

# O Inamps e a “eficiência” dos hospitais privados lucrativos

José Rodrigues Filho\*

## INTRODUÇÃO

No presente trabalho tenta-se estudar a utilização dos hospitais contratados pelo INAMPS, considerando-se duas medidas de utilização: a média de permanência e a taxa de ocupação.

Já que o setor hospitalar brasileiro foi um dos que mais cresceu na década passada na economia nacional, torna-se imprescindível desenvolver pesquisas para elucidar como o INAMPS está alocando recursos públicos nesse setor.

A indústria hospitalar lucrativa tem se beneficiado das decisões do INAMPS, nos últimos anos, discriminando o uso intensivo da rede pública, onerando, dessa maneira os serviços de saúde. Conseqüentemente, o consumidor tem suas contribuições previdenciárias majoradas para fazer face aos gastos numa área de prestação de serviços cuja demanda é infinita, sobretudo quando explorada por empresas lucrativas.

Portanto, procurar-se-á mostrar que não há nenhuma evidência de eficiência para o INAMPS, da rede privada lucrativa de hospitais, com base nas principais medidas de utilização hospitalar.

A média de permanência e a taxa de ocupação serão analisadas para os casos de internações na especialidade de clínica médica.

Se os hospitais privados lucrativos são considerados mais eficientes para o INAMPS, a prova dessa eficiência deveria tornar-se mais evidente aos olhos dos consumidores, pois, apesar de a indústria hospitalar privada brasileira ter sido um dos setores da economia nacional que mais cresceu na década passada, não há evidências de que o padrão de saúde da população tenha atingido bons resultados.

A eficiência dos hospitais privados lucrativos merece, portanto, ser pesquisada cuidadosamente a fim de que o consumidor brasileiro tome conhecimento de como o INAMPS está investindo grande parcela de suas contribuições previdenciárias.

Dada à limitação de dados, o presente estudo se atém à análise da assistência médica no Estado da Paraíba.

## EFICIÊNCIA E POLÍTICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

A política adotada pelo INAMPS sempre foi a de prestigiar a rede privada, especialmente hospitais lucrativos, em detrimento da rede pública de hospitais além de alguns de caráter filantrópicos.

A ociosidade da rede pública de hospitais (federais, estaduais e municipais) representa um custo dobrado para o consumidor brasileiro, já que o custo de um leito vazio representa aproximadamente, 50% de um ocupado, conforme mostram alguns estudos. Dado o elevado custo fixo de um hospital é evidente que um leito vazio representa uma perda significativa visto que os custos não estão sendo compensados por receitas.

Portanto, se um leito de um hospital público permanece vazio, ao mesmo tempo em que um de um hospital privado permanece ocupado, o consumidor está pagando desnecessariamente pelo custo de dois leitos.

A escassez de recursos justifica uma avaliação da prestação de serviços médico-hospitalares no Brasil, de modo que os recursos existentes sejam aplicados com base em critérios de *eficiência econômica*. Eficiência é aqui definida como a aplicação de recursos disponíveis destinados à maximização do benefício social (Drummond, 1978). A escolha do serviço hospitalar que produzir um maior benefício social sobre os custos incorridos é considerada eficiente.

Vale mencionar que hospital privado lucrativo nunca foi socialmente desejável, mesmo na maior sociedade capitalista do mundo – os Estados Unidos – onde o número de leitos da rede privada lucrativa de hospitais é inferior a 6% do total geral de leitos daquele país, enquanto que no Brasil, mais de 30% dos leitos hospitalares pertencem à indústria hospitalar lucrativa.

Há também evidências de que o setor hospitalar privado lucrativo oferece serviços de baixa qualidade em comparação com o setor público e filantrópico. Pesquisas mostram que, nos E.U.A., a produção de serviços dos hospitais lucrativos é atingida com menor intensidade por fatores tais como: serviços de enfermagem, medicamentos, alimentação etc. Portanto, a relação entre lucro e serviços médicos prestados por hospitais lucrativos naquele país é vista “com suspeita e antagonismo” não só por parte do paciente, mas também do profissional médico, que dá preferência às outras categorias de hospitais (Arrow, 1963).

\* Prof. da Universidade Federal da Paraíba, Mestre pela Polytechnic of South Bank – London. Doutorando pela Universidade de Manchester.

Se no Brasil, a prioridade é dada à rede privada lucrativa de hospitais, supondo-se que tais hospitais são eficientes, pesquisas devem ser desenvolvidas pelo próprio INAMPS, já que até hoje, em nenhum outro país o hospital privado lucrativo é considerado como socialmente eficiente.

Dado o volume de recursos públicos aplicados na assistência médica e ao crescimento dos serviços prestados pelo INAMPS, torna-se necessário investigar se realmente está havendo uma utilização apropriada dos hospitais nacionais ou, conforme denúncias através da imprensa, o crescimento desta prestação de serviços reflete apenas uma utilização inapropriada. Se este for o caso, o aparente progresso alcançado numa maior cobertura dos serviços não passa de uma ilusão, tanto para o consumidor dos serviços como para os contribuintes que estão pagando as contas hospitalares por internações desnecessárias.

### CLÍNICA MÉDICA GERAL

Ao contrário de países desenvolvidos, mais de 50% dos pacientes brasileiros são hospitalizados para tratamento na especialidade de clínica médica geral. Pesquisas desenvolvidas naqueles países mostram que mais de um terço dos pacientes hospitalizados na clínica médica ocupam leitos desnecessariamente, pois poderiam ser tratados fora dos hospitais (Forsyth, 1960).

Acredita-se que no Brasil esse percentual seja ainda mais elevado, havendo inclusive afirmações de que “as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a aproximadamente 90% da demanda total por serviços de saúde, dois terços dos quais poderiam ser atendidos sem a participação direta do médico” (Macedo, 1980).

A rede lucrativa de hospitais atua maciçamente no atendimento de casos classificados na clínica médica e, baseado nas afirmações anteriores, tais hospitais poderão estar oferecendo mais “serviços hoteleiros” do que serviços de saúde. Não é à-toa que a maioria dos hospitais privados dispõem de acomodações (apartamentos) tão luxuosas quanto as de hotéis de cinco estrelas. Esse aparato pode estar longe de classificar tais hospitais como de elevado padrão para o tratamento de doenças.

No Estado da Paraíba, por exemplo, mais de 70% das internações na clínica médica ocorrem em hospitais lucrativos. O que pode estar ocorrendo são internações de casos mais simples e talvez desnecessárias, ficando os casos mais graves e complexos para a rede pública e filantrópica.

### MEDIDAS DE UTILIZAÇÃO

A média de permanência hospitalar, as taxas de ocupação e admissão são as medidas de utilização hospitalar mais usadas na literatura de estudos na área de economia e administração de saúde.

Estudos na área de economia e administração de saúde mostram que a Lei de Say opera no setor saúde, ou seja, um aumento no estoque de leitos (oferta) produz um conseqüente aumento na utilização (demanda) de serviços (Feldstein, 1967).

No Estado da Paraíba, o crescimento da indústria hospitalar foi surpreendente, tendo a rede privada lucrativa alcançado uma taxa de aproximadamente 100%, enquanto o estoque de leitos dos hospitais públicos se manteve estável, sobretudo nos últimos cinco anos.

Se os leitos públicos são mantidos constantes o INAMPS poderia aumentar a eficiência destes hospitais caso fosse aumentada a taxa de ocupação e diminuída a média de permanência. Isto produziria um efeito dobrado na taxa de ocupação, fazendo com que os hospitais públicos operassem com uma elevada taxa de ocupação e em conseqüência, com um baixo custo por admissão. Todavia, parece que o INAMPS adota essa política apenas para a rede lucrativa de hospitais, discriminando os da rede pública (federal, estaduais e municipais), cuja taxa de ocupação é, em alguns casos, inferior a 50%. Portanto, em hipótese alguma a baixa ocupação dos hospitais públicos significa ineficiência, já que o INAMPS pode controlar discriminadamente a taxa de admissão destes hospitais, fazendo com que o custo do leito seja excessivamente elevado.

Evidentemente, dada a baixa taxa de ocupação, estes hospitais tendem, em muitos casos, a aumentar a média de permanência, produzindo conseqüentemente, excesso no custo de tratamento por paciente. Neste caso, os hospitais públicos podem ser vistos como ineficientes (ineficiência forçada).

Por outro lado, a rede lucrativa de hospitais opera com elevada taxa de ocupação, aumentando sua margem de lucros dado o baixo custo por pacientes admitidos.

A taxa de ocupação pode ser aumentada com crescimento na taxa de admissão, na média de permanência, ou em ambos os casos. Um elevado aumento na taxa de admissão pode levar alguns hospitais a diminuir a média de permanência e, conseqüentemente, tornarem-se mais “eficientes”. Pode acontecer que, neste caso, alguns hospitais, objetivando manter uma elevada rotatividade e lucratividade, não estejam preocupados com o nível de tratamento de seus pacientes, tornam-se mais onerosos para a sociedade, visto que são inadequadamente tratados.

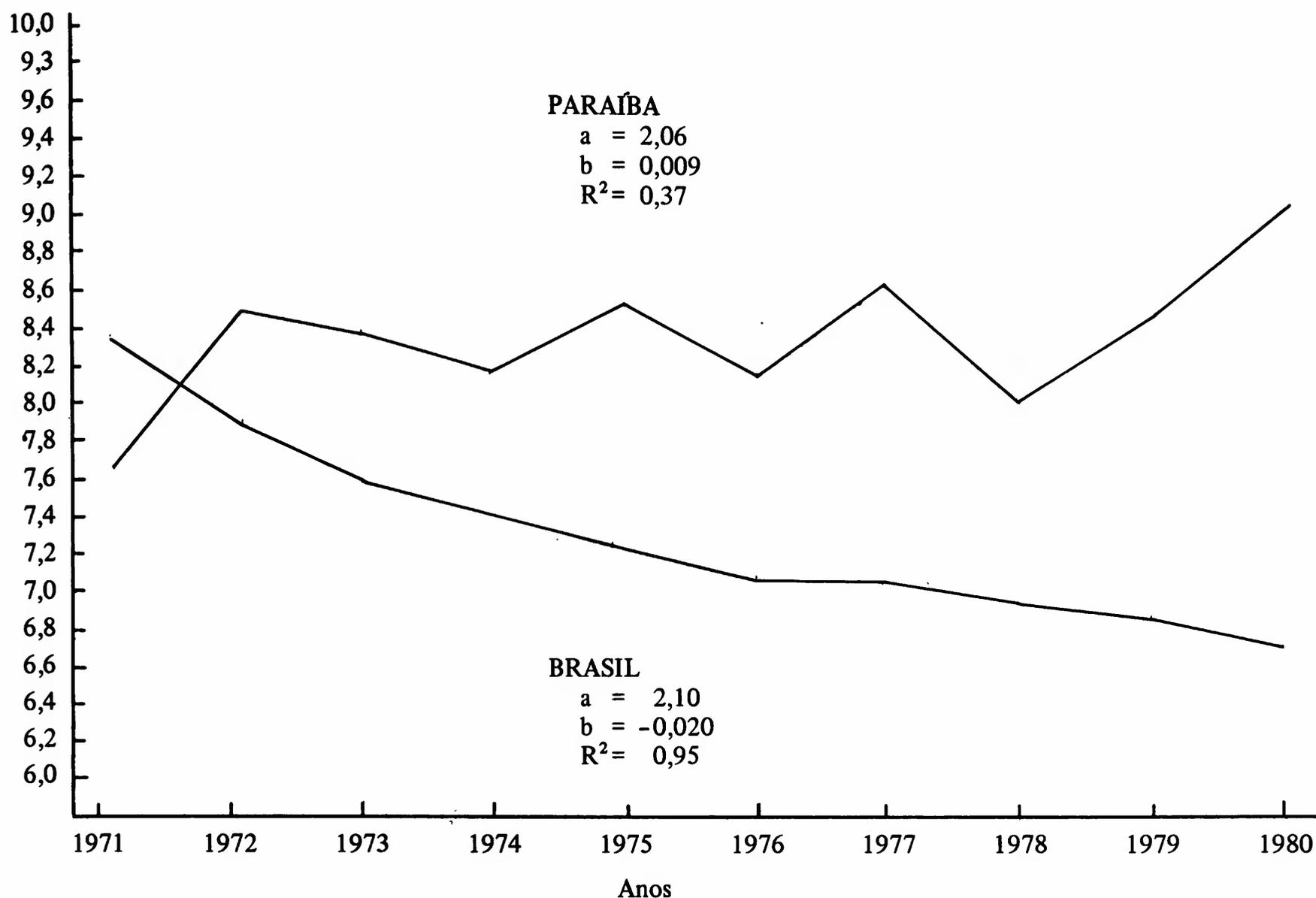
Se é este o conceito de eficiência a que se quer chegar, os resultados serão desastrosos, pelo menos na área de saúde, pois os hospitais lucrativos podem ser eficientes apenas com relação aos interesses de seus proprietários.

### MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Sabe-se, agora, que a taxa de ocupação não pode ser estudada isoladamente como uma medida de eficiência, tanto para os hospitais públicos como para os privados. Talvez, a maneira de se observar a eficiência desses hospitais seja através da média de permanência, caso esta esteja declinando sem causar danos aos pacientes.

Dado o desenvolvimento da ciência nos últimos anos, com a descoberta de medicamentos mais eficazes para a cura de diversas doenças, espera-se que a média de permanência de pacientes hospitalizados tenha sofrido um significativo declínio. Isso é um fenômeno evidente nos países desenvolvidos. Quanto ao Brasil, espera-se que o mesmo tenha ocorrido. Conforme o gráfico 1, a média de permanência nos hospitais brasileiros de internações de curta duração (excluídas admissões em hospitais psiquiátricos), sofreu realmente um declínio, ou seja, a média de perma-

**GRÁFICO 1 – Média de Permanência (Clínica Médica). Paraíba: Curva crescente; Brasil: Curva decrescente.**



A fórmula padrão para o cálculo da variação anual é igual a:  $Y_t = a(1 + b)^t$ , onde  $Y_t$  é o valor observado no ano  $t$ ,  $a$  é a constante e  $b$  é a taxa de variação.  $t$  é a variação do tempo.  $t$  é igual a 1 em 1971, . . . 10 em 1980. A equação é linear no logaritmo:  $y_t = \log a + t \log (1 + b)$ . O ponto de interseção,  $a$ , é o valor estimado para 1970, ou seja,  $t = 0$ , em 1970.  $b$  representa a taxa de variação. Por exemplo,  $b = -0,020$  significa que a média de permanência de pacientes hospitalizados na clínica médica, no Brasil, decresceu a uma taxa de 2,0 por cento.

nência vem caindo a uma taxa de 2% durante os 10 últimos anos.

Por outro lado, o gráfico mostra que a média de permanência no Estado da Paraíba não sofreu declínio. A taxa de declínio foi derivada de uma linha de regressão, através dos pontos de cada ano, objetivando-se reduzir, assim, o impacto da variabilidade de ano para ano. Outro fato interessante é o de que a média de permanência no Estado da Paraíba é mais elevada do que a do país como um todo. Pode-se admitir, neste caso, que os hospitais paraibanos admitem pacientes cujo diagnóstico é, em geral, mais complicado do que a média nacional. Caso contrário, esses hospitais não diminuiriam sua média de permanência objetivando aumentar sua taxa de ocupação. Esta é a hipótese defendida neste trabalho. Se este for o caso, ou seja, se os hospitais paraibanos não diminuiriam efetivamente sua média de permanência, conclui-se que muitos hospitais privados são ineficientes para o INAMPS, já que tentam aumentar uma taxa de ocupação elevada e, assim, uma elevada margem de lucros. Já que a rede privada lucrativa é responsável por mais de 70% das internações na clínica médica, o efeito na mudança da média de permanência causado por esses hospitais é maior do que nas outras categorias (públicos e filantrópicos). Os hospitais públicos, por exemplo, hospitalizam menos de 10% dos pacientes da clínica médica.

Num estudo sobre o papel dos hospitais privados lucrativos nos Estados Unidos, Steinwald & Neuhauser (1970) afirmaram que tais hospitais atingem elevados lucros pelo fato de admitirem pacientes com diagnóstico simples e, além disso, só atuam na atividade mais lucrativa com relação à prestação de serviços. Os casos mais complicados são enviados para os hospitais filantrópicos ou públicos.

Estudando a hospitalização desnecessária nos E.U.A., Zimmer (1974) concluiu que este fenômeno é mais evidente nos hospitais de média permanência mais baixa do que nos hospitais de média permanência mais longa.

Em 1976, a Casa dos Representativos dos E.U.A. publicou um relatório sobre os custos, qualidade de tratamento médico e cirurgias desnecessárias. Segundo este documento, 12.000 pessoas morreram, no ano de 1974, em consequência de cirurgias desnecessárias (Rubkow, 1978).

Diante desses fatos, pesquisas devem ser realizadas pelo próprio INAMPS para averiguar a utilização da rede hospitalar nacional, sobretudo de hospitais de baixa média permanência e elevada taxa de admissão.

#### TAXA DE OCUPAÇÃO

Por definição, a taxa de ocupação é representada pelo

número de admissões (ou altas hospitalares) vezes a média de permanência, divididas pelo estoque de leitos, ou seja, a taxa de ocupação anual é igual a:

$$\text{Occ} = \frac{\text{Adm} \times \text{MP}}{\text{leitos} \times 365}$$

onde:

Occ = taxa de ocupação  
Adm = admissões no ano  
MP = média de permanência.

Evidentemente, um aumento no estoque de leitos tende a diminuir a taxa de ocupação, a menos que a taxa de admissão cresça proporcionalmente.

**QUADRO 1 – Média de Permanência, Paciente-Dias, Admissões e Taxa de Ocupação dos Hospitais de hospitalização de Curta Duração, no Estado da Paraíba, no período 1977/1981. Clínica Médica\***

Anos	Admissões	Leitos	Média de Permanência	Ocupação	Paciente-Dias
1977	42.631	1.367	7,88	67,54	335.999
1978	53.309	1.481	7,91	77,86	422.029
1979	60.457	1.634	7,90	80,16	478.130
1980	66.966	1.796	8,03	82,04	537.821
1981	75.275	1.999	7,65	79,17	576.081

Fonte: Superintendência do INAMPS no Estado da Paraíba.

\* Foram considerados apenas os leitos alocados e contratados pelo INAMPS para tratamento na Clínica Médica. Foram excluídos os hospitais psiquiátricos, de câncer e de ensino existentes no Estado.

A taxa de ocupação dos hospitais paraibanos cresceu significativamente nos últimos cinco anos, especialmente a da rede lucrativa de hospitais, como pode ser visualizado no quadro nº 1. Por outro lado, a rede pública utiliza, em média, menos de 50% de sua capacidade instalada, especialmente os hospitais estaduais e municipais contratados pelo INAMPS e localizados no interior do estado.

Conforme o apêndice e o quadro nº 1, o aumento de 17.2% na taxa de ocupação no período de 1977 a 1981 é atribuído a aproximadamente 48.8% do aumento no número de paciente-dias menos 31.6% no incremento de leitos. Observa-se ainda que a média de permanência tem se mantido quase que constante nos últimos cinco anos. Embora se trate de uma série histórica curta, não há meios de se fazer uma análise de uma série mais longa, visto que o INAMPS não dispõe de informações referentes à taxa de ocupação dos hospitais contratados.

### CONCLUSÃO

A questão da eficiência da rede privada de hospitais precisa ser investigada, devido a prioridade dada pelo INAMPS a esta categoria de hospitais. Um sistema de cuidados médicos que anualmente aumenta o percentual de seus gastos com relação ao Produto Interno Bruto (PIB) merece

incentivar pesquisas nos mais diferentes aspectos de tratamento de saúde. O aumento dos gastos públicos no setor de saúde já começa a afetar o consumidor brasileiro que está ameaçado de ter suas contribuições majoradas.

Além disso, muitos desses contribuintes começam a procurar outras alternativas de serviços médicos-hospitalares, dando margem à expansão de outras empresas lucrativas (empresas de seguro médico) apoiados por um sistema que, paradoxalmente, criou o antigo INPS para evitar a proliferação de um ilimitado número de institutos e caixas de aposentadorias.

Está o INAMPS usando os recursos públicos equitativa e eficientemente?

Os números mostram que há dúvidas quanto à eficiência da rede hospitalar lucrativa e, devido aos elevados gastos no setor hospitalar em detrimento de cuidados primários de saúde, urge que o INAMPS desenvolva pesquisas, a exemplo de outros países, para esclarecer ao consumidor nacional o desempenho desse complexo setor da economia nacional.

### APÊNDICE

#### Cálculo dos Componentes de Mudança da Taxa de Ocupação

Considerando-se Z como a taxa de ocupação; X, como o número de paciente-dias e Y, como o número de leitos, poderemos dizer que:

$$Z = \frac{X}{Y}$$

Conforme explicações anteriores, um aumento positivo de X aumenta Z, ou seja, aumentando-se o número de admissões e média de permanência (admissões x média de permanência é igual a paciente-dias) aumenta-se Z. Por outro lado, um aumento positivo de Y (leitos) diminui Z.

Assim teremos,

$$Z + \Delta Z = \frac{X + \Delta X}{Y + \Delta Y}$$

$$e \quad \Delta Z = \frac{Y\Delta X - X\Delta Y}{Y(Y + \Delta Y)} \quad (\text{Lembrar que } Z = \frac{X}{Y})$$

Se quisermos saber a mudança da taxa de ocupação, em termos percentuais, poderemos ter:

$$\frac{\Delta Z}{Z} = \left( \frac{\Delta X}{X} - \frac{\Delta Y}{Y} \right) \left( 1 - \frac{\Delta Y}{Y + \Delta Y} \right)$$

Assim teremos:

$$\frac{11,63}{67,54} = \left( \frac{240.082}{335.999} - \frac{632}{1.367} \right) \left( \frac{1.367}{1.999} \right) = 17.2$$

## BIBLIOGRAFIA

- ARROW, K. "Uncertainty and the welfare of medical care" *The American Economic Review*, 53(5):941-973, December 1963.
- DRUMMOND, M.F. "Evaluation and the national health service" In: CUYLER, A.J. & WRIGHT, K.G. *Economic aspects of health services*. London, Martin Robertson & Co. Ltd. 1978.
- FELDSTEIN, M.S. *Economic analysis for health service efficiency*. Amsterdam, North-Holland Publishing Company, 1967.
- FORSYTH, G. & LOGAN, R.F.L. *The demand for medical care*, London, Oxford University Press, 1960.
- MACEDO, C.G. "Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos" *Anais da 7ª Conferência de Saúde*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- RUBKOW, M. "Unnecessary surgery: an up date". *Surgery*, nº 84, 1978.
- STEINWALD, B. & NEUHAUSER, D. "The role of the proprietary hospital". *Law and Contemporary Problem*, 1970.
- ZIMMER, J.G. "Length of stay and hospital bed misutilization". *Medical Care*, XII(5):453, 1974.