

# As Novas Tecnologias e a Saúde Suplementar

**Custos e Benefícios  
aos Pacientes**

Abril 2019

**INTERFARMA**

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

#### **EXPEDIENTE**

#### **AS NOVAS TECNOLOGIAS E A SAÚDE SUPLEMENTAR**

Benefícios aos Pacientes e Seus Custos

#### **ELABORAÇÃO IQVIA**

Sydney Clark | Vice Presidente  
David Peig | Gerente de Projetos  
Willy Hirth | Consultor Sênior  
Jéssica Nacazume | Analista

#### **APOIO INTERFARMA**

Octávio Nunes | Diretor de Comunicação  
Selma Hirai | Coordenadora de Comunicação  
Ciselle Marques | Analista de Comunicação  
Bruno Folli | Assessor de Imprensa  
Pedro Bernardo | Diretor de Acesso e Assuntos Econômicos  
Reus Farias | Coordenador de Assuntos Econômicos

#### **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Nebraska Composição Gráfica

#### **IMPRESSÃO**

PrimeColors · 500 exemplares

#### **SOBRE A INTERFARMA**

A INTERFARMA é a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, uma entidade setorial, sem fins lucrativos, que representa 51 associadas, empresas e pesquisadores que buscam promover e incentivar a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação voltada para a produção de insumos farmacêuticos, matérias-primas, medicamentos e produtos para a saúde humana. São condições para fazer parte da entidade, realizar pesquisa, desenvolvimento e inovação e aderir ao Código de Conduta da associação.

#### **SOBRE A IQVIA**

A IQVIA™, formada a partir da fusão da IMS Health e Quintiles, presente em mais de 100 países e com aproximadamente 55.000 colaboradores, é líder global de informação, tecnologia, consultoria e soluções em pesquisa clínica para a área de saúde, dedicada ao uso de dados e ciência para ajudar os stakeholders do setor a encontrarem melhores resultados para os pacientes.

As opiniões contidas neste trabalho são de responsabilidade do autor.

#### **AVISO DE CONFORMIDADE**

De acordo com o Código de Conduta da INTERFARMA (Revisão 2016), esta publicação se caracteriza por:

- Ter conteúdo histórico e educacional sobre Saúde Pública;
- Estar disponível na internet sem restrição;
- Não ter valor comercial;
- Ser distribuída gratuitamente.

# Apresentação

A cada inovação farmacêutica, uma nova fronteira da saúde é conquistada. Sintomas incapacitantes passam ser controlados, devolvendo a autonomia de inúmeras pessoas. Doenças sem tratamento se tornam curáveis, mudando o prognóstico dos pacientes. E até os avanços mais sutis, como nas terapias aperfeiçoadas, os ganhos viabilizam mais rapidez e adesão ao tratamento, com menos reações adversas.

Veja o câncer, por exemplo. Pouquíssimas pessoas conseguiam sobreviver à doença até 20 anos atrás. Enquanto hoje, com os avanços da ciência farmacêutica e da medicina, cerca de 15 milhões de pacientes puderam celebrar alta médica, certos de que o tratamento havia sido bem-sucedido.

Além do benefício direto à pessoa, existem muitos outros aspectos a serem considerados. Primeiro, a contribuição à sociedade. Quando um paciente recupera a sua autonomia, seja pelo controle dos sintomas ou pela cura de doenças, ele tende a retornar às suas atividades profissionais. Segundo, os gastos com saúde. Pacientes bem tratados geram menos internações, gastos com cirurgias e atendimentos ambulatoriais, portanto oneram menos os sistemas público e privado de saúde.

Existem metodologias para calcular esses benefícios, mas é impossível estimar o que realmente representa se reintegrar à sociedade, superando desafios que até pouco tempo eram intransponíveis. Isso é alcançado graças a esforços mundiais para criar terapias mais eficientes e seguras, com investimentos bilionários e crescentes em pesquisas multicêntricas, que chegam a superar uma década antes de alcançarem uma proposta terapêutica viável.

Apesar de todos os benefícios e investimentos, o setor farmacêutico representa apenas 6,6% das despesas totais das operadoras de planos de saúde. Essa relação entre medicamentos e planos de saúde é investigada pelo presente estudo, realizado pela IQVIA a pedido da INTERFARMA (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa).

São apresentados diversos dados sobre a saúde suplementar no Brasil, que atualmente beneficia 22% da população, o equivalente a 47 milhões de brasileiros.

Essa cobertura, contudo, registrou uma queda de 5,8% em quatro anos, de 2014 a 2017, como consequência do desemprego e da crise econômica. Por isso, os beneficiários foram obrigados a migrar para o SUS, prejudicando a gestão de recursos públicos já insuficientes para o restante da população.

Portanto, o tema deste estudo não é só uma questão pertinente por sua abrangência na saúde suplementar, mas também pelo seu potencial de afetar o sistema público de saúde (SUS).

Conhecer os caminhos que estão se desenhando para o futuro próximo é fundamental para que toda a cadeia produtiva da saúde suplementar possa encontrar as melhores soluções, conjuntamente, para os desafios do momento, sempre considerando os interesses e as necessidades do beneficiário.



**Nilton Paletta**  
Presidente América Latina e  
Gerente-Geral Brasil da IQVIA



**Sydney Clark**  
SVP Consulting & Technology Latam da IQVIA



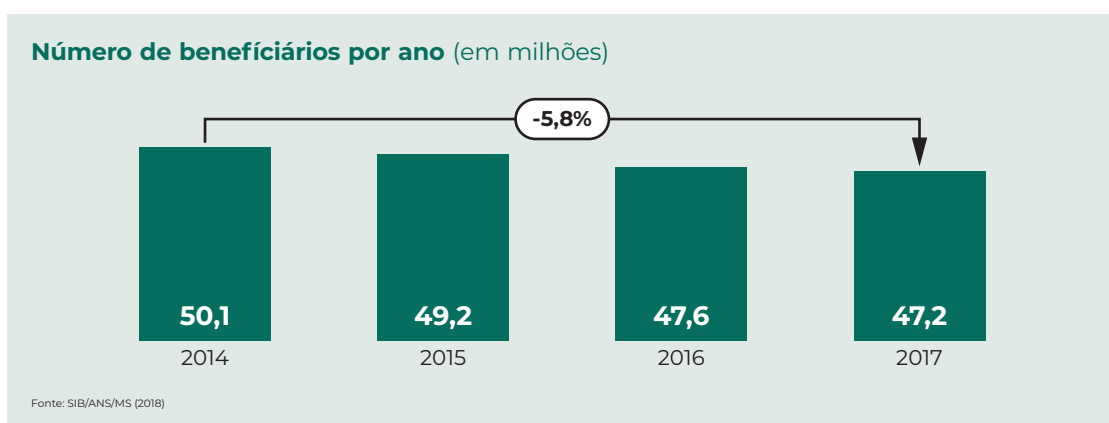
**Juan Carlos Gaona H.**  
Presidente do Conselho  
Diretor da INTERFARMA



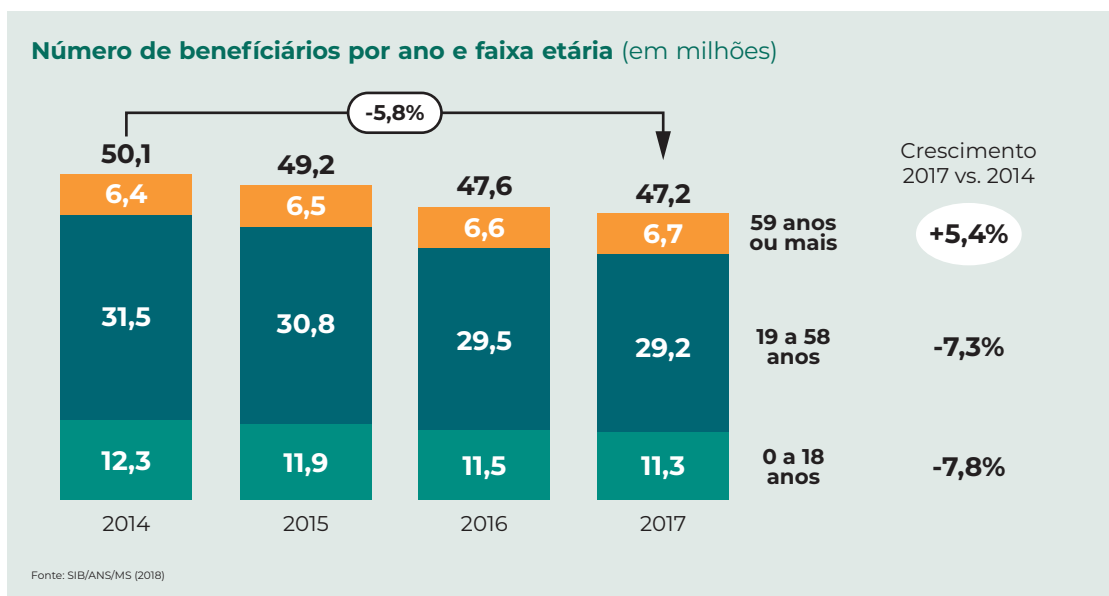
**Elizabeth de Carvalhaes**  
Presidente-executiva  
da INTERFARMA

# Introdução

O sistema de saúde suplementar atende cerca de 22% da população brasileira, o que representa atualmente cerca de 47 milhões de pessoas. Esse número sofreu seguidas quedas desde 2014, quando 50 milhões de brasileiros eram atendidos. A redução de 5,8% se deve principalmente à crise econômica e ao desemprego, visto que a grande maioria dos planos de saúde é contratada por empresas e não diretamente pelo beneficiário.

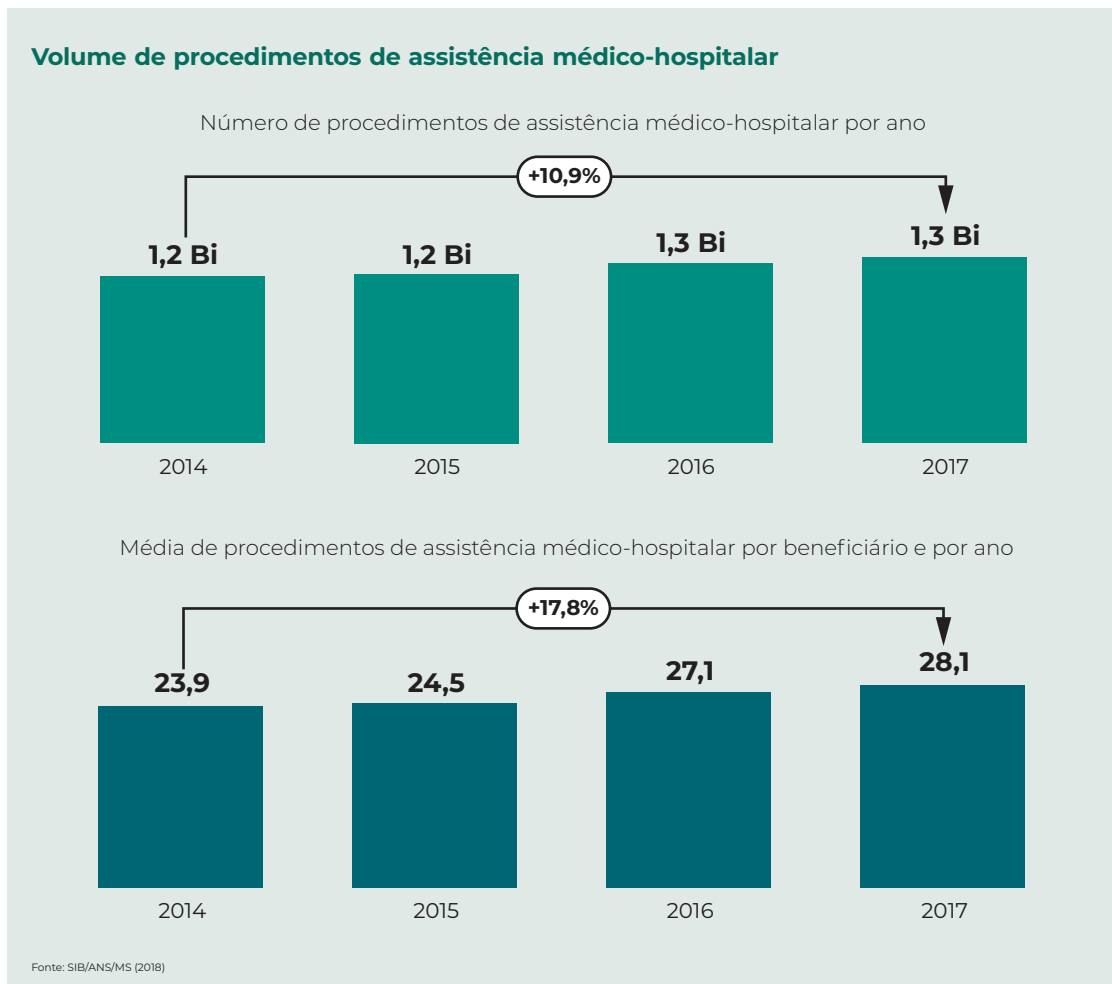


É importante ressaltar que a redução dos beneficiários modificou bastante o perfil da cartela de clientes. Enquanto a faixa etária mais elevada, que tende a demandar mais os planos, aumentou 5,4%, a faixa etária mais baixa, de zero a 18 anos, reduziu a representatividade em 7,8%. Assim, os planos de saúde passaram a atender 6,7 milhões de beneficiários com idade a partir de 59 anos em 2017.



# Demanda crescente

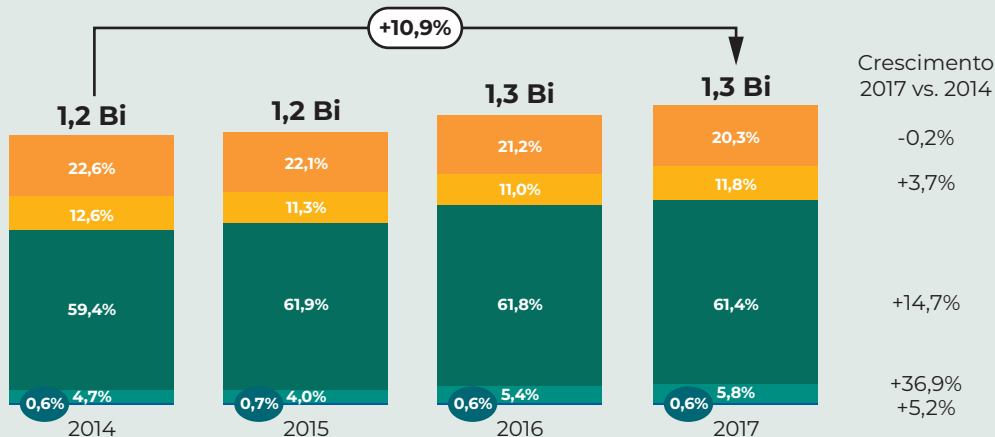
Ao observarmos mais detalhadamente as demandas dos planos de saúde entre 2014 e 2017, notamos aumentos significativos tanto no número de procedimentos de assistência médico-hospitalar quanto na média de procedimentos por beneficiário. O primeiro indicador teve incremento de 10,9%, chegando a 1,3 bilhão, enquanto o segundo aumentou 17,8%, chegando a 28,1 procedimentos por beneficiário ao ano. Essa variação de demanda é coerente com a variação do perfil dos beneficiários.



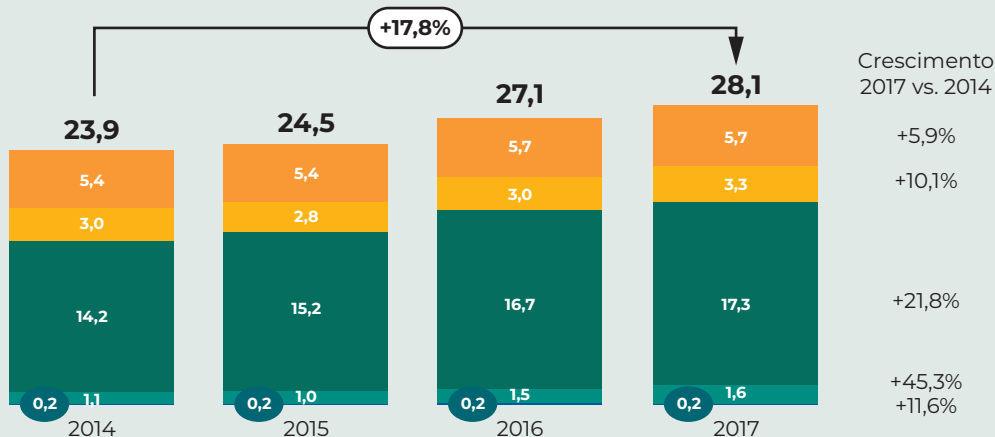
Ao categorizar as demandas, nota-se que houve incremento em praticamente todos os tipos de atendimentos, incluindo consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, exames, terapias e internações. A demanda por medicamentos está presente em todas as categorias, embora, por razões metodológicas, não seja possível quantificá-la isoladamente.

### Volume por tipo de procedimentos de assistência médico-hospitalar

Número de procedimentos de assistência médico-hospitalar por ano



Média de procedimentos de assistência médico-hospitalar por beneficiário e por ano



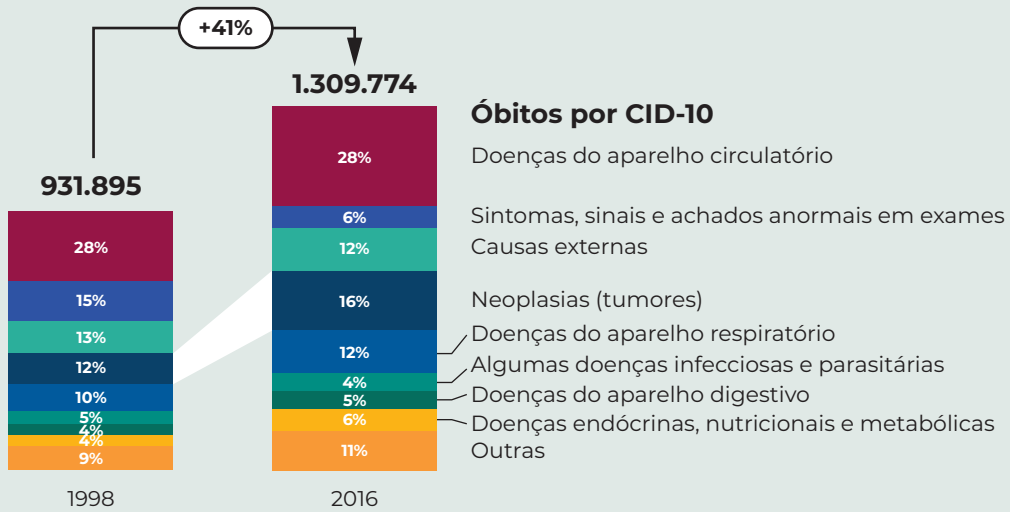
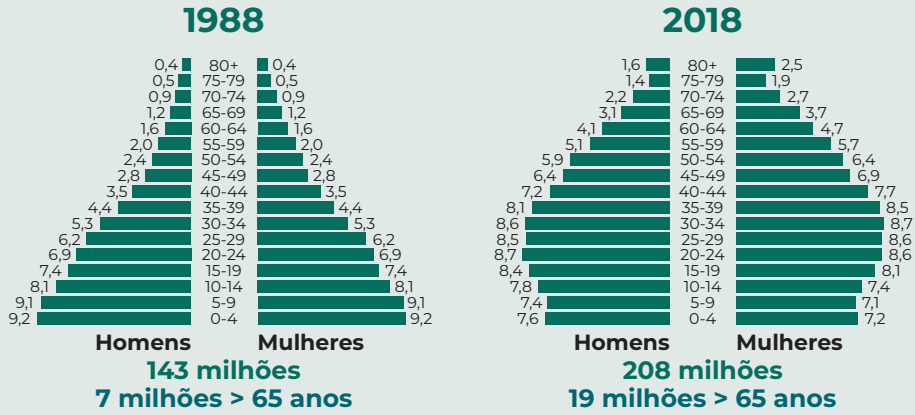
■ Consultas médicas   
 ■ Outros atendimentos ambulatoriais   
 ■ Exames complementares  
■ Terapias   
 ■ Internações

Fonte: SIB/ANS/MS (2018)

Na tabela a seguir, é possível observar um recorte maior, entre 1988 e 2018, fica ainda mais evidente o crescimento das faixas etárias mais avançadas. Há 30 anos, quando a população brasileira era de 143 milhões, os idosos respondiam por 7 milhões. Hoje, já respondem por 19 milhões, uma vez que a população total cresceu para 208 milhões.

No período, a variação de óbitos da população brasileira saltou 41%, chegando a mais de 1,3 milhão em 2018. Este crescimento aponta para uma relação direta entre longevidade e aumento de mortes por doenças crônicas, como por exemplo as neoplasias, mais comuns na população idosa.

Perfil demográfico epidemiológico da população

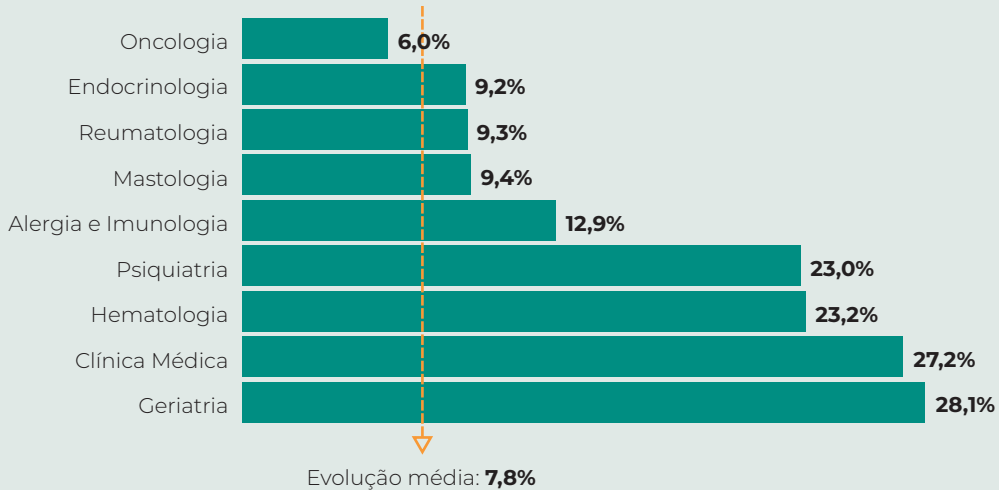


Fontes: IBGE 2018. – MS/SVS/CGIAE - Sistema de informação sobre mortalidade - SIM - IQVIA 2018

Reforçando a relação entre demanda por assistência médico-hospitalar e idade, a evolução das consultas ambulatoriais entre 2014 e 2017 teve seu pico registrado na geriatria, com incremento de 28,1%, enquanto a evolução média esteve em 7,8%.



### Evolução da utilização de consultas médicas ambulatoriais



Fonte: SIB/ANS/MS (2018)

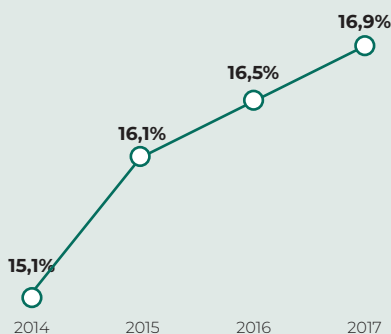
Além das consultas, a base de dados analisada permitiu compilar informações referentes às internações. Nota-se que passou de 15,1% para 16,9% a taxa de internação. Entre as razões para essas demandas, destaca-se o infarto, com um salto de 75,3%, o que mantém o problema como a principal causa de mortes no País e uma das principais no mundo.

Também acima da média estão as internações por insuficiência cardíaca, câncer de mama e diabetes, com 23,4%, 22,3% e 9,1%, respectivamente. A média de incremento das internações no período é de 7,7%.

No caso de internações, é notável o aumento de internações devido a doenças cardiovasculares, câncer e diabetes

### Evolução de internações

Taxa de internação do Brasil\*

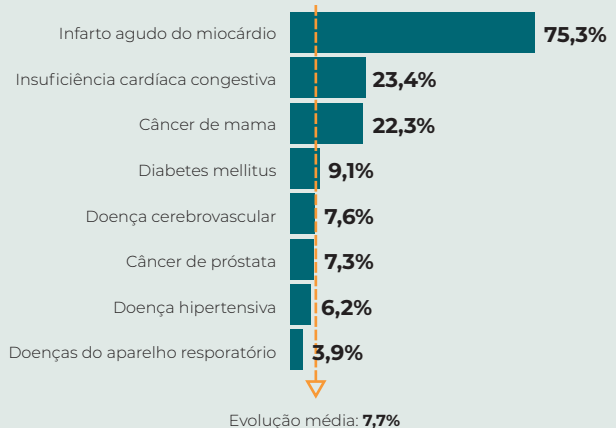


\*Taxa de internação: número de procedimentos de internação a cada 100 beneficiários.

Segundo mapa assistencial da saúde suplementar (ANS, 2015), esta taxa atingiu valor acima da média da OCDE e próximo a de países como Suécia, França, Suíça e Polónia.

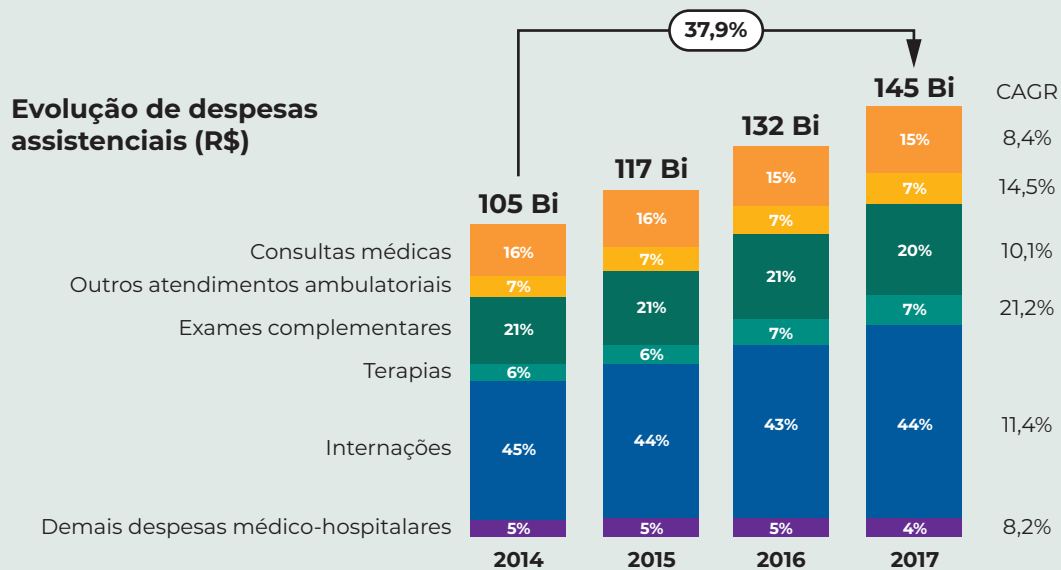
Fonte: SIB/ANS/MS (2018)

Crescimento do número de internações por causa selecionada (2017 vs. 2014)



Como esperado, o aumento das despesas assistenciais impacta no aumento dos gastos dos planos de saúde. Por outro lado, as operadoras buscam o equilíbrio financeiro com o aumento em razão similar da receita. Nota-se, portanto, que o aumento acumulado da despesa assistencial, incluindo consultas, internações, exames, atendimentos ambulatoriais, terapias e medicamentos, é equivalente ao aumento da receita.

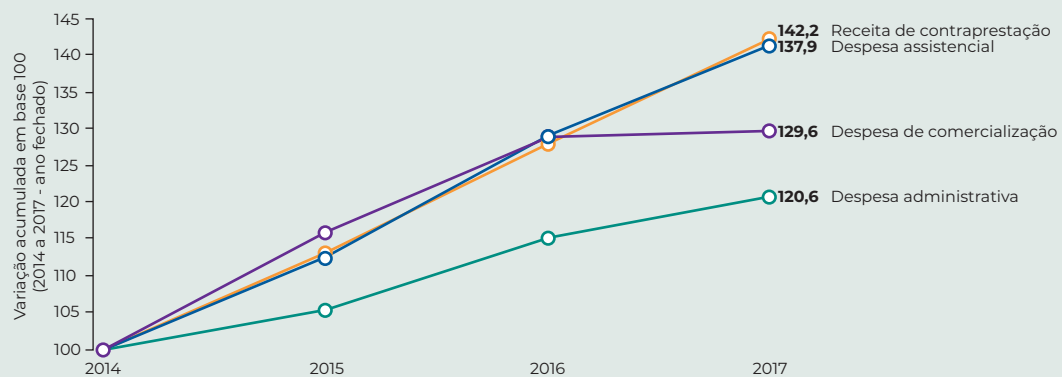
### Evolução dos gastos da ANS (somente operadoras médico-hospitalares)



Medicamentos podem estar inclusos em pacotes de atendimentos ambulatoriais, exames, terapias e internações.

Fonte: Mapa Assistencial da ANS (2014 a 2017). Os dados podem divergir do tabnet da ANS devido à atualização trimestral deste

### Evolução das receitas e despesas da ANS

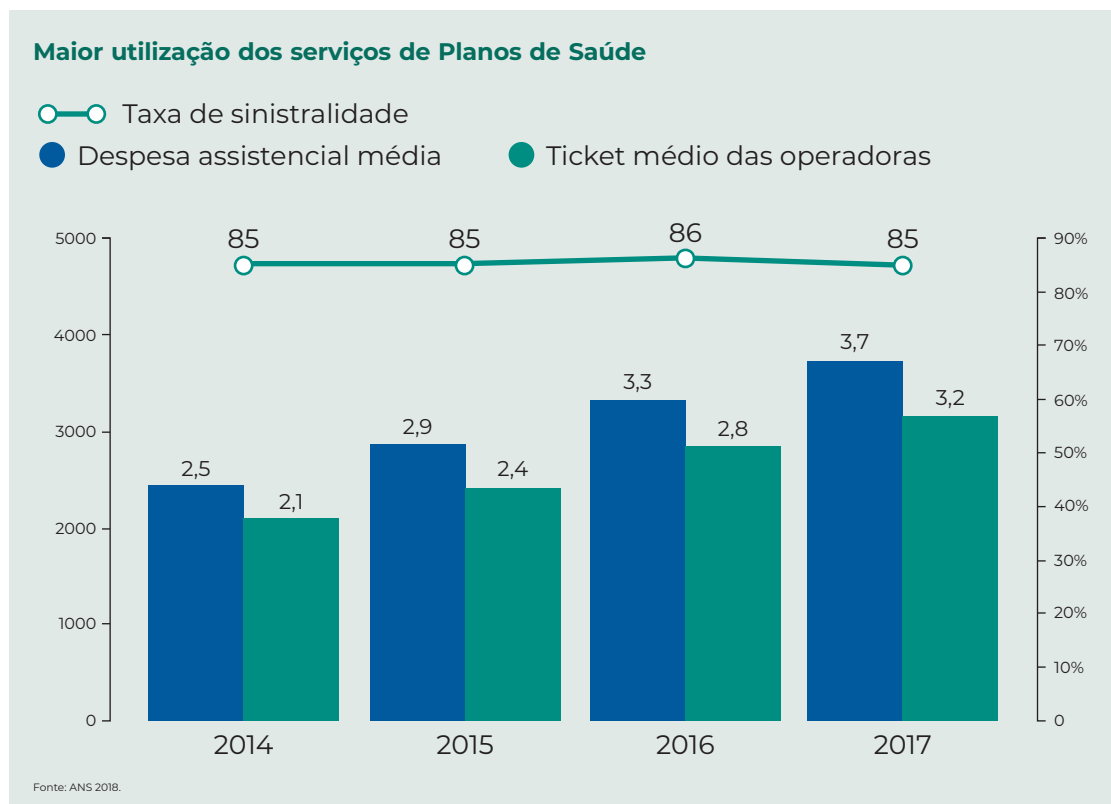


O aumento acumulado da despesa assistencial\* é praticamente equivalente ao da receita de contraprestação dos planos.

\* Despesa assistencial inclui consultas médicas, internações, exames, atendimentos ambulatoriais, terapias e medicamentos.

Fonte: ANS tabnet 2018 (comparação de dados referentes à dezembro do ano em questão)

Essa relação de equivalência fica mais evidente quando contrapostas as evoluções da despesa assistencial média com o ticket médio das operadoras. Como as evoluções são similares ao longo dos anos, a linha da sinistralidade segue estável. Portanto, os aumentos de utilização de serviços são absorvidos em reajustes anuais de preços, principalmente no mercado de planos de pessoa jurídica (com mais de 30 vidas).



# Metodologia

A metodologia adotada para esse estudo considera, como definição de demanda para o canal institucional privado, os seguintes indicadores.

**Mercado Farmacêutico Institucional:** engloba as demandas de medicamentos em instituições públicas e privadas. Essa demanda é captada pela IQVIA por meio de um painel de distribuidores parceiros e de informação de vendas diretas entre laboratórios e instituições.

Dividido em:

- **CANAL INSTITUCIONAL PRIVADO:**  
Clínicas, Hospitais Privado e Planos e Seguradoras de Saúde
- **CANAL INSTITUCIONAL PÚBLICO:**  
Hospitais Públicos e Governo

**Hospital Purchase Price (HPP)\*:** preço de compra das instituições privadas e públicas. No canal público, é aplicado o preço de compra pública, obtido por licitação e dados governamentais. No canal privado, aplica-se o preço de compras executado por instituições privadas, obtido por meio do painel de distribuidores parceiros da IQVIA.

O **custo de medicamentos no canal institucional privado** foi dimensionado com base nos dados de compra desses medicamentos pelas instituições do canal privado (clínicas, hospitais privados, planos e seguradoras de saúde).

Também é relevante observar que existem **superestimações** no estudo, por conta da natureza da base de dados.

- **SERVIÇOS MISTOS** – Embora existam provedores de serviços de saúde mistos, que têm uma parcela de pacientes proveniente do SUS, toda aquisição feita nesses ambientes foi considerada como um financiamento de responsabilidade das operadoras. Isso porque não é possível identificar nas auditorias qual parcela das aquisições é dedicada a pacientes do SUS.
- **DEMANDA PARTICULAR** – Demandas particulares também foram consideradas como gastos de operadoras, uma vez que não é possível identificar eventuais demandas financiadas por particulares/pessoa física de demandas reembolsadas por operadoras.

\* Por ser uma métrica lançada em janeiro/2019, há apenas o histórico até fevereiro/2014. Assim, os dados de janeiro/2014 foram extrapolados com base no desconto de fevereiro.

# Gastos com medicamentos

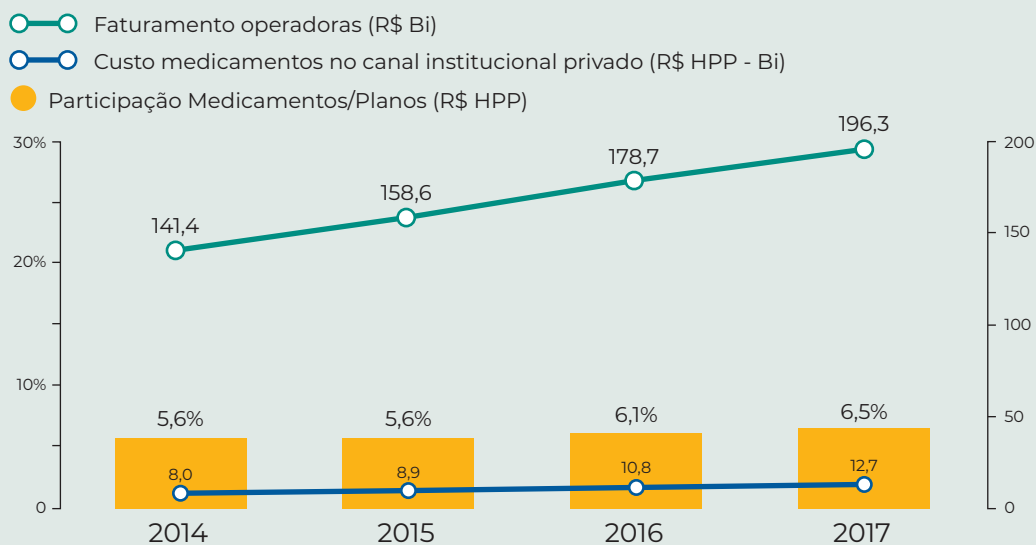
Neste momento do estudo é demonstrada a relação direta entre planos de saúde e medicamentos, com diferentes perspectivas sobre a evolução de cada segmento. A primeira comparação é baseada no custo dos medicamentos dentro do canal institucional privado, em que nota-se um crescimento inferior ao faturamento das operadoras.

Enquanto as operadoras incrementaram o faturamento de R\$ 141,4 bilhões em 2014 para R\$ 196,3 bilhões em 2017, os medicamentos tiveram o custo elevado de R\$ 8 bilhões para R\$ 12,7 bilhões no período.

Importante destacar que a participação dos medicamentos no faturamento do canal institucional privado é pequeno, atualmente em 6,5%. As mesmas proporções são observadas na comparação com as despesas totais das operadoras.

Os gastos com medicamentos também aumentam, porém representam parcela pequena da receita das operadoras

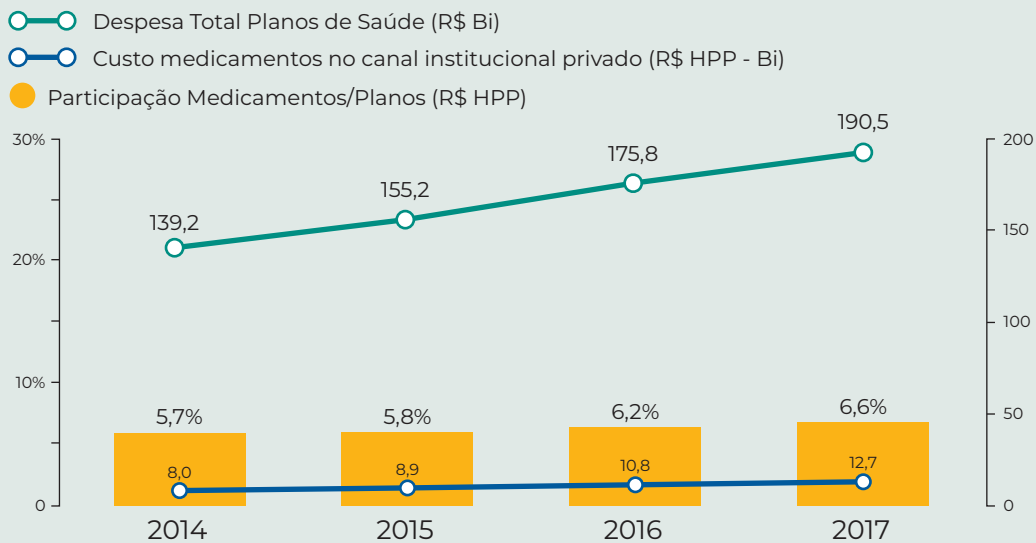
## Faturamento das operadoras vs. custo de medicamentos no canal institucional privado\*



\*Canal institucional privado consideram Clínicas, Hospitais e Planos e Seguradoras de Saúde. O faturamento das operadoras no ano fechado considera a receita de contraprestações + outras receitas operacionais.

Fonte: ANS tabnet (2018) e IQVIA NRC (2018)

### Despesas totais das operadoras vs. medicamentos no canal institucional privado\* (ano fechado)



\*Canal institucional privado consideram Clínicas, Hospitais e Planos e Seguradoras de Saúde. As despesas totais de operadoras incluem despesas assistenciais, de comercialização, administrativas e outras operacionais.

Fonte: ANS tabnet (2018) e IQVIA NRC (2018)

# Preços de medicamentos

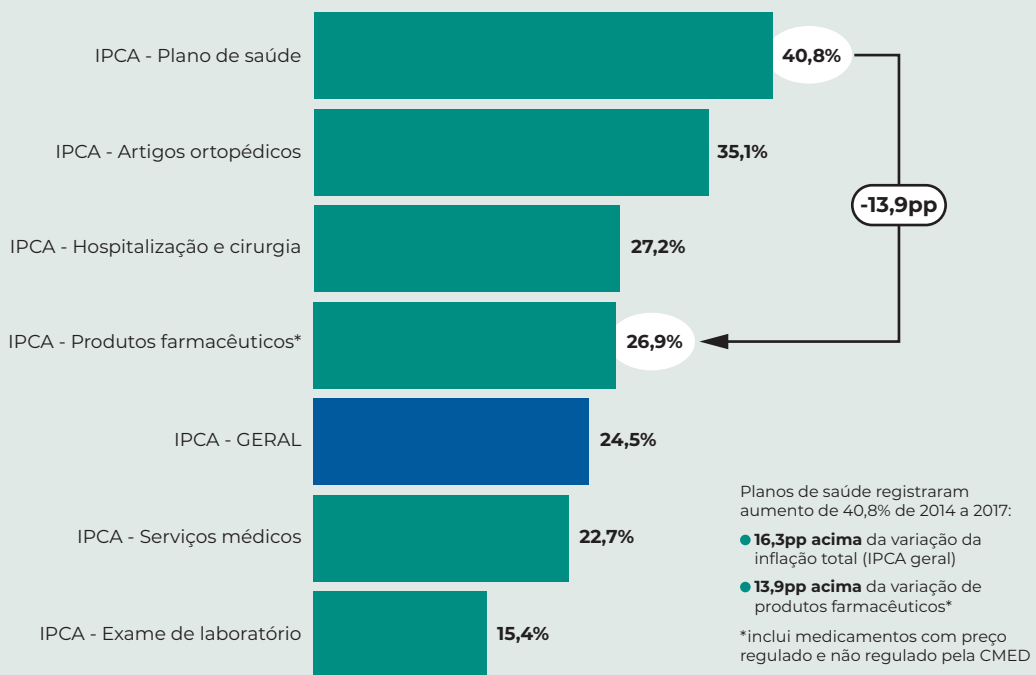
Os preços de medicamentos são controlados pela CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos), que estipula um valor máximo a ser cobrado. Contudo, a concorrência de mercado influencia na oferta de descontos, que podem tornar mais competitivas compras em escala e, em algumas situações, registrar variação de preço acentuada, por conta das variações nos descontos.

Ao decompor o IPCA (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) entre os diferentes segmentos da saúde mensurados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), nota-se que a inflação dos medicamentos é inferior a dos planos de saúde, encontrando-se em posição intermediária nos critérios adotados.

Entre 2014 e 2017, considerando o acumulado de 12 meses em março, a variação do IPCA de medicamentos foi de 26,9%, enquanto a dos planos de saúde alcançou 40,8%, uma diferença de quase 14 pontos percentuais. Destaca-se também a elevada variação dos artigos ortopédicos, como órteses e próteses, e das hospitalizações.

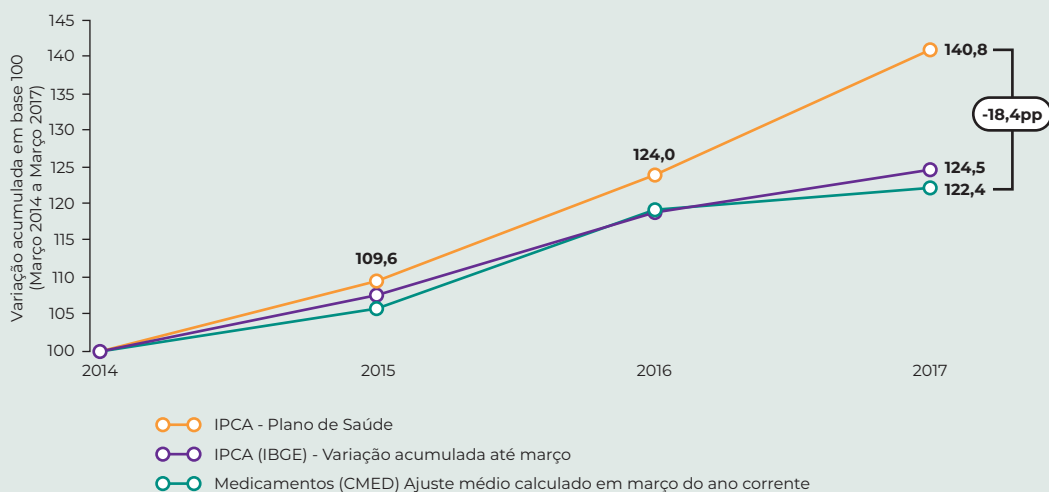
No que tange a preços, a variação da inflação de produtos farmacêuticos é menor que a de outros serviços de saúde

## Comparação de reajustes de inflação - Saúde e cuidados pessoais



Se observado o preço lista dos medicamentos, em que não se considera a variação dos descontos, sendo portanto um indicador superestimado, o índice anual de reajuste é inferior ao acumulado do IPCA entre 2014 e 2017. A diferença é de 18,4 pontos percentuais entre o IPCA Plano de Saúde e o reajuste da CMED<sup>(1)</sup>. Se considerada uma série histórica maior, entre 2013 e 2018, a diferença aumenta para 44,4 pontos percentuais<sup>(2)</sup>.

### Comparação de reajustes - Medicamentos vs. Inflação vs. Planos de Saúde



A CMED é o órgão regulador que controla o ajuste de medicamentos.

O ajuste anual de preços, definido no dia 31 de março de cada ano, leva em consideração: o IPCA, de fevereiro, entre outros fatores.

O reajuste máximo permitido em 2017 foi igual ao valor da inflação no período (4,76%).

Nós últimos 4 anos, a variação acumulada:

- do reajuste de preços da CMED foi 22,4%
- do IPCA foi 24,5%
- do IPCA Planos de Saúde foi 40,8%

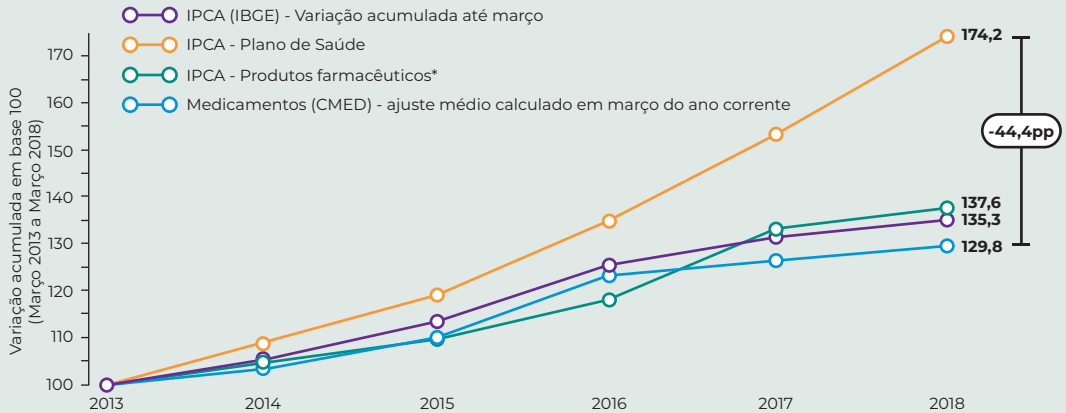
O reajuste de preço dos medicamentos varia muito abaixo da inflação de Planos de Saúde.

Fonte: CMED, IPCA - IBGE (ano móvel março)



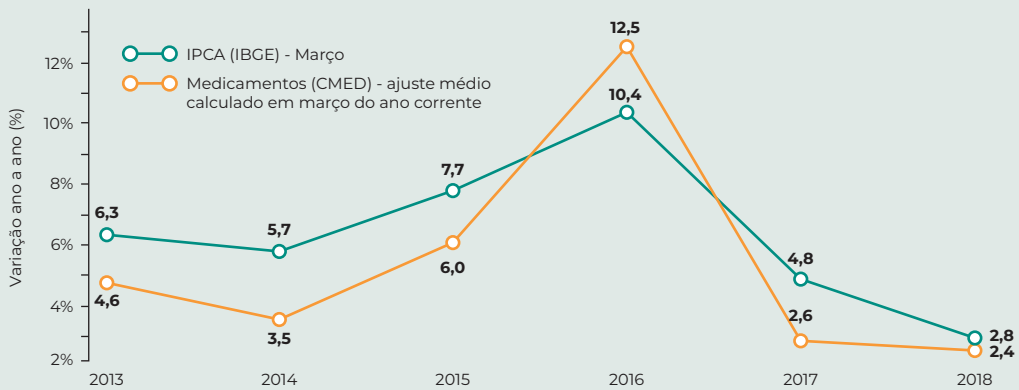
### Comparação de reajustes de inflação

#### Varição acumulada em base 100 (Março 2013 a Março 2018)



\*Produto farmacêuticos inclui medicamentos com preço regulado e não regulado pela CMED

#### Varição ano a ano (%)

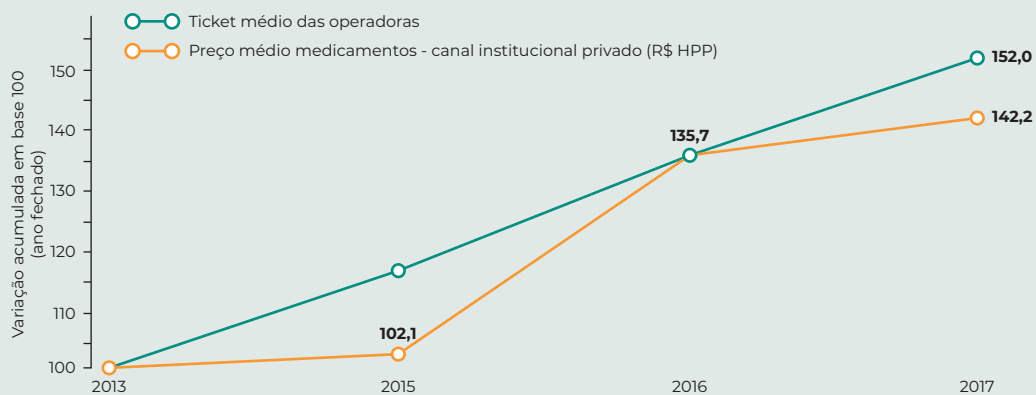


Fonte: CMED, IPCA - IBGE (ano móvel março)

Por fim, a entrada de medicamentos inovadores no Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), bem como a ampliação da cobertura em geral, é insuficiente para elevar o preço dos medicamentos ao nível da elevação do ticket médio dos planos. Ou seja, os preços dos medicamentos não constituem, isoladamente, um fator da alta pressão nos custos da saúde.

No canal institucional privado, mesmo com os lançamentos, preços de medicamentos variam abaixo do ticket médio por beneficiário dos planos de saúde

### Comparação de reajustes - Preço médio medicamentos vs. Ticket médio planos



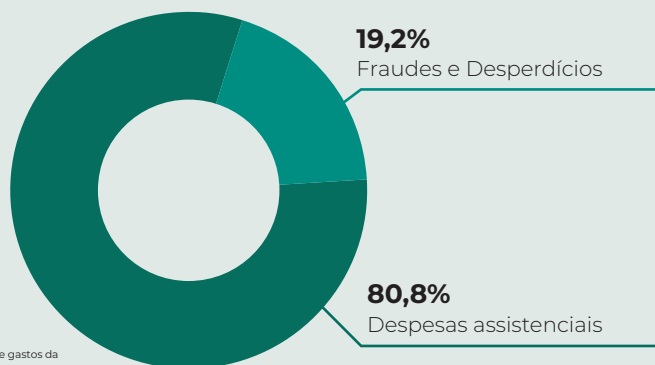
Fonte: ANS (2018), NRC Audit (2018)

# Exames em excesso e desperdícios

Considerando uma breve análise de outros fatores que possam estar pressionando os custos da saúde, nota-se uma estimativa expressiva e preocupante dos gastos com fraudes e desperdícios, que responderiam por mais de 19% dos gastos totais. Nessa perspectiva, uma comparação internacional na taxa de realização de ressonância magnética nuclear demonstra que o Brasil fica em evidência com o mais alto nível de demanda em todos os anos, entre 2014 e 2017, em comparação com Estados Unidos, França, Itália, Espanha e Chile.

A racionalização do uso de recursos e combate às fraudes são medidas importantes para a saúde financeira das operadoras

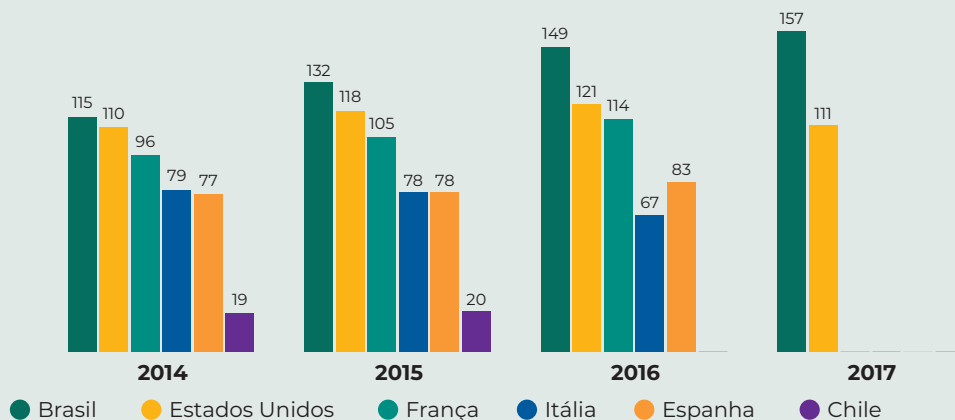
## Estimativa do gasto com fraudes e desperdícios em relação às despesas assistenciais em 2017



Fonte: "Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar - estimativa 2017", IESS (2018)

## Uso de exames - Ressonância magnética (uso por mil pessoas) por ano

2017: 7,4 Milhões de ressonâncias magnética realizadas no Brasil (+4,5% vs 2016)



Nota: Elaboração a partir de dados de estudo elaborado pelo IESS. Não havia dados disponíveis para todos os anos para alguns países.

Fonte: Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2011 e 2017 (IESS, 2018)

# Conclusão

O estudo demonstra que as operadoras de planos de saúde enfrentam pressões significativas de custos, embora tenham mantido praticamente estável a taxa de sinistralidade, graças a consecutivos reajustes. As pressões de custos têm origens diversas e estão diretamente relacionadas ao envelhecimento da população brasileira.

Destaca-se também o fato de ter havido uma mudança gradual da carteira de clientes dos planos de saúde, com mais presença da faixa etária mais elevada que notadamente gera mais demandas aos planos. A crise econômica e o desemprego tiveram influência nessa mudança, uma vez que a maioria dos planos é financiada por empresas e não contratado individualmente.

A partir disso, nota-se a pressão de custos criada por internações, exames, consultas, procedimentos ambulatoriais e terapias. Em meio a essa tendência, existe a pressão dos medicamentos. Embora os gastos com medicamentos tenham passado de R\$ 8 bilhões para R\$ 12,7 bilhões, entre 2014 e 2017, configurando um incremento de 58,7%, eles seguem com baixa representatividade nos gastos totais dos planos. Eles representam atualmente 6,5% do faturamento das operadoras, um índice baixo, se comparado a diversos outros, como o índice de fraudes e desperdícios, que supera 19%.

Além disso, não se deve ignorar os benefícios das terapias medicamentosas, que podem reduzir expressivamente os gastos com saúde, incluindo internações e cirurgias, ao curar ou controlar doenças e sintomas. Com a autonomia resgatada, o paciente pode voltar a se tornar produtivo ou incrementar a sua produtividade, trazendo benefícios à sociedade.

Observando a inflação mensurada pelo IPCA, nota-se que os produtos farmacêuticos registraram aumento de 26,9% entre 2014 e 2017, ou seja, 2,4 pontos percentuais acima do IPCA geral, de 24,5%. Contudo, o IPCA dos planos de saúde saltou em 40,8%, acumulando uma diferença muito maior, de 13,1 pontos percentuais.

## Destaques (2014 a 2017)

**26,9%**

Varição acumulada do IPCA - Produtos farmacêuticos

**24,5%**

Varição acumulada do IPCA geral

**40,8%**

Varição acumulada do IPCA - Planos de saúde

**42,2%**

Varição acumulada preço médio de medicamentos no canal hospitalar privado

**52,0%**

Varição acumulada do ticket médio de operadoras

Os dados mostram ainda que a variação acumulada no preço médio de medicamentos no canal hospitalar privado é menor do que a variação acumulada do ticket médio de operadoras. Enquanto a primeira registrou aumento de 42,2% entre 2014 e 2017, a segunda aumentou 52%.

É relevante destacar que, como toda inovação, os lançamentos de produtos da indústria farmacêutica carregam o custo de pesquisa e desenvolvimento junto ao custo de produção nos primeiros anos de comercialização, para que o setor recupere os investimentos bilionários no lento e custoso processo de identificação de novas terapias.

Esses tratamentos curam doenças, devolvem a autonomia e o bem-estar às pessoas antes afetadas por sintomas muitas vezes graves, persistentes e debilitantes. Há, portanto, um indiscutível e necessário avanço social e econômico com a introdução das novas tecnologias no mercado e, assim sendo, entende-se como fundamental o esforço cada vez maior para a ampliação do acesso às inovações, incluindo pelo canal institucional privado, como forma de trazer mais benefício ao paciente e significativa redução do impacto no sistema de saúde.

Por outro lado, o conjunto de pressões nos custos da saúde é realmente uma questão importante para a sustentabilidade das operadoras e deve ser algo amplamente discutido, uma vez que essa é uma forma de acesso relevante para mais de 47 milhões de brasileiros. Dados detalhados como os presentes neste estudo são essenciais para pautar discussões e decisões a respeito de modelos de gestão, de cobrança e de acesso.

Reforça-se também que o setor deve agir de forma abrangente, em três pilares - prevenção, diagnóstico e tratamento. Nestes, englobam-se:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Agilidade no diagnóstico;
- Coleta e uso de dados do mundo real;
- Modelos de remuneração;
- Protocolos e diretrizes terapêuticas.

Ações conjuntas nesses tópicos, conduzidas pelos principais atores da saúde, podem contribuir para um uso mais racional dos serviços das operadoras, possibilitando assim a ampliação do acesso aos melhores e mais modernos tratamentos.





# INTERFARMA

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

R. Verbo Divino, 1.488 – 7º andar – cj. 7A  
CEP: 04719-904 – Chácara Santo Antônio – São Paulo – SP  
Tel.: (11) 5180-3499 – Fax: (11) 5183-4247

[www.interfarma.org.br](http://www.interfarma.org.br)