

Materiais e Medicamentos: vetores de custo no setor de saúde suplementar

Greice Maria Mansini dos Santos

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

Sumário executivo

- Nesse estudo, analisou-se a evolução do gasto com internações entre os anos de 2005 e 2010 para um plano de saúde com abrangência no estado de São Paulo.
- Foi analisada a evolução dos gastos com cada um dos itens que compõem as internações, tais como diárias e taxas hospitalares, honorários médicos, materiais e medicamentos.
- Na amostra de plano de saúde analisada, apesar da redução de 13,5% no número de beneficiários entre 2005 a 2010, o gasto com internações cresceu 54,4% nesse período, aumentado de R\$ 53,7 milhões para R\$ 82,2 milhões. A título de comparação, a inflação acumulada entre 2005 e 2010, medida pelo IPCA-IBGE, foi de 26,0%.
- Esse crescimento esteve relacionado à elevação do custo médio por internação, que passou de R\$ 4.064,66 em 2005 para R\$ 6.265,50 em 2010 (+53,6%).
- Os materiais respondem pelas parcelas mais expressivas do gasto hospitalar durante todo o período analisado (22,3% em 2005 e 33,0% em 2010), seguidos pelos medicamentos (22,1% em 2005 e 20,1% em 2010).
- Em termos absolutos, o gasto com medicamentos teve crescimento de 40,4% no período - de R\$ 11,9 milhões para R\$ 16,6 milhões. Para os materiais, esse crescimento foi de 128,7% (de R\$ 12,0 milhões para R\$ 27,3 milhões).
- O comportamento do gasto total com esteve em concordância com a elevação do custo médio (condicionado à utilização) desses insumos por internação, de 47,4% para os medicamentos (R\$ 1.249,18 em 2005 ante R\$ 1.841,00 em 2010) e de 118,7% para os materiais (R\$ R\$ 1.234,49 ante R\$ 2.823,47).
- Estes resultados suscitam discussões quanto ao impacto da incorporação de novas tecnologias nos gastos assistenciais das operadoras de planos de saúde e indicam a importância do gerenciamento de medicamentos e, especialmente, de materiais para o processo administrativo das operadoras de plano de saúde.

1. Introdução

A experiência de vários países mostra que o crescimento das despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde é normalmente maior que a inflação geral. Para o Brasil, Os dados mais recentes mostram que o crescimento dos custos médico-hospitalares (VCMH-IESS) para o período de junho de 2011 a junho de 2012 foi de 16,4%, enquanto a variação do índice de preços ao consumidor amplo (IPCA-IBGE) foi de 6,1%. O comportamento de aumento dos gastos com assistência à saúde no setor de saúde suplementar está relacionado tanto à maior utilização dos serviços de saúde quanto à elevação do custo dos atendimentos.

A frequência de utilização reflete as modificações no perfil demográfico e epidemiológico da população. À medida que esta se torna mais envelhecida, aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), cujo tratamento, geralmente complexo e prolongado, implica a maior procura por serviços de saúde. Essa complexidade assistencial, associada, principalmente, ao incremento tecnológico e à expansão do rol de procedimentos de cobertura obrigatória pela agência reguladora, eleva o custo médio dos procedimentos no setor de saúde suplementar.

A tendência de gastos crescentes tem sido mais evidente nas instituições hospitalares, onde materiais médicos¹ e medicamentos respondem por 25% a 40% do gasto total (VECINA NETO e FERREIRA JUNIOR, 2001; MOTA, 2008). Para as operadoras de planos de saúde, essa parcela pode ser ainda maior, superior a 50%. Entre as instituições pertencentes à Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), por exemplo, esses insumos responderam por 27,6% das despesas no ano de 2011, e a representatividade para receita, proveniente majoritariamente de operadoras de planos de saúde, foi maior, de 51,6% (ANAHP, 2012).

Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo analisar a evolução do gasto total com serviços hospitalares e, mais especificamente, do gasto com materiais e medicamentos para o período de 2005 a 2010. Para isso, foram utilizados os registros administrativos de uma operadora de planos de saúde.

¹ São materiais de consumo utilizados diretamente na produção de serviços de saúde. Estão excluídos, portanto, os materiais considerados permanentes, como equipamentos, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos os produtos de uso clínico ou cirúrgico, de radiologia, de laboratório etc. Os medicamentos podem ser considerados como materiais médicos, mas, por sua importância estratégica para as ações de saúde, são usualmente tratados como um grupo a parte (Vecina Neto e Reinhardt Filho, 1998).

2. Fonte de dados

A operadora analisada atua sob a modalidade de autogestão, oferece a seus beneficiários sete tipos de planos de saúde com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e possui abrangência no estado de São Paulo. Para os atendimentos em regime de internação, não há previsão contratual de coparticipação e, portanto, a remuneração dos hospitais compete exclusivamente à operadora.

A análise da evolução dos gastos hospitalares foi conduzida a partir dos registros de sinistro da empresa, que contém, entre outras informações, o código do beneficiário, as datas de internação e alta, o código do item utilizado e o valor pago ao prestador. Por não existir um código específico que identificasse cada internação, foram consideradas como despesas de um mesmo episódio aquelas que, para um mesmo código de beneficiário, fossem registradas com as mesmas datas de internação.

3. Evolução do número de beneficiários e do gasto assistencial.

Entre 2005 e 2010, o número de beneficiários da operadora de autogestão passou de 67.652 para 58.511 - uma redução de 13,5%. Apesar disso, o gasto com serviços de saúde teve crescimento de 62,1% no período (de R\$ 91,9 milhões para R\$ 148,9 milhões), enquanto a inflação acumulada, medida pelo IPCA, foi de 26,0%.

O gasto assistencial pode ser decomposto, segundo modalidade de atendimento, em hospitalar ou ambulatorial. O primeiro relaciona-se a procedimentos realizados em regime de internação hospitalar e o último a atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, sem necessidade de internação.

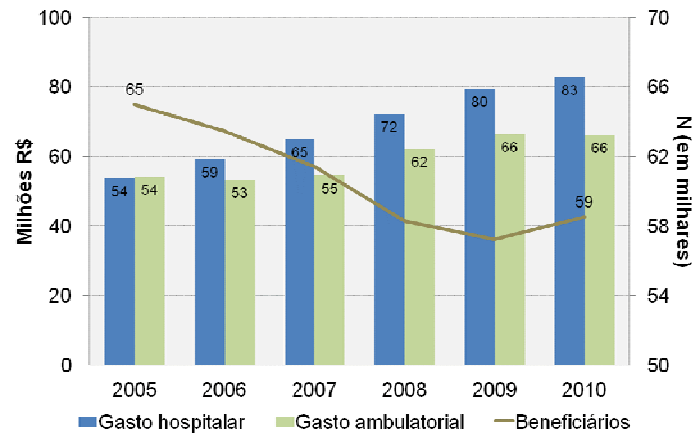
Como se observa na Figura 1, o gasto ambulatorial, que era de R\$ 54,1 milhões em 2005 passou para R\$ 66,1 milhões em 2010, um crescimento de 22,3%. O gasto hospitalar teve um crescimento ainda maior no período, de 54,4%, passando de R\$ 53,7 milhões para R\$ 82,8 milhões.

Ao contrário da despesa ambulatorial, o gasto com internações teve sempre variação positiva e superior à inflação, com exceção do último período analisado - 2009 a 2010 (Figura 2). Para as duas modalidades de atendimento, a maior variação positiva do gasto foi observada entre os anos de 2007 e 2008.

Portanto, nota-se que, na operadora estudada, a variação positiva do gasto assistencial total está mais diretamente relacionada ao crescimento das despesas com internações. De fato, a literatura aponta que os componentes etário e tecnológico são mais importantes para os gastos hospitalares em relação aos ambulatoriais (VIEGAS et al., 2010). Assim, com o

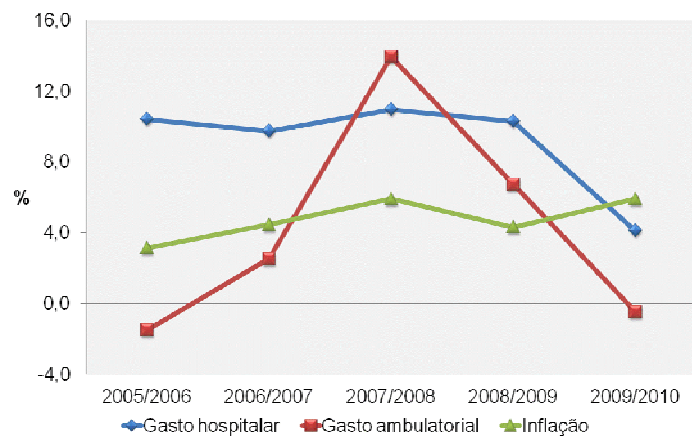
envelhecimento populacional e a incorporação de novas tecnologias, as despesas hospitalares tendem a crescer mais que as ambulatoriais.

Figura 1 – Número de beneficiários e gasto assistencial. Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Figura 2 – Variação anual dos gastos ambulatorial e hospitalar e inflação (%). Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Dados básicos da operadora; IPCA-IBGE.

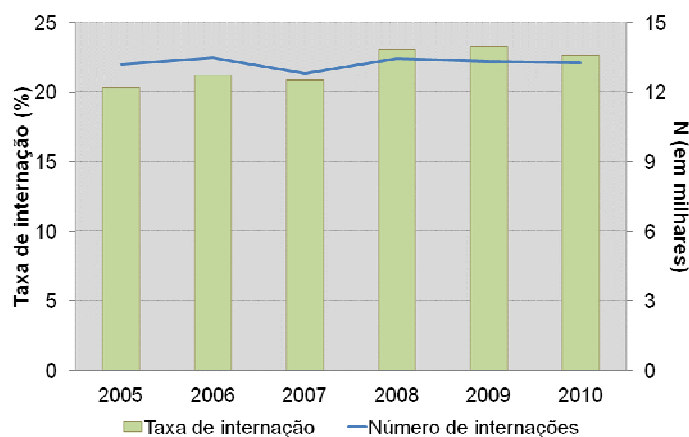
4. Frequência de utilização e custo médio por internação.

A variação do gasto com determinado serviço de saúde está relacionada a modificações na frequência de utilização e no custo médio por atendimento.

Em relação à taxa de internação², houve pequeno aumento no período analisado, de 2,4 pontos percentuais. Em 2005, a frequência de utilização foi de 20,3% (13.196 internações) e, em 2010, de 22,7% (13.258 internações), como apresentado na Figura 3. Essas taxas são altas quando comparadas às registradas pelo conjunto das 140 empresas associadas à União Nacional das Autogestões (UNIDAS)³, que se manteve constante em 14% entre 2006 e 2010.

Ressalta-se, no entanto, que a carteira de beneficiários da operadora analisada tem um perfil diferenciado, mais envelhecido, o que pode levar a taxas de internação elevadas. Além disso, a contagem de internações pode ter sido superestimada por inconsistências no registro das datas de alta na base de dados disponibilizada, de acordo com a metodologia utilizada para a identificação de eventos.

Figura 3 – Taxa de utilização e número total de internações. Autogestão, 2005 a 2010.



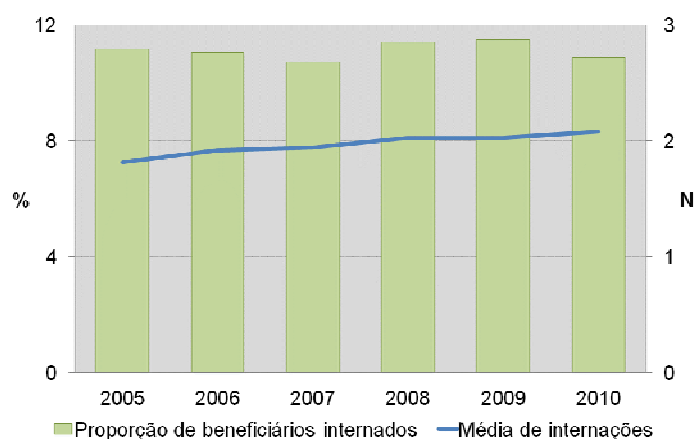
Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

² Razão entre o número de internações e o número de beneficiários.

³ Trata-se de um grupo muito heterogêneo, portanto qualquer comparação deve ser vista com cautela.

Ao se analisar apenas a proporção de beneficiários internados, os resultados para a operadora são mais próximos aos observados para a UNIDAS, variando entre 11,2% em 2005 e 10,9% em 2010, de acordo com a Figura 4. As elevadas taxas de utilização se devem, portanto, ao número de reinternações. No primeiro ano analisado, cada beneficiário que utilizou serviços hospitalares teve, em média, 1,8 internação e, em 2010, esse número foi maior, de 2,1 internações por beneficiário

Figura 4 – Proporção de beneficiários que utilizaram serviços hospitalares e número médio de internações condicionado à utilização. Autogestão, 2005 a 2010.

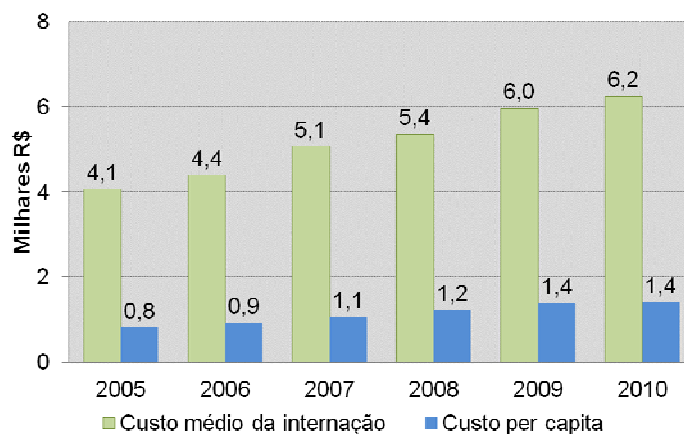


Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Em relação ao custo médio por episódio, houve tendência de crescimento durante praticamente todo o período, passando de R\$ 4.064,66 em 2005 para R\$ 6.265,50 em 2010, uma elevação de 53,6%, como se verifica na Figura 5.

Assim, as alterações no padrão de utilização e, mais acentuadamente, no custo médio por episódio impactaram o custo per capita com internações (Figura 4). Em 2005, oferecer serviços hospitalares onerou a operadora em R\$ 825,67 por beneficiário e, em 2010, esse valor foi 71,0% maior, de R\$ 1.415,12.

Figura 5 – Custos médio e per capita das internações. Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

5. Decomposição do gasto hospitalar em itens assistenciais.

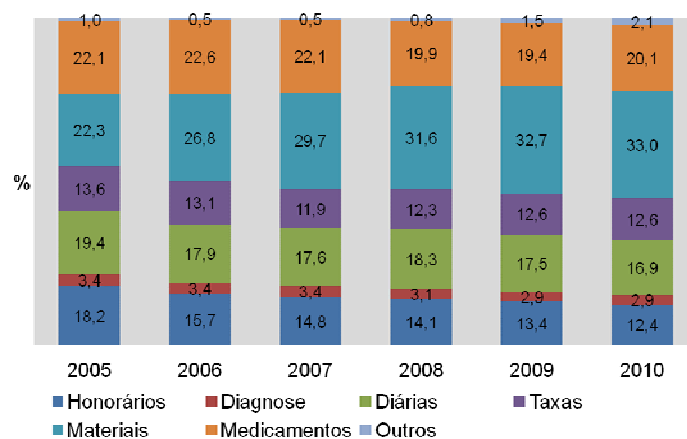
As informações de despesas da operadora com internações hospitalares foram classificadas neste estudo em seis itens assistenciais: honorários, exames diagnósticos, diárias, taxas, materiais e medicamentos. Esses dois últimos responderam pelas parcelas mais expressivas do gasto hospitalar em todo período analisado, como se observa na Figura 6.

Em 2005, materiais e medicamentos detinham parcelas similares do gasto hospitalar (respectivamente 22,3% e 22,1%), seguidos por diárias (19,4%), honorários médicos (18,2%) e taxas hospitalares (13,6%). Exames diagnósticos foram menos representativos, respondendo por 3,4% do gasto.

Entre 2005 e 2010, a contribuição relativa de materiais aumentou em 10,7 p.p., chegando a 33,0%. Conseqüentemente, todos os demais itens tiveram sua parcela do gasto reduzida no período analisado, principalmente os honorários médicos, cuja representatividade diminuiu para 12,4% em 2010 (-5,8 p.p). Neste mesmo ano, os medicamentos responderam por 20,1% do dispêndio (-2,0 p.p) e os exames diagnósticos mantiveram a baixa representatividade, de 2,9% (-0,5 p.p).

Considerando a importância relativa de materiais e medicamentos para o gasto com internações, as despesas com esses insumos serão analisadas mais detalhadamente na próxima seção.

Figura 6 - Contribuição relativa de itens da internação para o gasto hospitalar total. Autogestão, 2005 a 2010.



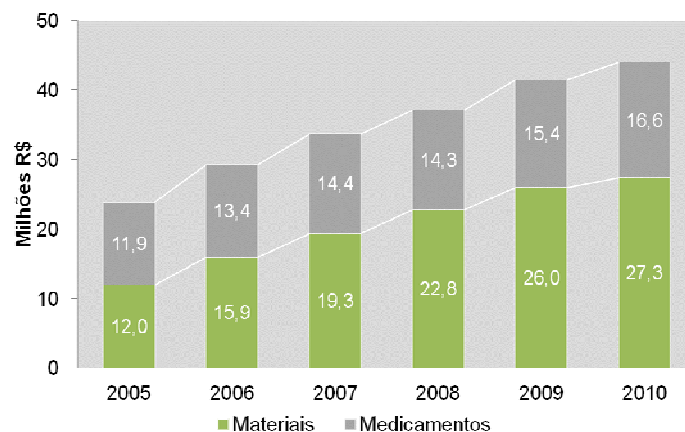
Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

6. Gasto com materiais e medicamentos

A variação anual do gasto da operadora com materiais e medicamentos utilizados em regime de internação hospitalar entre 2005 e 2010 foi sempre positiva (Figura 7). Para os medicamentos, o dispêndio teve crescimento de 40,4% - de R\$ 11,9 milhões, em 2005, para R\$ 16,6 milhões em 2010. Para os materiais, esse aumento foi ainda mais expressivo, de 128,7% (de R\$ 12,0 milhões para R\$ 27,3 milhões).

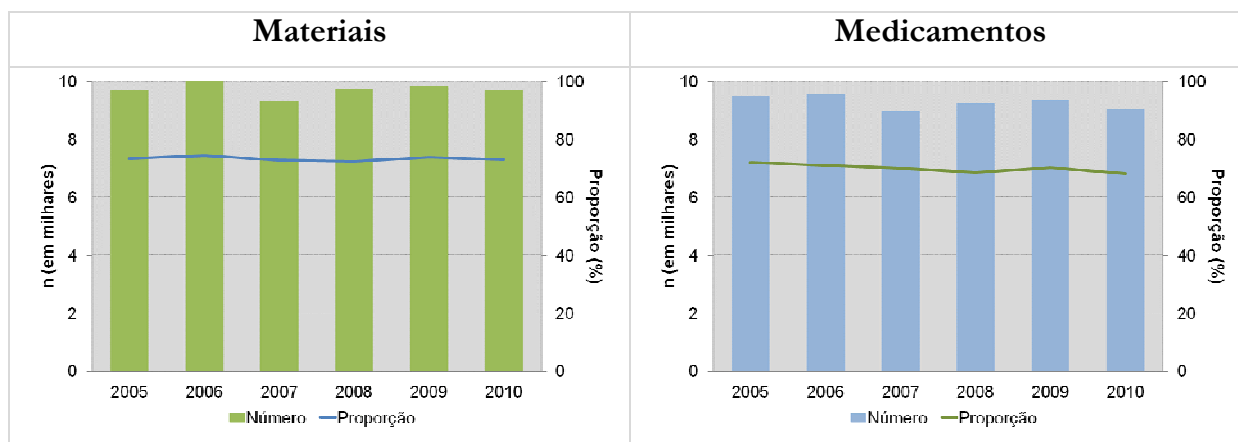
Como acontece para as despesas com serviços de saúde, o comportamento do gasto com itens assistenciais, como materiais e medicamentos, também pode ser explicado por modificações na frequência de utilização e/ou no custo médio por atendimento. Quanto à primeira, houve tendência de redução no período da análise, embora pouco expressiva, conforme Figura 8. Em 2005, a utilização de materiais médicos foi registrada em 73,4% das internações e a de medicamentos em 71,9%. Em 2010, essa frequência foi de 73,0% e 68,2%, respectivamente.

Figura 7 - Gasto hospitalar total com materiais e medicamentos. Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

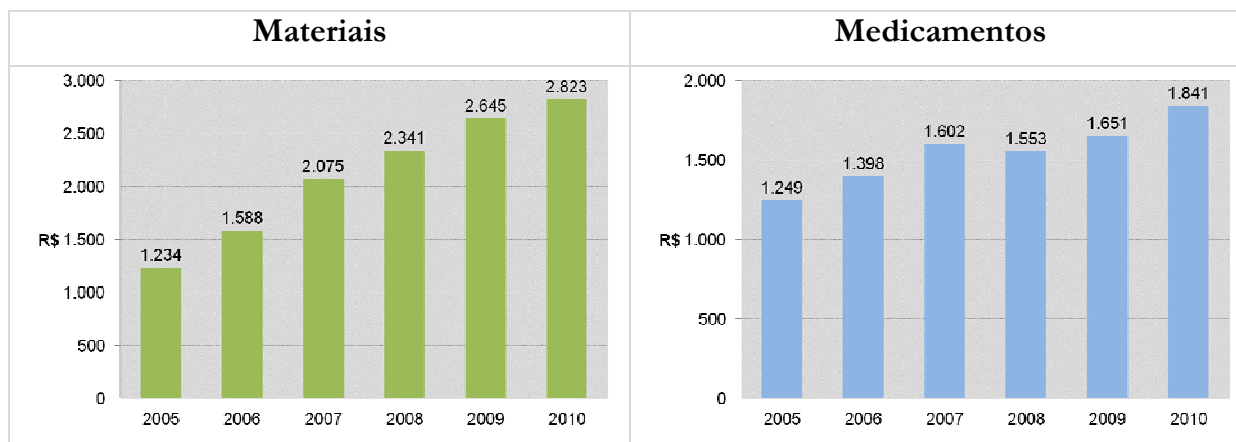
Figura 8 – Número e proporção das internações em que medicamentos e materiais foram utilizados. Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Em relação ao custo médio por internação, as variações foram mais significativas (Figura 9). Para os materiais, a tendência foi de crescimento durante todo o período, acumulado em 118,7%. Dessa forma, o custo médio destes insumos nas internações em que foram utilizados passou de R\$ 1.234,49 para R\$ 2.823,47. Para os medicamentos, o custo médio por internação (condicionado à utilização) cresceu acentuadamente entre 2005 e 2007, teve redução em 2008 e retomou a tendência de elevação em 2009, embora em menor ritmo. Considerando todo o período, o crescimento foi de 47,4% (de R\$ 1.249,18 para R\$ 1.841,00).

Figura 9 – Custo médio condicionado à utilização de materiais e medicamento por internação. Autogestão, 2005 a 2010.



Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora

Embora estejam inclusos de 3.000 a 6.000 itens de consumo dos hospitais sob a denominação genérica de “materiais e medicamentos”, os registros de sinistro disponibilizados não permitiram a desagregação exaustiva destes insumos.

Para os materiais, apenas as despesas com próteses, órteses e materiais especiais (OPME) puderam ser desagregadas do gasto total. Em 2010, o gasto com esses insumos foi de R\$ 7,7 milhões, 28,2% do dispêndio total com materiais. As OPME foram utilizadas em 931 internações e o custo médio por evento foi de R\$ 8.269,46. Em uma única internação, a operadora pagou R\$ 116.240,07 por estes materiais.

Já para os medicamentos, apenas as despesas com gases medicinais puderam ser desagregadas da totalidade de insumos. Em 2010, esses gases foram utilizados em 2.693 internações, ao custo médio de 498,20, onerando a operadora em R\$ 1,3 milhões - 8,1% do gasto com medicamentos.

7. Considerações Finais

Neste estudo, verificou-se que o gasto da operadora com internações apresenta tendência de crescimento, mesmo com a redução do número de beneficiários e a relativa estabilidade da taxa de internação. Materiais e medicamentos são os itens assistenciais que detêm a maior parcela dessa despesa e o gasto com materiais apresenta crescimento expressivo, tanto em termos absoluto quanto relativo.

Constatou-se, ainda, que a evolução do gasto está mais relacionada ao custo dos insumos que à sua frequência de utilização. Este resultado dá margem a discussões quanto à incorporação de tecnologias no setor de saúde, apontada na literatura como um dos principais fatores associados à elevação dos gastos com saúde, juntamente com a transição do perfil demográfico e epidemiológico da população (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2009). Assim, o desafio é que essa incorporação seja feita de maneira eficaz, visto que, de forma geral, novos insumos médicos têm preços mais elevados, nem sempre acompanhados por maior efetividade (Gadelha, 2006).

Países desenvolvidos com sistemas públicos de saúde, como Austrália, Canadá, Suécia e Reino Unido contam com agências de avaliação de tecnologias de saúde muito influentes, que se utilizam de critérios rígidos para a tomada de decisão quanto à absorção de novos procedimentos, equipamentos e insumos.

No Brasil, a Lei nº 12.041 de 2011 criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), com as atribuições de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos oferecidos no SUS, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. A Lei estabeleceu que a tomada de decisão estivesse baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, efetividade e segurança da nova tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos custos e benefícios em relação às tecnologias já existentes. Além disso, exigiu o registro prévio do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para que a incorporação seja avaliada.

No setor de saúde suplementar, não existe legislação específica sobre o tema. A incorporação de novos procedimentos ocorre por meio da revisão, pela ANS, do rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde. De acordo com a Instrução Normativa nº 38/2008, a agência pode solicitar que terceiros, regularmente contratados, realizem estudos de avaliação de tecnologias de saúde, embasando cientificamente a tomada de decisão. No entanto, decisões judiciais têm garantido a utilização de insumos em fase de testes, ainda não aprovados pelas autoridades sanitárias ou não incluídos no rol de procedimentos da ANS⁴.

Assim, a perspectiva para os próximos anos, portanto, é que os custos associados a novos medicamentos, materiais e equipamentos médicos continuem a elevar significativamente os gastos assistenciais das operadoras de planos de saúde, sem que, necessariamente, promovam melhorias significativas nas condições de saúde de seus beneficiários. Nos Estados Unidos, onde mais de 60% da população está coberta por seguros de saúde, Goodell e Ginsburg (2008) estimam que as novas tecnologias já sejam responsáveis

⁴ De acordo com a súmula nº 102 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, “havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPrivado/Sumulas.pdf>.

por mais da metade do crescimento das despesas assistenciais, sem que os indicadores epidemiológicos acompanhem essa evolução.

Assim, a sustentabilidade do setor de saúde suplementar brasileiro depende, entre outros fatores, da definição de critérios mais claros para absorção de novas tecnologias médicas. Essa definição envolve discussões de cunho técnico, político e econômico e somente será possível se houver real engajamento dos atores envolvidos no setor.

Referências Bibliográficas

- ANAHP. **Observatório ANAHP**. 2012. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/files/observatorio_anahp_2012_miolo_210x297_web.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002.
- CARNIELO, M. T. Gestão de custos: pensando questões relevantes na definição de custos hospitalares. **Gestão e Tecnologia hospitalar**, v. 5, 2011.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, 2006.
- GOODELL, S.; GINSBURG, P. B. **High and rising health care costs: demystifying U.S. health care spending**. Research Synthesis report n. 16, 2008. Disponível em: <<http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2008/10/high-and-rising-health-care-costs.html>>. Acesso em: 28 fev. 2013.
- KLIGERMAN, J. Assistência oncológica e incorporação tecnológica. **Revista brasileira de Cancerologia**, v. 47, n.3, 2001.
- MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000.
- MOTA, D. M et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008.
- VECINA NETO, G.; FERREIRA JUNIOR, W. C. **Administração de materiais para sistemas locais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.
- VIANNA, C. M. M.; CAETANO, R. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 13, n. 3, 2005.

VIEGAS, M. V.; MAIAB, A. C.; RODRIGUES, C. G. **Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. **Controlling health care costs while promoting the best possible health outcomes**. Philadelphia: American College of Physicians; 2009.