) e Binam et al. (2004) não conseguiram encontrar evidências significativas para uma polarização do ponto inicial em seus conjuntos de dados. No entanto, eles usaram jogos de lance bidirecionais com vários lances iniciais. Supõe-se que um BG unidirecional com âncora igual para todos entrevistados poderia neutralizar a polarização do ponto inicial e melhorar a comparabilidade de resultados entre as famílias da amostra.

Nos artigos analisados, também houve um experimento que aplicou um jogo de lance unidirecional ascendente. Asgary et al. (2004) aplicaram-no na zona rural do Irã para estimar a demanda e a DDP por seguro saúde. Estes pesquisadores utilizaram três lances iniciais como âncoras, cada um apresentado em relação a um terço da sua amostra. Uma resposta negativa ao lance inicial foi registrada como DDP zero; por outro lado, o lance mais alto aceito foi registrado. Bärnighausen et al. (2007) utilizaram uma trajetória ascendente modificada em seu estudo entre trabalhadores do setor informal em Wuhan, China. Eles elicitaram respostas usando um método de “cartão de pagamento”.

Asfaw e Braun (2005) e Gustafsson-Wright et al. (2009) usaram o DC com acompanhamento (que eles chamam de “avaliação contingente de dupla limitação” – DBCV, na sigla em inglês), em que são oferecidos aos entrevistados dois lances, um lance inicial e um segundo lance. Os entrevistados que recusavam o lance inicial ganhavam um segundo lance menor, e aqueles que aceitavam o lance inicial ganhavam um segundo lance mais alto. Após esses dois lances, o jogo terminava; os entrevistados então se classificavam em quatro grupos: os que disseram “sim” + “sim”, “sim” + “não”, “não” + “sim” e “não” + “não”. Os valores médios de DDP devem, então, ser estimados com a maximização de uma função logarítmica de probabilidade.¹

A percepção mais impressionante obtida a partir desta análise de estudos empíricos de DDP é a grande variedade de métodos utilizados. Essa diversidade dificulta comparar estimativas quantitativas da DDP nos estudos, visto que elas usam diferentes métricas. É possível apresentar explicações qualitativas para variações em DDP dentro de cada grupo de entrevistados, mas não existem “regras de interpretação” claras para comparar jogos de lances unidirecionais com jogos de lances bidirecionais, trajetórias ascendentes e descendentes ou aqueles que utilizam uma questão aberta, aqueles que oferecem um único lance (TIOLI) e aqueles que estimam DDP após vários lances. Além da diversidade metodológica, existem diferenças socioeconômicas (inerentes a diferentes locais, assunto abordado nas próximas seções), e as diferenças relacionadas às escolhas dos pesquisadores para medir DDP de uma família e não DDP de indivíduos, enquanto que, em outros estudos, a decisão foi tomada para incluir ambas as unidades. A diversidade de métodos de elicitação utilizados destaca a dificuldade de comparar resultados quantitativos em estudos diversos.

7.3 Principais conclusões

Esta seção resume as conclusões dos estudos identificados sobre a disposição de pagar por HMI. Os resultados sugerem que inúmeros fatores podem influenciar esta decisão, incluindo as características socioeconômicas, demográficas e geográficas, e as experiências dos entrevistados com serviços e despesas de assistência médica.

7.3.1 Renda/condição socioeconômica/demografia e DDP

A maioria dos estudos supõe uma expectativa intuitiva de que a DDP por seguro saúde estará positivamente associada à renda, porque as famílias seriam capazes de efetuar um pré-pagamento maior à medida que sua renda aumenta. Buscamos verificar este pressuposto importante, justapondo DDP e renda (ou suas *proxies*) nos estudos descritos acima (*resumido na Tabela 7.3*).

¹ Com este método, os valores da DDP (ou a distribuição destes valores) não são observados diretamente a partir das respostas dos entrevistados.

Tabela 7.3

Associação entre renda e DDP			
<i>Autores</i>	<i>Proxy de renda usada</i>	<i>DDP (% da proxy de renda)</i>	<i>Tendência¹</i>
Walraven	Gasto semanal por adulto	3,20	n.s.
Asenso-Okyere et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,9 rural e 2,5 urbano	Up
Mathiyazhagan	3 categorias: baixa, média e alta (critérios não especificados)	n.a.	Up
Masud et al.	Pontuação socioeconômica & renda	3,0 (apenas aqueles em que DDP>0)	Up
Dong et al.	Consumo/despesa	2,15 (calculado)	Up
Binam et al.	Renda do entrevistado	2,54 (renda média estimada)	Up
Asgary et al.	“Riqueza e renda variável” com base em ativos	1,4 (renda média estimada)	n.s.
Asfaw and Braun	Renda anual agricultor e não agricultor	1,4 (calculada)	Up
Bärnighausen et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	4,6, 7,8, 6,8, 6,9 (4 pacotes)	Up
Ying et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,4, 2,0, 2,2 (3 pacotes)	Up
Dror et al.	Renda autorrelatada (pesquisa HH)	1,35 renda, 1,8 despesa (média)	Up
Lofgren et al.	2 categorias: famílias pobres/ricas (determinadas por líderes locais)	n.a.	Up
Gustafsson-Wright et al.	Consumo/despesa	2,25	Up
Onwujekwe et al.	Índice SES, cm base em ativos	n.a.	Up

¹ UP = DDP aumenta com a renda, n.s. = não significativa

Deve ser enfatizado desde o início que a estimativa de renda em nosso contexto se apresenta muito complexa e pouco confiável devido ao efeito cumulativo: 1) de não haver apenas registros parciais (ou nenhum registro) de renda das famílias que trabalham na economia informal, o que representa a maioria de pobres em países de baixa renda; 2) de uma irregularidade endêmica e persistente na renda devido a flutuações sazonais e padrões de emprego irregulares de pessoas trabalhando como diaristas e autônomas na agricultura ou em empresas familiares; e 3) de imprecisão generalizada no rendimento autodeclarado devido à confusão em relação ao valor monetário do rendimento não monetário.

Como seria possível imaginar, diferentes pesquisadores usaram diferentes métodos para obter a *proxy* de renda. Um método comumente usado é a renda autodeclarada, obtida por meio de uma pesquisa. Considerando que pode haver muitas fontes de renda em termos de família, é improvável obter uma estimativa confiável em resposta a uma pergunta direta, como, por exemplo, “Qual é a renda familiar?”. Portanto, a maioria dos pesquisadores usa uma série de perguntas, mas não há um padrão uniforme para elas.

Asenso-Okyere et al. (1997), Asfaw e Braun (2005), Bärnighausen et al. (2007), Ying et al. (2007), Masud et al. (2003) e Dror et al. (2007) relataram que tinham obtido informações de renda familiar ou pessoal por meio de pesquisas.

Informações sobre despesa/consumo são frequentemente utilizadas, pois são consideradas mais confiáveis do que as informações sobre renda nos países em desenvolvimento. A OMS usa esses dados, e muitos governos de renda baixa e média, em pesquisas oficiais, coletam informações sobre o consumo/despesa e não sobre renda (por exemplo, a Organização Nacional de Pesquisa por Amostra da Índia). Masud et al. (2003), além da renda, criaram uma “pontuação socioeconômica” com base em ativos. Asgary et al. (2004) e Onwujekwe et al. (2010) construíram “variáveis de riqueza e renda” ligeiramente diferentes com base em ativos. Dror et al. (2007) também levantaram questões sobre a despesa das famílias do entrevistado, além da renda, e encontraram uma correlação altamente significativa entre as duas variáveis. Outros pesquisadores de DDP por CBHI usaram apenas dados de consumo/despesa, por exemplo, Dong et al. (2003) (em ainda outro documento com base no mesmo conjunto de dados, Walraven (1996), e Gustafsson, Wright et al. (2009) e Mathiyazhagan (1998) e Lofgren et al. (2008) começaram a dividir a amostra em categorias; o primeiro estudioso dividiu em renda baixa, média e alta (mas não especificou o método de classificação), e o segundo estudioso dividiu em “pobres” e “ricos”, conforme determinado pelos líderes do local.

Apesar das enormes diferenças entre os métodos de mensuração de uma *proxy* de renda, 12 dos 14 estudos relataram uma associação significativa e positiva entre DDP nominal por microsseguro saúde e a situação econômica das famílias (Tabela 7.3). Os três estudos restantes não relataram nenhuma tendência significativa ou não investigaram esta questão. Esta conclusão confirma que o pressuposto inicial de uma renda maior conduz a uma DDP maior.

À luz dessa conclusão, é possível perguntar se as pessoas estariam dispostas a pagar uma parcela relativamente constante da sua renda por seguro saúde. Essa informação também consta da Tabela 7.3, quer conforme relato dos próprios autores, quer calculado por nós, usando os dados originais publicados. Os resultados são bastante semelhantes, não apenas quando se compara DDP em relação à renda, mas também em relação a consumo/despesas. Ademais, com exceção de uma estimativa discrepante (4,6 por cento a 6,9 por cento para quatro pacotes diferentes, relatada por Bärnighausen et al. (2007)), todos os valores de DDP ficaram na faixa de 1,35 por cento a 3,2 por cento, com um valor médio de 2,2 por cento da *proxy* da renda relevante. Esse intervalo bastante estreito para as estimativas reforça a credibilidade dos resultados, apesar de terem sido obtidos com o uso de modos de cálculo muito diferentes e com populações muito diferentes.

No entanto, a expressão de DDP média como uma parcela da renda pode ocultar uma realidade diferente em que subgrupos distintos de renda de fato divergem na porção da renda que eles estão dispostos a pagar por seguro saúde? Alguns dos artigos analisados oferecem pistas para a resposta. Bärnighausen et al. relataram que para

um aumento de 1 por cento na renda, a DDP aumentou cerca de meio por cento. Dong et al. (2003) mediram este aspecto calculando a medida de desigualdade (Coeficiente de Gini)² na renda e na DDP. Dong et al. (2003) mostraram que a desigualdade na renda é muito maior do que na DDP (valor de Gini de 0,68 na despesa individual e 0,63 nas despesas de família em relação a um valor de Gini de 0,15 para DDP individual e 0,08 de família). Essas conclusões indicam que a DDP aumenta a um índice menor do que a renda, ou seja, as famílias mais ricas estariam dispostas a pagar uma parcela menor de sua renda do que as famílias mais pobres.

Tal hipótese foi também testada com os dados de três estudos analisados. Gustafsson-Wright et al. (2009) mostraram que a DDP expressa como um percentual de consumo/despesa foi de 11,4 por cento entre o quintil mais pobre, porém apenas 1,2 por cento entre o quintil mais rico. Dror et al. (2007) relataram que o valor médio da DDP como um percentual da renda diminuiu de 1,79 por cento entre o quintil mais pobre para 0,84 por cento entre o quintil mais rico, e esta correlação negativa foi significativa. Dong et al. (2005) forneceram o valor de DDP para cinco quintiles de renda e a *proxy* da renda média (consumo) para estes quintiles, o que nos permite calcular a DDP em relação à receita/despesa; seus resultados mostram que a DDP foi de 18,9 por cento entre o quintil mais pobre, e apenas 0,9 por cento entre o quintil mais rico. Concluímos, portanto, que, embora os níveis nominais de DDP aumentam quando a renda das famílias aumenta, eles diminuem drasticamente conforme a renda aumenta quando a DDP é medida como proporção da renda.

A maioria dos estudos também examinou a associação entre DDP e outras variáveis sociodemográficas. A Tabela 7.4 contém o resumo dos resultados.

² O coeficiente de Gini (desenvolvido por Corrado Gini, 1912) é uma medida da desigualdade de uma distribuição; um valor de 0 expressa igualdade total e um valor de 1 a desigualdade máxima.

Tabela 7.4

Associação da DDP com parâmetros socioeconômicos

<i>Autores</i>	<i>I/HH</i>	<i>Gênero</i>	<i>Educação</i>	<i>Tamanho HH</i>	<i>Idade</i>	<i>Experiência seguro</i>
Walraven	HH+I	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asenso-Okyere et al.	HH	m>f	+	n.d.	n.s.	n.s.
Mathiyazhagan	HH	n.d.	+	+	n.s.	n.d.
Masud et al.	HH	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dong et al.	HH	n.s.	+	n.s.	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Binam et al.	HH	m>f	n.s.	n.d.	n.s.	n.d.
Asgary et al.	HH	n.d.	+	n.s.	+	n.s.
Asfaw and Braun	HH	n.s.	+	n.d.	n.d.	n.d.
Bärnighausen et al.	I	f>m	+	n.d.	–	n.d.
Ying et al.	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Dror et al.	HH	m>f	+ (>Ily)	+,- (PP)	–	+
Lofgren et al.	HH	n.s.	+	n.d.	–	n.s.
Gustafsson-Wright et al.	HH	m>f	+	n.s.	–	n.d.
Onwujekwe et al.	HH	m>f	+	– (PP)	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.s.	+	+

I = individual; HH = família; n.d. = não determinado; n.s. = não significativa; PP = pessoas na família.

Como muitas vezes se pensa, a educação é uma variável explicativa positiva da DDP na maioria dos casos.

Os resultados (apresentados na Tabela 7.4) também indicam que, na maioria dos casos, os homens estavam mais dispostos a pagar mais do que as mulheres. Quanto à idade, cinco estudos não revelaram qualquer efeito significativo de idade sobre a DDP, e seis relataram uma correlação negativa. Não há nenhuma explicação intuitiva para pessoas mais jovens terem disposição de pagar mais, e não pode ser explicado pela renda ou educação, considerando que o efeito da idade independe destes parâmetros na análise.

7.3.2

Disponibilidade de saúde e DDP

É autoexplicativo que pagar o prêmio é relevante apenas quando o segurado pode acessar a assistência médica em caso de necessidade. Portanto, a associação entre a DDP e os parâmetros em termos de oferta (incluindo disponibilidade, distância e satisfação com o atendimento prestado) deve ser investigada. Curiosamente, apenas

uma minoria de pesquisadores de DDP/CBHI relatou os resultados de associações entre DDP por microsseguro saúde e prestação de assistência médica. A Tabela 7.5 contém um resumo das conclusões.

Tabela 7.5

Efeito da disponibilidade de saúde sobre a DDP		
<i>Autores</i>	<i>Parâmetros usados</i>	<i>Efeito</i>
Walraven		n.a.
Asenso-Okyere et al.	Distância percorrida para chegar à clínica	n.s.
Masud et al.		n.a.
Dong et al.	Distância até a unidade de saúde (DDP individual)	
	DDP individual	-
	DDP HH	n.s.
Binam et al.	Variável categórica (sim/não) rapidez na recepção no centro de saúde	n.s.
	Variável categórica (sim/não) representando o asseio do centro de saúde	n.s.
	Variável categórica representando o tratamento dado pelo médico no centro de saúde	+
	Variável categórica representando a disponibilidade de medicamentos básicos no centro de saúde	-
	Variável categórica representando confiança nos serviços de saúde	+
Asgary et al.	Medicamentos disponíveis no centro de saúde	+
	Existência de médico tempo integral no vilarejo	+
	Existência de farmácia no vilarejo	n.s.
	Satisfação com as unidades de saúde na cidade mais próxima	+
Asfaw and Braun		n.a.
Bärnighausen et al.		n.a.
Ying et al.		n.a.
Dror et al.	Distância até a unidade de saúde primária preferida	n.s.
	Distância até o hospital preferido	-
Lofgren et al.		n.a.
Gustafsson-Wright et al.		n.a.
Onwujekwe et al.		n.a.

A distância de casa até o ponto de serviço de assistência médica é um parâmetro frequentemente investigado considerado para representar a acessibilidade da assistência médica. É possível estimar que quanto menor a distância, maior será a DDP. Este pressuposto foi confirmado em dois estudos. Dong et al. (2003) obtiveram uma associação negativa para a DDP individual, porém nenhuma associação significativa

para os níveis de DDP da família, e Dror et al. (2007) relataram uma correlação significativamente negativa para a distância até o hospital preferido, mas não até a unidade de saúde primária preferida. Asenso-Okyere et al. (1997) não descobriram uma correlação significativa entre a distância da clínica e a DDP por microsseguro saúde. Os outros estudos não investigaram a associação entre DDP e esta *proxy*.

A associação entre a qualidade da saúde percebida e a DDP por microsseguro saúde foi investigada por várias *proxies*. A correlação com a rapidez com que os clientes eram tratados, investigada por Binam et al. (2004), foi não significativa. Binam et al. (2004) e Asgary et al. (2004) relataram associação significativa e positiva entre a DDP e a presença dos médicos no centro de saúde. A disponibilidade de medicamentos no centro de saúde também foi considerada positivamente correlacionada com a DDP em um caso (Asgary et al., 2004), mas negativamente correlacionada no outro caso (Binam et al., 2004). Esta aparente contradição pode refletir diferenças nos termos da política relativa a reembolso dos custos de medicamento, mas a informação completa não foi relatada nos documentos. Asgary et al. (2004) também investigaram a satisfação com as instalações da saúde na cidade mais próxima e consideraram uma associação positiva com a DDP que seria de se esperar, e Binam et al. (2004) também demonstraram uma associação positiva entre a DDP e uma variável categórica representando confiança nos serviços de saúde.

Em resumo, os resultados defendem o pressuposto de que a melhor disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde incentivaria maior DDP por seguro saúde. No entanto, tal hipótese deve ser investigada com mais frequência e mais detalhadamente no futuro, a fim de fornecer uma indicação atualizada das características específicas da oferta de saúde que influencia a DDP mais positivamente.

7.3.3 Exposição a problemas de saúde, consequências financeiras da doença e DDP

Como temos observado, a DDP por microsseguro saúde reflete um entendimento de que o valor intrínseco do seguro saúde é que ele deve proteger a família de choques financeiros, pagando os custos relacionados à doença e melhorando o acesso adequado à saúde. Daí decorre que famílias com experiência recente de assistência médica onerosa estariam mais dispostas a gastar dinheiro para se prevenir contra as consequências de tais eventos. Conforme pode ser observado na Tabela 7.6, muito poucos estudos tentaram abordar este ponto, procurando uma associação entre valores de DDP e experiência recente com doença onerosa. É interessante notar a grande variabilidade de *proxies* utilizadas nos diferentes estudos para avaliar essa associação, incluindo despesas anuais com saúde, episódios de internação, frequência de doença, experiência com doença crônica, pagamento de tratamento médico, empréstimos contraídos para pagar por assistência médica e perda de renda devido à doença. Nove dos estudos analisados encontraram uma associação positiva entre a DDP e pelo menos uma das *proxies* para exposição relativa à saúde muito cara. Parece que a experiência pessoal recente com as consequências financeiras da doença é um importante fator explicativo para a variação em DDP.

Tabela 7.6

Efeito das despesas com saúde sobre a DDP

<i>Autores</i>	<i>O que foi medido</i>	<i>Associação com DDP</i>
Walraven		n.d.
Asenso-Okyere et al.	Despesa em saúde no último mês	+
Mathiyazhagan	Doença do respondente	+
	Número de episódios de hospital	+
	Dias de trabalho perdidos devido à doença	+
	Número de consultas com médico	n.s.
Masud et al.		n.d.
Dong et al.	Despesa HH sobre medicina oriental no último mês	+
Binam et al.	Percentual de indivíduos doentes na família 6-12 meses antes da cirurgia	+
Asgary et al.		n.d.
Asfaw and Braun		
1º lance	Chefe da família que relatou doença	+
2º lance		n.s.
1º lance	Número de membros da família que relataram doença	+
2º lance		n.s.
1º lance	Pediu dinheiro emprestado para tratamento de saúde	+
2º lance		n.s.
Bärnighausen et al.	Gasto médio mensal com saúde no último ano	+
Ying et al.	Respondente sofria de doença crônica	
	MCDI	n.s.
	IEI	n.s.
	OEI	+
Dror et al.	Hospitalização na família em menos de 2 anos	+
Lofgren et al.	Uma ou mais pessoas na família têm uma doença crônica	+
Gustafsson-Wright et al.	Número de membros da família doentes	
	DDP, o 1º lance	-
	DDP, o 2º lance	n.s.
Onwujekwe et al.	Pagou OOP saúde	-
	Pagou com próprio dinheiro	+
	Pediu dinheiro emprestado para tratamento de saúde	n.s.

7.3.4 Composição de pacote e DDP

Em nosso contexto, o preço de diferentes pacotes de seguro podem variar devido aos níveis de copagamento, limites e exclusões, mas também devido aos tipos de benefícios incluídos. Enquanto for possível argumentar que um copagamento e limites refletem considerações econômicas, a inclusão/exclusão de tipos de benefício podem refletir bem as escolhas normativas. Por exemplo, a maternidade deve ser incluída ou não no pacote? Portanto, é necessário investigar se a DDP por microsseguro saúde é influenciada pelo desenho do produto de seguro, e, em caso afirmativo, até que ponto. Infelizmente, muito poucos estudos investigaram essa questão em detalhes. Bäringhausen et al. (2007) perguntaram aos entrevistados sobre sua DDP máxima por um seguro saúde básico (BHI, na sigla em inglês) e, separadamente, considerando três variações: 1) sem o teto da opção básica (que era quatro vezes o salário médio anual do trabalhador do setor formal); 2) sem franquia dedutível (que no BHI era de 9 por cento do salário médio anual); e 3) sem cosseguro (que variava de 10 por cento para internação até 20 por cento para serviços especiais e 30 por cento para assistência ambulatorial). Nesta experiência, as opções investigaram diferentes níveis representados de proteção financeira dentro do mesmo conjunto de benefícios cobertos. Em comparação com o BHI, os entrevistados estavam dispostos a pagar 70 por cento a mais pelo BHI sem um teto, 43 por cento a mais pelo BHI sem franquia dedutível e 56 por cento a mais pelo BHI sem cosseguro. Este aumento na DDP não foi apenas nominal, mas também relativo à renda dos entrevistados (respectivamente 4,6 por cento pelo BHI, 7,8 por cento pelo BHI sem teto, 6,8 por cento pelo BHI sem franquia dedutível e 6,9 por cento pelo BHI sem cosseguro).

Ying et al. testaram a DDP para três programas de seguro saúde diferentes: 1) MCDI reembolsaria 80 por cento das despesas com saúde quando o segurado sofresse de uma doença catastrófica; 2) IEI cobriria 100 por cento das despesas de saúde dos associados nos serviços de saúde ambulatorial; e 3) OEI cobriria 60 por cento das despesas de saúde em serviços de internação. Quarenta e três por cento dos entrevistados escolheram MCDI (DDP: 110,1 RMB (US\$17) = 2,2 por cento de renda anual), 49 por cento escolheram IEI (DDP: 100,2 RMB (US\$15,50) = 2,0 por cento de renda anual) e 25 por cento escolheram OEI (DDP: 72,4 RMB (US\$11) = 1,4 cento de renda anual). A elasticidade do preço da demanda por MCDI foi -0,27 (isto indica que a demanda por MCDI diminuiria em 2,7 por cento se o prêmio aumentasse 10 por cento). A elasticidade da demanda por IEI e OEI foi -0,34 e -0,42, respectivamente. Neste experimento, a demanda por MCDI foi menos elástica, e a DDP mais alta, tanto nominalmente quanto em relação à renda. Esses resultados sugerem que a DDP por seguro saúde pode refletir não apenas proteção financeira, mas também as preferências por diferentes tipos de serviços.

Em contrapartida, Lofgren et al. elicitaram a DDP de seus entrevistados em relação a diferentes produtos de seguro: 1) um seguro saúde que se baseia na

afiliação compulsória com prêmio calculado conforme a renda;³ e 2) o seguro saúde que se baseia na afiliação voluntária com o prêmio calculado conforme o risco.⁴ Embora quando os indivíduos eram questionados sobre a sua vontade de se afiliar a um desses produtos de seguro tenha havido uma ligeira preferência por afiliação obrigatória, a DDP média para ambos os produtos foi praticamente a mesma, apesar do fato de que a cada família eram apresentadas as duas opções.

Dror et al. (2007) também investigaram a sensibilidade da DDP para ser entregue de um modo diferente: a cada terça parte da amostra foi oferecido um pacote de benefício diferente.⁵ Neste experimento, não houve diferença na DDP para os três pacotes. Isso pode ser devido ao método de elicitación diferente, em que aos entrevistados foi oferecida apenas uma opção e não foi dada uma alternativa entre as opções que eles poderiam comparar ou preferir. Isso indica que a DDP pode, pelo menos algumas vezes, ser usada como uma ferramenta de desenho de pacote somente quando o mesmo entrevistado puder escolher entre opções. Isso funcionaria quando o número de opções é relativamente pequeno, mas seria inviável com muito mais opções do que os pacotes de seguros saúde geralmente contêm. Outros métodos foram desenvolvidos para o desenho do pacote de benefícios que permitem aos respondentes escolherem 10 ou mais opções, mas isso é feito dentro de um orçamento limitado, ou seja, sem solicitar a DDP dos entrevistados. Os métodos que foram aplicados no contexto de CBHI em países de baixa renda incluem exercícios de simulação (Dror et al., 2007), discussões em grupo e entrevistas estruturadas (De Allegri et al., 2006). Consideramos que as informações disponíveis sobre o impacto da composição do pacote sobre a DDP são inconclusivas.

³ Todas as famílias do distrito são obrigadas a pagar um prêmio anual para um fundo de saúde local quando as colheitas são vendidas. A taxa se baseia na renda das famílias. Quanto maior a renda, maior a taxa. Todos os membros da família têm direito a tratamentos de saúde gratuitos na Communal Health Station ou no District Health Centre e medicamento grátis, se for prescrito por um médico. Se a assistência em níveis mais elevados for necessária, o paciente segurado receberá um valor com base no custo por dia de internação no nível do District Health Centre. O fundo será gerido pelo Comitê de Pessoas da Comunidade (ou representante eleito).

⁴ Cada família pode optar por pagar voluntariamente um prêmio anual para um fundo de saúde local quando as colheitas são vendidas. A taxa se baseia no número de pessoas na família e é maior para crianças menores de cinco anos e idosos acima de 65 anos, porque estima-se que eles usem mais a assistência médica.

⁵ A versão 1 incluiu despesas de hospitalização até INR5.000 (US\$115) por ano, por pessoa e reembolso de custos de medicamentos prescritos até INR1,000 (US\$22,50) por ano, por pessoa; a versão 2 incluiu despesas de hospitalização até INR5,000 (US\$115) por ano, por pessoa e reembolso de custos de médicos de clínica geral até INR1,000 (US\$22,50) por ano, por pessoa; a versão 3 incluiu reembolso de despesas para medicamentos prescritos até INR1,000 (US\$22,50) por ano, por pessoa e reembolso de despesas de médicos de clínica geral até INR1,000 (US\$22,50) por ano e por pessoa.

7.3.5 Local de residência e DDP

A discussão apresentada anteriormente, com base em dados relatados nos estudos citados, leva à afirmação de que a DDP por microsseguro saúde é altamente influenciada por diversas variáveis, em especial a condição econômica e sociodemográfica dos entrevistados, sua exposição financeira aos custos de saúde e disponibilidade de unidades de saúde. Todas essas características variam bastante de local, dentro e entre países. A simples comparação de resultados dos diferentes estudos comentados aqui é impossível devido à divergência de métodos utilizados para extrair a DDP e interpretar os dados. Especificamente, a questão é saber se as variáveis explicativas significativas identificadas em termos de familiares isolados podem ser responsáveis pela diferença em todos os locais.

Sugerimos que a forma de abordar essa questão com segurança seria incluir uma “variável local” em regressões múltiplas para identificar as variáveis explicativas em termos de famílias isoladas quando o conjunto de dados incluir mais de um local. Continuar esse processo poderia garantir que as características da família e os níveis de DDP fossem elicitados usando a mesma metodologia. Apenas dois dos estudos analisados realmente seguiram esse procedimento: Dror et al. (2007) (comparando sete locais na Índia) e Onwujekwe et al. (2010) (comparando seis locais na Nigéria). Ambos os estudos relataram que o local ainda permanecia uma variável explicativa altamente significativa para a variação em DDP, mesmo em um modelo multivariado, incluindo todas as características das famílias individuais (condição econômica e sociodemográfica e experiência recente com custos de saúde). Tal conclusão indica que os estudos publicados até agora sobre DDP por microsseguro saúde ainda não identificaram todas as razões que explicam as diferenças de DDP por seguro saúde nas comunidades; não podemos negar que algumas características, como, por exemplo, aquelas que refletem escolhas culturais ou estilo de vida, poderiam explicar algumas razões subjacentes que não foram reconhecidas. O impacto de localização como uma variável explicativa precisa ser explorado mais a fundo em pesquisas futuras.

7.4 Lições aprendidas e implicações para os profissionais

“Tivemos de trabalhar em sentido contrário levando em consideração o que a comunidade poderia pagar, embora criando um sistema de longo prazo, autossustentável.” Esse testemunho de um profissional de HMI na Índia representa o papel essencial das estimativas de DDP, ou seja, que a DDP dos membros determina a margem de renda, e, por extensão, também o que a seguradora pode oferecer em termos de cobertura.

Essa avaliação de experimentos de campo demonstrou que todos os pesquisadores concordam que a DDP deve ser explorada localmente, porque não há opção que “seja adequada para todos” para determinar a margem de renda dos diferentes programas de HMI que operam em diferentes configurações. A análise também esclareceu as dificuldades associadas à obtenção de estimativas sobre DDP que seriam relevantes

localmente. Tais estimativas requerem dados que são geralmente obtidos por meio de pesquisas domiciliares e outras pesquisas mais caras e mais demoradas. Essas limitações tornam impraticável obter dados locais em cada lugar onde o HMI é lançado.

No entanto, se a renda da população-alvo for conhecida, poderia servir como âncora para a estimativa inicial da DDP, com base na análise dos estudos aqui analisados e apresentados na Tabela 7.2. Foi demonstrado na Tabela 7.3 que as estimativas da DDP (quando expressas como um percentual da renda) convergem principalmente para uma faixa relativamente estreita em torno de dois por cento da renda.

Também foi demonstrado nas Tabelas 7.4, 7.5 e 7.6, que vários outros parâmetros influenciam os níveis da DDP. Portanto, podemos ser capazes de extrapolar os níveis da DDP conhecidos em um local para outros locais comparáveis usando o conhecimento desses parâmetros. Por exemplo, se em um local sabemos o nível de instrução dos chefes de família, bem como os valores da DDP, e, em outro local, somente que os chefes de família têm um nível de instrução maior, estimamos os níveis maiores da DDP neste segundo local. Da mesma forma, uma oferta mais ampla de saúde de qualidade, custo do tratamento mais alto ou maior morbidade, espera-se que tudo leve a uma DDP maior.

Observamos, também, que os níveis da DDP são sensíveis para beneficiar o desenho do pacote. Entretanto, esperamos que a participação da população-alvo na fase do projeto aumente os níveis da DDP.

No entanto, por enquanto, é impossível desenvolver um modelo padrão simples para estimar a DDP em qualquer lugar, em função da grande diversidade de métodos usados para elicitar e estimar a DDP nos diferentes estudos analisados neste capítulo. Um modelo como esse pode, com confiança, ser elaborado de acordo com os métodos utilizados para determinar a DDP e padronizado para a finalidade de analisar variáveis explicativas.