



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Textos para Discussão nº 64-2017

Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar.

Autora: Amanda Reis

Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro

1. INTRODUÇÃO

Nesse estudo, o objetivo é verificar qual o impacto de alguns dos fatores associados ao crescimento do gasto *per capita* com saúde. O estudo pretende verificar especificamente (i) a relevância do modelo de pagamento hospitalar para o crescimento do gasto com saúde *per capita*. Para tanto, foi utilizado um modelo de dados em painel constituído de 40 países acompanhados por 14 anos.

Os sistemas de pagamento tornaram-se elementos cada vez mais críticos na política de saúde e o interesse por eles aumentou à medida que os países em todo o mundo tentaram controlar o aumento das despesas e dos custos, melhorar a qualidade e utilizar os recursos disponíveis de forma mais eficaz (Appleby et al, 2012).

Há evidências de que um os altos custos da saúde estão relacionados com o modelo de pagamento de prestadores de saúde que os países adotam (Lorenzoni, Belloni, & Sassi, 2014). Isso porque, diante de taxas de crescimento dos preços em saúde muito maiores do que as dos demais preços da economia, têm sido adotadas reformas nos modelos de pagamento ao prestador, principalmente os pagamentos a hospitais, como uma forma de tornar os gastos mais eficientes.

A Inglaterra adotou o modelo de pagamento por resultados (uma forma de pagamento prospectivo) em 2003 no sistema público de saúde (National Health System - NHS). Um estudo comparou o desempenho desse sistema e o da Escócia, que não havia adotado o pagamento por performance. O estudo concluiu que a introdução desse tipo de pagamento prospectivo na Inglaterra parece ter conduzido a reduções mais rápidas nos períodos de permanência hospitalar do que na Escócia, resultando em economias de custo de 1 a 3% (Farrah et al 2010).

Outros países também tiveram experiências com a implementação de um modelo de pagamento hospitalar prospectivo. O DRG, que será descrito nas próximas seções, foi implementado em países com os mais diversos sistemas de saúde, com impactos positivos (IESS, 2015):

- A Alemanha apresentou uma redução de 25% do orçamento hospitalar entre o período de 2005 a 2009 com a implementação do DRG;
- A África do Sul apresentou uma desaceleração do ritmo de crescimento dos prêmios das operadoras. Com a implementação do DRG em algumas operadoras de saúde privadas, observou-se uma redução da inflação médica de 10,5% em 2000 para 8,9% em 2013;
- Em um estudo americano verificou-se que em um período de 3 anos (entre 2003 e 2006), a remuneração baseada em DRG pôde reduzir o custo médio de internações agudas de longa duração em 24%.

Sendo assim, há uma tendência mundial na adoção de modelos de pagamento prospectivos como uma estratégia de controle dos gastos. Diante da experiência internacional, é inviável não pensar em um modelo de pagamento diferente do que atualmente é praticado no Brasil, pois cada vez mais se faz necessário dentro da área da saúde a otimização de recursos e a eficiência do sistema. Pode-se destacar alguns fatores que demonstram como é importante que o modelo de pagamento hospitalar brasileiro seja revisto, são eles:

- A variação dos custos médico-hospitalares, que no Brasil além de ser alta, cresce a cada ano. A variação de custos médico-hospitalares medida pelo IESS (VCMH/IESS) foi de 19,0% em mar/16. Há apenas 5 anos (mar/11) esse indicador havia sido de 8,4%.
- O baixo crescimento econômico do Brasil, que nos últimos anos resultou numa taxa de crescimento *per capita* que se reduz a cada ano. Essa estagnação da renda não é compatível com o alto crescimento dos gastos com saúde apresentaram nos últimos anos. Como se verá mais adiante o gasto *per capita* com saúde tem crescimento em média 5 pontos percentuais ao ano acima do PIB *per capita*. Com esse comportamento há uma possibilidade de comprometimento da capacidade de pagar o sistema de saúde, o que não é sustentável.
- Com 65% dos beneficiários de planos de saúde sendo ligados a planos coletivos em-

presariais, a alta taxa de desemprego que a economia tem apresentado

Para entender a importância da mudança de modelo a próxima seção descreve o panorama do crescimento do gasto *per capita* com saúde no Brasil e no Mundo.

2. EVIDÊNCIAS DO CRESCIMENTO DA EVOLUÇÃO DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA

A taxa de crescimento dos gastos *per capita* com saúde tem aumentado de forma consistente, em muitos casos acima da taxa de crescimento da economia (Cylus, Mladovsky, & McKee, 2012). Nos Estados Unidos, onde o sistema de saúde consome quase um quinto do Produto Interno Bruto (PIB) do país (17,1% em 2014¹), o crescimento dos gastos com saúde tem excedido consistentemente o crescimento da renda. Entre 1970 e 2009, a taxa de crescimento dos gastos com saúde *per capita* foi, em média, 2,2 pontos percentuais (p.p.) acima do crescimento do PIB *per capita* (Chernew & Newhouse, 2012). Esse mesmo fenômeno é observado na maioria dos países pertencentes à OCDE. Erixon e Van der Marel (2011) observaram que, corrigido pela inflação, o gasto *per capita* com saúde tem crescido em média 4,0% ao ano nos países da OCDE desde 1970.

Nos últimos 20 anos, o Brasil também apresentou crescimento considerável do gasto com saúde. Em 1970, o gasto com saúde era estimado em 2,5% do PIB, considerando gastos públicos e privados, e, quatro décadas depois, os gastos passaram a representar 8,3% (2014).

Em comparação, na América Latina como um todo, após um longo período de estabilidade, os gastos com saúde começaram a crescer como proporção do PIB a partir de 2009, passando de uma média de 6% antes de 2009 para 7,2% em 2014. Apesar do crescimento recente, os países da América Latina gastam em média uma menor proporção do PIB com saúde em relação aos países da OCDE. No entanto, é natural que países com maior PIB gastem uma maior proporção de sua renda com saúde, pois à medida que as economias se tornam mais ricas, seu padrão de consumo tende a se deslocar para um maior consumo de serviços, incluindo serviços de saúde.

Apesar de a média brasileira ser inferior à dos países da OCDE, o crescimento dos gastos *per capita* com saúde destaca-se por superar de forma relevante o crescimento da renda *per capita*. Entre 1995 e 2013, a taxa de crescimento dos gastos com saúde *per capita* do Brasil excedeu a taxa de crescimento do PIB *per capita* em 5,0 p.p. (Tabela 1). No mesmo período, tal excedente nos Estados Unidos foi de 3,3 p.p. e no Reino Unido de 1,7 p.p. Essa tendência observada no Brasil é preocupante, pois impacta tanto o setor público como o setor privado. No setor público, o aumento da necessidade de recursos orçamentários gera diversas consequências para a política fiscal (Keegan, Thomas, Normand, & Portela, 2013). No setor privado, a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços de saúde privados pode ser impactada pela crescente necessidade de recursos e pelas limitações impostas pelo ambiente regulatório.

¹ Global Health Expenditure Database - <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

TABELA 1: CRESCIMENTO (%) REAL ANUAL DOS GASTOS COM SAÚDE PER CAPITA E DO PIB PER CAPITA, 1995-2013¹.

PAÍS	TAXA DE CRESCIMENTO DO GASTO TOTAL COM SAÚDE PER CAPITA US DÓLAR CONSTANTE	TAXA DE CRESCIMENTO DO PIB PER CAPITA US DÓLAR CONSTANTE	EXCEDENTE DO CRESCIMENTO DO GASTO COM SAÚDE ²
BRASIL	6,7%	1,7%	5,0 p.p.
ESTADOS UNIDOS	4,7%	1,4%	3,3 p.p.
REINO UNIDO	3,1%	1,4%	1,7 p.p.
AUSTRÁLIA	2,2%	1,8%	0,3 p.p.
CHILE	4,0%	2,8%	1,2 p.p.
MÉXICO	2,9%	1,3%	1,6 p.p.

Fonte: Global Health Expenditure Database, WHO (25/02/2016). The World Bank (25/02/2016).

¹ Unidade dos dados absolutos: Dólares americanos, valores constantes de 2005.

² O excedente é a diferença da taxa de crescimento do gasto per capita com saúde em relação à taxa de crescimento do PIB per capita.

Além do crescimento superior ao do PIB, outra tendência mundial observada é que os gastos *per capita* com saúde tendem a acompanhar o crescimento da economia em seus altos e baixos, de forma que tem suscitado questões sobre se há alguma forma de causalidade entre as variáveis macroeconômicas e os gastos com saúde. Observando dados de gasto com saúde *per capita* e PIB *per capita*, nota-se que em países como Reino Unido, França e Rússia, os gastos com saúde têm acompanhado o desempenho da economia (Figura 1), que desacelerou significativamente entre 1995 e 2013, o que pode ser efeito das crises econômicas mundiais de 1997 (Tigres asiáticos), 2009 (Crise financeira global) e 2010 (Crise Europeia). Nos Estados Unidos, diferente dos países europeus, os gastos em saúde evoluem de forma contrária ao desempenho da economia, pois enquanto a economia desacelerou no período analisado, a taxa de crescimento dos gastos com saúde apresentou tendência de crescimento (Figura 1).

É possível que o crescimento do gasto com saúde *per capita* seja afetado pela crise econômica com certo grau de defasagem. Há evidências empíricas de que essa defasagem existe

(Cylus, Mladovsky, & McKee, 2012) e que pode ser explicada por alguns fatores relacionados a características específicas dos seguros saúde (Kaiser Family Foundation, 2013):

- (a) O seguro saúde tem um efeito de proteger economicamente as pessoas do custo total da assistência à saúde, por isso elas demoram mais a se desfazer dele em tempos de crise;
- (b) Os consumidores podem perceber a assistência à saúde como um bem necessário, diferente de outros bens econômicos e, portanto, reduzir os gastos de saúde só depois de esgotar outras formas de cortar o orçamento doméstico;
- (c) Os empregadores podem ter dificuldades em fazer alterações imediatas nos benefícios de saúde em resposta a mudanças no PIB;
- (d) Mudanças nos gastos públicos podem exigir um longo processo de debate antes que quaisquer ajustamentos substanciais sejam feitos. Na verdade, como o desemprego aumenta e a renda cai, os custos do sistema público tendem a subir à medida que mais pessoas podem recorrer a ele.

FIGURA 1: TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA E PIB PER CAPITA, EM TERMOS REAIS, 1995 A 2013.



Um dos principais fatores que pode explicar a diferença entre os Estados Unidos e os países Europeus é a forma de financiamento do sistema de saúde. Nos países europeus analisados na Figura 1, a maior parte dos gastos com saúde são governamentais (Reino Unido, 83%; França, 78%; e Rússia, 52%), enquanto nos Estados Unidos os gastos públicos correspondem a uma menor parcela (48%). Nos países onde a maior proporção dos gastos com saúde é pública, em momentos de crise, os governos enfrentam restrições orçamentárias devido à queda das fontes de financiamento, o que se reflete diretamente sobre os gastos com saúde, os quais estão atrelados a orçamentos.

Já no setor privado, é esperado que, em períodos de recessão, haja redução do gasto *per capita* com saúde dos indivíduos, pois mudanças no PIB real, refletindo recessões e períodos de crescimento econômico, são primariamente uma função de mudanças

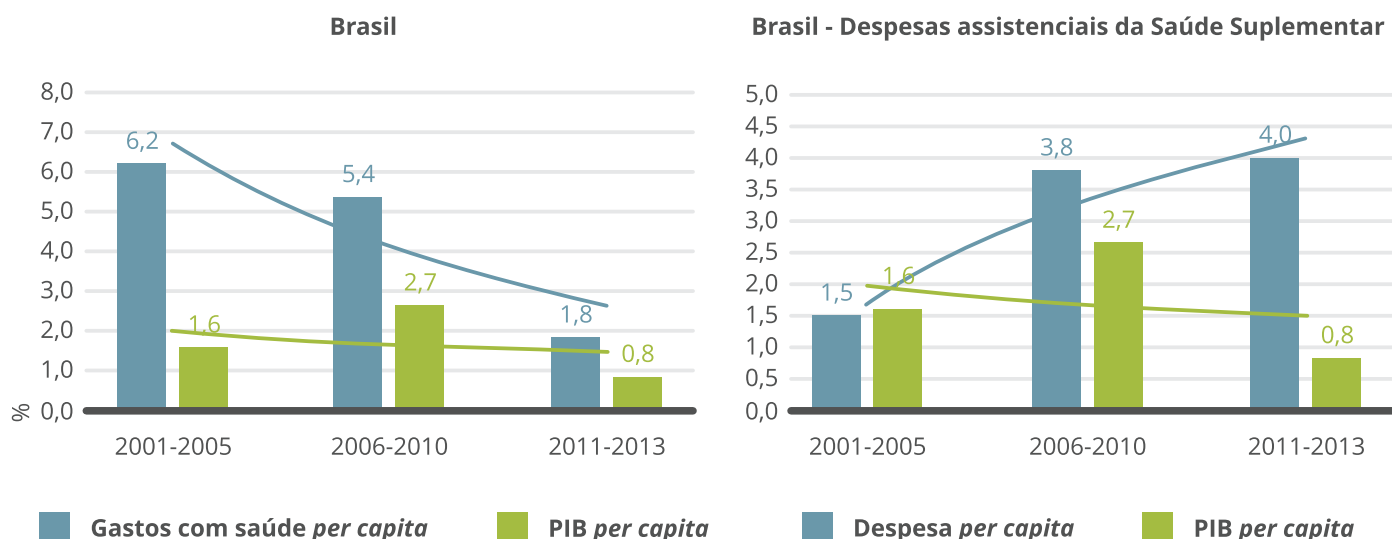
nos gastos do consumidor. Por esse motivo, faz sentido que os consumidores respondam às mudanças econômicas ajustando os gastos com assistência à saúde também (Kaiser Family Foundation, 2013). Esse ajuste nas despesas com saúde pode se dar como um efeito direto, por exemplo, quando os consumidores usam menos os serviços de saúde à medida que sua renda diminui e também cortam gastos com outros bens e serviços. Ou pode-se dar por um efeito indireto, por exemplo, quando os empregadores cortam os benefícios de saúde ou há menos pessoas trabalhando e, conseqüentemente, mais pessoas sem seguro de saúde empresarial durante os períodos de recessão.

Observa-se na Figura 1 que, no período de 1995 a 2013, no Reino Unido e na França houve redução da taxa de crescimento do PIB *per capita* que foi acompanhada também por uma tendência de redução da taxa de crescimento

do gasto *per capita* com saúde. Esse mesmo comportamento foi observado para o Brasil como um todo, na Figura 2 lado esquerdo. Na Rússia, onde no período analisado houve tendência de aumento da taxa de crescimento do PIB, observou-se que a taxa de crescimento do gasto *per capita* com saúde também apresentou tendência de aumento. As tendências desses países sugerem que os gastos com saúde seguem a evolução da economia. No entanto, quando observa-se essas tendências para os Estados Unidos nota-se que enquanto houve uma redução da taxa de crescimento do PIB *per capita* houve tendência de aumento da taxa de crescimento dos gastos com saúde *per capita* no país.

As despesas assistenciais com saúde *per capita* da Saúde Suplementar no Brasil apresentam um comportamento parecido com o observado para os Estados Unidos. No período de 2001 a 2013, as despesas assistenciais *per capita* apresentaram tendência de crescimento enquanto a economia desacelerou (Figura 2). Tal comportamento suscita questões sobre os fatores que estão atuando para tornar as despesas com saúde do setor de saúde suplementar tão resilientes frente à recessão econômica enfrentada pelo país em anos recentes.

FIGURA 2: TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA E DO PIB PER CAPITA (LADO ESQUERDO) E DA DESPESA ASSISTENCIAL PER CAPITA DA SAÚDE SUPLEMENTAR E PIB PER CAPITA (LADO DIREITO), EM TERMOS REAIS, 2001 A 2013*.



* O período de análise é diferente dos países da Figura 2, pois para a saúde suplementar só há dados de despesas assistenciais a partir de 2001.

Assim como no Brasil, nos Estados Unidos os níveis de preços do setor da saúde são mais elevados do que os níveis de preços dos demais setores da economia (Lorenzoni, Belloni, & Sassi, 2014). Esse país apresenta um gasto *per capita* muito superior ao da maioria dos países de alta renda, e uma alta variação de custos médico hospitalares pode explicar grande parte dessa diferença.

Apesar da alta variação de custos médico hospitalares dos Estados Unidos, a variação de custos médico hospitalares no Brasil é ainda mais acentuada. De acordo com um relatório da consultoria Aon Hewitt, a inflação médica do Brasil ficou entre as 10 mais altas em

relação à inflação da economia. Vale destacar que o que esse relatório considera como inflação médica no Brasil não segue o conceito propriamente dito de inflação. Para o cálculo da inflação pressupõe-se a aferição da variação dos preços de determinados bens. No caso do índice dos produtos e serviços médicos, considera-se não apenas a variação de preços, mas também a variação da frequência de utilização, ou seja, o que mede-se é a variação dos custos médicos hospitalares. Um exemplo desse tipo de índice é o VCMH/IESS, calculado com base numa amostra de planos de saúde individuais. Mas com o intuito de simplificar iremos chamar, nesse texto, essa variação de inflação médica.

Na Tabela 2, observa-se que a inflação médica brasileira totalizou 16,7%, sendo esse valor superior ao de outros países de renda média como Chile e México. Mesmo após o desconto da inflação da economia, a inflação médica no Brasil foi de 10,8% em 2016, enquanto que no México e no Chile foi de 6,7% e 2,0%, respectivamente. Esses números são resultado de uma pesquisa realizada pela Aon Hewitt em que são considerados apenas planos médicos coletivos em 90 países. Em comparação, o VCMH/IESS, que considera planos individuais, em setembro de 2016 foi de 19,4%.

TABELA 2: INFLAÇÃO MÉDICA, 2016.

PAÍSES	INFLAÇÃO MÉDICA (%)	
	BRUTA	LÍQUIDA*
BRASIL	16,7	10,8
ESTADOS UNIDOS	5,7	4,2
FRANÇA	3,0	2,2
REINO UNIDO	9,3	7,4
CHILE	5,0	2,0
MÉXICO	9,7	6,7

Fonte: Aon Hewitt 2017 Global Medical Trend Rate Survey Report.

* Taxa de inflação médica bruta menos a taxa de inflação da economia.

A tendência de crescimento dos gastos com saúde é observada já há vários anos e essa alta inflação médica é sintoma de mal funcionamento do sistema de saúde. Há evidências de que um os altos custos da saúde estão relacionados com o modelo de pagamento de prestadores de saúde que os países adotam (Lorenzoni, Belloni, & Sassi, 2014). Isso porque, diante de taxas de crescimento dos preços em saúde muito maiores do que as dos demais preços da economia, tem sido adotado como saída para eficiência dos gastos estratégias de reforma do modelo de pagamento ao prestador, principalmente os pagamentos a hospitais.

Os hospitais possuem alto potencial de impacto sobre os gastos com saúde, uma vez que: (i) eles são sensíveis a medidas de controle de custo por causa da parte considerável (20% a 50%) do orçamento da saúde que consomem; (ii) existe potencial para reduzir ineficiências devido a variações nos custos e nos resultados; (iii) os hospitais são ainda a parte central na prestação de cuidados na maioria dos sistemas de saúde e, por isso, qualquer reforma nos arranjos da assistência à saúde irá envolver hospitais (Clemens, et al., 2014). Num estudo realizado por Clemens et al. (2014), os autores analisam que tipos de reformas os países membros da União Europeia realizaram nos seus sistemas de saúde durante a crise econômica de 2008/2009. Eles verificaram que as reformas mais eficazes foram as de longo prazo que visavam alterar o modelo de pagamento hospitalar. Por exemplo, França, Bulgária e República Tcheca adotaram o DRG, enquanto que a Holanda introduziu o pagamento por performance. Mesmo os países da União Europeia sendo tão diferentes do Brasil, pode-se dizer que o controle da variação dos custos médico-hospitalares passa pelos hospitais, principalmente quando verifica-se que o maior peso na VCMH/ IESS vem das internações (60,0%).

No Brasil, as despesas hospitalares consomem 50,3% das despesas assistenciais da saúde suplementar (Mapa Assistencial ANS/2014). Logo, considerando a importância do setor hospitalar, a forma como o modelo de pagamento impacta os gastos desse setor tem potencial impacto sobre os gastos totais do sistema de saúde. A influência do método adotado para pagar os prestadores de serviços de saúde sobre o preço da assistência à saúde pode se dar pela forma como tais prestadores reagem aos incentivos embutidos no método de pagamento e mudam o padrão e o volume de atendimento.

1.1. MODELOS DE PAGAMENTOS

Tradicionalmente, há dois extremos de modelo de pagamento de prestadores: o modelo de pagamento *fee-for-service*, que implica que os pagamentos estão relacionados ao volume e a intensidade de serviços médicos presta-

dos e os modelos de pagamento prospectivos, como por exemplo o pagamento por grupos relacionados por diagnóstico (ou *"Diagnosis Related Groups – DRG"*) cujos pagamentos por paciente são fixados prospectivamente independentemente da intensidade ou do custo dos serviços prestados (McClellan, 2011). Em outras palavras, no modelo *fee-for-service* não há restrições ou incentivos corretos para os prestadores, que muitas vezes escolhem uma maior intensidade de tratamento que resulta em excesso de provisão ineficiente de serviços. Já no modelo prospectivo, o hospital recebe uma remuneração fixa e previamente acordada por cada paciente dentro de um determinado grupo de diagnóstico e, portanto, tem um incentivo para conter os custos (Longo, Siciliani, & Street, 2016). A forma como essa redução impactará o resultado de saúde dependerá dos demais incentivos embutidos no modelo de pagamento e relacionados à qualidade da assistência.

Há indícios de que, quando os incentivos fornecidos pelo modelo de pagamento são mudados, há alteração na tendência de crescimento dos gastos com saúde. Como pode ser observa-

do na Tabela 3, dentre os 10 países com maior inflação médica em 2016, 6 deles possuem o modelo de pagamento hospitalar majoritariamente do tipo *fee-for-service*. É possível que isso seja um indicativo de que os países que adotam majoritariamente o *fee-for-service* têm gerado incentivos perversos para o setor hospitalar, gerando assim maior crescimento dos custos médico-hospitalares.

Vale ressaltar que, apesar de o modelo de pagamento ser um importante fator associado ao crescimento dos custos, ele não é o único definidor do nível de inflação médica. Há diversos outros fatores que podem impactar o rápido crescimento dos gastos da saúde, entre eles: envelhecimento (Erixon & van der Marel, 2011); incorporação de tecnologias; falta de coordenação da assistência à saúde; baixa produtividade; negociações de preços descentralizadas; fragmentação no mercado de seguros de saúde; alto nível de concentração dos prestadores de serviços de saúde; comportamentos não saudáveis da população, entre outros (Dranove, Garthwaite, & Ody, 2014; Lorenzoni, Belloni, & Sassi, 2014).

TABELA 3: INFLAÇÃO MÉDICA EM 2016 E TIPO ATUAL DE MODELO DE PAGAMENTO HOSPITALAR

PAÍS	INFLAÇÃO MÉDICA 2016 (%)**	INFLAÇÃO GERAL (%)	DIFERENÇA ENTRE INFLAÇÃO GERAL E INFLAÇÃO MÉDICA (P.P.)	MODELO DE PAGAMENTO MAJORITARIAMENTE PROSPECTIVO
BRASIL	16,7	5,9	10,8	Não
ÍNDIA	12,5	5,7	6,8	Não
MÉXICO	9,7	3,0	6,7	Sim
URUGUAI	9,0	7,5	1,5	Não
ALEMANHA	8,5	1,3	7,2	Sim
CANADÁ	8,0	2,0	6,0	Sim
CHINA	7,0	1,5	5,5	Não
GRÉCIA	7,0	0,3	6,7	Não
AUSTRÁLIA	6,0	2,3	3,7	Sim

CONTINUAÇÃO: TABELA 3

PAÍS	INFLAÇÃO MÉDICA 2016 (%)**	INFLAÇÃO GERAL (%)	DIFERENÇA ENTRE INFLAÇÃO GERAL E INFLAÇÃO MÉDICA (P.P.)	MODELO DE PAGAMENTO MAJORITARIAMENTE PROSPECTIVO
CHILE	5,0	3,0	2,0	Não
ESPAÑA	4,6	0,7	3,3	Sim
REPÚBLICA TCHECA	4,0	1,3	2,7	Sim
PORTUGAL	4,0	1,3	2,7	Sim
FRANÇA	3,0	0,8	2,2	Sim
BÉLGICA	3,0	0,9	2,1	Sim
HOLANDA	3,0	0,9	2,1	Sim
JAPÃO	2,2	0,9	1,3	Não
HUNGRIA	2,0	2,3	-0,3	Sim
DINAMARCA	1,5	1,6	-0,1	Sim

Fonte: As proporções exatas foram informadas apenas para alguns países. A informação sobre o modelo de pagamento hospitalar mais usado nos países foi compilada de um estudo da OCDE (*Health Systems Institutional Characteristics, 2010*) e um estudo da Organização Mundial da Saúde (*The challenges of hospital payment systems, 2010*). ** Utilizou-se a inflação médica divulgada pelo relatório Aon Hewitt 2017 Global Medical Trend Rate Survey Report. Foram compilados dados de inflação médica das três grandes consultorias que divulgam esse índice (Tabela A1 no Anexo), mas optou-se pela Aon Hewitt por disponibilizar de mais países.

Há evidências teóricas da eficácia das reformas de modelos de pagamento de prestadores para evitar as falhas de mercado e de governo nos sistemas de saúde e evidências empíricas, principalmente em países desenvolvidos, que associam o pagamento prospectivo com uma taxa mais lenta de crescimento dos gastos em serviços de saúde. Os serviços que mais tem uma resposta positiva com a mudança para o modelo prospectivo são os que eram mais rentáveis sob o modelo de pagamento *fee-for-service*, especialmente aqueles relacionados a medicamentos caros e procedimentos de alta tecnologia (Yip & Eggleston, 2004).

No sistema de Saúde Suplementar, estas falhas de mercado aparecem em diversos momentos da escolha dos beneficiários, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços e de fornecedores. A consequên-

cia é a ineficiência no atendimento de saúde, com aumento de preços, apropriação de valores, limitações no acesso aos serviços e, também, perda de qualidade no serviço para o beneficiário. De acordo com Azevedo et al. (2016), as relações complexas entre os agentes são caracterizadas por situações peculiares, dentre elas: (1) alguns pagamentos monetários não ocorrem de acordo com o consumo do serviço, pois a relação entre beneficiário e prestadores é intermediada pelas OPS; (2) muitas decisões são tomadas por agentes que não arcam com os custos, isto é, o pedido de exames ou procedimentos não têm impacto financeiro para prestadores ou, em algumas situações, beneficiam os prestadores. Esta complexa rede de relações contratuais, portanto, gera incentivos que podem distorcer as decisões dos agentes. Em outras palavras, os mecanismos

de mercados são, por vezes, insuficientes para coordenar a alocação de recursos nesta cadeia, provocando as chamadas falhas de mercado.

Como já mencionado anteriormente, tradicionalmente, há dois extremos de modelo de pagamento de prestadores: o pagamento *fee-for-service*, que implica que os pagamentos estão relacionados ao volume e a intensidade de serviços médicos prestados e os modelos prospectivos, cujos pagamentos são fixados prospectivamente por paciente, independentemente da intensidade ou do custo dos serviços prestados (McClellan, 2011). Abaixo serão brevemente descritos os modelos que se encaixam nessas duas categorias.

a. Modelos de pagamento *fee-for-service* (FFS)

Esse é o mecanismo de pagamento predominante no Brasil, nos EUA e em muitos outros países (Porter & Kaplan, 2015). No FFS, o nível de reembolso do hospital aumenta com a quantidade de realização de procedimentos, exames, internações e reinternações, quer sejam para contribuir ou não para melhores resultados para os pacientes. Corre-se o risco, dessa forma, de recompensar erros, complicações e resultados ruins, porque cria-se uma demanda por mais serviços que possam ser faturáveis. Além disso, alguns procedimentos e serviços são mais lucrativos do que outros, o que pode levar a excesso de investimentos em unidades que realizam serviços que são generosamente reembolsados, criando excesso de capacidade e pressões para demanda induzida por tais serviços. Também pode ocorrer sub-investimento em serviços que têm um reembolso menor, mesmo aqueles que contribuem para melhores resultados para os pacientes, que são preventivos e têm potencial de evitar custos muito mais elevados.

Ainda assim, é relevante citar que o FFS é um modelo que pode ser adequado em alguns casos específicos, como os que apresentam baixa previsibilidade em relação aos desfechos (por exemplo: internação de neonato em UTI). Apesar desses casos específicos, o reembolso de serviços sem restrições ou consideração da qualidade pode promover o uso excessivo de serviços de forma que o cuidado com a saúde não seja coordenado. De acordo com Barnum

et al (1995), isso ocorre porque os consumidores confiam nos prestadores para obter informações sobre sua necessidade de serviços; e os prestadores, por sua vez, têm um incentivo financeiro para aumentar o volume de serviços. Há evidências de que isso ocorreu em países tão diversos como a Holanda (Hurst, 1992) e China (Bumgarner, 1992). Moreno-Serra e Wagstaff (2010) encontraram resultados parecidos para países do leste europeu. Esses autores estimaram que o modelo de pagamento *fee-for-service* gerou, em média, um aumento de 2% a 7,5% no número de admissões hospitalares e um aumento de 18% a 19% no gasto total com saúde, somando público e privado, em comparação ao período em que esses países passaram a adotar um modelo de pagamento hospitalar prospectivo.

b. Modelos de pagamento prospectivo

Os sistemas de pagamento prospectivo são comuns no pagamento de hospitais nos países da OCDE (Busse, Schreyogg, & Smith, 2006; Moreno-Serra e Wagstaff, 2010). Originalmente introduzido no Medicare dos EUA durante a década de 1980, os modelos prospectivos são em geral caracterizados por um sistema de classificação de pacientes que categoriza os pacientes em grupos homogêneos por diagnóstico. Geralmente é usado como sistema de classificação o DRG (*Diagnosis Related Groups*). Alguns dos principais tipos de modelos prospectivos são (Porter & Kaplan, 2015):

- **Capitation:** Sob a capitação, prestadores recebem uma quantia fixa por paciente por um determinado período e são responsáveis por todas as necessidades médicas do paciente. Como as receitas do prestador são independentes da quantidade e dos tipos de tratamentos realizados, presume-se que a capitação motive os fornecedores a serem mais eficientes e investirem mais na relação custo-efetividade dos cuidados, o que pode ajudar a manter os custos mais baixos. Como ponto negativo, há a possibilidade de que, com uma receita global fixada por paciente, os prestadores racionem ou neguem acesso a procedimentos e serviços caros, mesmo os que podem levar a melhores resultados de saúde no longo prazo.

■ **Global budget (orçamentos globais):**

Nesse modelo de pagamento, o pagador aloca um orçamento anual fixo a cada organização de assistência à saúde, normalmente baseado no volume e na variedade serviços e na quantidade de pacientes e serviços. Esse modelo é predominante em vários países, principalmente os que possuem sistema de saúde público, bem como no sistema de Veterans Administration (VA) nos EUA. Os orçamentos globais são atrativos do ponto de vista do financiador, pois torna o gasto altamente previsível e pode-se manter um controle sobre o crescimento da despesa de saúde. Se houver excedente do orçamento no final do período, ele pode ser mantido pelo hospital para usar como bem entender; se os gastos forem acima do orçamento, então devem ser pagos por outras fontes do hospital. Devido a essa característica, se as receitas forem muito baixas, os orçamentos globais podem gerar incentivos para diminuir a qualidade ou a quantidade de serviços (Langenbrunner e Wiley, 2002). Isso ocorrerá principalmente se o reembolso sob o orçamento global é independente dos resultados alcançados, o que pode ser amenizado com a implementação de indicadores de qualidade do desfecho.

- **Pagamento baseado em grupo de diagnóstico (DRG):** O DRG é um sistema de classificação de pacientes que possui quatro características principais: (1) os dados de alta hospitalar coletados rotineiramente (principalmente sobre o paciente, tratamento e características do prestador) são usados para classificar os pacientes (2) em um certo número de grupos (DRGs), que se destinam a ser (3) clinicamente significativos e (4) economicamente homogêneos. Os DRGs classificam os diferentes pacientes tratados por hospitais em um número gerenciável de grupos clinicamente significativos e economicamente homogêneos, proporcionando assim uma medida concisa da atividade hospitalar. Consequentemente, facilitam a comparação dos custos hospitalares, qualidade e eficiência e contribuem para uma maior transparência nos hospitais (Rossolimos & Dreyer, 2014).

Há dois modelos de pagamento de hospitais baseados em DRG que são adotados pelos países: (i) pagamento por DRG, e (ii) alocação orçamentária baseada em DRG, que é adotado principalmente em sistemas públicos e o orçamento de hospitais é distribuído com base no número e no tipo de DRGs que estes hospitais produziram durante os anos anteriores ou que espera-se que produzam no próximo ano (Quentin et al.). O sistema americano *Medicare* começou a remunerar os hospitais com um pagamento baseado em DRGs em 1983 (Cashin, et al., 2005). A Austrália e vários países da Europa começaram a usar DRGs em 1985. Outros países que introduziram sistemas de pagamento baseados em DRG são Coreia do Sul, Taiwan, Tailândia e Hungria (Langenbrunner et al., 2005).

- **Bundled Payments:** Este modelo tem como objetivo incentivar os prestadores a melhorarem a coordenação dos cuidados, limitar os serviços caros e desnecessários e vincular a assistência à qualidade e resultado dos desfechos. Nesse modelo, os prestadores recebem um único pagamento por um episódio de cuidado, que é definido como um conjunto de serviços prestados a um paciente durante um período de tempo específico. Ao fornecer um único pagamento para vários prestadores, os pagamentos “empacotados” procuram promover a assistência à saúde em equipe integrada ao longo da rede de cuidado por parte dos prestadores envolvidos.
- **Pagamento por performance (P4P):** Esse modelo de pagamento, também conhecido como “compra baseada em valor,” recompensa médicos, hospitais, grupos médicos e outros profissionais e prestadores de serviços de saúde pelo alcance de certas metas de desempenho que gerem qualidade e eficiência. Esse modelo também penaliza resultados de saúde ruins, erros médicos ou aumento de custos que não gerem melhores resultados de saúde.

Devido às características dos sistemas prospectivos, em vários países há décadas tem havido um movimento de alteração do sistema de pagamento de prestadores de serviços do

fee-for-service para algum tipo de modelo prospectivo ou uma mistura de vários, mesmo com algum uso remanescente de *fee-for-service*. Vários países da Europa Ocidental gradualmente alteraram na década de 90 o modelo de pagamento de hospitais de FFS para modelos de pagamento de orçamento global e pagamentos que usam como base esquemas de classificação como o DRG (Geissler et al., 2011). Ao realizar essa mudança, o objetivo desses países é conter o crescimento dos gastos hospitalares e melhorar a produtividade dos hospitais.

Alguns exemplos específicos de países que adotaram modelos prospectivos são Alemanha, Suíça e França. Na Alemanha, em 2003 foi adotado o pagamento com base em DRG, em que os hospitais passaram a negociar contratos anuais com os planos de saúde. Nesse país, os hospitais são legalmente obrigados a fazer o orçamento prospectivamente. Na Suíça, um esquema de reembolso prospectivo baseado em DRG para internação hospitalar foi introduzido em 2012. Os pesos de cada DRG são os mesmos em toda a Suíça, mas a taxa base (preço) é negociada entre os hospitais e as companhias de seguro de saúde. Na França, um sistema DRG também é usado como a base de pagamentos hospitalares desde 2004.

Nos Estados Unidos, o DRG foi implementado na década de 1980 no Medicare e, em um tempo relativamente curto, observou-se que a mudança do modelo de pagamento levou a melhora nos indicadores de desempenho hospitalar, como por exemplo uma redução do tempo médio de permanência hospitalar (ALOS - average length of stay). No sistema Medicare, o ALOS caiu 15% nos primeiros três anos após a implementação do pagamento por DRG, sendo que, para alguns tipos de grupos de diagnóstico, a queda chegou a ser de 24% (Schneider, 2007).

Já na década de 1990, uma reforma mais profunda levou o sistema americano a adotar o managed care (uma reforma que levou à adoção mais profunda do modelo de pagamento prospectivo), abandonando o modelo FFS. Quando isso ocorreu, observou-se que, enquanto o PIB *per capita* continuava a apresentar taxa de crescimento cada vez maior (5,5% em média),

o gasto com saúde *per capita* apresentou taxa de crescimento inferior a 3% ao ano (Fuchs, 2013).

Na China, em 1997 o sistema de pagamento FFS foi alterado para pagamento prospectivo em 6 hospitais da província Hainan, enquanto outros 7 hospitais da localidade continuaram no FFS. No estudo realizado por (Yip & Eggleston, 2004) observou-se que o pagamento prospectivo adotado pelos 6 hospitais está associado a uma taxa mais lenta de crescimento dos gastos em serviços que eram rentáveis sob o FFS, especialmente os gastos com medicamentos de alto custo e procedimentos de alta tecnologia.

Houve um movimento no sentido contrário na República Checa, quando na década de 1990 houve alteração de um modelo prospectivo de pagamento em hospitais para o FFS. Após a adoção do FFS observou-se um crescimento de 46% nas despesas hospitalares 1992-1995, fundamentando, mais uma vez, que esse tipo de modelo de pagamento incentiva o aumento dos gastos em saúde (Langenbrunner et al., 2005).

Na África do Sul um sistema de DRG foi desenvolvido no ano 2000 e aprimorado desde então (Rossolimos e Dreyer, 2014). Em 2005, grupos de hospitais privados e diversos pagadores desenvolveram suas próprias versões de DRGs e em 2009 o departamento nacional de saúde (NdOH) iniciou um projeto de cobertura de saúde universal (NDH) para em 2010 avaliar a implementação de DRG em 10 instalações centrais. De acordo com Rossolimos e Dreyer (2014), com a implementação do DRG muitos hospitais aumentaram suas margens ao diminuir custos que não eram produtivos, houve estímulo para os hospitais e médicos utilizarem intervenções baseadas em evidências e foi observada uma redução da inflação médica.

3. MÉTODO E MODELO DE ANÁLISE

Como destacado anteriormente, o objetivo deste estudo é utilizar dados em painel de vários países para identificar os fatores associados à taxa de crescimento do gasto com saúde *per capita* desses países no período de 2000 a 2013. O método utilizado para a estimação do painel foi o de efeitos fixos, procedimento este que, ao se estimar os impactos dos atributos

dos países sobre a evolução dos gastos com saúde, possibilita o controle das características específicas não observáveis dos países.

A principal característica dos dados em painel é o fato de que um corte transversal de dados (nesse caso, uma amostra de países) são seguidos ao longo de um determinado período de tempo (Wooldridge, 2013). Uma das vantagens da estimação com dados em painel é que as características específicas de cada país e que podem afetar o resultado da estimação são excluídas, permitindo-nos avaliar o efeito das variáveis de interesse sobre os gastos *per capita* com saúde sem tais interferências. Tais características podem ou não ser constantes ao longo do tempo, de tal forma que estudos temporais ou seccionais que não tenham em conta tal heterogeneidade frequentemente produzem resultados enviesados.

Seguindo os procedimentos econométricos, foi realizado o Teste de Hausman para verificar qual método de estimação seria o mais apropriado para o painel de países analisado. O resultado do teste confirmou a hipótese de que os efeitos específicos não observados estariam correlacionados com as variáveis de controle (descritas no item a. abaixo) e o nível de gasto. Dessa forma, de acordo com a teoria econômica, sabe-se que o estimador de efeitos fixos é não viesado e consistente, e os estimadores de mínimos quadrados ordinários (MQO) e de efeitos aleatórios, que não levam em consideração a existência dos efeitos específicos de cada país, são passíveis das consequências da endogeneidade.

a. Variáveis de controle

As variáveis de controle são as variáveis que explicam o comportamento da variável dependente. No nosso caso, as variáveis de controle são as variáveis que impactam o comportamento da taxa de crescimento dos gastos *per capita* com saúde. A seleção das variáveis que explicam os gastos *per capita* com saúde dos países foi feita levando em conta a literatura científica sobre o assunto, o que resultou em um conjunto de variáveis que se encaixam em um desses três grupos temáticos: variáveis relacionadas (i) à renda do país, (ii) ao envelhecimento da população, (iii) ao sistema de saúde.

A variável relativa à renda do país é a taxa de crescimento do PIB *per capita* real, que constitui um fator crítico para determinar o quanto as nações gastam em assistência à saúde. Estimativas recentes tendem a encontrar uma elasticidade-renda de cerca de 1,0, o que implica que os gastos *per capita* com a saúde se movem em conjunto com PIB (Smith, Newhouse, & Freeland, 2009).

Para representar a característica demográfica da população de cada país, foi utilizada a variável razão de dependência de idosos. Na maioria dos países a curva de custo por faixa etária tem forma de u, pois os gastos são altos nos primeiros anos de vida e caem ao longo do tempo, voltando a crescer novamente nas faixas etárias mais idosas (Martins & Maisonneuve, 2006). O pequeno aumento nos gastos com saúde no início da curva está relacionado com a mortalidade infantil precoce, que ocorre de ser maior do que a mortalidade de jovens e de pessoas em idade produtiva. Além disso, as maiores despesas de saúde ocorrem na proximidade da morte. Enquanto as taxas de mortalidade aumentam com a idade, os custos dos cuidados de saúde à beira da morte gerariam uma concentração de gastos nos idosos.

Com o objetivo de levar em conta características específicas dos sistemas de saúde foi inserida uma variável dummy que capta se no país a forma de pagamento do sistema hospitalar é majoritariamente prospectivo (dummy assume valor 1) ou se é majoritariamente *fee-for-service* (dummy assume valor zero). Como visto anteriormente, os modelos prospectivos têm um maior potencial de reduzir o crescimento dos gastos com saúde, o que será testado por meio do modelo abaixo.

O modelo a ser estimado nesse artigo está estruturado como na equação (1), onde o subscrito *i* representa o país e *t* o ano, que varia de 2000 a 2013.

$$txGS_{it} = \beta_0 + \beta_1 txPIB_{it} + \beta_2 RDI_{it} + \beta_5 PP_i + u_{it} \quad (1)$$

Onde *txGS* é a taxa de crescimento anual do gasto com saúde *per capita* do país *i* no ano *t*; β_0 é o intercepto da equação, $txPIB_{it}$ é a taxa de crescimento anual do PIB *per capita* do país *i* no ano *t*; RDI_{it} é a razão de dependência de idosos

do país i no ano t ; PP_i é uma dummy que, no caso de ser 1, indica que no país o modelo de pagamento hospitalar é majoritariamente prospectivo e, no caso de ser 0, é *fee-for-service*; u_{it} é o termo de erro. Gasto com saúde *per capita* e PIB *per capita* são tomados em termos reais. A amostra é composta pelos seguintes países: África do Sul, Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Colômbia, Coreia do Sul, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Holanda, Hungria, Índia, Indonésia, Itália, Japão, México, Noruega, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Rússia, Suécia, Suíça, Tailândia, Turquia, Uruguai e Venezuela.

4. RESULTADOS

a. Estatísticas descritivas

A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas para as principais variáveis do estudo. No geral, observa-se que o gasto com saúde *per capita* apresenta uma média de U\$2.790, mas quando se observa a Tabela 4 nota-se que há grandes variações no gasto *per capita* com saúde entre países de renda alta e os países de renda média. Esses dados indicam que, em geral, quanto mais rico o país mais ele gasta com saúde, pois na média, o gasto com saúde dos países de alta renda é de U\$ 3.132, enquanto que nos países de renda média é U\$ 307. No Brasil, em 2013, o gasto *per capita* com saúde foi de U\$ 1.085 e esse valor é resultado de um aumento de 3,1 vezes em relação ao valor de 2000 (U\$ 264). Nesse mesmo período, a média mundial passou de U\$ 1.618 para U\$ 3.614, o que resulta num crescimento de 1,2 vezes.

TABELA 4: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PARA PAÍSES DE RENDA ALTA E PAÍSES DE RENDA MÉDIA, 2000-2013*.

VARIÁVEIS	TOTAL		PAÍSES DE RENDA ALTA		PAÍSES DE RENDA MÉDIA	
	MÉDIA	INTERVALO DE CONFIANÇA PARA A MÉDIA (95%)	MÉDIA	INTERVALO DE CONFIANÇA PARA A MÉDIA (95%)	MÉDIA	INTERVALO DE CONFIANÇA PARA A MÉDIA (95%)
GASTO COM SAÚDE PER CAPITA	2.790	2.581,5 - 2.998,8	3.133	2.916 - 3.349	307	226 - 388
PIB PER CAPITA	28.822	27.013,2 - 30.630,1	32.244	30.425 - 34.062	4.011	3.254 - 4.768
RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS	21	20,7 - 21,9	23	22 - 23	9	8,8 - 9,4

* A definição de alta renda e média renda é a utilizada pelo Banco Mundial que considera os países de renda média os que possuem PIB per capita entre U\$1.046 a U\$ 12.735 e renda alta os que possuem PIB per capita entre U\$ 12.736 ou mais. Fonte: The World Bank.

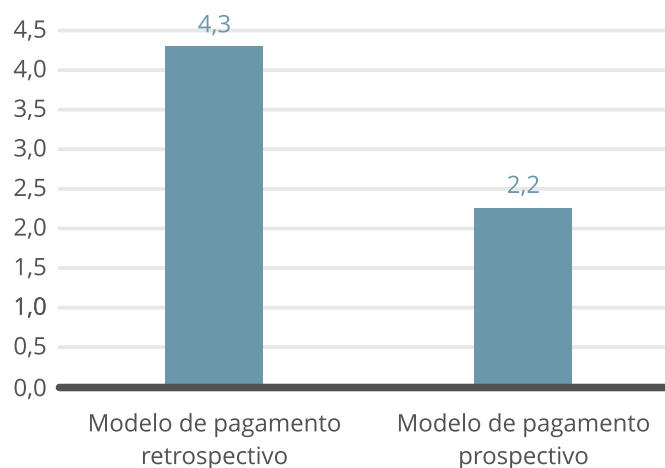
b. Resultados da regressão

Essa seção se dedica à investigação da relação entre a taxa de crescimento do gasto com saúde per capita dos países e o tipo de modelo de pagamento hospitalar vigente. Esse exercício avalia se a utilização de modelo de pagamento hospitalar *fee-for-service* no período de 2000 a 2013 está relacionada com uma maior taxa de crescimento do gasto com saúde *per capita*.

É apresentado, no eixo horizontal X da Figura 3 a distribuição dos países entre os que possuem modelo de pagamento majoritariamente prospectivo e os que possuem *fee-for-service* como modelo mais prevalente e no eixo vertical Y a média da taxa de crescimento do gasto com saúde per capita dos países em cada categoria de modelo de pagamento. Observa-se que os países que não adotaram pagamento hospitalar prospectivo de forma mais prevalente

possuem uma taxa média de crescimento do gasto com saúde per capita (4,3%) superior à taxa média de crescimento dos países que adotam esse modelo (2,2%).

FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS PAÍSES ENTRE OS QUE ADOTAM E OS QUE NÃO ADOTAM MAJORITARIAMENTE O MODELO DE PAGAMENTO PROSPECTIVO E A TAXA MÉDIA DE CRESCIMENTO DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA.



A Tabela 5 mostra os resultados da estimação. Os resultados indicam que a utilização de modelo de pagamento hospitalar prospectivo reduz a taxa de crescimento do gasto com saúde per capita dos países da amostra em 1,19 pontos percentuais em relação aos países que utilizam modelo retrospectivo (*fee-for-service*). Os resultados apontam também que o crescimento dos gastos com saúde per capita está relacionado com o aumento da renda, pois um aumento de 1 ponto percentual na taxa de crescimento do PIB per capita aumenta a taxa de crescimento do gasto com saúde per capita em 0,46 pontos percentuais.

Por fim, encontrou-se que o impacto demográfico é significativo estatisticamente, mas apresentou sinal negativo, o que difere de grande parte das evidências que afirmam que o envelhecimento populacional tem impacto positivo sobre os gastos com saúde. A estimação aponta que a cada aumento de 1 ponto percentual na taxa de crescimento da razão de dependência de idosos há uma redução de 0,73 pontos percentuais na taxa de crescimento dos gastos com saúde per capita. Esse resultado pode estar influenciado pelo fato de que os países que possuem as maiores proporções de idosos na população são os países de alta

renda que, em sua maioria já adotaram o modelo de pagamento prospectivo e apresentam as menores taxas de crescimento do gasto de saúde *per capita*.

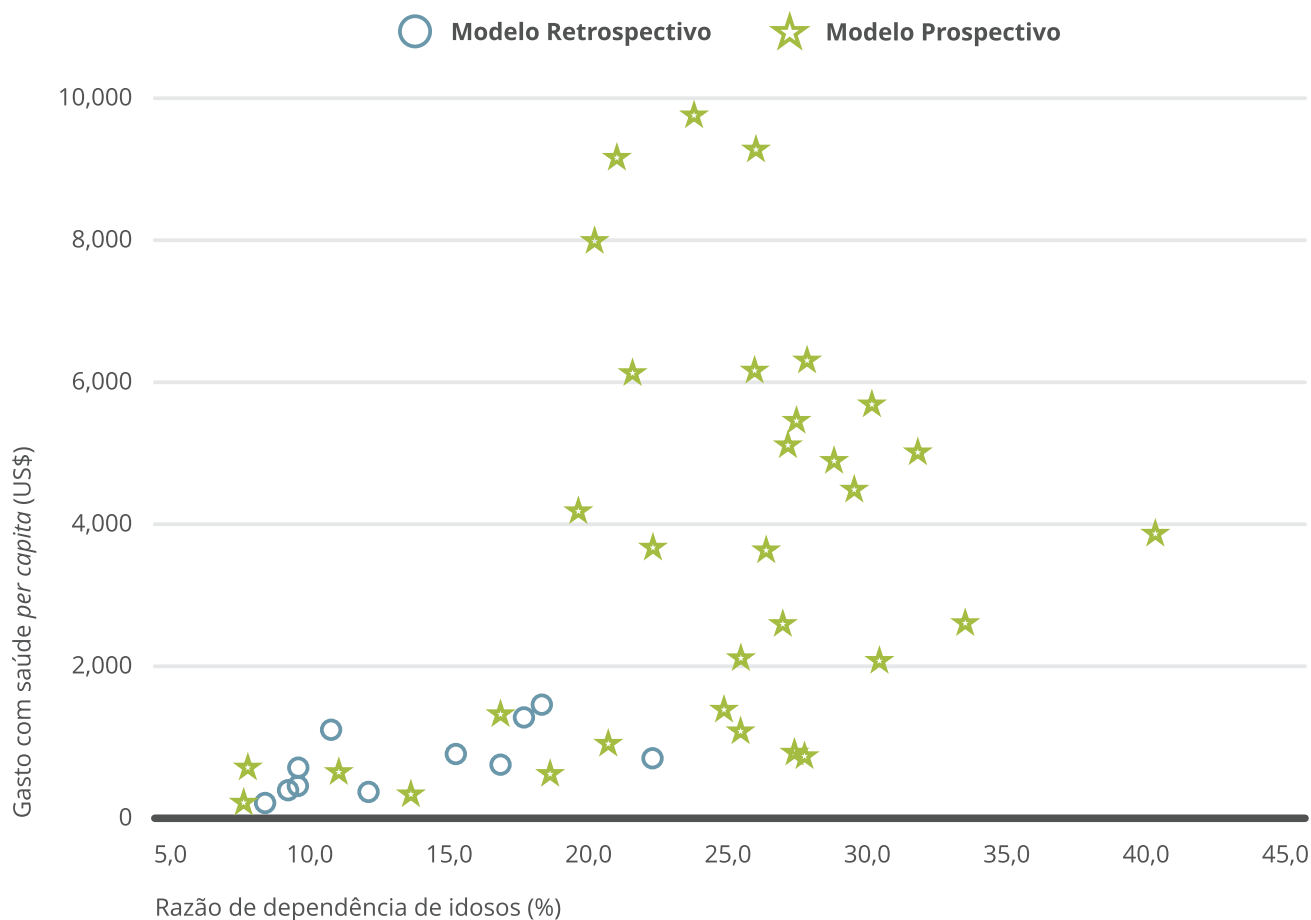
Na Figura 4 os países estão representados em forma de estrela quando possuem modelo prospectivo em 2013 e em forma de círculo quando não. Nota-se que os países que usam o modelo prospectivo apresentam os maiores níveis de gasto per capita com saúde (apesar de apresentarem as menores taxas de crescimento, como mencionado anteriormente) também tem a maior média de aumento da proporção de idosos. Esses países têm envelhecido de forma mais rápida do que os países que ainda usam o *fee-for-service* e que, em geral, apresentam nível de gasto per capita mais baixo mas taxa de crescimento desse gasto mais elevada. Como os coeficientes da regressão indicam apenas correlação e não causalidade, o resultado pode refletir os diversos impactos que a variável dependente sofreu no período analisado e que não estão considerados no modelo.

TABELA 5: ESTIMAÇÃO DO EFEITO DA UTILIZAÇÃO DO MODELO DE PAGAMENTO HOSPITALAR PROSPECTIVO SOBRE A TAXA DE CRESCIMENTO DO GASTO PER CAPITA COM SAÚDE.

VARIÁVEL DEPENDENTE - GASTO COM SAÚDE PER CAPITA	
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Efeitos Aleatórios One-Way
INTERCEPTO	3,803 (0,000)
PIB PER CAPITA	0,462 (0,000)
RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS	-0,730 (0,000)
DUMMY MODELO PROSPECTIVO	-1,199 (0,001)
N DE CROSS-SECTIONS	40
N DA SÉRIE DE TEMPO	14
R ²	0,1206
TESTE DE HAUSMAN PARA EFEITOS ALEATÓRIOS	8,75 (0,032)

Entre parênteses está o p-valor.

FIGURA 4: GRÁFICO DE DISPERSÃO DO GASTO COM SAÚDE PER CAPITA E RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS COM INDICAÇÃO DOS PAÍSES QUE POSSUEM MODELO PROSPECTIVO (ESTRELA) E QUE NÃO POSSUEM (CÍRCULO).



5. DISCUSSÃO

Esse estudo apresenta uma análise sobre a relação entre o modelo de pagamento hospitalar adotado pelos países e o crescimento dos gastos com saúde. A análise, que inclui 40 países acompanhados por um período de 14 anos, indica que a utilização de modelos prospectivos como a principal forma de pagamento aos hospitais do sistema de saúde está associada a uma menor taxa de crescimento dos gastos com saúde. Esse resultado está em linha com outros estudos que estimaram a importância da evolução dos modelos de pagamento do sistema de saúde de retrospectivo para prospectivo (Longo, Siciliani, & Street, 2016) (McClellan, 2011) (Yip & Eggleston, 2004).

No período analisado, houve crises econômicas que podem ter influenciado a taxa de crescimento do gasto *per capita* com saúde. Há diversas formas pelas quais uma crise econômica afeta negativamente os gastos com

saúde: pode haver redução dos gastos pois, pelo lado da demanda, o aumento do desemprego diminui o número de pessoas com seguro saúde oferecido pelo empregador e, embora isso possa ser compensado por um aumento da demanda no sistema público de saúde, há aumento do número de pessoas que escolhem não realizar ou postergar gastos discricionários com saúde. Já os gastos governamentais em tempos de recessão ficam restritos pelos orçamentos apertados. Apesar disso há evidências de que em tempos crise os gastos caem por motivos do lado da oferta. Assim como o aumento do desemprego pode diminuir os salários no setor de saúde, o que também faz pressão para redução dos gastos. A oferta de novas tecnologias também é afetada, devido as dificuldades de crédito e redução nos investimentos em P&D nas indústrias. De fato, em vários países observou-se uma redução dos gastos com saúde nos anos em que a crise econômica se agravou.

No entanto, no Brasil isso não foi observado para a Saúde Suplementar. Mesmo com a redução da taxa de crescimento do PIB, a taxa de crescimento dos gastos com saúde continuou a aumentar. Isso pode estar relacionado ao fato de que, diferente do setor público, a saúde suplementar não está limitada por orçamento e está mais sujeita a incorporação tecnológica sem avaliação de tecnologias de saúde, à judicialização que leva a incorporação de procedimentos e medicamentos sem efetividade e eficácia comprovadas, além do fato de que cobre uma população mais envelhecida do que a média brasileira. Junte-se a isso o uso massificado do modelo de pagamento *fee-for-service* em todos os tipos de prestadores de serviços de saúde, não apenas hospitais.

A possibilidade de desacelerar o crescimento dos custos da assistência à saúde, sem redução da cobertura e sem queda da qualidade, é o que tem gerado uma tendência mundial para a realização de reformas no modelo de pagamento dos hospitais (McClellan, 2011). Mas essas reformas enfrentam várias barreiras para serem implementadas, dentre elas destacam-se (i) a falta de exatidão e de integridade dos dados sobre a qualidade e sobre o desempenho dos prestadores de serviços de saúde. Isso dificulta a coordenação dos cuidados e a produção de indicadores de qualidade e de custo (Roski e McClellan, 2011); (ii) a continuação do uso do *fee-for-service*, fazendo uma reforma do modelo superficial, apenas adicionando novas formas de bônus e penalidades de pagamento por desempenho. Tentar corrigir um sistema de pagamento problemático apenas pela adição de uma nova camada de incentivos pode ser problemático para os médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde. (iii) a falta de alinhamento entre os players do sistema de saúde, que ocorre quando as diferentes partes do sistema usam diferentes formas de pagamentos, utilizando diferentes medidas de qualidade, diferentes sistemas para ajuste de risco, etc. Na melhor das hipóteses, essas diferenças farão com que os prestadores se defrontem com custos administrativos significativamente mais elevados; na pior das hipóteses, eles vão criar incentivos conflitantes

que podem impedir melhorias nos cuidados ou dissuadir os prestadores de fazerem reformas mais profundas (Miller, 2012).

Diante desses resultados, evidencia-se a preocupante situação do Brasil, pois além de apresentar crescimento dos gastos com saúde mesmo nos anos em que o PIB sofreu retração, ainda adota majoritariamente o modelo de pagamento *fee-for-service* para pagamento hospitalar, tanto no setor privado quanto no público.

ANEXO

TABELA A1: INFLAÇÃO MÉDICA EM 2015 DE ACORDO COM 3 RELATÓRIOS.

	AON	TOWERS	MERCER
BRASIL	18,1	15,7	17
ÍNDIA	13	11	8,8
URUGUAI	12	-	-
MÉXICO	9,3	11,8	10,5
AUSTRÁLIA	7,5	8	-
CHINA	7	8,6	9,3
CHILE	6	3,7	7,9
FRANÇA	6	3,5	6
ALEMANHA	5	4	-
REPÚBLICA TCHECA	5	-	-
JAPÃO	4,7	-	-
ESPANHA	4,5	1,5	5,9
PORTUGAL	4	1	1,3
CANADÁ	8	11,5	11
HUNGRIA	4	-	-
BÉLGICA	3	5	-
HOLANDA	2,3	-	-
DINAMARCA	1,5	-	-

Fonte: 2016 Global Medical Trend Rates – AON Hewitt; Medical Trends Around the World 2015 – Mercer Marsh Benefits; 2015 Global Medical Trends – Towers Watson.

BIBLIOGRAFIA

Appleby, J., Harrison, T., Hawkins, L., & Dixon, A. (2012). Payment by Results: How can payment systems help to deliver better care? The King's Fund, London.

Bumgarner, J. (1992). China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition. A World Bank Country Study, Washington, DC

Chernew, M. E., & Newhouse, J. P. (2012). Health Care Spending Growth. In M. V. Pauly, T. G. McGuire, & P. P. Barros, *Handbook in Economics - Health Economics*. Oxford: Noth Holland.

Clemens, T., Michelsen, K., Commers, M., Garel, P., Dowdeswell, B., & Brand, H. (2014). European hospital reforms in times of crisis: Aligning cost containment needs with plans for structural redesign? *Health Policy*, 117, pp. 6-14.

Cutler, D., & Sahni, N. (2013). If Slow Rate Of Health Care Spending Growth Persists, Projections May Be Off By \$770 Billion. *Health Affairs*, 32(5), pp. 841-850.

Cylus, J., Mladovsky, P., & McKee, M. (2012). Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries. *Health Services Research*, 47(6).

Dranove, D., Garthwaite, C., & Ody, C. (2014). Health Spending Slowdown Is Mostly Due To Economic Factors, Not Structural Change In The Health Care Sector. *Health Affairs*, 33(8), pp. 1399-1406.

Elmi, Z., & Sadeghi, S. (2012). Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12(1), pp. 88-91.

Erixon, F., & van der Marel, E. (2011, Maio). What is driving the rise in health care expenditures? An Inquiry into the nature and causes of the cost disease. *ECIPE Working Paper*, 5.

Fuchs, V. (2013). The Gross Domestic Product and Health Care Spending. *The New England Journal of Medicine*, 369, pp. 107-109.

Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R (2011): Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, McGraw-Hill; 2011:244-271.

Hurst, J. (1992). The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries. OECD Health Policy Studies.

IESS. (2015). Texto para Discussão nº54. Retrieved from Site do IESS: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/2c54hdmsw04htt2a.pdf>

Kaiser Family Foundation. (2013, April 22). *Assessing the Effects of the Economy on the Recent Slowdown in Health Spending*. Retrieved from Site da Kaiser Family Foundation: <http://kff.org/health-costs/issue-brief/assessing-the-effects-of-the-economy-on-the-recent-slowdown-in-health-spending-2/>

Keegan, C., Thomas, S., Normand, C., & Portela, C. (2013). Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(2), pp. 139-155.

Langenbrunner, J., J. Kutzin, E. Orosz, and M. Wiley. 2005. "Rewarding Providers." In *Purchasing Health Care in Europe to Improve Health Systems Performance*, ed. J. Figueras, R. Robinson, and E. Jakubowski. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.

Langenbrunner, J., & Wiley, M. (2002). Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries. In M. McKee, & J. Healey (Eds.), *Hospitals in a changing Europe* (Vol. European Observatory on Health Care Systems Series, pp. 150-176). Buckingham: OpenUniversity Press.

Longo, F., Siciliani, L., & Street, A. (2016). Are costs differences between specialist and general hospitals compensated by the prospective payment system? *Discussion Papers in Economics*(15/30).

Lorenzoni, L., Belloni, A., & Sassi, F. (2014). Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *Lancet*, 384, pp. 83-92.

Marques, L. (2000). Modelos Dinâmicos com Dados em Paineis: revisão de literatura. *FEP Working Papers*, p. 84.

Martins, J., & Maisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated projection approach. *OECD Economic Studies*.

McClellan, M. (2011). Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to Slowing Healthcare Cost Growth While Improving Quality? *The Journal of Economic Perspectives*, 2, pp. 69-92.

Miller, H. D. (2012). *Ten Barriers to Healthcare Payment Reform And How to Overcome Them*. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality and Payment Reform.

Porter, M., & Kaplan, R. (2015, Fevereiro). How Should We Pay for Healthcare? *Harvard Business School Working Papers*, 15(041).

Roski J McClellan M . Measuring health care performance now, not tomorrow: essential steps to support effective health reform. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:682-9.

Schneider, P. (2007, October). Provider Payment Reforms: Lessons from Europe. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*.

Smith, S., Newhouse, J., & Freeland, M. (2009). Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*, 28(5), pp. 1276-1284.

Wooldridge, J. (2013). *Introductory Econometrics - A Modern Approach* (5ª ed.). South-Western College Pub.

Wouters, O., & McKee, M. (2016). Private financing of health care in times of economic crisis: a review of the evidence. *Global Policy*.

Yip, W., & Eggleston, K. (2004). Addressing government and market failures with payment incentives: Hospital reimbursement reform in Hainan, China. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 267-277.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br