

A importância de Materiais e Medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012

Amanda Reis Almeida Silva

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

Sumário executivo

- Nesse estudo, analisou-se a evolução do gasto médico e hospitalar em uma operadora da modalidade de autogestão, entre os anos de 2007 e 2012.
- O gasto assistencial da operadora cresceu 99,0% em termos nominais no período analisado, de R\$ 180,7 milhões para R\$ 359,6 milhões, apesar de o número de beneficiários ter reduzido em 10,2%, no período (todas as demais análises de gasto foram realizadas em termos reais). Para efeito de comparação, a variação acumulada do IPCA entre 2007 e 2012 foi de 31,9%.
- Nesse mesmo período o VCMH/IESS, que mede a variação dos custos médicos hospitalares, acumulou variação de 88,1%.
- O principal responsável pelo aumento do total de gasto assistencial foi o gasto hospitalar, que aumentou de R\$ 140,9 milhões (R\$ de 2012) em 2007 para R\$ 241,2 milhões em 2012 (aumento real de 71,2%), passando de 59,1% do gasto assistencial total para 67,1%.
- Outro fator que influenciou o aumento de custo foi o aumento da concentração de beneficiários na cidade de São Paulo e na Grande São Paulo (44,5% em 2012), região de custos médico-hospitalares mais elevados em relação ao interior do estado. Essa concentração foi mais acentuada na faixa etária de idosos com 80 anos ou mais (53,7% estavam em São Paulo e Grande São Paulo em 2012).
- Também houve elevação do gasto médio por internação, que aumentou de R\$ 11.249,07 em 2007 para R\$ 17.853,02 em 2012 (+58,7%). A frequência de utilização (ou taxa de internação) passou de 13,0% em 2007 para 15,6% em 2012.
- Materiais e medicamentos responderam pelas parcelas mais expressivas do gasto hospitalar em todo período, respectivamente 30,0% e 20,4% em 2007 e 38,6% e 19,1% em 2012. Somados, correspondem a 57,7% dos gastos hospitalares em 2012.

- Em termos reais, os materiais foram responsáveis pelo maior aumento percentual, de 120,4% (de R\$ 42,2 milhões para R\$ 93,1 milhões).
- O gasto total com medicamentos cresceu 59,9% (crescimento real) no período - de R\$ 28,7 milhões para R\$ 46,0 milhões.
- Também houve elevação do gasto médio com esses insumos por internação: de 48,3% para os medicamentos (R\$ 2.295,19 em 2007 contra R\$ 3.403,21 em 2012) e de 104,3% para os materiais (R\$ R\$ 3.373,66 contra R\$ 6.890,03).
- Estes resultados suscitam discussões quanto ao impacto do envelhecimento e 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 a sustentabilidade econômica do setor de saúde suplementar.

Introdução

A experiência de vários países mostra que o crescimento das despesas assistenciais per capita 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) em 2012 (em relação a 2011) foi de 15,4%, enquanto a variação do índice de preços ao consumidor amplo (IPCA-IBGE) no mesmo ano foi de 5,8%. O comportamento do aumento dos custos com assistência à saúde no setor de saúde suplementar está relacionado tanto à maior utilização dos serviços de saúde quanto à elevação do valor unitário dos atendimentos.

Em geral, a variação da 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 é geralmente complexo e prolongado, implicando a maior procura por serviços de saúde.

Some-se a isso a agregação de novas tecnologias indiscriminadamente, sem seguimento de diretrizes médicas, e à expansão do rol de procedimentos de cobertura obrigatória pela agência reguladora. O resultado é o aumento do custo médio dos procedimentos no setor de saúde suplementar.

Considerando toda a cadeia assistencial do setor de saúde suplementar, a tendência de gastos crescentes tem sido mais evidente nas internações 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%. Nos hospitais ligados à Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), onde 90,8% das receitas têm como fonte pagadora os planos de saúde (Observatório ANAHP 2013), materiais e medicamentos geraram 47,9% da receita e 25,2% das despesas no ano de 2012.

Diante da importância desses dois itens (materiais e medicamentos) como uns dos principais fatores de custo das operadoras de planos de saúde, 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 2007 a 2012. Para isso, foram utilizados os registros administrativos de uma operadora na modalidade de autogestão.

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).

1. Dados

Os dados analisados são de uma operadora de autogestão que oferece assistência médico-hospitalar aos funcionários de uma empresa. Nessa operadora são oferecidas duas modalidades de planos de saúde com cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia:

- Plano 1: Plano coletivo empresarial restrito aos beneficiários e seus dependentes. Esse plano é fechado para novas adesões, com exceção de dependentes dos beneficiários atuais.
- Plano 2: Plano coletivo empresarial autossustentável, restrito a ex-beneficiários (que passaram da idade de serem dependentes), extensível a parentes até 3º grau por consanguinidade ou 2º grau por afinidade.

No plano 1 há coparticipação de 25% para alguns tipos de consultas e exames, e para psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, e no plano 2 há coparticipação apenas para internações psiquiátricas a partir do 30º dia de internação. Nos dois planos a abrangência geográfica pode ser apenas no estado de São Paulo ou pode ser nacional.

1.1. Período analisado

A análise da evolução dos gastos hospitalares foi conduzida a partir dos registros de sinistro da autogestão nos anos de 2007 a 2012, que contêm, entre outras informações, número de beneficiários por faixa etária, frequência de utilização por item e o valor pago ao prestador. O gasto com internação está desagregado em sete itens principais: diárias, exames, medicamentos, materiais, terapias, taxas e honorários e outras despesas.

1.2. Análise dos valores em termos reais

Com o objetivo de analisar a variação de custos em termos reais, os gastos assistenciais foram corrigidos para valores de dezembro de 2012 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

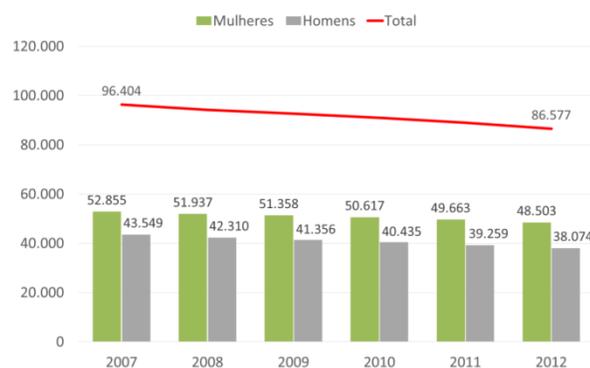
2. Evolução do número de beneficiários

Entre 2007 e 2012, o número de beneficiários da operadora diminuiu 10,2%, passando de 96.404 para 86.577 (**Figura 1**). A queda maior ocorreu para o sexo masculino, cujo total passou de 43.549 para 38.074 (-12,6%). Em menor magnitude, o número de beneficiários do sexo feminino também reduziu (-8,2%), passando de 52.855 para 48.503, o que resultou, em 2012, numa composição de beneficiários por gênero de 56,0% de mulheres e 44,0% de homens.

Quanto às modalidades de planos oferecidos pela autogestão, os beneficiários estão distribuídos entre os dois tipos de planos da seguinte forma: em 2012, 63,0% pertenciam ao Plano 1 e 37% ao Plano 2. O Plano 1 é composto por 82,0% de beneficiários aposentados e 18,0% de beneficiários ativos (**Figura 2**). Essa composição é resultado da redução de 56,4% dos associados ativos entre 2007 e 2012 contra redução de 5,2% dos associados aposentados no mesmo período.

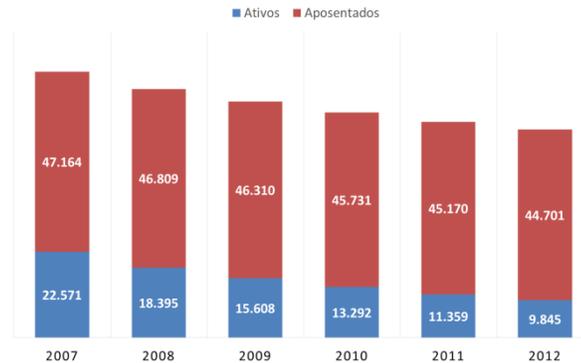
No período analisado houve redução maior das faixas etárias mais jovens. Considerando o total de beneficiários distribuídos em três grandes grupos etários (0 a 19, 20 a 59 e 60 ou mais), nota-se que o grupo etário de 0 a 19 anos teve a maior redução (38,5%). Nesse grupo a maior queda foi observada para o sexo feminino (-39,4% das mulheres contra -37,7% dos homens). No grupo etário de 20 a 59 anos, com maior número de pessoas, a redução do número de beneficiários foi menos acentuada (-18,1%), e o número de beneficiários do sexo masculino decresceu mais do que os do sexo feminino (-21,7% contra -15,3%). Por outro lado, o número de beneficiários idosos (60 anos ou mais) aumentou 34,6%, o que, aliado à queda dos outros grupos etários, tornou a composição dos beneficiários da autogestão mais envelhecida entre 2007 e 2012.

Figura 1: Número de beneficiários total e por sexo. Autogestão, 2007 a 2012.



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

Figura 2: Número de beneficiários do Plano 1 por condição de ativo e aposentado. Autogestão, 2007 a 2012.

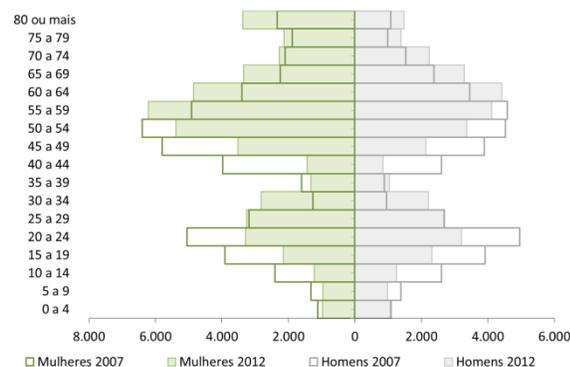


Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

A pirâmide etária (**Figura 3**) com a distribuição dos beneficiários em faixas etárias quinquenais torna evidente o envelhecimento da carteira da operadora entre 2007 e 2012. Nota-se que a parte inferior da pirâmide (crianças e jovens), que já era reduzida, torna-se ainda menor em relação ao topo (idosos). As maiores expansões ocorrem para as faixas etárias acima de 59 anos, principalmente para as mulheres. Essa evolução da pirâmide indica que a redução dos beneficiários ocorreu devido à redução do número de beneficiários jovens.

O rápido processo de envelhecimento desse conjunto de beneficiários é devido não apenas às mudanças demográficas que a população brasileira vêm passando, mas também devido às características próprias dos planos. O plano 1, que contém 63,0% dos beneficiários, é fechado para novas adesões, com exceção de novos dependentes dos beneficiários. Outro fator importante a ser levado em consideração é a existência de limitador de idade aos filhos dependentes (exceto os inválidos). Ao completarem 24 anos os filhos dependentes são obrigados a deixar o plano. Mesmo antes de completarem 24 anos, os filhos também devem deixar o plano em caso de casamento ou coabitação marital. Em números, enquanto o número de beneficiários dependentes reduziu 23,1% entre 2007 e 2012, o número de dependentes com 24 anos ou menos reduziu 37,5%. Isso contribui para um envelhecimento relativo da carteira ainda maior do que o normalmente esperado para uma carteira fechada.

Figura 3: Pirâmide etária dos beneficiários. Autogestão, 2007 e 2012.



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

3. Evolução da utilização de serviços de saúde

Apesar da redução de 10,2% do total, a quantidade de beneficiários que utilizaram serviços médicos aumentou 4,6% entre 2007 e 2012, passando de 39,4 mil (40,9% do total de beneficiários) para 41,2 mil (47,6% do total de beneficiários). O maior aumento em utilização ocorreu em exames ambulatoriais, que passou de 1,4 milhões para 2,2 milhões (56,6%) no período analisado (**Figura 4**).

- *Exames e consultas*

O crescimento da utilização dos serviços médico-hospitalares se refletiu na frequência média de utilização. Por exemplo, a frequência média de utilização de exames ambulatoriais por beneficiário passou de 14,5 exames em 2007 para 25,3 exames em 2012 (aumento de 74,5%). Esse aumento no número de exames realizados foi reflexo do aumento da média de exames realizados por consulta ambulatorial, que passou de 2,9 exames por consulta em 2007 para 4,1 exames por consulta em 2012. Soma-se a esse fato o crescimento em 21% da frequência consultas entre 2007 e 2012, e que representa um aumento de 5,1 para 6,2 consultas por beneficiário (**Figura 5**).

- *Procedimentos ambulatoriais*

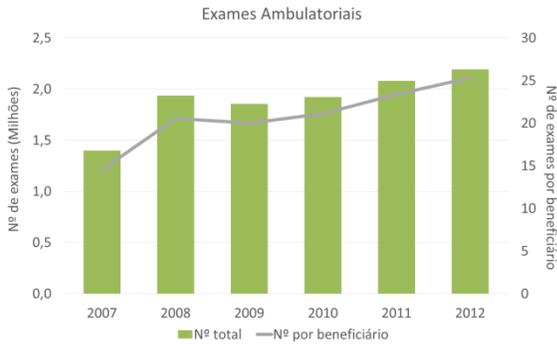
Houve crescimento também na frequência de utilização de procedimentos ambulatoriais, tanto clínicos como cirúrgicos, de 29%, resultando em 4,9 procedimentos por beneficiário (**Figura 6**).

- *Internações*

A taxa de internação aumentou em 2,6 pontos percentuais, passando de 13,0% para 15,6% entre 2007 e 2012 (**Figura 7**). Apesar de agregar populações com perfis demográficos distintos, com relação a idade e geografia, e também produtos com coberturas diferentes, a média da taxa de internação das Autogestões divulgada pela ANS apresentou comportamento parecido com o da autogestão analisada. De acordo com o Caderno de Informações da Saúde Suplementar/Jun2013 da ANS, a taxa de internação média das autogestões cresceu de 14,8% para 16,9% entre 2007 e 2012.

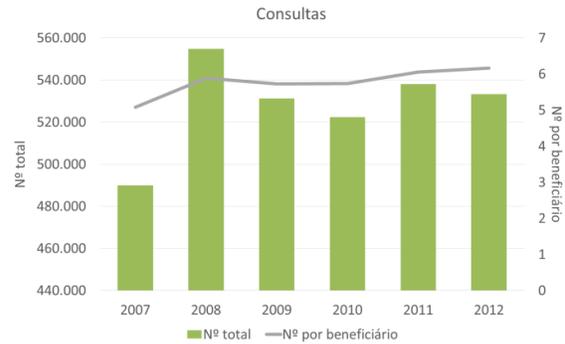
O aumento da utilização hospitalar e outros serviços de saúde está relacionado ao envelhecimento da carteira de beneficiários. Há evidências no Brasil de que as taxas de internação dos idosos são maiores do que as demais faixas etárias e eles, no geral, tendem a consumir mais serviços de saúde (NUNES, 2004). Logo, o envelhecimento dos beneficiários tende a elevar o custo, pois o gasto médio de tratamento de pessoas idosas é maior.

Figura 4 – Número total de exames e número de exames por beneficiário por ano. Autogestão, 2007 a 2012.



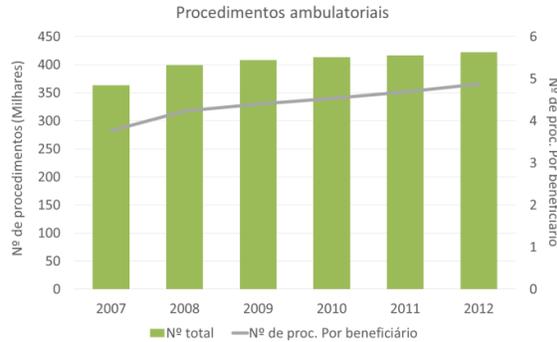
Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Figura 5 – Número total de consultas ambulatoriais e número de consultas ambulatoriais por beneficiário por ano. Autogestão, 2007 a 2012.



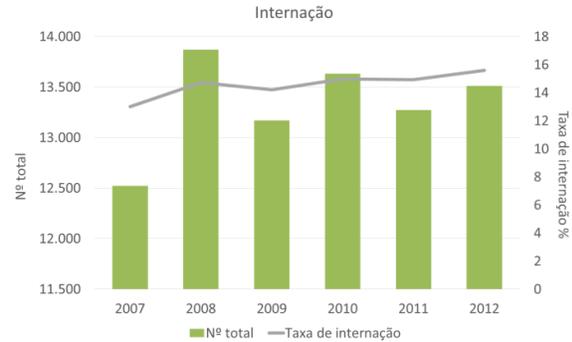
Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Figura 6 – Número total de procedimentos ambulatoriais e número de procedimentos ambulatoriais por beneficiário por ano. Autogestão, 2007 a 2012.



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

Figura 7 – Taxa de internação e número total de internações por ano. Autogestão, 2007 a 2012.



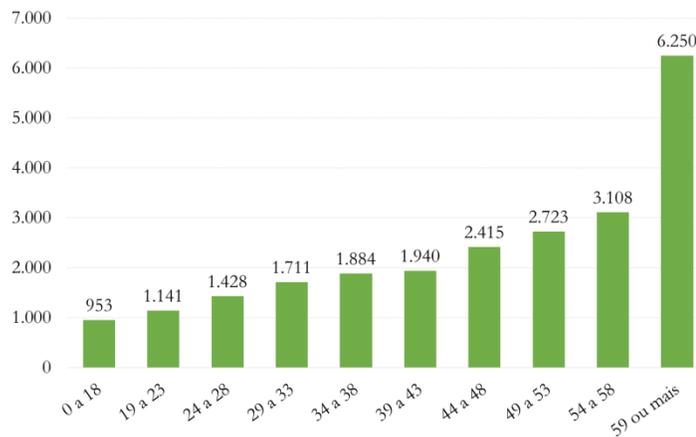
Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Nas figuras 4 a 7, nota-se que o número total de procedimentos apresentou crescimento maior entre 2007 e 2008 em relação aos demais anos, para todos os serviços médico hospitalares. Entre 2007 e 2008 ocorreu um evento não esperado na operadora, que levou a um represamento de contas em dezembro de 2007, que foram apuradas com a competência de 2008. Isso gerou uma pequena distorção nos indicadores daquele período. No entanto, que esse fato não altera de forma significativa os resultados encontrados nesse estudo.

3.1. Utilização de serviços por faixa etária e sexo

Em geral, a demanda por serviços de saúde é maior para os idosos, pois a idade está associada ao estado de saúde e à morbidade e, conseqüentemente, à necessidade de assistência médica². Em geral, o padrão que se observa na população que utiliza serviços de saúde é de elevada utilização nos primeiros anos de vida, declinando até a adolescência e aumentando, progressivamente, até as idades mais avançadas. A maior utilização de serviços de saúde está associada a um maior gasto com saúde, e como pode-se observar na **Figura 8**, quanto maior a idade maiores são os gastos assistenciais. Os dados da **Figura 8** são referentes à média das autogestões que pertencem à UNIDAS em 2012.

Figura 8 – Custo médio assistencial/ beneficiário/ ano por faixa etária, 2012.



Fonte: Pesquisa UNIDAS 2012.

As autogestões incluídas no cálculo do custo médio da UNIDAS (**Figura 8**) são constituídas por beneficiários com perfis demográficos de idade e de geografia distintos, além de diversos produtos com coberturas diferentes. No entanto, a autogestão analisada também apresenta utilização de serviços médicos e gastos assistenciais que aumentam com a idade. Dentre os beneficiários da autogestão analisada, no ano de 2012, notou-se que a utilização foi maior para as faixas etárias mais envelhecidas.

Mas, observa-se também alta de utilização na primeira faixa etária (0 a 4 anos), principalmente para internação. A taxa de internação, que na média foi de 15,6%, para os idosos de 65 a 69 anos foi de 19,1% e chegou a 33,7% para beneficiários com 80 anos ou mais. Para as crianças de 0 a 4 anos a taxa foi de 11,7%, passando a decrescer a partir dos 5 anos de idade. Esse resultado é coerente com o que se observa no Brasil, já que estudos apontam que a estrutura de utilização de internações por idade assume o formato de “u”, sendo altas nas

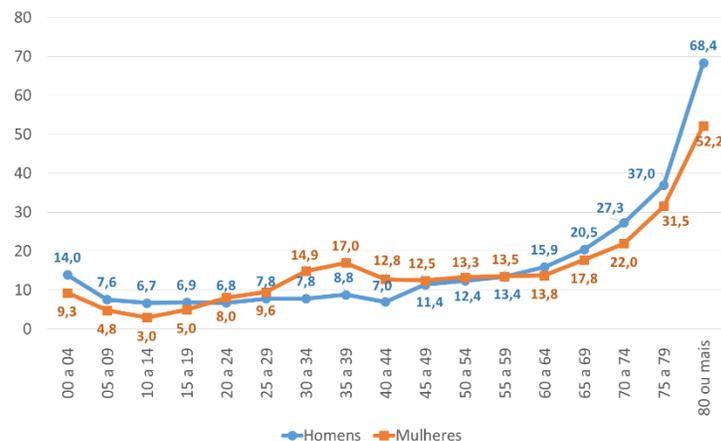
² Health Service Framework for Older People 2009–2016 (2009).

idades iniciais, decrescentes até as idades adultas, passando a se elevar sensivelmente nas idades avançadas (PINHEIRO et al., 2002).

Além da idade, a demanda por serviços médicos varia de acordo com o gênero do indivíduo. À variável sexo estão associadas, principalmente, diferenças biológicas, fatores de risco e características socioculturais, que explicam variações na incidência de doenças e mesmo na sua percepção. Por isso, o tipo de serviço usado e a frequência de utilização pode variar de acordo com o sexo (TRAVASSOS et al., 2002).

Observou-se que as mulheres beneficiárias da autogestão em análise possuem taxa de internação superior à dos homens beneficiários, principalmente entre os 25 e 45 anos, o que está relacionado ao período fértil e internações ligadas à gravidez (**Figura 9**). Acima dos 60 anos a taxa de internação feminina passa a ser significativamente menor do que a masculina.

Figura 9 – Taxa de internação por faixa etária quinzenal e sexo, 2012.



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

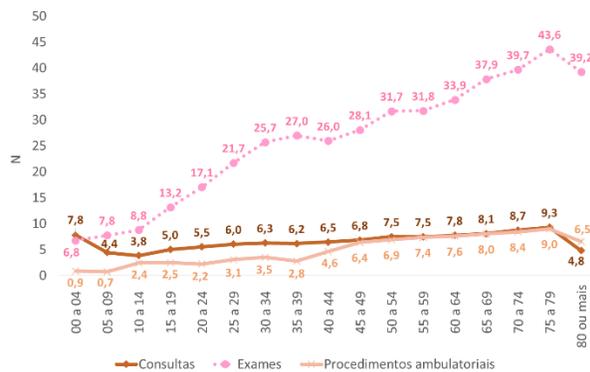
De modo geral, os homens têm maior probabilidade de serem acometidos por episódios agudos de algumas doenças crônicas (doença isquêmica do coração, enfisema, câncer, etc), e estão mais sujeitos a mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde (VERBRUGGE, 1989; BIRD & RIEKER, 1999). Já as mulheres apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias e menor probabilidade de ocorrência de episódios agudos de doenças crônicas (BIRD & RIEKER, 1999).

Pinheiro et al. (2002) ressalta que, ao longo da vida, as mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais e preventivos, enquanto os homens tendem a usar mais serviços curativos, por isso, tendem a apresentar taxas de internação maiores nas idades avançadas e maior tempo de permanência por internação. O comportamento preventivo das mulheres associado ao diferenciado perfil de necessidades de saúde (como as demandas geradas pela gravidez) resulta em maior número de visitas ao médico, maior realização de exames diagnósticos e

procedimentos preventivos. De fato, analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Travassos et al. (2002), encontrou que as taxas de utilização de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista foram maiores para as mulheres do que para os homens.

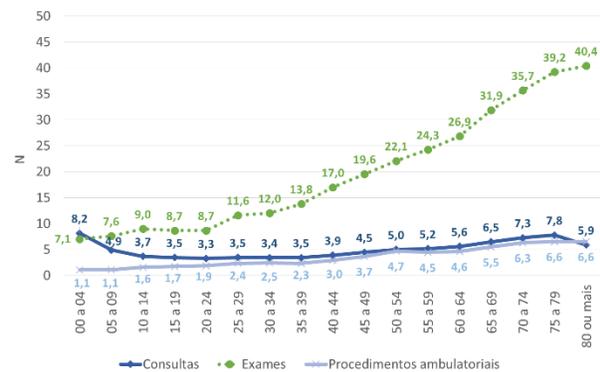
Dentre os beneficiários da Autogestão, a partir dos 15 anos o número de consultas médicas realizadas por mulheres é superior ao dos homens (**Figuras 10 e 11**), e o número de exames diagnósticos e procedimentos ambulatoriais é maior para as mulheres em quase todas as faixas etárias. No caso dos procedimentos ambulatoriais, há aumento acentuado a partir dos 24 anos e ligeira queda nos 40 anos, assim como acontece para as internações.

Figura 10 – Frequência de utilização de serviços médicos por faixa etária quinquenal, mulheres, 2012.



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

Figura 11 – Frequência de utilização de serviços médicos por faixa etária quinquenal, homens, 2012.



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

4. Evolução do gasto assistencial

Entre 2007 e 2012, em termos nominais o gasto assistencial da operadora em análise cresceu 99,0%, passando de R\$ 180,7 milhões para R\$ 359,5 milhões. Destaca-se que o crescimento nominal dos gastos assistenciais superou a variação acumulada do IPCA no período (31,9%). No entanto, a variação dos dados analisados está relacionada à variação dos custos médicos no período, que foi substancialmente superior à variação do IPCA. O VCMH/IESS³ no mesmo período acumulou variação de 88,1%.

Para entender o porquê do crescimento dos gastos no período deve-se considerar dois fatores de impacto substancial sobre o custo: a) a relação entre a distribuição geográfica dos beneficiários e os diferentes custos médicos hospitalares das regiões e b) a variação dos gastos entre as diferentes modalidades de assistência médica.

a) Mudança na distribuição geográfica dos beneficiários

A distribuição geográfica dos beneficiários da autogestão, assim como o perfil etário, é um dos principais impulsionadores do crescimento do custo assistencial. De 2007 a 2012 houve um aumento da concentração de beneficiários na cidade de São Paulo e na Grande São Paulo, e essa concentração foi ainda mais acentuada entre beneficiários idosos, agravando significativamente os indicadores de saúde.

A proporção de beneficiários acima de 80 anos na cidade de São Paulo e na Grande São Paulo passou de 52,1% para 53,7% entre 2007 e 2012, enquanto que o total de beneficiários nessa região passou de 41,9% do total de beneficiários em 2007 para 44,5% em 2012.

A concentração de beneficiários na Grande São Paulo é relevante para os gastos pois, os custos assistenciais nessa região são significativamente maiores do que no Interior de SP, especialmente os que se referem a internações. Em 2012, a despesa assistencial média per capita no interior de São Paulo foi de R\$ 336,97 (**Tabela 1**) enquanto que em São Paulo e na Grande São Paulo foi de R\$ 591,35, ou 75,5% superior. A diferença de custos regionais é mais aparente ainda para os idosos com 80 anos ou mais, pois a despesa média por beneficiário em São Paulo e na Grande São Paulo (R\$ 2.335,26) foi 138,4% superior à despesa média por beneficiário observada no interior desse estado (R\$ 979,43). O valor médio da internação apresenta diferença de 82,2% entre interior (R\$ 11.915,34) e Grande São Paulo (R\$ 21.707,14).

Tabela 1: Distribuição regional dos beneficiários e despesa média regional total e de internação, 2012.

Total de beneficiários			
Regiões	Distribuição regional dos beneficiários (%)	Despesa per capita (R\$)	Valor médio por internação (R\$)

³ O índice de Variação de Custo Médico Hospitalar do IESS – VCMH/IESS – expressa a variação do custo médico-hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada.

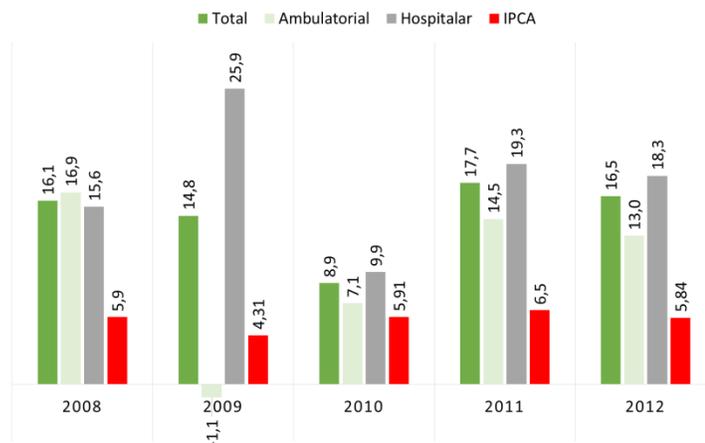
SP e Grande SP	44,50	591,35	21.707,14
Interior de SP	45,70	336,97	11.915,34
Outros estados	9,80	342,57	36.739,37
Beneficiários com 80 anos ou mais			
Regiões	Distribuição regional dos beneficiários (%)	Despesa per capita (R\$)	Valor médio por internação (R\$)
SP e grande SP	53,70	2.335,26	35.584,62
Interior de SP	38,10	979,43	15.530,79
Outros estados	8,20	1.022,13	51.603,06

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

b) Variação dos gastos entre as modalidades de assistência médica

Além da distribuição regional, a evolução dos diferentes tipos de gastos assistenciais contribuíram de forma significativa para o crescimento dos gastos médico-hospitalares entre 2007 e 2012. Na **Figura 12** pode-se observar que o crescimento anual dos gastos assistenciais superou a variação do IPCA em todos os anos (com exceção para gastos ambulatoriais em 2009 com relação a 2008). Com exceção de 2008, os gastos hospitalares⁴ cresceram mais do que os gastos ambulatoriais⁵, consolidando-se como o principal componente do crescimento do gasto assistencial total (67,1% em 2012).

Figura 12: Crescimento nominal dos gastos assistenciais da autogestão e IPCA anual, 2007 a 2012.



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

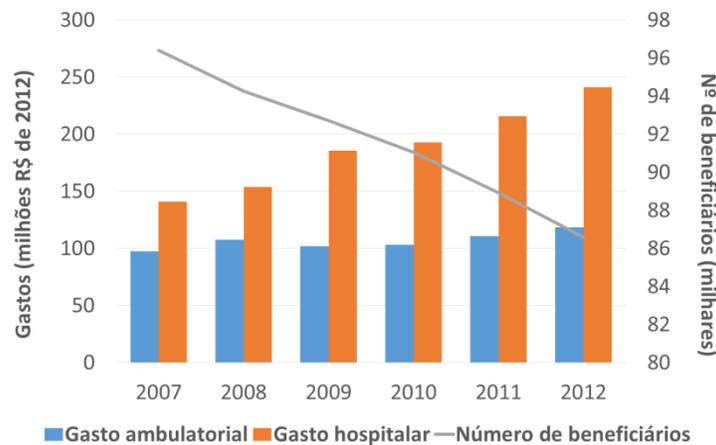
Em valores reais de 2012, o gasto ambulatorial, foi de R\$ 97,4 milhões em 2007, o que representava 40,9% do gasto assistencial total, e cresceu, em termos reais, 21,5% entre 2007 e

⁴ Gasto relacionado a procedimentos realizados em regime de internação hospitalar.

⁵ Gasto relacionado a atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, sem necessidade de internação.

2012, chegando ao valor de R\$ 118,3 milhões (**Figura 13**). Em 2007, a composição do gasto ambulatorial era de 51,6% de gastos com exames, 24,1% de gastos com consultas e 24,3% de gastos com procedimentos clínicos e cirúrgicos em regime ambulatorial (**Figura 14**). Em 2012, a participação das consultas caiu para 12,5%, enquanto que as participações de exames e procedimentos ambulatoriais aumentaram para 62,3% e para 25,2%, respectivamente.

Figura 13 – Número de beneficiários e gastos ambulatorial e hospitalar (milhões de R\$ 2012). Autogestão, 2007 a 2012.

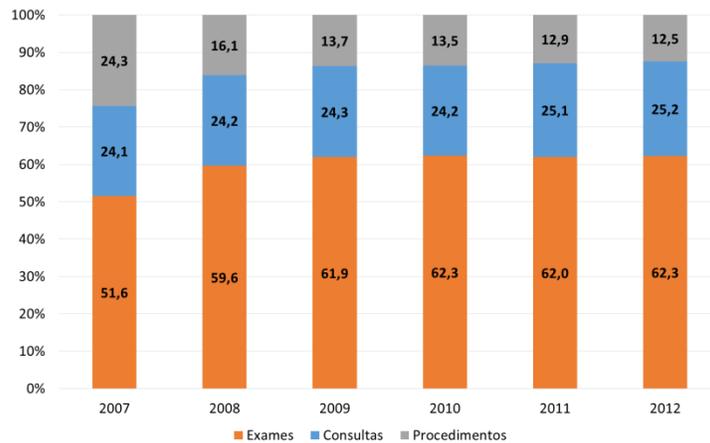


Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Apesar do crescimento do gasto ambulatorial de 21,5% no período analisado, sua representatividade no gasto assistencial total foi reduzida para 40,9% para 32,9%. Isso ocorreu pois o gasto hospitalar cresceu de forma ainda mais acentuada e acumulou variação real de 71,2% no período (de R\$ 140,9 milhões em 2007 para 241,2 milhões em 2012) e a sua representatividade no gasto assistencial passou de 59,1% para 67,1%.

Portanto, nota-se que, na operadora analisada, a variação positiva do gasto assistencial total está mais diretamente relacionada ao crescimento das despesas com internações. 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 da carteira e a incorporação de novas tecnologias ao longo do tempo, as despesas hospitalares tendem a crescer mais do que as ambulatoriais, e os gastos com itens relacionados à internação são os que mais influenciam o gasto assistencial total. A descrição da composição do gasto hospitalar será realizada na próxima seção de forma mais detalhada.

Figura 14 - Decomposição do gasto assistencial por itens de despesa médica (%), 2007-2012.



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

5. Análise dos gastos hospitalares

Dada a importância dos gastos hospitalares como vetor de custo para a operadora no período analisado, nessa seção é apresentada uma análise mais aprofundada desse item, com destaque para a utilização, evolução do custo médio e decomposição dos subitens com o intuito de determinar a principal influência sobre o custo médio da internação e, portanto indiretamente sobre o custo total.

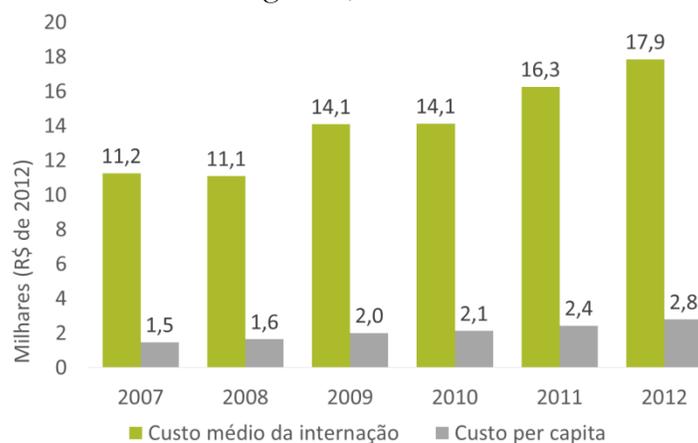
5.1. Frequência média de utilização e custo médio por internação.

Na autogestão estudada, a frequência de utilização de internação, ou seja, a taxa de internação⁶, aumentou 2,6 pontos percentuais desde 2007, atingindo 15,6% em 2012, como já mencionado. Em termos absolutos, a operadora registrou 12.524 internações em 2007 e 13.510 internações em 2012. Esses números associados à queda do número de beneficiários no período resultou no aumento da taxa de internação.

Assim como a frequência de utilização, o gasto médio por internação também teve aumento significativo durante o período analisado. Entre 2007 e 2012, o gasto médio real de internação passou de R\$ 11.249,07 em 2007 para R\$ 17.853,02 em 2012, o que significa uma elevação real de 58,7%, como se verifica na **Figura 15**.

As alterações no padrão de utilização e, mais acentuadamente, no gasto médio por episódio impactaram o gasto per capita com internações (**Figura 15**). Em 2007, os serviços hospitalares oneraram a operadora em R\$ 1.461,39 por beneficiário e, em 2012, esse valor foi 90,6% maior, R\$ 2.785,90, sendo esse o maior gasto per capita observado no período. Influuiu para esse resultado o fato de em 2012 ter sido observada a maior taxa de utilização de internação (15,6%) e o maior gasto médio por episódio de internação (R\$ 17,9 mil).

Figura 15 – Gasto médio real e gasto per capita real de internações (R\$ de 2012).
Autogestão, 2007 a 2012.



⁶ Razão entre o número de internações e o número de beneficiários num dado período.

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

5.2. Decomposição do gasto hospitalar em itens assistenciais.

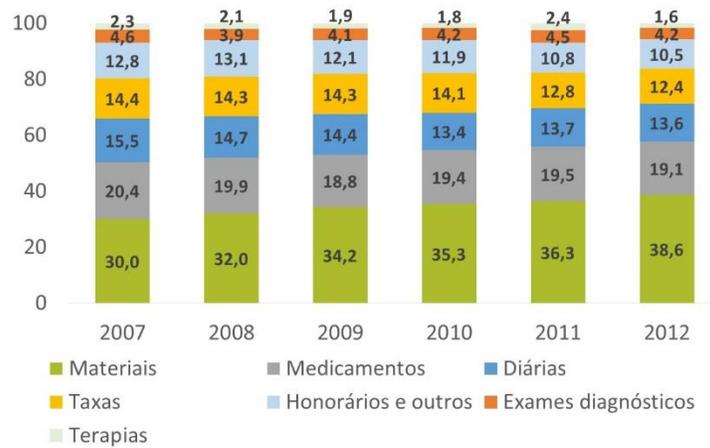
O grande crescimento do custo médio por internação é influenciado pela elevação do custo dos itens que a compõem. Em geral, uma internação é composta por inúmeros itens, e eles variam de acordo com o tipo de internação. Nesse estudo, as informações de despesas com internações hospitalares da operadora foram classificadas em seis itens: diárias, exames diagnósticos em regime de internação, medicamentos, materiais, taxas, terapias em regime de internação e honorários.

Durante todo o período analisado, a parcela mais expressiva do gasto hospitalar foi a correspondente a dois itens: materiais e medicamentos (**Figura 16**). Em 2007, esses dois itens em conjunto representavam 50,4% do gasto hospitalar da operadora, sendo 30,0% referentes a materiais e 20,4% referentes a medicamentos. Os demais componentes da internação detinham as seguintes parcelas: diárias (15,5%), taxas (14,4%), honorários médicos e outros itens (12,8%) e exames diagnósticos (4,6%). Terapias foram o item menos representativo, respondendo por 2,3% do gasto hospitalar.

De 2007 a 2012, a parcela correspondente a materiais aumentou 8,6 p.p., e passou a representar 38,6% do gasto com internação. Em contrapartida a participação dos demais itens foi reduzida, com destaque para honorários e outras despesas, cuja representatividade teve a maior queda (-2,4 p.p.), atingindo o valor de 10,5%.

A queda na representatividade dos honorários e outras despesas na composição do gasto hospitalar ocorreu mesmo com crescimento de 41,5% dos gastos com esse componente entre 2007 e 2012. O mesmo ocorreu para os demais itens que tiveram representatividade reduzida, apesar de terem tido crescimento do gasto total. Por exemplo, o gasto com medicamentos cresceu 62,0% no período, e a representatividade caiu de 20,4% para 19,1%, mas juntamente com materiais representaram 57,7% do gasto hospitalar em 2012.

Figura 16 - Contribuição relativa de itens da internação para o gasto hospitalar total.
Autogestão, 2007 a 2012.

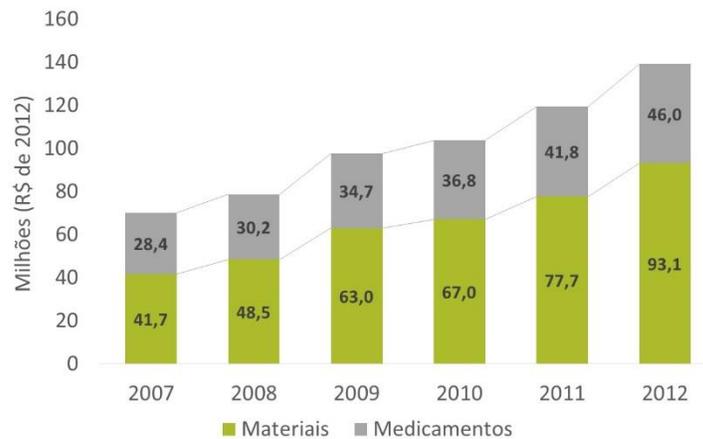


Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

5.3. Gasto com materiais e medicamentos

Durante todo o período de 2007 a 2012, materiais e medicamentos foram responsáveis por mais de 50% do gasto hospitalar da operadora. A proporção cresceu no período e atingiu 57,7% em 2012. Em valores reais, o gasto com medicamentos cresceu 59,9%, passando de R\$ 28,7 milhões em 2007 para R\$ 46,0 milhões em 2012, e o gasto com materiais cresceu 120,4%, passando de R\$ 42,2 milhões para R\$ 93,1 milhões (**Figura 17**).

Figura 17 - Gasto hospitalar total com materiais e medicamentos (R\$ de 2012). Autogestão, 2007 a 2012.

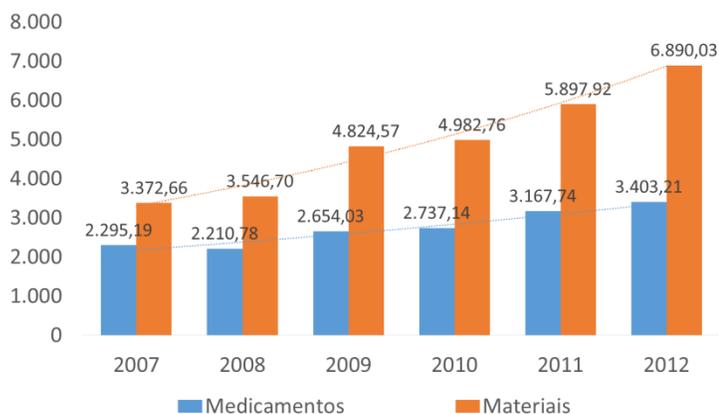


Fonte: Elaboração do IESS a partir dos dados da operadora.

Como o número de internações cresceu menos do que o gasto hospitalar total (7,9% versus 71,2%), o gasto por internação com materiais e medicamentos cresceu significativamente. Para os materiais, o crescimento acumulado do gasto por internação no período analisado ficou em 104,3%, e para medicamentos em 48,3%. Dessa forma, o gasto

com materiais por internação passou de R\$ 3.372,66 para R\$ 6.890,03 e o de medicamentos passou de R\$ 2.295,19 para R\$ 3.403,21 (**Figura 18**). Vale ressaltar que o gasto médio de uma internação passou de R\$ 11.109 para R\$ 17.853.

Figura 18: Gasto real com materiais e medicamentos por internação que utilizou esses itens. Autogestão, 2007 a 2012.



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

6. Considerações Finais

Neste estudo, verificou-se que o gasto assistencial da autogestão analisada apresentou tendência de crescimento no período de 2007 a 2012, mesmo com a redução do número de beneficiários. Esse crescimento foi puxado pelos gastos hospitalares que representavam 67,1% dos gastos assistenciais totais em 2012. Essa representatividade é resultado do crescimento de 71,2% dos gastos hospitalares, frente a 21,5% dos gastos ambulatoriais. Dentre esses, destaca-se o crescimento de gastos com exames (46,7%). Outro fator importante para o crescimento do gasto total foi o aumento da concentração de beneficiários na Grande São Paulo, região que possui custo médico hospitalar médio maior do que no interior do estado. Essa concentração ocorreu de forma mais acentuada para os idosos de 80 anos ou mais.

Os principais fatores que influenciaram a elevação dos gastos hospitalares foram as despesas com materiais e medicamentos, que cresceram 120,4% e 59,9%, respectivamente, entre 2007 e 2012. Esses dois itens em conjunto passaram a representar 57,7% dos gastos hospitalares em 2012. Tal crescimento está relacionado tanto ao aumento na frequência de utilização de internações no período analisado quanto à elevação do preço médio de materiais e medicamentos.

Destaca-se que os principais vetores de custo da operadora analisada são observados em todo o setor de saúde suplementar, e os resultados encontrados são corroborados por estudos anteriores realizados pelo IESS. Em estudo realizado com dados de outra autogestão⁷ (Santos, 2013), para o período de 2005 a 2010, constatou-se que, apesar da redução de 13,5% no número de beneficiários, o gasto com internação cresceu 54,7%, impulsionado igualmente pelo crescimento de gastos com materiais (128,7%) e medicamentos (40,5%).

Em outro estudo, realizado com uma amostra de planos individuais (Leite, 2013), constatou-se que o ápice da variação de custo médico hospitalar (VCMH/IESS) de 16,4%, que ocorreu nos 12 meses anteriores a junho de 2012, foi resultado do aumento do custo das internações no mesmo período (16,6%).

O aumento dos gastos com internação no setor de saúde suplementar está relacionado a diversos fatores que demandam diferentes estratégias para a manutenção da sustentabilidade do setor. Por exemplo, a idade é um fator de risco importante para elevação de gastos médicos e está relacionada positivamente à utilização de internações (Morosini et al, 2011). Com o envelhecimento populacional, a perspectiva para os próximos anos é que os custos associados a medicamentos e materiais médicos utilizados em internações continuem a elevar significativamente os gastos com assistência à saúde. Nos Estados Unidos, onde mais de 60%

⁷ As comparações entre os resultados deste estudo e o de Santos (2003) devem ser realizadas considerando que, apesar de as análises serem realizadas com dados de autogestões, elas possuem características diferentes (como distribuição geográfica e estrutura etária dos beneficiários).

da população está coberta por planos de saúde, em 2010, o gasto hospitalar agregado foi de U\$ 375,9 bilhões e os adultos nas faixas etárias de 45 anos a 64 anos e 65 anos a 84 anos foram responsáveis por 67% desse gasto (Pfundner et al, 2013).

Deve-se destacar ainda que, boa parte da representatividade de que materiais e medicamentos nos gastos hospitalares está relacionada à tecnologia utilizada por esses insumos (Kanamura e Viana, 2007). Isso por que, juntamente com a transição do perfil demográfico e epidemiológico da população, a incorporação de tecnologias no setor de saúde suplementar é apontada na literatura como um dos principais fatores associados à elevação dos gastos com saúde (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2009).

De forma geral, novos insumos médicos têm preços mais elevados, e nem sempre estão associados a maior efetividade. Por isso, sua incorporação deve estar embasada em estudos clínicos e avaliação econômica. Trabalhos de Kligerman (2001), Bodstein (2002) e Gadelha (2006) sugerem, no entanto, que no Brasil análises de custo-efetividade têm sido pouco utilizadas e que a absorção de tecnologias tem sido feita de forma acrítica, pela própria falta de definição sanitária e política quanto ao que deve ou não ser incorporado. Ainda, decisões judiciais têm garantido a utilização de insumos em fase de testes, ainda não aprovados pelas autoridades sanitárias ou, especificamente para o setor de saúde suplementar, não incluídos no rol de procedimentos de cobertura obrigatória⁸.

Muitas vezes a liberação de comercialização de novas tecnologias de saúde ocorre com diversas falhas e gera problemas para a saúde do paciente e elevação dos gastos com saúde (Badia & Pires, 2008). Por exemplo, os Estados Unidos enfrentaram um problema de saúde pública em 2010, quando foi necessário realizar diversas cirurgias para substituição de um tipo implante de quadril, aprovado 5 anos antes (Curfman, 2011). A falha na norma de liberação permitiu que essa prótese fosse implantada em aproximadamente 100 mil pessoas, e como resultado ela apresentou taxa de 21% de substituição 4 anos após o implante, e de 49% em 6 anos.

Nesse mesmo país, de acordo com Reis (2004), novas versões de medicamentos de marca com modificações incrementais são agressivamente promovidas antes da expiração da patente. Esse tipo de marketing incentiva os médicos a passarem a tratar seus pacientes com os novos produtos, e a fidelidade transfere-se dos princípios ativos para as marcas, protegendo-as da competição com produtos genéricos.

Em alguns países já existem mecanismos para prevenir a adoção sem critério de inovações no sistema de saúde. Na Austrália, os fabricantes de medicamentos devem submeter

⁸ 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>.

ao governo avaliações econômicas dos produtos. Essas avaliações são usadas como suporte aos processos para inclusão dos novos medicamentos ao esquema nacional de reembolso de gastos com medicamentos (Reis, 2004). Essa avaliação junta-se às tradicionais demonstrações de eficácia, segurança e qualidade para inserção do medicamento no mercado. Outros países que adotam esse método obrigatoriamente são Reino Unido, Holanda e Canadá.

Além de todos esses fatores, a forma de remuneração de prestadores pode ser fonte de desperdício de recursos da saúde na medida em que gera os estímulos errados para os agentes do setor de saúde. Os países da OCDE, onde os gastos hospitalares responderam em média por um terço do gasto com saúde em 2008, estão adotando sistemas de pagamento mistos, mesclando características de diversos tipos para evitar os efeitos adversos de cada modalidade (Ugá, 2012).

Referências Bibliográficas

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

ANAHP. **Observatório ANAHP**. 2013. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos/revista-observat%C3%B3rio/observat%C3%B3rio-anahp-2013>

BADIA, B. D. & PIRES, C. C. Progresso Tecnológico e Gastos com Saúde: O que informam dois métodos distintos de mensuração. **Texto para Discussão, Serie IESS – 0012**, 2008.

BIRD, C. E. & RIEKER, P. P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. **Social Science and Medicine**, v. 4, p.745-755, 1999

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002.

CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Junho de 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

CURFMAN, G. D. & REDBERG, R. F. Medical Devices — Balancing Regulation and Innovation. **New England Journal of Medicine**, v.365, n.11, 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.

HEALTH SERVICE FRAMEWORK FOR OLDER PEOPLE 2009–2016: Improving Health & Wellbeing Together. **South Australia. Dept. of Health. Statewide Service Strategy Division**, 2009.

KANAMURA, A. H. & VIANA, A. L. D. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 814-20, 2007.

KLIGERMAN, J. Assistência oncológica e incorporação tecnológica. **Revista brasileira de Cancerologia**, v. 47, n.3, 2001.

LEITE, F. Por que os custos com internação dos planos de saúde são os que mais crescem? **Texto para Discussão, Série IESS**, n. 0048, 2013.

- MORONISI, S. et al. Custo e tempo de permanência hospitalar de idosos residentes em Recife – PE. **Geriatrics & Gerontology**. V.5, n. 2, p.:91 a 98, 2011.
- MOTA, D. M et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** 2 ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p 427-49.
- PFUNTNER, A., WIER, L.M. & STEINER, C. Costs for Hospital Stays in the United States, 2010. HCUP Statistical Brief #146. **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2013. Disponível em <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb146.pdf>.
- PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- REIS, A. L. A. **Novos produtos no mercado farmacêutico: implicações para o sistema de saúde**. 2004, Tese (Doutorado). Escola nacional de saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.
- SANTOS, G. M. M. Materiais e Medicamentos: vetores de custo no setor de saúde suplementar. **Texto para Discussão, Série IESS**, n. 0046, 2013.
- TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5 e 6, 2002.
- UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.12, 2012.
- UNIDAS. **Pesquisa Nacional Unidas 2012**. 2013. Disponível em: http://www.unidas.org.br/uploads/pesquisa_2012.pdf
- VECINA NETO, G.; FERREIRA JUNIOR, W. C. **Administração de materiais para sistemas locais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- VERBRUGGE, L.M. & WINGARD, D.L. Sex differentials in health and mortality. **Women Health**, v. 12, n. 2, p. 103–145, 1987.
- 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.