MÉTODO DE PAGAMENTO HOSPITALAR NO BRASIL*

José Rodrigues Filho**

1. Introdução; 2. Método de pagamento; 3. O produto (output) *hospitalar; 4. Pagamento e utilização hospitalar; 5. Discussão.*

Introdução do método de pagamento por procedimento, diagnóstico ou caso para conter crescimento das hospitalizações urbanas. Novo método de pagamento hospitalar contribui para o crescimento das hospitalizações. Sistema de pagamento por diagnóstico visto como bom instrumento gerencial, mas não como bom mecanismo para controlar gastos. Pagamento por procedimento induziu hospitais a tratarem casos mais simples.

1. *Introdução*

Uma das grandes reformas ocorridas no início desta década no âmbito da Previdência Social foi a introdução de um novo método de pagamento hospitalar – pagamento por procedimento ou caso – que veio afetar drasticamente a administração financeira dos hospitais brasileiros. Não obstante a complexidade envolvida num mecanismo de pagamento desta natureza, tal assunto não tem sido objeto de pesquisas no Brasil, ao contrário de outros países. Os EUA, por exemplo, só introduziram um sistema de pagamento hospitalar por diagnóstico após vários anos de pesquisas. Mesmo hoje, no Brasil, alguns anos depois da introdução de um novo método de pagamento hospitalar, nada se sabe de seu efeito sobre a utilização dos hospitais.

O propósito deste artigo é contribuir para o debate sobre os mecanismos de pagamento hospitalar e as implicações comportamentais das empresas prestadoras de serviços diante dos incentivos apresentados pelos diferentes métodos de pagamento. Assim, discute-se o efeito do novo método de pagamento introduzido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), no final de 1983, sobre a utilização hospitalar no Brasil.

2. *Método de pagamento*

A diferença dos mecanismos de pagamento pode ter impacto sobre o comportamento dos agentes que compõem o sistema de saúde, no que diz respeito à eficiência e eqüidade. Assim, ao se determinar um sistema de pagamento, busca-se uma melhor eficiência na prestação de serviços. As formas de pagamento mais comuns são: 1) pagamento através de convênios; 2) pagamento pelo custo ou fatura; 3) pagamento por procedimento, diagnóstico ou caso.

A maioria dos hospitais públicos no Brasil, incluindo os universitários, é paga através de um convênio global, ou seja, através de um suposto orçamento global.

* Texto apresentado à XIII Reunião Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração (Anpad), realizada em Águas de São Pedro, São Paulo, 25 a 27 set. 1989.

** Pós-doutorado pela Universidade de Johns Hopkins, EUA, Ph.D pela Universidade de Manchester (Inglaterra) e professor no Departamento de Administração da Universidade Federal da Paraíba. (Endereço do autor: Av. Silvino Lopes, 425/304, Tambaú, 58.035 – João Pessoa, PB.)

Neste caso, é destinado um determinado montante para cada hospital, de acordo com o convênio estabelecido. Nada se sabe sobre a eficiência deste método de pagamento, já que não é cobrado desses hospitais qualquer dos indicadores de desempenho, tais como média de permanência e custo por procedimento.

Antes de 1983, os hospitais privados (contratados) no Brasil eram, em geral, pagos pelo custo dos serviços faturados. Quando hospitais são pagos pelo custo ou fatura, como anteriormente no Brasil, os incentivos consistem em aumentar tanto o número de admissões hospitalares como a média de permanência dos pacientes internados. Assim, com o pagamento baseado no custo surge um convite ao desperdício, em vez de incentivos apropriados para se alcançar a eficiência, já que, neste caso, é garantido o pagamento ao hospital, mesmo que este produza o tratamento errado, utilizando os recursos de maneira desperdiçada.[1] O que se observa, portanto, é que este sistema pode ter um efeito perverso sobre a eficiência.

O crescimento acelerado das internações hospitalares na década passada e, conseqüentemente, dos custos hospitalares levou as autoridades governamentais da Previdência Social a introduzir, no final de 1983, um novo método de pagamento hospitalar objetivando, entre outras coisas, sanear "possíveis caminhos por onde passaram e prosperaram enganos, distorções, inconveniências e até mesmo fraudes", e "estabelecer mecanismos de co-participação da Previdência Social e dos prestadores de serviços na responsabilidade pelo dispêndio de recursos para a assistência médica e hospitalar".[2]

Evidentemente, o pagamento por fatura ou pelo custo, como acontecia anteriormente, quando o Inamps assumia o risco pelo valor que os hospitais gastavam, ou seja, pelas despesas realizadas na prestação de assistência médica, é inflacionário e não oferece qualquer incentivo para a contenção dos custos, uma vez que, quanto maior a despesa, maior o faturamento.

Assim, a mudança de um método de pagamento pelo custo, para um método baseado no diagnóstico ou procedimento, como ocorre atualmente, é um importante passo na direção certa, já que se busca estabelecer o produto (*output*) de um hospital. Contudo, o pagamento por procedimento, por sua vez, produz mudanças desejáveis e indesejáveis, contribuindo tanto para a melhoria da eficiência como para a baixa qualidade dos serviços prestados. Em outras palavras, a predeterminação do valor a ser pago por um procedimento pode afetar o comportamento dos hospitais de duas formas antagônicas. A primeira é que o método visa a eficiência, já que os hospitais assumiriam o risco por qualquer gasto acima do prefixado, dentro do mecanismo de co-participação já mencionado. A segunda é que pode levar os hospitais a mudar a composição dos serviços prestados, utilizando menor intensidade de recursos nos serviços produzidos.

Portanto, quando o pagamento é por procedimento ou caso, os incentivos para os hospitais são os de admitir, também, mais pacientes e mudar a composição do tratamento (*case-mix*), ou seja, tratar os casos mais simples, porém de elevada lucratividade.[3] Neste caso, o pagamento baseado em valor fixo por procedimento,

[1] Ro, K.K. & Auster, R. An output approach to incentive reimbursement for hospitals. *Health Service Research*, Ann Arbor, Health Administration Press, v. 4, Fall, 1969.

[2] Fonseca, A. de Salles. A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social – primeiro ano. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *19*(1):106-46, 1985; Ministério da Previdência e Assistência Social. *Módulo do hospital*. Rio de Janeiro, Inamps, maio 1983.

[3] Dowling, W.L. Prospective reimbursement of hospitals. *Inquiry*, Chicago, Illinois, Blue Cross and Blue Shield Association, v. 11, Sept. 1974; Hellinger, F.J. Recent evidence on case – based systems for setting hospital rates. *Inquiry*, v. 2, Spring 1985.

também chamado de *pagamento prospectivo,* pode levar os hospitais a oferecerem menos cuidados aos seus pacientes, contribuindo para a baixa qualidade dos serviços prestados.

Aliás, antes da introdução do novo sistema de pagamento hospitalar no Brasil, foi evidenciado que o pagamento por procedimento poderia forçar "os hospitais a reduzir o volume de recursos utilizados na assistência, já que menos despesas se traduziriam também em maior lucratividade".[4]

Ao se adotar o pagamento por procedimento, como aconteceu no Brasil, não se pode esperar uma contenção de custos, sobretudo quando os hospitais se deparam com substanciais incentivos para mudar a curva de demanda hospitalar para satisfazer seus próprios interesses, ocupando seus leitos com pacientes geradores de receitas, mesmo que alguns deles não necessitem de tratamento hospitalar.

Em vista disso, torna-se necessário discutir a influência das duas unidades de pagamento já utilizadas pelo Inamps e o desempenho das empresas hospitalares diante da mudança do método introduzido recentemente.

3. *O produto* (output) *hospitalar*

O pagamento por diagnóstico exigirá um estudo aprofundado de um sistema de classificação de pacientes, o que parece não ter sido realizado pelo Inamps, no sentido de definir a composição de cada caso ou tratamento e os grupos que, ao serem tratados, consomem o mesmo montante e tipo de recursos.

A definição e a medida do produto (*output*) de um hospital são um problema complexo, já que cada tratamento exige uma composição ou mistura (*mix*) de diferentes serviços. Um tratamento de hérnia, por exemplo, requer uma composição de serviços diferente daquela exigida para um tratamento dermatológico. Assim, um passo importante para se medir o produto hospitalar é a derivação de um sistema de classificação de diagnósticos que possa ser utilizado para agrupar pacientes de acordo com as semelhanças e as diferenças dos padrões de tratamento. Em face do exposto, o diagnóstico tem sido considerado como a medida do produto (*output*) hospitalar, já que estabelece um padrão de tratamento e os níveis de recursos exigidos para tratar cada caso de doença.

Como já foi dito, um bom sistema de classificação de pacientes é indispensável para a determinação da medida do produto hospitalar, e é relevante, também, para a adoção de um apropriado sistema de pagamento, de planejamento e de administração hospitalar. É por isso que, nos EUA, após vários anos de pesquisas, foi criado o chamado grupo de diagnósticos relacionados ou homogêneos (DRG), que compreende um sistema de classificação de pacientes clinicamente divididos em grupos coerentes e razoavelmente similares quanto ao consumo de recursos.

No caso específico do Brasil, é quase desconhecida a metodologia utilizada para a criação do sistema de classificação de pacientes, adotada pelo Inamps para efeitos de pagamento hospitalar. Pode-se dizer que o método de pagamento introduzido pelo Inamps é incorreto, caso não tenha sido baseado em grupos de diagnósticos relacionados ou homogêneos. Afirma-se que "2.400 procedimentos foram consolidados por grupos nosológicos equivalentes compondo-se uma tabela simplificada, com 250 títulos que cobrem 95% dos tipos de internações realizadas". Ao que parece, esta consolidação visava "tornar mais fáceis e efetivas tanto

[4] Ver nota anterior.

a emissão de contas quanto a sua auditoria (questão de interesse tanto do Inamps quanto da direção dos hospitais)"[5] e não determinar verdadeiros grupos nosológicos equivalentes ou homogêneos quanto a: 1) montante e tipos de recursos necessários ao tratamento de cada paciente; 2) especialidade médica; 3) duração da incapacidade; 4) categoria do diagnóstico.

Não é fácil determinar um sistema de classificação de pacientes para ser utilizado como mecanismo de pagamento hospitalar. Já foi constatado que alguns sistemas de classificação de pacientes não contêm categorias homogêneas de pacientes, tanto em termos da definição clínica como em termos dos recursos utilizados no tratamento.[6] Os tipos de casos definidos pela Classificação Internacional de Doenças não apresentam, também, homogeneidade completa para cada tipo de caso.[7]

Assim, é falho o processo de se utilizar apenas informações sobre internações para categorizar pacientes com vistas a um sistema de pagamento, já que pacientes clinicamente similares poderiam usar recursos hospitalares bastante diferentes em suas hospitalizações. Um sistema que venha determinar a composição de um procedimento ou caso exige qualidades com significado médico, econômico, administrativo e, além disto, de versatilidade. Um sistema como este poderá ser utilizado não só na determinação de pagamento hospitalar como nas atividades de controle, monitoramento, pesquisa e planejamento.

Conseqüentemente, tanto o sistema de classificação de pacientes como o método de pagamento hospitalar, adotados pelo Inamps, necessitam de uma profunda avaliação. O desenvolvimento de um mecanismo de pagamento é uma área crítica e de grande preocupação, sobretudo quando se objetiva estabelecer tanto a eficiência como a eqüidade.

4. *Pagamento e utilização hospitalar*

A taxa de internações hospitalares cresceu surpreendentemente no Brasil na década passada, passando de 54, em 1971, para 126 internações por mil habitantes em 1981. Evidentemente, existe uma ampla variação regional na taxa de internações, já que na região Sul, por exemplo, a taxa é duas vezes mais elevada do que na região Nordeste.[8]

Como se observa a seguir, o novo método de pagamento hospitalar parece ter contribuído para aumentar e não diminuir o número de internações no país. Verificando-se a tabela 1, em 1983, quando da implantação do referido método, o número de internações é inferior ao de 1984. Em outras palavras, cerca de um milhão de pacientes foram internados a mais, um ano após a introdução da nova sistemática de pagamento.

[5] Fonseca, A. de Salles. op. cit. p. 119.

[6] Young, W.W.; Swinkola, R.B. & Huston, M.A. Assessment of the autograp pacient classification system. *Medical Care*, Philadelphia, J.B. Lippincott, v. 18, 1980.

[7] Rafferty, J. Measurement of hospital case-mix: a note on alternative pacient classifications. *Applied Economics*, *4*:301-5, 1972.

[8] Rodrigues Filho, J. Hospital utilization and reimbursement method in Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, London, John Wiley & Son, *4*:3-15, 1989; Rodrigues Filho, J. A distribuição de recursos de saúde no Brasil – a administração da desigualdade. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *27*(3), 1987.

Tabela 1
Número de internações urbanas nos hospitais próprios, conveniados e contratados, 1980-86
(em milhares)

Hospitais	Anos						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Próprios	218	214	237	247	230	239	241
Conveniados	917	1.362	1.497	1.653	1.857	2.229	2.531
Contratados	8.427	9.202	8.775	7.778	8.427	7.596	7.637
Total	9.562	10.778	10.509	9.678	10.514	10.064	10.409
% dos contratados em relação ao total	88	85	83	80	80	75	73

Fonte: Inamps em Dados (1980-86).

A partir de 1984, o número de internações tem-se mantido constante no país. Observa-se, por outro lado, uma mudança de internações dos hospitais privados (contratados) para os hospitais públicos (conveniados). A política de governo de dar prioridade aos hospitais públicos torna-se, portanto, evidente a partir de 1984. Nesse ano os hospitais contratados internaram 80% de todos os casos no país, porém em 1986 esse percentual caiu para 73% (tabela 1).

A tabela 2 refere-se aos percentuais de internações nas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica, de acordo com a classificação do Inamps em suas publicações anuais intituladas *Inamps em dados*. Como se pode ver, há uma diferenciação na composição de tratamentos nas diferentes categorias de hospitais (próprios, conveniados e contratados). Nos hospitais contratados, por exemplo, o percentual de internações na clínica médica é o dobro do percentual nos hospitais próprios. Por outro lado, observa-se o inverso nos percentuais da clínica cirúrgica, ou seja, eles são duas vezes mais elevados nos hospitais próprios. Pode-se visualizar, ainda, que ao longo do período em estudo, os percentuais de internações na clínica médica vêm aumentando, exceto nos hospitais próprios. Inversamente, os percentuais de internações na clínica cirúrgica vêm diminuindo. Este fato parece provar que, se o tratamento cirúrgico é mais complicado do que o tratamento de clínica médica, os hospitais tendem a admitir os casos mais simples e rejeitar os casos mais complicados, à medida que o número de internações aumenta. Este fato é evidente tanto para os hospitais contratados como para os conveniados.

Mas um fato interessante a ser observado na tabela 2 e na figura 1 é que, no caso dos hospitais contratados, há uma relação inversa dos percentuais de internações entre a clínica médica e a cirúrgica, mesmo quando o número de internações nesses hospitais estava diminuindo no período 1984-86 (tabela 1). Isto nos leva a concluir que, em quaisquer das hipóteses, os hospitais contratados tendem a modificar a composição dos casos tratados, cuidando, assim, dos casos mais simples. Como se viu, isto é um dos efeitos do pagamento por procedimento, que levam os hospitais a utilizarem menos *inputs* para o tratamento de pacientes, objetivando elevar a taxa de lucros.

Tabela 2
Percentual de hospitalizações urbanas de curta duração nos hospitais próprios, conveniados e contratados, por especialidade médica, 1980-86

Anos	Clínica médica			Clínica cirúrgica			Clínica obstétrica		
	Próprios	Conveniados	Contratados	Próprios	Conveniados	Contratados	Próprios	Conveniados	Contratados
1980	30	50	57	39	22	19	31	28	24
1981	29	49	58	38	18	18	33	33	24
1982	31	51	58	37	18	17	32	31	25
1983	31	49	58	37	19	17	32	32	25
1984	29	50	61	37	20	17	34	30	22
1985	29	48	60	39	20	17	32	30	23
1986*	30	57	62	35	17	15	35	26	23

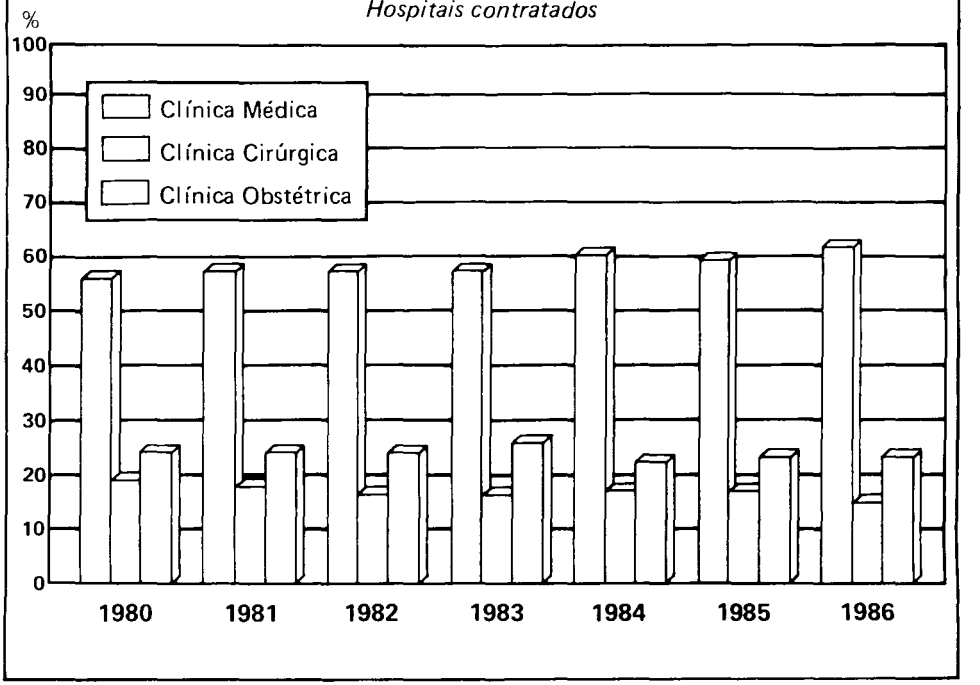
Fonte: Inamps em Dados (1980-86).

* Dados referentes às hospitalizações urbanas e rurais.

Figura 1

Percentuais de internações hospitalares

Hospitais contratados



Fonte: Inamps em dados (1980-86).

Com relação à clínica obstétrica, o percentual de internações é menor nos hospitais contratados. Nada se pode concluir sobre isto, mas vale salientar que aí estão incluídos os partos cesareanos que, também por motivos financeiros, levaram o Brasil a registrar a mais elevada taxa de cesáreas no mundo.[9] E esta taxa é mais elevada nos hospitais privados do que nos públicos, que geralmente internam pacientes de menor poder aquisitivo. Ao analisar o setor brasileiro de saúde, o Banco Mundial cita a elevada taxa de cesáreas como um dos fatores que contribuem para a ineficiência dos hospitais privados, bem como para a elevação dos custos.[10]

5. *Discussão*

O método de pagamento por procedimento, introduzido pelo Inamps no final de 1983, foi mais uma reforma que parece ter fracassado por não ter contido o crescimento das internações hospitalares no Brasil, sobretudo nos hospitais privados, e

[9] Barros, F.C.; Vaughan, J.P. & Victora, C.G. Why so many cesarean section? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and* Planning, Oxford, Oxford University Press, v. 1, 1986; Rodrigues Filho, J. Urban hospital cesarean section rates in Paraíba State, Brazil, 1977-1981. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, American Public Health Association, *78*(6): 704-5, 1988.

[10] World Bank. *Brazil public spending on social programs:* issues and options. Washington, DC, v. 1, May 1988.

diminuído as constantes fraudes no âmbito da Previdência Social. Ao contrário do que se esperava, houve um aumento de quase um milhão de internações nos hospitais contratados, um ano após a introdução do novo sistema de pagamento.

O controle das internações parece ter sido alcançado através de outros mecanismos como, por exemplo, a política adotada para priorizar os hospitais públicos (conveniados), sucateados em decorrência da política discriminatória adotada pelo próprio Inamps durante muitos anos.

Registrou-se uma queda no número de internações nos hospitais contratados a partir de 1985 e uma elevação do número de internações nos conveniados. Porém, resta saber se houve também uma transferência de recursos financeiros, na mesma proporção, para esses hospitais, sobretudo quando o mecanismo de pagamento destes últimos é um convênio global.

Torna-se necessário, neste momento, estudar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais brasileiros, no sentido de que seja constatado se o pagamento por procedimento os leva a diminuir os *inputs* utilizados na produção de seus serviços. Torna-se, também, necessário, estudar os efeitos do pagamento por procedimento sobre as chamadas internações desnecessárias. Ora, pelo que se viu, há indícios de que os hospitais contratados estão cuidando dos casos mais simples. Será que uma grande parcela destes casos mais simples não é considerada como internações desnecessárias? Não se deve esquecer as afirmações de que a grande maioria dos problemas de saúde da população brasileira é de natureza simples, exigindo cuidados fora do hospital. Se isto for verdadeiro, muitos dos nossos hospitais estão oferecendo mais serviços hoteleiros do que serviços de saúde. O pagamento por procedimento pode ter penalizado muitos hospitais, sobretudo aqueles em que o lucro não é o objetivo principal. Não se pode homogeneizar o que é diferente. Hospitais bem equipados e que utilizam a quantia necessária de *inputs* para o tratamento de seus pacientes não podem ser pagos com o mesmo valor que é pago àqueles pessimamente equipados, como é o caso de muitos hospitais brasileiros, que às vezes pioram o estado de saúde de seus pacientes.

Lamentavelmente, o que se pode dizer é que o aumento do nível de consumo dos serviços médico-hospitalares neste país foi criado pelo próprio Inamps e pelos prestadores de serviços, e não pelos consumidores, cuja obrigação é pagar compulsoriamente, sem acesso à fiscalização, todas as despesas destinadas a ampliar a acumulação de capital da indústria hospitalar brasileira. Não se pode continuar financiando um setor ineficiente, que tenta todos os meios para aumentar suas receitas. Não se pode permitir passivamente que os hospitais privados brasileiros continuem realizando exames complementares cinco vezes mais do que os padrões internacionais,[11] penalizando a massa de trabalhadores que financia esses serviços.

O setor hospitalar brasileiro precisa ser estudado cuidadosamente e seu desempenho deve ser medido e comparado, de modo que o contribuinte tome conhecimento das distorções existentes no setor e participe das decisões políticas de saúde como financiadores e consumidores dos serviços oferecidos. Espera-se que a atual reforma sanitária torne o setor brasileiro de saúde mais transparente, não fracassando diante das resistências, que sempre entravaram o redirecionamento das políticas de saúde do país.

O método incremental de alocação financeira adotado pelo Inamps durante anos vem demonstrar o pequeno esforço feito pela instituição para diminuir as desi-

[11] Ibid.

gualdades regionais, em termos de utilização e gastos. A falta de planejamento dos serviços médico-hospitalares, com base nas reais necessidades da população, vem demonstrar que o setor saúde, neste país, faz parte do desgoverno completo da administração pública brasileira, sempre manipulada pelos interesses particulares de grupos descompromissados com o interesse comum. Aliás, não poderia ser diferente.

Summary

The increase in urban hospital discharges in Brazil during the last decade and, consequently, health care costs led the federal government to take several "rational" measures in an attempt to slow the rate of increase in hospital admissions. One of these measures was the introduction of a case-based prospective payment system that seemed to have failed in reducing hospital utilization. The new method of payment seemed to have contributed to increase and not to decrease seen as a good managerial tool for use in comparing hospital performance. However, it seems not to be a good mechanism for controlling health care expedintures, especially where private hospitals dominate the provision of hospital care. On the other hand, the introduction of a case-based reimbursement method in Brazil, late in 1983, seemed to have induced private hospitals to admit less severely ill patients, based on the major medical specialties. In short, there have been a change in hospital case-mix, as private hospitals shifted from more costly to less costly patients.