

GASTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA DE UM CONGLOMERADO DE EMPRESAS COM BASE NOS ÍNDICES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

EXPENSES WITH MEDICAL ASSISTANCE OF A CONGLOMERATE OF COMPANIES BASED ON THE INDICES OF THE NATIONAL HEALTH AGENCY

Recebido: 19/10/2017 – Aprovado: 05/11/2018 – Publicado: 31/05/2019

Processo de Avaliação: Double Blind Review

Mário Ivo Serinolli¹

Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP)

Professor do Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho (Uninove)

Walter Moisés Tobias Braga²

Doutor em Medicina (Hematologia) pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Professor da Uninove

Marcos Rogério Orita³

Mestrando Profissional em Administração – Gestão em Sistema de Saúde da Uninove

RESUMO

Esta pesquisa avaliou o perfil dos gastos com assistência médica de um conglomerado de empresas com aproximadamente 50 mil trabalhadores, por meio de um levantamento retrospectivo, descritivo, quantitativo e documental. Em 12 meses, o gasto foi de R\$ 41.881.573,00 (média mensal *per capita* de R\$ 68,56), sendo as principais despesas:

¹ Autor para correspondência: Universidade Nove de Julho – Rua Vergueiro, 235-239 – Liberdade, São Paulo – SP, 01504-011. Brasil E-mail: mserinolli@gmail.com

² wmoises@uol.com.br

³ orita@orita.com.br

40,2% internações, 31,2% exames eletivos, 16,7% consultas eletivas. Os índices de utilização de serviços foram: 3,1 consultas / assegurado / ano, 7,42 exames / assegurado / ano, 2,4 exames / consulta, 9,92% internações no ano. Os usuários eram mais jovens que a média nacional, e o padrão de utilização dos serviços estava abaixo dos indicadores divulgados pela ANS, porém acima dos parâmetros do Sistema Único de Saúde. O percentual de gastos com diagnósticos se justifica, em parte, pela baixa remuneração e pouco tempo destinado às consultas, além da prática da medicina defensiva. Esses resultados podem auxiliar no planejamento de ações para aperfeiçoar a indicação de exames, aumentando a eficiência da gestão da operadora de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Custos; Saúde Suplementar; Assistência em Saúde; Gestão de operações.

ABSTRACT

This research evaluated the healthcare expenses profile of Brazilian companies conglomerate with approximately 50,000 workers. In 12 months of the study, the expense was of R\$ 41,881.573.00 with a monthly average per capita of R\$ 68.56. The main expenses in this study was due to hospital admissions (40.2%), elective exams (31.2%) and, scheduled appointments 16.7%. The main service utilization rates were: 3.1 consultations / assured individual / year, 7.42 examinations assured individual / year, 2.4 examinations per consultation, 9.92% hospitalizations in the year evaluated. The users of the Brazilian companies conglomerate participant of this study were younger than national average, and the standard of use of services was below the indicators published by the Brazilian Nacional Health Agency [ANS], but above the parameters of Unified Health System [SUS]. The percentage of expenses due to diagnoses is partially justified by low compensation, little time for consultations, in addition to the practice of defensive medicine. These results can help for planning actions to improve indication of exams and, consequently, increasing the efficiency of management of health care provider.

Keywords: Health Management, Costs, Supplementary Health, Health Care, Operations Management.



1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve evolução favorável dos indicadores econômicos e sociais no Brasil, com reflexos positivos nos indicadores de saúde, especialmente devido ao crescimento significativo do Produto Interno Bruto (PIB) e da renda *per capita*. A esperança de vida ao nascer avançou de 69,83 anos no ano 2000, para 75,44 anos em 2015, e a mortalidade infantil diminuiu de 29,02 por 1.000 nascidos vivos no ano 2000, para 13,82 em 2015. A taxa bruta de mortalidade diminuiu nos últimos 15 anos, de 6,67 por 1.000 habitantes, para 6,08, em assim como a taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes (20,86 para 14,16) (IBGE, 2017).

A reforma sanitária, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que não suficiente, vem apresentando papel fundamental no tocante à melhora no acesso da população aos serviços de saúde. Com base nos princípios do SUS, todo brasileiro tem direito aos serviços de saúde garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, com acesso universal e integral, incluindo programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Ervati, Borges, & Jardim, 2015).

A despeito das notáveis melhorias em vários indicadores sociais e econômicos no Brasil nas últimas décadas, o setor saúde tem apresentado dificuldades, quer seja no sistema de saúde pública quer no de saúde suplementar. Os investimentos em saúde têm sido crescentes, porém ainda insuficientes, se comparados àqueles realizados por países considerados de maior desenvolvimento. Enquanto em países que também adotam o sistema universal de assistência à saúde, como França e no Reino Unido, o gasto com saúde chega a 4.959 e a 3.935 dólares *per capita*, respectivamente, no Brasil foram gastos na saúde pública e suplementar 947 dólares americanos em 2014 (World Bank, 2014). Nesse sentido, o presente estudo, que apresenta uma série de indicadores econômicos de um plano de assistência médica no Brasil, pretende responder à seguinte questão de pesquisa: qual é o panorama dos gastos com a assistência em saúde prestada aos assegurados de um conglomerado de empresas de grande porte, e qual é o perfil desses indivíduos?

Este estudo apoia sua importância na reduzida disponibilidade de dados sobre gastos e utilização dos serviços de saúde em território nacional. Seu propósito central buscou demonstrar o perfil de gastos com assistência médica em um plano contratado junto a uma operadora de saúde com sistema de pós-pagamento. Os dados avaliados por categoria

de serviços e gastos unitários poderão ser utilizados por estudantes, pesquisadores e gestores de serviços de saúde interessados em administração em saúde. Também, entende-se que, com os resultados aqui apresentados, seja possível elaborar estratégias para comparar os resultados obtidos com indicadores de utilização e custos, publicados periodicamente pela ANS. Visto que o trabalho avalia a quantidade de procedimentos médicos realizados, além de estabelecer custos unitários, os valores poderão ser atualizados por índices de correção publicados por órgãos oficiais além de potencial aplicação em diferentes cenários.

Para tal, além desta Introdução, este estudo traz a seção de Referencial Teórico, que trata de temas relacionados aos gastos das operadoras de saúde com a assistência prestada, a seção de Metodologia, que discute especialmente o operacional de realização dos levantamentos de indicadores apresentados na seção de Resultados, e a seção de Considerações Finais, onde os principais achados desta experimentação são resumidos, e onde são apresentadas as contribuições, as limitações e as propostas para pesquisas futuras.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o crescimento populacional vem se acentuando há décadas. Em 1980, a população era de 119.002.706, atingindo 190.755.799 em 2010. Nos últimos anos, o Brasil vem consolidando um novo padrão demográfico, com redução do crescimento populacional e envelhecimento progressivo dessa população, com implicações visíveis no perfil epidemiológico, como por exemplo, o aumento das doenças crônico-degenerativas e do câncer, e consequente crescimento dos custos de assistência médica e de previdência social. A população de pessoas acima de 60 anos passou de 10.675.841 em 1991, para 20.588.890 em 2010, com previsões de crescimento expressivo na próxima década, onde se estima que aproximadamente 20% da população terá mais de 60 anos (Ervati et al., 2015).

A transição epidemiológica ocorrida no Brasil nas últimas décadas, com predomínio das doenças crônico-degenerativas a despeito do surgimento/persistência de epidemias de doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a febre amarela, a dengue, a zika, entre

outras, tem influenciado o aumento nos custos da assistência à saúde. Já na década de 1960, as doenças cardiovasculares eram mais frequentes que as doenças infecciosas, sendo, atualmente, a principal causa de morte, seguidas pelas doenças oncológicas, causas externas, e respiratórias, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias ocupam o quinto lugar em prevalência. Dados recentes demonstram que as doenças crônicas respondem por cerca de 72% dos óbitos no país (Marinho, Passos, & França, 2016).

2.2 INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Apesar de melhorias nos indicadores econômicos e sociais, o setor de saúde tem apresentado dificuldades tanto na área pública quanto suplementar, visto que, embora crescentes, os investimentos ainda se mostram insuficientes quando comparados aos investimentos de outros países com maior *status* de desenvolvimento. Em 2014, o investimento em saúde no Brasil foi de 8,32% do PIB, isto é, 947 dólares. A participação do financiamento público foi de 46,04% do total das despesas com saúde, percentual ainda acanhado quando comparado ao investimento de países desenvolvidos, como por exemplo, na Itália, que participa com 75,61% das despesas totais da assistência médica, com gastos *per capita* de 3.257 dólares, o que corresponde a 9,25% do PIB. Os Estados Unidos da América (EUA) investiram 17,14% do PIB na área de saúde, totalizando 9.402 dólares *per capita*, também em 2014 (WHO, 2014).

Entretanto, cabe ressaltar que embora porcentagens cada vez maiores do PIB têm sido investidas em saúde em vários países, sem, contudo, apresentar resultados proporcionais em relação à melhoria da qualidade e segurança do serviço de assistência médica. Mundialmente, os custos com saúde vêm aumentando em torno de 4 a 5% ao ano nas últimas décadas. Esta questão vem sendo muito discutida no país mais rico do mundo (EUA), onde o gasto *per capita* em saúde também vem aumentando significativamente na última década muito embora tenha sido observado uma estabilização em alguns indicadores de qualidade e segurança do sistema de saúde (Burnett et al., 2013; Himmelstein & Woolhandler, 2016; Johnson, Stoskopf, & others, 2010; Øvretveit, Ramsay, Shortell, & Brommels, 2016; WHO, 2009).

2.3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o SUS é financiado pelas três esferas do governo, sendo elas a Federal, a Estadual e a Municipal, conforme a Emenda Constitucional número 29, de 13 de setembro de 2000, (BRASIL, 2000). São consideradas despesas de saúde: vigilância em saúde, atenção integral e universal à saúde, capacitação de pessoal, desenvolvimento científico e tecnológico, produção de insumos, saneamento básico, manejo ambiental, controle de vetores de doenças, investimentos na rede física do SUS, remuneração de pessoal da saúde, e gestão de ações administrativas do setor saúde. O sistema universal de saúde é considerado um sistema avançado, baseado no cuidado integral, na descentralização das ações de saúde, regionalização, hierarquização e participação social (Menicucci, 2014). A Lei Complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012, definiu os percentuais mínimos de aplicação de recursos no sistema público de saúde (Brasil, 2012). União deve aplicar os recursos gastos no ano anterior somados à variação do PIB, enquanto os Estados e o Distrito Federal devem aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios 15%. Em 2015, o orçamento total no setor público foi de R\$ 219.866.312.963,05, sendo 46,52% provenientes da União, 27,40% dos estados da Federação e Distrito Federal, e 26,08% dos municípios (Dain, 2016).

Os gastos com saúde das famílias brasileiras representam cerca de 7,2% dos gastos totais mensais. Pesquisa de orçamento familiar relatou média mensal de gastos com saúde em torno de R\$ 153,81 entre os anos de 2008 e 2009. A maior parte dos gastos se referiu às despesas com medicamentos e planos de saúde, correspondendo a 76% do total. Tratamentos dentários e consultas médicas equivaleram a algo entre 3 e 5%. Entre 1995-2009, os gastos médios das famílias com saúde diminuíram 8,04%, em função de menores dispêndios com tratamentos dentários, consultas médicas e outros gastos. Os planos de saúde apresentaram o maior incremento de gastos mensais, aumentando de R\$ 56,50 para R\$ 78,62, em média. Em 2013, dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstraram que o total de gastos das famílias com saúde foi de R\$ 141,3 bilhões, correspondente a 2,7 % do PIB, demonstrando-se um percentual crescente ano a ano (da Rosa Jardim et al., 2015).

A despesa total do setor suplementar foi de R\$ 131.656.212.036 no ano de 2016, com taxa de cobertura de 24,7% da população brasileira, ou seja, 47.898.787 de habitantes (dados do mês de dezembro de 2016). Os valores *per capita* gastos com saúde são bem

maiores no setor privado do que no público, respectivamente, R\$ 2.748,63 e R\$ 1.925,71. Outro sinal desta desigualdade foi revelado em pesquisa conduzida pelo Conselho Federal de Medicina que revelou que a população que depende do SUS tem três vezes menos médicos à disposição do que usuários de planos de saúde. No Brasil, a média é de 2,11 médicos por 1.000 habitantes e que são distribuídos de modo heterogêneo pelo país (CFM, 2015).

A preocupação com a qualidade e com os custos se refletem de forma direta na qualidade de vida dos usuários que utilizam o sistema de saúde suplementar. Outra inquietação é o fenômeno mundial da inflação em saúde, proveniente do aumento do uso de tecnologias de alto custo, aumento da utilização desnecessária dos serviços de saúde, maior complexidade da oferta desses serviços, expansão horizontal desta oferta com a ampliação das indicações e usos, e finalmente, pelo envelhecimento da estrutura etária da população, como dito, com aumento da prevalência de doenças crônicas-degenerativas (Barros, 2016; da Silva, Avelar, de Ângelo, da Silveira, & Fouto, 2015; dos Santos et al., 2016).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, quantitativa e descritiva, do tipo documental e experimental. Foi adotado como universo de análise a amostra de um conglomerado de empresas de grande porte que atua em todo o Brasil e que contabiliza, aproximadamente, 50 mil assegurados. Este conjunto de empresas patrocina um plano de assistência médica empresarial do tipo pós-pagamento, de cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com atendimentos eletivos e de urgência e emergência. A administração do plano de saúde é realizada por uma operadora devidamente registrada na ANS, que é remunerada por uma taxa de serviço, além de o pagamento de todos os gastos realizados em sua rede credenciada de serviços de saúde.

Os pagamentos são realizados mensalmente, com base em demonstrativos detalhados em planilhas eletrônicas, com todos os gastos classificados pela codificação de honorários médicos da Associação Médica Brasileira (AMB), e codificação própria das tabelas de serviços de assistência médica contratadas junto à rede credenciada. Os honorários médicos foram contratados segundo a tabela da AMB, sendo o Coeficiente de Honorários (CH) de 0,39 para internações, CH para consultas de 0,42, e CH para Serviço de Apoio

Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de 0,31. Os medicamentos foram valorados com base no Brasíndice, que é um guia farmacêutico indicador de pesquisa de preços de medicamentos, além de levada em consideração a tabela de serviços e materiais negociados por prestador (Brasíndice, 2016). As despesas assistenciais foram classificadas por categoria de utilização dos serviços de saúde pelo beneficiário, de acordo com os seguintes itens: consultas médicas, exames diagnósticos, terapias, internações e outras despesas, tais como assistência domiciliar, remoção e hospital-dia.

Os dados das planilhas foram disponibilizados com base em diversas informações, como o código do usuário, idade, sexo, Classificação Internacional de Doenças (CID 10), e os gastos expressos em reais. Todos os itens de gastos discriminados foram classificados em tipo de internação (clínica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica), exames eletivos, consultas eletivas, atendimentos não eletivos de urgência, terapias, hospital-dia, atendimento domiciliar e transporte de pacientes e os respectivos valores apurados. A análise envolveu o período de março de 2009 a fevereiro de 2010, e apurou todos os gastos referentes à internação, incluindo honorários médicos, diárias, taxas, materiais, medicamentos, exames e terapias. Esse período foi escolhido visto que os dados são divulgados apenas *a posteriori*, além do fato de que um dos autores do presente trabalho foi consultor no período em que as informações aqui apresentadas foram disponibilizadas. Os gastos não hospitalares foram classificados em eletivos e de urgência. Todos os procedimentos classificados como exames e terapias pela tabela da AMB foram agrupados. Os dados de transporte de pacientes foram identificados e também agrupados. Os valores foram comparados com parâmetros publicados pela ANS, incluindo dados populacionais, indicadores de utilização e custos do mesmo período (2009-2010) (ANS, 2011). O indicador de consulta utilizado foi a quantidade de consultas por usuário/ano. A taxa de internação mede o número de internações por qualquer causa, ocorridas no ano em relação ao número médio de beneficiários no mesmo ano, multiplicado por 100. O gasto médio foi definido como o custo médio por item de despesa (consultas, internações, exames), calculado como a relação entre a despesa nestes eventos e o número de eventos. As comparações foram realizadas com valores médios também publicados pela ANS (ANS, 2011). Os dados coletados foram armazenados em planilhas especialmente elaboradas e a análise estatística descritiva realizada com auxílio do programa Excel (Office 2016, Microsoft®).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de vidas vinculadas à empresa participante deste estudo no mês de fevereiro de 2010 correspondia a um total de 52.160 indivíduos (54,2% do sexo masculino e 45,8% do sexo feminino). Existia predomínio de população jovem, sendo que 77,2% tem idade igual ou inferior a 33 anos (34,4% na faixa etária de 0 a 18 anos, 42,8% na faixa etária de 19 a 33 anos, 22,5% na faixa etária de 34 a 58, e 0,4% acima de 59 anos). As mulheres em idade ideal de reprodução (entre 19 e 38 anos) representaram 22,9% de todas as vidas, ou seja, 11.927 vidas.

A amostra estudada nesta pesquisa foi formada, em sua maioria, por pessoas jovens, em situação de plena capacidade laborativa. Constatou-se menor proporção de pessoas com mais de 60 anos quando comparada aos dados divulgados pela ANS, e maior proporção de pessoas até 18 anos. É fator conhecido que, quanto mais idosos acima de 60 anos, maiores serão os gastos com serviços de saúde (Kanamura & Viana, 2007). Também neste estudo, a proporção de homens foi menor quando comparada aos padrões da ANS em função da natureza do setor analisado neste trabalho, que se refere ao ramo alimentício (Amorim, Chiarello, Vianna, Moraes, & Vilaça, 2017; Sesma-Vázquez, Pérez-Rico, & Sosa-Manzano, 2015).

O número de vidas incluídas no estudo variou, conforme descrito na Tabela 1, de 48.730 a 52.160 vidas, no período analisado de março de 2009 a fevereiro de 2010. A variação dos gastos totais com assistência médica foi de R\$ 2.868.130,00 a R\$ 4.160.328,00, sendo o gasto médio de R\$ 3.490.131,00. Os gastos *per capita* variaram de R\$ 54,99 a R\$ 79,56, sendo o valor médio *per capita* de R\$ 68,56.

Os gastos *per capita*/mês apresentados neste trabalho (R\$ 68,56) se mostraram menores que os valores calculados com base em dados divulgados pela ANS de R\$ 96,88 (despesas médicas em 2009/população em dezembro de 2009) (Brasil, 2010).

A menor despesa encontrada em nossa amostra pode ser justificada pela maior proporção de jovens e maior racionalidade da utilização de consultas médicas e parâmetros de internação. Em estudo conduzido por Kanamura e Viana (2007), foi observado que apenas 1% dos beneficiários dos planos de saúde contribuem com aproximadamente 35% dos gastos totais da operadora. Ainda, os autores observaram que 45% destes indivíduos têm acima de 60 anos, e que o maior gasto ocorre com materiais diversos e também com o tratamento medicamentoso. Mais uma vez, pelo fato de a maior parte da amostra do

presente trabalho ter sido constituída por indivíduos jovens, justificam-se os gastos abaixo do previsto pela ANS (ANS, 2011).

Tabela 1

Número de vidas, total de gastos e gastos *per capita* no período de março de 2009 a fevereiro de 2010.

Período analisado	Vidas	Gastos Totais	Gastos <i>per capita</i>
mar/09	48.730	R\$ 3.387.646	R\$ 69,52
abr/09	49.088	R\$ 3.638.274	R\$ 74,12
maio/09	49.550	R\$ 3.338.010	R\$ 67,37
jun/09	49.791	R\$ 3.470.694	R\$ 69,71
jul/09	51.271	R\$ 3.729.752	R\$ 72,75
ago/09	50.933	R\$ 3.606.618	R\$ 70,81
set/09	50.590	R\$ 3.891.736	R\$ 76,93
out/09	51.731	R\$ 3.415.388	R\$ 66,02
nov/09	52.753	R\$ 3.215.820	R\$ 60,96
dez/09	52.289	R\$ 4.160.328	R\$ 79,56
jan/10	51.977	R\$ 3.159.176	R\$ 60,78
fev/10	52.160	R\$ 2.868.130	R\$ 54,99
MÉDIA	50.905	R\$ 3.490.131	R\$ 68,56

Fonte: dados da operadora.

No período analisado, o total de gastos com assistência médica foi de R\$ 41.881.573,00 (Tabela 2). As internações representaram o maior valor dos gastos com assistência médica (40,2%), seguidas respectivamente por gastos com exames diagnósticos ambulatoriais (31,2%), consultas médicas eletivas (16,7%), consultas médicas de urgência (6,0%), terapias (4,9%), atendimento domiciliar (0,6%), remoção (0,2%), e despesas com hospital-dia (0,1%). Ainda na Tabela 2 pode-se observar que somente os valores gastos com exames diagnósticos representaram cerca de um terço do total de gastos da operadora de saúde participante deste estudo, percentual acima dos parâmetros estabelecidos pela ANS, que é de 25,45% (ANS, 2011).

Tabela 2

Gastos realizados por tipo de utilização, percentual e percentual acumulado no período de março de 2009 a fevereiro de 2010.

Procedimento	Gastos	(%)	(%) Acumulado
Internações	R\$ 16.819.882	40,2%	40,2%
Exames Ambulatoriais	R\$ 13.083.161	31,2%	71,4%
Consulta Eletivas	R\$ 7.001.888	16,7%	88,1%
Atendimentos de Pronto Socorro	R\$ 2.528.522	6,0%	94,2%
Terapias	R\$ 2.062.540	4,9%	99,1%
Atendimento Domiciliar	R\$ 250.115	0,6%	99,7%
Remoção	R\$ 75.973	0,2%	99,9%
Hospital-Dia	R\$ 59.493	0,1%	100,0%
Total Geral	R\$ 41.881.573	100,0%	—

Fonte: dados da operadora.

Em relação às internações, o maior gasto foi relacionado a internações cirúrgicas (51,4% – R\$ 8.647.436,63), seguido das internações clínicas (24,1% – R\$ 4.056.133,39), das internações obstétricas (13,0% – R\$ 2.194.693,61), das internações pediátricas (11,3% – R\$ 1.908.078,68), e das internações psiquiátricas (0,1% – R\$ 13.539,68).

O gasto médio mensal com consultas médicas (Tabela 3) foi de R\$ 44,62, sendo realizadas 3,1 consultas médicas eletivas por usuário/ano abaixo do parâmetro da ANS que era de 5,5 consultas médicas por assegurado/ano no ano analisado (ANS, 2011). O perfil epidemiológico e demográfico da população estudada pode justificar, em parte, o menor número de consultas realizadas (Kanamura & Viana, 2007).

Em nossa pesquisa, os resultados indicam maior utilização de consultas por usuário/ano e de exames complementares quando comparado com dados provenientes daqueles ofertados pelo SUS. Em 2012, a proporção de consultas por usuário ano foi de 2,77, e a proporção de exames diagnóstico por consulta foi de 1,34 (DATASUS-RIPSA). As dificuldades de acesso e menor oferta de serviços médicos no sistema público de saúde podem explicar essa diferença, conforme dados do Conselho Federal de Medicina e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2015; CFM, 2015).

Tabela 3

Gastos com consultas médicas eletivas, número de consultas eletivas, número de consultas por usuário/ano e gasto médio por consulta.

Mês	Vidas	Eletivas	N (eletivas)	QCUA*	V. Médio
mar/09	48.730	R\$ 714.162,00	16.097	-	R\$ 44,37
abr/09	49.088	R\$ 749.263,00	16.832	-	R\$ 44,51
mai/09	49.550	R\$ 615.624,00	13.763	-	R\$ 44,73
jun/09	49.791	R\$ 651.451,00	14.427	-	R\$ 45,15
jul/09	51.271	R\$ 599.237,00	13.314	-	R\$ 45,01
ago/09	50.933	R\$ 592.888,00	13.332	-	R\$ 44,47
set/09	50.590	R\$ 622.037,00	14.027	-	R\$ 44,35
out/09	51.731	R\$ 512.985,00	11.685	-	R\$ 43,90
nov/09	52.753	R\$ 451.296,00	10.195	-	R\$ 44,27
dez/09	52.289	R\$ 723.656,00	16.194	-	R\$ 44,69
jan/10	51.977	R\$ 355.343,00	7.899	-	R\$ 44,99
fev/10	52.160	R\$ 413.946,00	9.155	-	R\$ 45,22
Valor Médio/Total	50.905	R\$ 7.001.888,00	156.920	3,1	R\$ 44,62

*QCUA – Quantidade de consultas por usuário ano.

Fonte: dados da operadora.

O pagamento médio por consulta foi maior do que o parâmetro divulgado pela ANS (R\$ 44,62 *versus* R\$ 40,26) (ANS, 2011). O valor da consulta remunerada encontrava-se muito abaixo das reivindicações da categoria médica, o que pode, em parte, justificar gastos elevados com exames diagnósticos. Sobre esse fato, muitos médicos reclamam que precisam atender a um número de pacientes acima de sua capacidade, o que pode gerar pedidos de exames diagnósticos desnecessários, muitos deles com resultados normais, podendo até mesmo ser prejudiciais ao paciente, como no caso de uso de contrastes e de procedimentos invasivos (ANS, 2014; Kipper et al., 2014; Brito, 2015; Diniz, Costa, & da Silva, 2016).

A média de gastos por internação no nosso estudo foi de R\$ 3.330,00, e a taxa de internação foi de 9,2% (Tabela 4) sendo esta taxa inferior ao parâmetro da ANS que é de 13% (ANS, 2011). Esse resultado pode ser parcialmente explicado pela composição da base de assegurados que conta com um percentual maior de jovens, que historicamente requerem menos internações quando comparados a idosos.

Tabela 4

Gastos mensais e número de internações realizadas no período de março de 2009 a fevereiro de 2010, taxa de internação, valor médio de cada internação.

Mês	Gasto	(N) Internações	(N) Vidas	Taxa de internação	Valor Médio
mar/09	R\$ 1.141.607	287	48.730	-	R\$ 3.978
abr/09	R\$ 1.290.174	386	49.088	-	R\$ 3.342
maio/09	R\$ 1.364.214	296	49.550	-	R\$ 4.609
jun/09	R\$ 1.451.881	278	49.791	-	R\$ 5.223
jul/09	R\$ 1.685.400	430	51.271	-	R\$ 3.920
ago/09	R\$ 1.377.850	477	50.933	-	R\$ 2.889
set/09	R\$ 1.456.612	437	50.590	-	R\$ 3.333
out/09	R\$ 1.503.196	370	51.731	-	R\$ 4.063
nov/09	R\$ 1.360.475	363	52.753	-	R\$ 3.748
dez/09	R\$ 1.476.584	754	52.289	-	R\$ 1.958
jan/10	R\$ 1.670.903	488	51.977	-	R\$ 3.424
fev/10	R\$ 1.040.987	485	52.160	-	R\$ 2.146
Total	R\$ 16.819.882	5.051	50.905	9,92%	R\$ 3.330

Fonte: dados da operadora.

A proporção de pacientes internados nos doze meses estudados (9,92%), em relação à população total da amostra, foi menor que os parâmetros da ANS (13%), porém maior que os parâmetros do SUS (7,1%). Tal diferença deve ser mais bem estudada e, depende em parte, do perfil de morbidade, condições socioeconômicas, acesso, necessidades diferentes, oferta, quantidade de reinternações, entre outros fatores (Ribeiro, Perpétuo, & Andrade, 2006).

O valor médio pago por internação foi de R\$ 3.300,00, menor que o parâmetro médio da ANS (valor médio de R\$ 3.844,43) (ANS, 2011). Tal diferença pode ser explicada em função do predomínio de faixas etárias mais jovens, que apresentam menos comorbidades e tempo menor médio de internação. Ainda se comparado ao SUS, verifica-se que, em 2012, a média de gastos por internação foi de R\$ 1.500,80), menos de um terço do valor da internação do setor de saúde suplementar (ANS, 2011). Na tabela 5 pode-se verificar os gastos mensais e número de exames de apoio diagnóstico realizados no período de análise. O gasto médio por exame diagnóstico foi de R\$ 34,64, sendo realizados 7,42 exames por vida/ano.

Tabela 5

Gastos mensais e número de exames de apoio diagnóstico realizados no período de março de 2009 a fevereiro de 2010, número de exames *per capita*, valor médio de cada internação.

Mês	Gasto	(N) Exames	Vidas	<i>Per capita</i>	Valor Médio
mar/09	R\$ 1.257.429	37.354	48.730	-	R\$ 33,66
abr/09	R\$ 1.370.274	40.666	49.088	-	R\$ 33,70
maio/09	R\$ 1.144.568	34.625	49.550	-	R\$ 33,06
jun/09	R\$ 1.045.290	30.768	49.791	-	R\$ 33,97
jul/09	R\$ 1.072.942	28.789	51.271	-	R\$ 37,27
ago/09	R\$ 1.077.729	28.980	50.933	-	R\$ 37,19
set/09	R\$ 1.187.349	34.745	50.590	-	R\$ 34,17
out/09	R\$ 951.219	28.150	51.731	-	R\$ 33,79
nov/09	R\$ 974.419	25.665	52.753	-	R\$ 37,97
dez/09	R\$ 1.362.774	39.464	52.289	-	R\$ 34,53
jan/10	R\$ 762.484	22.133	51.977	-	R\$ 34,45
fev/10	R\$ 876.685	26.367	52.160	-	R\$ 33,25
Total Geral	R\$ 13.083.161	377.706	50.905	7,42	R\$ 34,64

Fonte: dados da operadora.

Muito embora no período analisado não tenha sido possível evidenciar uma tendência de aumento de número de exames nos atendimentos feitos pela operadora participante deste estudo, esta é uma tendência mundial justificada em parte em função da grande oferta de tecnologias médicas. O número de laboratórios e de clínicas para realização de exames de imagem e outros está em franca expansão no país, reflexo da forte demanda e que nesta pesquisa já mostra o impacto considerável no gasto da operadora de saúde participante deste estudo (Teixeira, Romano, & Alves Filho, 2015).

Esse número de exames complementares diagnósticos é em parte explicado pelo exercício da medicina defensiva, visto que existe receio, especialmente por parte dos médicos em relação a processos judiciais, além da baixa remuneração por consulta médica, pelo pouco tempo dispendido/consulta o que leva à maior solicitação de exames, além de uma preocupante e menor qualificação dos profissionais recém-formados. Estudos recentes apontam que 56,4% dos médicos recém-formados não alcançaram a pontuação mínima necessária para o bom exercício da prática médica, o que contribui para um excessivo número de exames complementares (Lehoux, Daudelin, Williams-Jones, Denis, & Longo, 2014; Minossi & Silva, 2013; Mendes & Bittar, 2014; Pagan, 2015; Mori & Resende, 2017).

Em um estudo que buscou avaliar os indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil, notou-se que boa parte desses gastos, especialmente com

indivíduos mais jovens, é atribuída aos exames diagnósticos (Andrade, Maia, & Rodrigues, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que mais da metade dos gastos ocorreu em estruturas não hospitalares, incluindo consultas médicas, realização de exames diagnósticos e terapias especializadas. Os resultados desta pesquisa corroboram dados de literatura que apontam um crescente gasto destinado à realização de exames complementares e terapias especializadas.

Os resultados indicam maior utilização de consultas e exames dos usuários cobertos pelo plano de assistência médica estudado em relação à população coberta pelo SUS. As dificuldades de acesso e menor oferta de serviços médicos no sistema público de saúde podem explicar esta diferença.

Em resumo, no presente trabalho, o perfil populacional da amostra foi representado por pessoas mais jovens que a média nacional do setor, com padrão de utilização de serviços de saúde abaixo dos indicadores nacionais divulgados pela ANS, todavia, bem acima dos parâmetros do SUS. O percentual de gastos excessivos com exames diagnósticos pode ser justificado pelo pouco tempo dedicado à consulta médica e à baixa remuneração/consulta, pelo perfil e formação especializada dos profissionais, além de incluir alguns aspectos culturais, como a prática da medicina defensiva.

Dentre as principais limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade de obtenção do perfil epidemiológico da população analisada, com base no CID 10. No entanto, a grande amostragem utilizada, ao redor de 50 mil vidas distribuídas em todo o território nacional, fortalece a hipótese da representatividade da amostra, de forma a permitir que os indicadores averiguados neste estudo também possam ser utilizados por outras empresas de planos coletivos de assistência médica. Nesse sentido, novas pesquisas são necessárias para comparar a evolução dos índices de utilização e de gastos com assistência médica do mesmo grupo empresarial no último ano, o que pode ser previsto pela correção dos valores utilizando índices oficiais de correção de gastos médicos e hospitalares. A análise dos parâmetros de utilização e de gastos publicadas periodicamente pela ANS pode ser utilizada como índice de correção, ressaltando que não ocorreram alterações significativas nos índices de utilização para a mesma categoria de plano assistencial (plano de assistência médica empresarial do tipo pós-pagamento, de cobertura

ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com atendimentos eletivos e de urgência e emergência).

Nesta pesquisa, o gasto com exames diagnósticos somente foi superado por aqueles decorrentes de internações. Esses resultados por nós encontrados podem auxiliar no planejamento de ações como o treinamento dos profissionais de saúde, análise dinâmica do perfil de exames solicitados para aperfeiçoamento na indicação dos exames diagnósticos aumentando a eficiência da gestão da operadora de saúde.

REFERÊNCIAS

- Amorim, D. N. P., Chiarello, M. D., Vianna, L. G., Moraes, C. F., & Vilaça, K. H. C. (2017). Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 11(2), 576–583.
- Andrade, M. V., Maia, A. C., & Rodrigues, C. G. (2013). Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Popul*, 30(supl. 0), S103–S117.
- ANS. (2011). *Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras, Planos de Saúde. Rio de Janeiro.*
- ANS (2014). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras e Planos.* Recuperado de <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/numeros-do-setor/1762-caderno-de-informacao-da-saude-suplementar>
- ANS (2015). ANS disponibiliza dados atualizados do setor. Recuperado 1º de setembro de 2015, de <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/2957-ans-disponibiliza-dados-atualizados-do-setor>
- Barros, P. P. (2016). *Pela sua saúde.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários. Operadoras. Planos de Saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Ca

derno_informacao_saude_suplementar/2010_mes03_caderno_informacao.pdf>.

Acesso em: 4 jan. 2019.

Brasil. (2012). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012. Acesso em 24 de janeiro de 2019. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

Brasíndice. (2016). Guia Farmacêutico. Recuperado 8 de abril de 2019, de <http://www.brasindice.com.br/>

Brito, M. F. S. F. (2015). Exames de apoio diagnóstico: uma reflexão sobre a prática de solicitação. *Renome*, 3(2), 01–05.

Burnett, S., Renz, A., Wiig, S., Fernandes, A., Weggelaar, A. M., Calltorp, J., Fulop, N. (2013). Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, mzs079.

CFM. (2015). Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica 2015: População médica cresce mais que a geral, mas persistem desigualdades na sua distribuição. Recuperado 5 de abril de 2017, de http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25867

da Rosa Jardim, V. M., Kantorski, L. P., de Oliveira, M. M., dos Santos Treichel, C. A., Rodrigues, S., Sinott, C. G., & Dias, L. V. (2015). Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5).

da Silva, A., Avelar, A., de Ângelo, C., da Silveira, J., & Fouto, N. (2015). *Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil*. Apresentado em XVIII Seminários em Administração (SEMEAD), São Paulo. Recuperado de <http://sistema.semead.com.br/18semead/resultado/trabalhosPDF/360.pdf>

Dain, S. (2016). O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, 10(2), 113–140.

- Diniz, K. D., Costa, I. K. F., & da Silva, R. A. R. (2016). Segurança do paciente em serviços de tomografia computadorizada: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18. Recuperado de <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/35312>
- dos Santos, C. H., Amitrano, C. R., Pires, M. C. de C., de Carvalho, S. S., Ferreira, E., de Araújo Esteves, F. H., Lima, L. dos S. (2016). *A natureza da inflação de serviços no Brasil: 1999-2014*. Recuperado de Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) website: <https://www.econstor.eu/handle/10419/129896>
- Ervati, L. R., Borges, G. M., & Jardim, A. de P. (2015). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população*. Subsídios para as projeções da população. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2015.
- Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2016). Public health's falling share of US health spending. *American Journal of Public Health*, 106(1), 56–57.
- IBGE. (2017). Brasil em síntese - território. Recuperado 4 de abril de 2017, de Portal IBGE website: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio.html>
- Johnson, J. A., Stoskopf, C. H., & others. (2010). *Comparative health systems: global perspectives*. Jones & Bartlett Learning.
- Kanamura, A. H., & Viana, A. L. D. (2007). High expenditure on a private healthcare plan: for whom and in what. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 814–820.
- Kipper, C. E., Butzke, B. L., Jimenez, L. F., Marimon, M. M., Fernandes, V. F., Citollin-Santos, G. E., & Uzeika, L. (2014). Taxa de exames solicitados por consulta ambulatorial em hospital universitário de Porto Alegre. *Blucher Medical Proceedings*, 1(5), 5–5.
- Lehoux, P., Daudelin, G., Williams-Jones, B., Denis, J.-L., & Longo, C. (2014). How do business model and health technology design influence each other? Insights from a longitudinal case study of three academic spin-offs. *Research Policy*, 43(6), 1025–1038.

- Marinho, F., Passos, V. M. de A., & França, E. B. (2016). Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 713–724.
- Mendes, J. D. V., & Bittar, O. J. N. V. (2014). Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984-4840*, 16(1), 35–39.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, 77–92.
- Minossi, J. G., & Silva, A. L. D. (2013). Medicina defensiva: uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(6), 494–501.
- Mori, F., & Resende, L. (2017). Aplicação da metodologia de séries temporais ao sistema de saúde do Brasil e dos Estados Unidos. *Revista Debate Econômico*, 4(1), 93–107.
- Øvretveit, J., Ramsay, P., Shortell, S. M., & Brommels, M. (2016). Comparing and improving chronic illness primary care in Sweden and the USA. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(5), 582–595.
- Pagan, M. (2015, dezembro 3). Número de médicos por regiões e no SUS: levantamento revela desigualdade absurda. Recuperado 5 de abril de 2017, de Vix website: <http://www.vix.com/pt/bdm/saude/numero-de-medicos-por-regioes-e-no-sus-levantamento-revela-desigualdade-absurda>
- Ribeiro, M. M., Perpétuo, I. H. O., & Andrade, M. V. (2006). Padrões Etários de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde. *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP*, 1–21. Caxambú.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., & Sosa-Manzano, C. L. (2015). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud pública de México*, 47. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687>



- Teixeira, I. T., Romano, A. L., & Alves Filho, A. G. (2015). Indicadores-chave para medida de desempenho: uma proposta para o caso das operadoras de planos de saúde. *Gestão e Saúde*, 6(2), 1689–1712.
- WHO. (2009). The conceptual framework for the international classification for patient safety. *World Health Organization*, 2009, 1–149.
- WHO. (2014). World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) - indicator views. Recuperado 4 de abril de 2017, de WHO website: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- World Bank. (2014). Health expenditure per capita (current US\$) | Data. Recuperado 24 de abril de 2017, de <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=S3-1W>