

O Tumultuado Cenário das Relações de Prestadores e Fontes Pagadoras

The Complicated Scenery of Private Health Insurance and Medical Costs

Stephen Doral Stefani *

Resumo

Os custos vêm aumentando importantemente em todas as áreas da medicina e em oncologia isto não seria diferente. Em 1998, o governo publica a lei 9656 que regulamenta o setor de saúde suplementar e é o ponto de início para as profundas modificações na assistência privada. A incorporação de novas alternativas terapêuticas e o envelhecimento da população completaram um cenário que, atualmente, tem sido muito debatido, devido às características de conflito que se instalaram. Instrumentos como farmacoeconomia, novas formas de relação prestadora e pagador, utilização de limites contratuais tentam buscar equilíbrio para os debates. Estes temas são discutidos com base em experiências registradas na literatura nacional e internacional.

Palavras-chave

Custos médicos, assistência médica privada.

Abstract

The costs in all areas of medicine have been going up and of course the area of oncology has also been included. In 1998 the government passed a law (9656) that regulated the sector of health supplements that was the beginning for modifications in the private practice. The incorporation of new therapeutic alternatives and the aging of the population completed the scenery that has been the cause of various debates in the news lately. The new instruments in pharmacology, new ways of financing them, and the legalities with some contracts are the main reasons to try to reach an agreement in these debates. The themes of these discussions are based in national and international registered experiences.

Key words

Private health insurance, medical costs.

INTRODUÇÃO

Nesta última década o tratamento do câncer sofreu uma profunda modificação. O surgimento de novas drogas quimioterápicas, do desenvolvimento de anticorpos monoclonais e de novas combinações de fármacos proporcionou uma nova esperança de aumento de sobrevida, qualidade de vida e até cura, para os pacientes. Devido a uma série de outros fatores, tais como envelhecimento da população e progresso científico expressivo, o manejo do paciente com câncer passou a ser um tópico ainda mais proeminente. Estas modificações de cenário têm um custo e as incidências de câncer são crescentes, nas últimas décadas.

Os custos vêm aumentando importantemente em todas as áreas da medicina (GABE, 2000; BLUMENTAL, 2001) e em oncologia isto não seria diferente. Uma fração expressiva dos recursos em saúde teve que ser alocados para a oncologia clínica. A quimioterapia ambulatorial representa uma parte significativa dos custos e podem servir como marcadores dos recursos necessários para viabilizar o tratamento adequado dos pacientes com câncer. A histórica falta de supervisão por parte das operadoras de saúde na área criou um cenário de absoluta falta de controle e inviabilidade de um planejamento estratégico de organização e alocação de recursos que garanta sustentação atuarial e adequação a legislação. O empresariamento do setor da saúde levou a implantação da lógica mercantil na prestação de serviços quem tem sido duramente criticado pelo sistema suplementar de financiamento.

* Oncologista clínico

Até ao final da década passada o cenário econômico e administrativo era absolutamente diferente. Sustentado em uma lógica de base atuarial limitada às tecnologias vigentes na época e protegido pela heterogeneidade de contratos em um momento em que as aplicações financeiras promovidas por uma inflação galopante eram suficientes para compensar eventuais perdas securitárias. Em 1998, o governo publica a lei 9656 que regulamenta o setor e é o ponto de início para as profundas modificações no setor. A obrigatoriedade de coberturas amplas e controles de preços geraram extinção de empresas menores e, evidentemente, obrigou a recálculo de mensalidades. Com novas mensalidades, o mercado de clientes de planos de saúde caiu de 42 milhões para próximo de 37 milhões de vidas.

Em um modelo de HMO (*Health Maintenance Organization*), muito próximo dos modelos de assistência médica por pré-pagamento exercido por várias operadoras de saúde no Brasil, os custos em quimioterapia chegam a 8% dos valores anuais de arrecadação, enquanto que representam 50% dos valores financeiros gerados para os oncologistas (DESCH, 1997). Não é surpresa, logo, que essa área tem sido intensamente analisada pelas grandes operadoras americanas, sem mencionar os próprios oncologistas. Com a preocupação que os lucros pudessem induzir utilização desnecessária, algumas seguradoras determinaram que os tratamentos oncológicos deveriam ser realizados ou em serviços próprios ou contratados fora da clínica do oncologista que definiu o tratamento. Em outras situações, os oncologistas e grupos de oncologistas, compartilhavam os riscos financeiros das seguradoras, assumindo parte fixa dos recursos que são empregados em quimioterapia. Em suma, alternativas de intervenção são procuradas uma vez que as vigentes têm falhas e vícios que devem ser corrigidos.

Outros autores já identificaram que a intervenção educativa aos médicos reduz a prescrição inadequada de medicamentos (THOMPSON, 1998). Foi realizada a revisão sistemática da literatura em busca de estudos que testaram a intervenção educativa no perfil de prescrição de vários tipos de tratamentos. Selecionando especificamente os estudos randomizados, em que eram comparados grupos com e sem a visita educativa, foram identificadas reduções de prescrições em proporções elevadas (15% e 68%, nos grupos com e sem intervenção respectivamente). Há mais de uma década, entretanto, já se identificava o benefício da intervenção, mas também a dificuldade de implementação do método em larga escala (SOMMERAI, 1990). É reconhecida e notória, entretanto, a dificuldade de mobilização e integração para definição sistemática de diretrizes assistenciais aplicáveis. Fica sempre a ressalva que qualquer tipo de diretriz não pode ser identificado como a estratégia "salvadora da colheita" uma vez que a incorporação de recursos corretos e, mesmo otimizados, deve trazer necessidade de incremento em alocação financeira, mesmo que protocolos rígidos sejam obedecidos. Bons exemplos são disponíveis na literatura médica oncológica. O uso de rituximab no manejo de linfomas não Hodgkin, taxanos na adjuvância de neoplasia de mama e, simplesmente, o uso de antieméticos bloqueadores de serotonina, ilustram práticas médicas que mostram benefício para nossos pacientes e aumentam custos.

Cada vez mais espaço tem se dado, em encontros médicos, para temas que discutem não somente taxas de resposta, aumento de sobrevida e/ou qualidade de vida, mas também farmacoeconomia, preocupação universal para alocação de recursos. Em oncologia, particularmente nos encontros da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), esta palavra chave ocupa cada ano maior espaço. Evidentemente em uma situação muito menos preocupante do que nossa realidade nacional, mas reservando tempo de discussão, os eventos têm aberto espaço para informação e debates sobre as posturas governamentais frente ao reembolso de fármacos utilizados pelo plano de saúde subsidiado pelo governo americano (*Medicare*). Motivados por uma determinação da *Health Care Financing Administration*

(HCFA), o Congresso americano já havia anunciado, no final de 2000, uma redução nos valores do reembolso de 49 fármacos utilizados no tratamento de câncer e hemofilia. Outros aspectos administrativos, que são diretamente relacionados aos aspectos de política de saúde, governamental e privada, referiam-se a discussão sobre inclusão de protocolos de pesquisa em tratamentos cobertos pelas instituições financiadoras e, talvez o mais debatível, critérios de cobertura. Uma série de profissionais, médicos e não médicos, participam das discussões e planos, principalmente no que diz respeito a informação e comunicação, sendo que artigos em jornais como *The New York Times* e o *USA Today* foram alguns dos passos no sentido de informar o público leigo. Os critérios de reembolso não se prendem em detalhes técnicos de nomenclatura ou contratos e os debatedores enfocam uma visão que ultrapassa discussões menores do que a necessidade real do paciente frente as opções crescentes de tratamento disponíveis. É reconhecido que o progresso médico frequentemente é mais rápido do que a adaptação da legislação.

Notas-se que se reforça, em unanimidade, a necessidade de uma política de atuação oncológica baseada em qualidade e consciência. As estratégias utilizadas para estabilização de custos não devem ser baseadas em detrimento do progresso científico ou atendimento pleno aos pacientes, assim como os debates crescentes reconhecem a necessidade de estratégias em parceria com financiadores, que permita que se prossiga tal progresso e atendimento. Definitivamente o melhor não é necessariamente o mais caro e, tampouco, o mais barato.

FARMACOECONOMIA

A análise econômica em oncologia é complexa, a partir do momento que deve conter variáveis de mensuração muito difícil, como qualidade de vida e custo aplicado para ganho de sobrevida. Alguns conceitos facilitam o entendimento dos cenários principais envolvidos em oncologia (LYMAN, 2001):

Cenário 1. A sobrevida é a mesma para o tratamento A e B, mas o custo com o tratamento A é, por exemplo, o dobro. O cenário representa a perspectiva de custo-minimização. Em tese, o tratamento A deveria ser sempre preferido, mas em certas condições, custos associados (como hospitalização, complicações e medicamentos domiciliares associados) não são medidos. A realidade eventualmente sugerida e eticamente criticada é de que a contribuição financeira do tratamento A e do B sejam diferentes e esse item passe a ter peso na equação.

Cenário 2. O custo entre os tratamentos é o mesmo, mas a sobrevida do tratamento A é, por exemplo, de 12 meses e a do tratamento B é de 9 meses. Define o conceito de custo-efetividade. O conceito de custo por ano de vida adquirido uniformiza a linguagem, mesmo que se trate de tempo teórico. Não existe, absolutamente, consenso sobre qual o valor razoável em saúde pública. Em situações assistenciais pontuais a discussão fica ainda mais complexa.

Cenário 3. O custo e a sobrevida são o mesmo, mas a preferência do paciente pelo tratamento A, comparado ao B é de 1:1/3. Inclui na equação, o chamado ajuste por ganho com qualidade.

Em resumo, os 3 cenários, simplificados aqui, ilustram princípios de análise de custos e demonstram não só a necessidade de análise dos desfechos clínicos, mas dos custos envolvidos. Os princípios farmacoeconômicos deveriam orientar todos os aspectos do atendimento médico. Em menor escala, a tomada de decisão em consultório, sobre a prescrição do analgésico que o paciente irá comprar na farmácia, para seu uso domiciliar, é um pequeno ensaio de julgamento sensato em fármaco-economia. A decisão por medicamentos, mesmo adequada, de custos insustentáveis pode definir inviabilidade e má adesão aos tratamentos. Pela complexidade e custos elevados em várias

etapas do atendimento ao paciente com câncer, os conceitos de custo eficácia (medida de quanto o procedimento traz de mais benefícios do que prejuízo), efetividade (avalia quanto a droga oferece de resultados em condições clínicas) e eficiência (medida de quanto vale a pena aplicar o recurso) (GOLDSPIEL, 2000) se fazem necessários. Desde o método de diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento. É no tratamento, entretanto, que se observa o impacto mais agudo. Tratando-se de tratamentos oncológicos, cujas coberturas são assumidas pelas operadoras de saúde, a preocupação com redução de custos é quase utópica, principalmente numa realidade mercadológica retratada em um cenário em que o modelo vigente é o de *fee for service* (ou cobrança conforme utilização). No contexto atual da assistência a saúde, é praticamente impossível evitar o dilema ético envolvido pelas regras do sistema (EDDY, 1991; DESCH, 1997). Estudos apresentavam análises de custos com base em estimativas frágeis e empíricas feitas pelos autores. Mesmo que siga muito tímida, a discussão e literatura sobre análise econômica e conceitos relacionados com custo, estão nitidamente aumentando em número e qualidade (CHIRIKOS, 2001; EARLE, 2000).

RELAÇÃO ENTRE PLANO DE SAÚDE E ONCOLOGISTAS

Algumas vezes, porém, no intuito de cortar custos, as operadoras de saúde implementam medidas administrativas que ferem o livre exercício da medicina, a autonomia do médico, do paciente e o bom andamento do tratamento. A consulta realizada ao Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP) sobre a legitimidade da utilização de rigidez científica (somente estudos chamados de fase III, isto é, estudos randomizados inequívocos), para definição dos limites de autorização de tratamentos oncológicos, é um exemplo típico do ambiente de relação entre oncologista, pacientes e planos de saúde.

Um debate ainda mais caloroso foi levantado após publicação de reportagem sobre o fato de que os oncologistas conseguem lucros significativos com a operação compra e aplicação dos quimioterápicos (ABELSON, 2003). O artigo publicado no *The New York Times*, abordou detalhadamente os vários pontos polêmicos da relação que os oncologistas americanos chamam de "concessão de quimioterapia". Em um modelo em que a compra dos fármacos é feita com descontos estimulantes e o repasse para a operadora de saúde é feito conforme tabelas pré-acordadas, uma soma impressionante de dinheiro garante os recursos para a correta manutenção da prestação do serviço, mas por outro lado, toca em várias questões do chamado "incentivo perverso" (DESCH, 1997; ABELSON, 2003). Para acalorar a discussão, trabalho apresentado no encontro do *National Institute of Health*, descreveu uma análise em que 30% dos pacientes que receberam quimioterapia nos últimos 6 meses de vida, apresentavam critérios objetivos de definida refratariedade ao tratamento (EMANUEL, 2001). Estes achados sugerem fortemente que existam tratamentos superindicados e dá subsídio para os críticos.

Nos EUA, o *Medicare* (destinado a população cuja admissão passa por preenchimento de critérios de carência financeira e aprovação pelo governo) gasta em torno de U\$ 6,5 bilhões anualmente com drogas que são administradas ambulatorialmente. Estima-se, que no modelo vigente, o governo americano está pagando mais de U\$ 1 bilhão acima do que os fármacos realmente custam. Várias seguradoras estão olhando com mais cuidado para esse assunto. Em alguns casos, em que o paciente tem participação no pagamento do serviço, o custo acaba sendo maior do que a compra direta da medicação, mesmo que o paciente tenha cobertura pelo convênio. Os descontos conseguidos, no EUA, podem ultrapassar 80%. As companhias farmacêuticas também foram acusadas de usar os descontos na venda dos quimioterápicos para influenciar os médicos (ABELSON, 2003). A própria comunidade oncológica internacional reconhece que

o modelo de remuneração justa de honorários, sem o lucro gerado pela operação de compra e repasse dos quimioterápicos é mais "palatável" (*AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY*, 2003). A grande reivindicação dos oncologistas é o reconhecimento de que o resultado da operação essencialmente comercial entre as pessoas jurídicas envolvidas é uma prestação de serviço que, quando bem gerenciada, pode otimizar recursos. O conceito é válido, mas carece de instrumentos de mensuração adequado. A revisão ampla das relações entre clínicas de oncologia e seguradoras deve ser estimulada, para garantir uma simbiose estável e interessante para todos os envolvidos, principalmente o paciente.

Em uma coalizão que representava mais de 50.000 especialistas em tratamento de câncer, a *American Federation of Clinical Oncology Societies* (AFCOS) desenvolveu 15 critérios básicos para a escolha de um plano de saúde considerado de alta qualidade (*AMERICAN FEDERATION OF CLINICAL ONCOLOGY SOCIETIES*, 2002). Os critérios foram apresentados no Congresso americano, e cobriam as seguintes áreas:

- **Acesso ágil:** pela necessidade de identificação o mais precoce possível e sucesso terapêutico diretamente relacionado a precocidade da intervenção, o acesso ao especialista deve ser facilitado.
- **Acesso ao tratamento oncológico:** seja manejo considerado tradicional ou protocolos experimentais, uma vez que o paciente tenha indicação de tratamento, a cobertura deve ser completa e irrestrita.
- **Acesso a Cuidados de Suporte:** o modelo de *home-care* deve ser disponível, uma vez que uma parte importante dos pacientes pode vir a evoluir para situação em que a alternativa exclusiva será manejo de suporte.
- Não exclusão para patologias pré-existentes, condições genéticas ou outros fatores de riscos: algumas operadoras recusam ou excluem usuários, com base nas condições pré-ingresso ou pré-mórbidas.

Evidentemente, os critérios estabelecidos pela AFCOS não foram feitos com a participação das seguradoras e operadoras de planos de saúde. Fica a necessidade de discussão sobre a viabilidade atuarial e precificação de um plano de saúde com as características definidas como essenciais.

Passou a se discutir, também, estratégias de otimização dos recursos disponíveis, como a criação de centros de atendimento com administração participativa. Em outras palavras, instituições que compartilham riscos do gerenciamento de tratamentos oncológicos com as financiadoras e outras instituições de menor porte (WELLER-FERRIS, 2002). A maximização de recursos humanos, com redução de custos administrativos e ampliação do mercado assistido, pode significar a sobrevivência e viabilidade de alguns centros.

LIMITES CONTRATUAIS: TRATAMENTOS EXPERIMENTAIS

Entre as maiores queixas mundiais contras as operadoras e planos de saúde, além de procedimentos corriqueiros de caráter estético ou especialidades não médicas sem cobertura contratual, estão as exclusões por caráter experimental do tratamento (STUDDERT, 2003).

Até alguns anos, algumas empresas de seguros médicos nos EUA, recusavam-se a reembolsar fármacos e tratamentos que não tivessem aprovação formal específica (classicamente chamado de uso *off-label*). O problema maior, já discutido há anos, é que pacientes deixavam de receber tratamentos considerados apro-

priados, pelo fato da não aprovação formal (EISTEIN Jr, 1990). Após extensivo *lobby* das sociedades representativas, o governo americano aprovou lei em 1994, que garantia cobertura aos tratamentos *off-label* (BAILES, 1994). No Brasil, o mais próximo da discussão, foi a publicação da lei 9656/98, que determinou que novos contratos deveriam dar cobertura aos tratamentos oncológicos. A lei isenta a responsabilidade de cobertura para tratamentos experimentais e de uso domiciliar (que, teoricamente, seguiria responsabilidade do governo). A discussão de tratamento domiciliar é relativamente simples (mas deve ser ampliada), mas o conceito de tratamento experimental é amplo e, por vezes, muito debatível.

Nos anos recentes, houve um grande aumento no número de publicações de avaliações econômicas de medicamentos específicos. Muitos dos estudos, patrocinados pelas indústrias farmacêuticas cujos produtos são objeto de avaliação, são questionados fortemente pela tensão óbvia entre o desejo de efetuar estudos que demonstrem vantagens metodológicas e o desejo de aderir a bons princípios científicos (BARBIERI & DRUMMOND, 2001; HILLMAN, 1991). Muitos desses estudos têm sido as sustentações científicas apresentada para justificar a prescrição de fármacos de superioridade questionável (MORGAN, 2000). Alguns autores chegam a defender a tese de que drogas recentemente descritas não têm qualquer influência sobre eventuais impactos em resposta ou sobrevida (GARATTINI, 2002), mas chegam a custar várias vezes mais, em alguns casos até 350 vezes mais caras do que os fármacos tradicionais. O entendimento das operadoras, por outro lado, quando munidos de conhecimento técnico adequado, contrapõe com a limitação contratual de tratamentos experimentais e tenta criar todos as alternativas para evitar inviabilidade atuarial. Reforça-se, nesse sentido, que os fármacos não são experimentais, mas sim os protocolos de tratamento no contexto específico do paciente em questão. Resta saber, em última instância, qual o entendimento jurídico, em situações em que haja discussão e demanda judicial. Recentemente, o Foro Central de São Paulo julgou que os planos de saúde não precisam cobrir tratamentos mais caros por preferências do segurado (DO RIO, 2004). O caso específico referia-se a utilização de radioterapia conformacional 3D em detrimento a radioterapia convencional em linfoma não Hodgkin *bulky*, que não foi coberta pelo plano.

A verdade é que é bem claro o conflito de interesse já no chamado viés de publicação, em que estudos com resultados desfavoráveis a indústria farmacêutica são muito menos publicados do que estudos positivos. Mesmo não havendo falhas metodológicas especificamente em cada estudo, revisões de literatura oncológica comprovam a tendência de mais publicações com resultados positivos (FRIEDBERG, 1999).

O CUSTO ELEVADO

O desperdício, também, passa a ser um ponto de debate e preocupação, mesmo em países ricos. O velho adágio "não jogue fora o bebê com a água do banho" foi discutido referindo-se aos riscos do descuido com as finanças (INGRAN, 2003). As despesas com saúde, nos EUA, ultrapassam US\$ 128 bilhões por ano. A impressionante cifra, representa 13,6% acima do que se gastava em 1999. A maioria desses 13,6%, entretanto, foi pelo aumento da demanda (10,8%) e a menor parte pelo aumento real dos preços dos insumos (3,9%). Em outras palavras: o número de pacientes que necessita e tem acesso a tratamentos está aumentando. Em oncologia não é diferente. O envelhecimento da população e o acesso mais disponível para tecnologias sofisticadas, agregado aos ajustes legais estabelecidos pela lei 9656/98, fizeram o número de tratamentos oncológicos aumentar assim como o custo de cada paciente incluído em tratamento. Dados referentes ao Brasil não são disponíveis. Descreve-se, entretanto, um cenário de penúria na área de saúde, apesar de tratar-se do ministério com o maior

orçamento, a cifras chegam próximas a U\$ 9 bilhões (TEIXEIRA, 2003).

Mais um fator definitivamente significativo é o preço elevado do produto, mesmo os mais tradicionais: fármacos oncológicos são de custo elevadíssimo. As indústrias farmacêuticas declaram gastos aproximados de U\$ 2,7 bilhões anualmente em propaganda e outros U\$ 33 bilhões na pesquisa e desenvolvimento de novas drogas (MARCUS, 2003). O investimento, de uma forma ou outra, deve retornar aos investidores, principalmente nos primeiros 10 anos, enquanto existe maior proteção a patente dos novos fármacos. O certo é que as indústrias farmacêuticas relataram vendas de U\$ 145 bilhões em 2002 (SCHERER, 2004). Esta escalada de custos tem motivado políticas públicas e privada de controle de preços. O controle de preços traz, entretanto, um desconfortável "efeito-colateral", que inclui a perda de capital da indústria farmacêutica, levando a redução de investimentos em pesquisa e desenvolvimento de novas drogas e diminuindo a esperança de surgimento de opções que possam contribuir no combate das doenças neoplásicas. As indústrias farmacêuticas argumentam, também, que o benefício do uso de drogas cara representa economia em termos de internações e complicações (DAVIDOFF, 2001; CALFEE, 2001). Não há dúvidas da verdade desses fatos, mas a questão é: quanto é exatamente o custo do progresso? Os diversos estudos de custo-efetividade mostram que os tratamentos, mesmo que efetivos, não necessariamente trazem redução de despesas. Aspectos éticos estão fortemente envolvidos nesse tema. Sabe-se claramente, que o mercado de fármacos oncológicos é de interesse global da indústria farmacêutica, devido a trata-se de um mercado de forte demanda e alta lucratividade. A verdade é que a determinação do preço dos medicamentos pelas empresas privadas ou pelo governo é um exercício muito difícil, uma vez que essa atividade envolve métodos que não são absolutamente objetivos e podem variar consideravelmente. Muito se debate sobre o respeito à propriedade intelectual das indústrias que desenvolvem medicamentos inovadores, mas freqüentemente o preço (que, é verdade, não significa mesma coisa que custo) é incompatível com a disponibilidade de recursos sociais públicos ou privados.

Um exemplo muito claro do que significa a incorporação de novas tecnologias refere-se à neoplasia de cólon. As novas drogas trouxeram aumento em termos de sobrevida global, às custas de aumento impressionante de cifras envolvidas. Em recente discussão (SCHARG, 2004) os números mostravam um aumento de U\$ 63,00 para U\$ 30.675,00 para oito semanas de tratamento. Como médicos, individualmente pensando, temos obrigação de oferecer e discutir sempre a melhor opção para nosso paciente, mas na perspectiva social o tema nos obriga a debater um aspecto muito mais complexo: quando ou quantos podem pagar pelas novas tecnologias. Qualquer que sejam as fontes pagadoras, públicas ou privadas, as bases atuariais devem ser repassadas invariavelmente para os consumidores do seguro pelo princípio securitário básico. No Brasil, o repasse é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde assim como pelo próprio mercado de clientes que não suporta mais achatamentos de seus recursos. Os últimos índices autorizados de repasses foram inferiores a inflação médica, principalmente na área de oncologia. Uma estratégia sustentável que está sendo debatida é a revisão das coberturas impostas aos planos de saúde, para que a base de cálculo atuarial de mensalidades não gerasse inviabilidade econômica. A proposta, já discutida nos EUA (SCHNEIDER, 2004) e no Brasil (MENDONÇA, 2004) é que o estado assumira a responsabilidade de procedimentos de alta complexidade (transplantes, implantes de materiais de alto custo, cirurgias inovadoras) e mantenha o controle sobre coberturas consideradas básicas e de complexidade moderada. No cenário público, a responsabilidade do gestor de identificar se a mesma quantia de recurso não poderia ser aplicado em outro setor, para definitivamente salvar mais vidas (como consertar uma estrada, por exemplo) é mais conhecida. Não podemos nos furtar de trazer esta discussão para a área privada.

CONCLUSÕES

É preciso, portanto, resgatar alianças éticas entre pagadores e prestadores, ampliando o intercâmbio de informações sobre economia e saúde. Análises fármaco-econômicas e a implantação de programas específicos de ajustes em tratamentos oncológicos não resolvem totalmente o conflito entre a necessidade de atendimento médico qualificado e especializado, desejos dos pacientes, conflitos de interesses e limitação de recursos financeiros, mas são fundamentais para implementação de modelo equilibrado. Esforços especiais devem ser feitos no que diz respeito a minimizar o desperdício e evitar ineficiência, que passa certamente por bom treinamento técnico dos profissionais envolvidos. O entendimento do sistema e logística atual são inequívocos instrumentos para identificação da chave para corrigir o modelo vigente. O respeito pela propriedade intelectual da indústria de pesquisa deve ser prestigiado assim como discussões amplas de precificações são fundamentais, ajustadas para realidade nacional. A exemplo de movimentos em vários países do mundo, o debate por honorários compatíveis é legítimo e modelo de remuneração deve ser sustentado na prestação de serviço, trazendo alternativa à lógica comercial prevalente. Em resumo, o enfoque individualizado nas distorções é obrigatório e generalização dos problemas é inadequada e desvaloriza os bons profissionais. Deve ficar claro que somos um país pobre tendo que oferecer uma medicina cada vez mais cara, e participar da busca de alternativa sustentável é obrigação de todos os envolvidos neste cenário.

REFERÊNCIAS

- ABELSON, Reed. *Drugs Sales Bring Huge Profits, and Scrutiny, to Cancer Doctors*. The New York Times, New York, 26 jan. 2003. Suplemento Business, p.4-5.
- AMERICAN FEDERATION OF CLINICAL ONCOLOGY SOCIETIES. *Cancer Professionals Identify Essential Criteria for Choosing Health Insurance Plans*. Atlanta, 15 dez. 1999. Disponível em: <<http://www.asco.org/ac/21-0003,00.asp>> Acesso em 12 mar 2003.
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. *New York Times Response*. New York, 29 jan. 2003. Disponível em: <<http://www.asco.org/ac/21-0001.asp>> Acesso em 12 mar 2003.
- BAILES, Joseph. *Use and coverage of novel cancer agents in managed care*. Semin Oncol, v.21, p. 34-36, 1994.
- BARBIERI, Marco; Drummond, Michael. *Conflitos de Interesses em Avaliações Econômicas Patrocinadas pela Indústria: Real ou Imaginário*. Current Oncology Reports Brasil, (6): 321-325, 2001.
- BLUMENTHAL, David. *Controlling health care expenditures*. N Engl J Med, v. 244, p. 766-799, 2001.
- CALFEE, John. *Pharmaceutical Price Controls and Patient Welfare*. Ann Inter Med, v.134, p. 1060-1071, 2001.
- CHIRIKOS, Tom. *Economic analysis of cancer treatment costs: another tool for oncology managers*. J Oncol Manag, v. 10, n.3, p.11-17, 2001.
- DAVIDOFF, Frank. *The Heatbreak of Drug Princig*. Ann Int Med, v.134, n.11, p.1068-1071, 2001.
- DESCH, Christopher. *Pharmacoeconomics: A Scientific Approach to Resource Allocation at the Bedside*. ASCO Ed Book, v33, p:180-183, 1997.
- DO RIO, Cristiane. *Plano não precisa cobrir tratamento mais caro por preferência do segurado*. Gazeta Mercantil, 13 de agosto de 2004.
- DRUMOND, José Geraldo de Freitas. *Conflitos Éticos na Relação entre Médicos e Prestadoras de Serviços*. Medicina Conselho Federal, v17, n. 134, p.8-9, 2002.
- EARLE, Cristopher et al. *Systematic overview of cost-utility assessments in oncology*. J Clin Oncol, v. 18, n.18, p.3302-3317, 2000.
- EDDY, Dan. *The individual vs society: resolving the conflict*. JAMA, v. 265, p. 2399-2406, 1991.
- EINSTEIN Jr, Albert. *Societal Issues in Oncology*. In: De Vitta, Vicente (Org.). Cancer Principals and Practices of Oncology. 5th ed. Philadelphia. Lippincot Raven, 1997. Cap.57, p. 2061-2065.
- EMANUEL, EZEKIEL et al. *How Much Chemotherapy Are Cancer Patients Receiving at the End of Life?* In: NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH METTING, 2001, Bethesda. Annals, 2001, Abstr 953.
- FRIEDBERG, Mark et al. *Evaluation of Conflict of Interest in Economic Analyses of New Drugs Used in Oncology*. JAMA, v. 282, p. 1453-1457, 1999.
- GABE, Jerome et al. *Job-based health insurance in 2000: premiums rise sharply while coverage grows*. Health Aff, n,19, v.5, p. 144-151, 2000.
- GARATTINI, Silvio; BERTELE, Vittorio. *Efficacy, safety and cost of new anticancer drugs*. BMJ, v. 325, p. 269-271, 2002.
- GOLDSPIEL, Barry. *Oncology Pharmacoeconomics*. Medscape Pharmacists, n.1, v1, p.5-8, 2000.
- HILLMAN, Allan et al. *Avoiding bias in the conduct of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical industry*. N Eng J Med, v. 324, p.1362-1365, 1991.
- INGRAM, Robert. *Counting the True Cost and Value of Medicine*. The Oncologist, v8, p.2-4, 2003.
- LYMAN, Gary, DJULBEGOVIC, Benjamin. *Understanding economic analyses*. Evidence Based Oncology, v.2, n.1, p.152-156, 2001.
- MARCUS, Edward. *When TV commercial play the doctor*. The New York Times, 03 de janeiro, 2003.
- MENDONÇA, ANTÔNIO. *Ainda sobre Saúde*. Folha de São Paulo, 22 de outubro de 2004.
- MORGAN, Samuel; BAKER, Mark; EVANS, Robert. *Health economists meet the fourth tempter; drug dependency and scientific discourse*. Health Econ, v9, p.659-667, 2000.
- SCHARG, Debora. *The price Tag on Progress*. N Engl J Med, 351: 317-9. 2004
- SCHERER, FM. *The pharmaceutical Industry - Prices and Progress*. N Eng J Med, 351: 927-9; 2004.
- SOMERAI, Steve; AVRON, Jude. *Principals of education outreach (Academic detailing) to improve clinical decisions making*. JAMA, v.263, p. 549-556, 1990.
- STUDDERT, Dan; GRESENZ, Cristopher. *Enroller Appeals of Preservice Coverage Denials at 2 Health Maintenance Organizations*. JAMA, v.289, v.7, p. 864-870, 2003.

TEIXEIRA, Gisele; PRADO, Sérgio. *Saneamento e SUS, Prioridades da Saúde*. Gazeta Mercantil, Brasília, 21 jan 2003, p. C4.

THOMSOM, Mark et al. Review: *Educational outreach visits combined with additional interventions reduce inappropriate prescribing by physicians*. Evidence-Based Medicine, v.3, n4, p.128, 1998.

WELLER-FERRIS, Linda. *How to Create a Successful Joint Venture*. Oncology Issues, v. 17, n. 3, p. 20-23, 2002.